

UNIVERSIDADE ABERTA



**Experiências de dissidência:
a história de vida de uma pessoa intersexo**

Vera Fátima Machado Pereira

**Mestrado em Estudos sobre as Mulheres –
– Género, Cidadania e Desenvolvimento**

2024

UNIVERSIDADE ABERTA



**Experiências de dissidência:
a história de vida de uma pessoa intersexo**

Vera Fátima Machado Pereira

**Mestrado em Estudos sobre as Mulheres -
- Género, Cidadania e Desenvolvimento**

Dissertação de mestrado orientada pelo professor doutor João Manuel de Oliveira
e co-orientada pela professora doutora Teresa Joaquim

Janeiro de 2024

Declaração relativa às condições de utilização do trabalho por terceiros

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

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

Agradecimentos

À professora Teresa Joaquim e ao professor João Oliveira, por terem aceitado orientar esta dissertação, pela partilha de conhecimentos e reflexões, por todo o tempo e dedicação despendido ao longo do processo.

À Ariel, pela disponibilidade e generosidade em partilhar a sua história de vida.

Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação/tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 215, de 6 de novembro de 2013.

Universidade Aberta, 8 de dezembro de 2023

Nome completo:

Vera Fátima Machado Pereira

Assinatura:



Resumo

Este trabalho de investigação pretende explorar as experiências de uma pessoa intersexo, procurando entender a temática da dissidência de género nas suas dimensões mais significativas.

Em termos metodológicos delineou-se um estudo qualitativo, no qual se recolheu a história de vida através de entrevistas em profundidade, e a análise temática do *corpus* realizou-se com recurso ao método fenomenológico.

No primeiro capítulo realiza-se o enquadramento teórico, no qual se apresenta o percurso histórico, o ativismo intersexo e as alterações legislativas em Portugal. No segundo, dedicado ao desenho metodológico, justifica-se a estratégia analítica e abordam-se as dificuldades mais relevantes encontradas, que levaram a um reajustamento, tecendo-se algumas considerações éticas. No terceiro realiza-se a apresentação e discussão dos resultados, e apresentam-se breves considerações finais.

Os resultados sugerem o ambiente e suporte familiar, escolar e social, como as áreas mais impactantes no concernente à autodeterminação e transição de género. O deficitário acompanhamento médico e a demora no acesso a cirurgias de redesignação sexual constitui-se como uma das áreas que traduz a ausência de reconhecimento das pessoas intersexo, afetando negativamente o processo de afirmação da identidade e a perceção de validação social.

A inexistência de modelos positivos e de contacto direto com pessoas intersexo concorre para dificuldades na autoaceitação. A capacidade de agência e as falas em nome próprio parecem contribuir para o empoderamento pessoal, conquanto, em termos sociais os efeitos da revelação da intersexualidade apontem para a minimização do desconhecimento e decorrentemente da discriminação, mas paradigmaticamente para discursos e atitudes excludentes.

Palavras-chave: intersexo, género, norma, experiência, história de vida.

Abstract

This research project aims to reveal the experiences of an intersex person, seeking to understand the theme of gender dissidence in their most significant dimensions.

In methodological terms, a qualitative study was designed, in which life stories were collected through depth interviews, and the corpus was thematically analyzed using the phenomenological method.

The first chapter sets out the theoretical framework, presenting the historical background, intersex activism and legislative changes in Portugal. The second, dedicated to the methodological design, justifies the analytical strategy and addresses the most relevant difficulties encountered, which led to a readjustment, with some ethical considerations. The third section presents and discusses the results, and brief final considerations are presented.

The results suggest that the family, school, social environment, and support are the areas with most impact on self-determination and gender transition. Poor medical care and delayed access to sex reassignment surgery is one of the areas that reflects the lack of recognition of intersex people, negatively affecting the process of identity affirmation and the perception of social validation.

The lack of positive role models and direct contact with intersex people contributes to difficulties in self-acceptance. The capacity for agency and speaking out on one's own behalf seem to contribute to personal empowerment, although in social terms the effects of revealing one's intersexuality point towards minimizing ignorance and therefore discrimination, but paradigmatically towards exclusionary discourses and attitudes.

Palavras-chave: intersex, gender, norm, experience, life story.

Índice

Agradecimentos	ii
Declaração de Integridade	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Lista de acrónimos e siglas	viii
Glossário de termos médicos	ix
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1. Género e sexualidade	9
1.1 Construção social do género	9
1.2 Dissidências de género.....	11
2. Intersexualidade	14
2.1 Evolução da classificação – religiosa, jurídica e médica	14
2.2 Conceitos e síndromes.....	16
2.3 Violência e invisibilidade.....	21
2.4 Norma como modelo de inteligibilidade.....	31
3. Ativismo e agência.....	38
3.1 Ativismo intersexo	38
3.2 Alterações jurídicas e mudanças sociais	44
II. AS EXPERIÊNCIAS DE UMA PESSOA INTERSEXO	47
4. Metodologia.....	47
4.1 Objetivos	47
4.4 Recolha de dados.....	48
4.2 Procedimento de recrutamento de participantes	50
4.3 Limitações encontradas e reformulação.....	51
4.5 Análise do <i>corpus</i>	51
4.5.1 Paradigma selecionado	51
4.5.2 Interpretação fenomenológica	52
4.5.3 Análise temática	53
4.6 Considerações éticas e reflexibilidade	54
III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56

5. Temas e subtemas	56
5.1 Ambiente familiar	56
5.1.1 Experiências relativas ao género de criação	56
5.2 Ambiente escolar	59
5.2.1 Interações e experiências no ambiente escolar	59
5.2.2 Perceções de apoio e cuidado	60
5.2.3 Discriminação e exclusão	61
5.3 Autodeterminação e transição de género	63
5.3.1 Sentimentos associados à descoberta de ser intersexo	63
5.3.2 Experiências de transição	64
5.3.3 Expressão de género	67
5.3.4 Perceções de mudança na forma como se vê e sente.....	68
5.4 Acompanhamento médico.....	69
5.4.1 Afirmar o género, transitar de género.....	69
5.4.2 Experiências relativas ao acompanhamento médico	71
5.4.3 Experiências associadas à cirurgia de redesignação sexual.....	73
5.4.4 (Des)acompanhamento psicológico.....	75
5.5 Situação laboral e capacidade aquisitiva.....	76
5.5.1 Experiências no ambiente de trabalho	76
5.5.2 Capacidade económica	77
5.6 Experiências de socialização.....	78
5.6.1 Experiências relacionadas com a revelação da intersexualidade.....	78
5.6.2 Experiências de relacionamento social.....	80
5.6.3 Perceções de hipersexualização do corpo intersexo	81
5.7 Experiências positivas no percurso de vida	82
5.7.1 Narrar-se a si mesma – falar contra o desconhecimento	82
5.7.2 Experiências de valorização e empoderamento.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
BIBLIOGRAFIA	93
Anexo I – Apelo à participação	102
Anexo II – Partilha do estudo	104
Anexo III – Temas e subtemas	106
Anexo IV – Declaração de Consentimento Informado.....	108

Lista de acrónimos e siglas

API – Ação pela Identidade

EPA – *European Parents Association* / Associação de Pais Europeia

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights/ Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia

IGLYO – *International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer & Intersex Youth and Student Organisation*

ISNA – Intersex Society of North America / Sociedade Intersexo Norte Americana

OII Europe – *Organisation Intersex International Europe*

Glossário de termos médicos

Aneuploidia – anomalia do número de cromossomas. Origina desenvolvimento diverso dos caracteres sexuais primários ou secundários;

Criptorquidia – condição clínica na qual os testículos não descem para a bolsa escrotal, ficando alojados na região abdominal ou inguinal;

Clitorectomia ou **clitoritomia** – intervenção cirúrgica de remoção da totalidade do clítoris;

Clitoroplastia – intervenção cirúrgica de remoção de parte do clítoris/construção de um clítoris através da redução e remodelação da glândula do pénis;

Disgenesia gonadal – o tecido gonadal é ovotesticular, ou seja, combina tecido ovárico e testicular. Ocorre em pessoas com carótipos 45,X, 46,XY e 46,XX;

Deficiência em 17beta hydroxisteroide desidrogenase – termo médico utilizado para indicar valores inferiores aos de referência. Prejudica a ‘virilização’, originando genitália ambígua ao nascer, levando a que seja medicamente sugerida a atribuição do sexo feminino;

Deficiência em 5-alfa-redutase – termo médico utilizado para indicar valores inferiores aos de referência. Provoca sempre desenvolvimento diverso da genitália, com clítoris semelhante a pénis, lábios semelhantes a escroto e testículos inguinais, bem como desenvolvimento peniano na puberdade;

Disforia de género – transtorno caracterizado por mal-estar, desconforto, ansiedade e sofrimento que prejudica o funcionamento social, académico, e em outras áreas importantes da vida da pessoa. Associada a desejos e comportamentos que refletem a identificação com outro género; pode incluir insatisfação com a imagem corporal;

Exposição fetal a hormonas exógenas – exposição, durante a vida uterina, a hormonas administradas à progenitora, como esteroides sintéticos (progestinas com propriedades androgénicas) para prevenir o aborto espontâneo;

Feminização – conjunto de procedimentos cirúrgicos, hormonais e cosméticos com o objetivo de tornar a aparência exterior semelhante à de uma mulher ‘típica’. Pode incluir terapia hormonal com antiandrogénios (espironalactona, acetato de ciproterona) e estrogénios para diminuição da massa muscular, aumento das glândulas mamárias, aumento e redistribuição da gordura corporal, diminuição dos pelos faciais e corporais. Os procedimentos cirúrgicos generalizados incluem mamoplastia (construção de mamas com recurso a implantes mamários), penectomia (ablação do pénis e encurtamento da uretra),

orquiectomia (retirada dos testículos) clitoroplastia (construção de clitóris através da redução e remodelação da glândula), labioplastia (formação de lábios maiores com a pele do escroto e de lábios menores com a pele da glândula) e feminização facial (alteração do maxilar, queixo, maçãs do rosto);

Hipogonadismo hipogonadotrófico – condição em que as gónadas apresentam diminuta atividade funcional, resultando em produção hormonal insuficiente;

Hiperplasia Adrenal Congénita (CAH) – disfunção metabólica caracterizada pelo crescimento exagerado e estimulação crónica do córtex da glândula suprarrenal, devido a mutações no gene da enzima 21-hidroxilase. Nas formas mais severas resulta em desequilíbrio eletrolítico, devido às perdas de sal, que podem ser fatais se não tratadas atempadamente. Em pessoas com cariótipo 46,XY causa hipospádia, criptorquidia e puberdade precoce, em cariótipo 46,XX provoca desenvolvimento clitoriano superior ao padrão médico ocidental de tamanhos e formas genitais femininas, e fusão labioescrotal;

Hipospádia – o orifício do canal uretral abre não na glândula, mas ao longo do pénis, na parte ventral e em alguns casos próximo à base do escroto;

Intersexualidade/diversidade sexual de desenvolvimento (dsd) – vasto espectro de alterações ao nível dos cromossomas, hormonas, gónadas ou genitais; conjunto de síndromes que produzem corpos com caracteres primários ou secundários tipicamente masculinos e femininos;

Incongruência de género – diferença acentuada entre o género atribuído à nascença e o género sentido/expresso pela própria pessoa, que geralmente leva ao desejo de transitar socialmente para outro género;

Masculinização – conjunto de procedimentos cirúrgicos, hormonais e cosméticos com o objetivo de tornar a aparência exterior semelhante à de um homem 'típico'. Pode ser realizada com recurso a terapia hormonal com testosterona IM para causar amenorreia (paragem da menstruação), aumento dos pelos faciais e corporais, alteração da voz, aumento do clitóris, desenvolvimento muscular e diminuição e modificação do padrão de gordura corporal.

Os procedimentos cirúrgicos podem incluir mastectomia (remoção parcial ou total do tecido mamário), vaginectomia (remoção parcial ou total do canal vaginal, permite fechar completamente a vulva), faloplastia (construção de pénis com tecidos de outras zonas do

corpo), escrotoplastia (criação de escroto com a pele dos lábios maiores), laringoplastia (alteração da laringe), entre outros;

Macroclitóris – clitóris com tamanho superior ao considerado medicamente normal (0 a 0,9 centímetros). Também denominado de clitóris ‘virilizado’;

Micropénis – pénis com comprimento inferior a 2,5 centímetros no momento do nascimento;

Neovagina – vagina cirurgicamente construída. Pode ser por inversão dos tecidos do pénis e do escroto, ou com recurso a tecido do colon ou do intestino delgado;

Perturbação de personalidade borderline – caracterizada por instabilidade e flutuações extremas de humor, impulsividade, hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, instabilidade na autoimagem e sentimento crónico de vazio;

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou Síndrome de Rokitansky – agenesia mülleriana em pessoas de cariótipo genético 46,XX que origina formação incompleta da vagina, do colo do útero, da uretra, e/ou trompas de Falópio;

Síndrome da Insensibilidade Parcial aos Androgénios (PAIS) – os recetores celulares para a testosterona respondem apenas parcialmente à mesma. Origina testículos intra-abdominais ou inguinais e diferenças no desenvolvimento fálico à nascença, como micropénis, escroto não bífido e ausência de testículos;

Síndrome da Insensibilidade Completa aos Androgénios (CAIS) – os recetores celulares para a testosterona não respondem à mesma. Impede o desenvolvimento das trompas, do útero e de uma vagina profunda;

Virilização genital – termo médico utilizado para designar características tipicamente masculinas em pessoas com cariótipo 46,XY, que no momento do nascimento apresentam ambiguidade genital. A variabilidade fenotípica é ampla, desde genitália externa com estruturas maioritariamente femininas até genitália com fenótipo tipicamente masculino.

INTRODUÇÃO

O trabalho que de seguida se apresenta pretende entender as experiências narradas na história de vida de uma pessoa intersexo. Ariel é uma mulher intersexo, de 28 anos, que nasceu, cresceu e reside no Baixo Alentejo, um território com 8500 quilómetros quadrados de extensão, com baixa densidade populacional, de 14,77 habitantes por quilómetro quadrado e uma população envelhecida. Exploração mineira, suinicultura, agropecuária, produções alimentares tradicionais e serviços constituem as principais atividades económicas. O nível de escolaridade situa-se abaixo da média nacional, bem como o rendimento disponível e o poder de compra (INE, 2023).

Ariel aceitou contar a sua história de vida narrando as experiências mais significativas, o modo como as percecionou, o impacto que provocaram no período em que ocorreram e como flutuam e reverberam no presente, constringendo comportamentos e paralelamente impelindo à dissidência e ao exercício recorrente de narrar a si própria.

O interesse em investigar sobre a temática adveio do acesso ao relatório da associação Stop.MGI (StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org, 2020) que alerta para as intervenções médicas a que as crianças intersexo são submetidas coercivamente, em Portugal, mesmo com a existência de legislação que as proíbe antes que a criança manifeste a sua identidade de género e possa dar o consentimento informado. As motivações para esta investigação decorrem de uma profunda perplexidade relativa às cirurgias de ‘normalização’ sexual, indefensáveis, e à forma como se produzem e alimentam processos de invisibilização, repressão e silenciamento, que coadjuvam à ausência de modelos positivos e plurais de existência.

No respeitante à intersexualidade, o silêncio constituiu-se como prática (Corrêa, 2004; Pino, 2007) e o direito a falar sobre intersexualidade tem sido tradicionalmente reservado aos médicos/as (Bastien-Charlebois, 2017; Lavigne, 2009; Leivas et al., 2023; Machado, 2008) e recentemente alargado a sociólogos/as, antropólogos/as e outros/as investigadores/as (Pino, 2007). A patologização da intersexualidade resultou na sua persistente invisibilidade (Kraus et al., 2008, p. 8, apud Machado, 2014, p. 146), levando a que nas ciências sociais, existam escassas referências específicas (idem, p. 148).

Apesar da aparente ausência de investigação sobre este tema em Portugal, destacam-se dois trabalhos, ambos no âmbito de dissertações de mestrado em psicologia na Universidade do Porto – o realizado por Luana Trindade (2020), que analisou o posicionamento de pessoas intersexo face às cirurgias de ‘normalização’, e o desenvolvido por Sara Lemos (2022), que entrevistou profissionais de saúde sobre os discursos e práticas médicas relativos a pessoas intersexo.

A relevância deste trabalho radica na produção e disseminação de conhecimento produzido pelas pessoas intersexo. A parca visibilidade destas pessoas em Portugal redundava numa "genealogia escondida propositadamente" (Vidarte, 2019, p. 46) dos seus percursos e experiências de vida (Saleiro et al., 2022), das suas falas em nome próprio (Bastien-Charlebois, 2017; Leivas et al., 2022), traduzindo-se em representações mediáticas e socioculturais de violência, vitimização, exclusão (Santos, 2018) e em relatos de dor (Cabral e Benzur, 2005). Pretende-se com a investigação contribuir para contrariar os processos de apagamento, silenciamento e invisibilização e destacar o contributo que as suas experiências, narrativas e visibilidade podem desempenhar nas alterações políticas, no acompanhamento médico e na abertura social.

No primeiro capítulo realiza-se o enquadramento teórico do tema, no qual se apresenta um percurso histórico-cronológico, desde a antiguidade, passando pela “era cirúrgica”, inaugurada pelo protocolo desenvolvido por John Money, na década de 1950, até à atualidade, abordando de seguida as alterações legislativas em Portugal e o ativismo intersexo.

Descreve Foucault que, tradicionalmente, o monstro humano era aquele cuja existência constituía uma violação das leis da natureza, ao combinar o impossível com o proibido (2018, p. 47). Da Idade Média ao século XVIII o monstro por definição era o misto; sendo que o misto dos dois sexos (idem, p. 54) transgredia os limites naturais das classificações: uma desordem da natureza que abalava o direito civil e o direito religioso (idem, p. 55). “Durante muito tempo, os hermafroditas foram criminosos ou rebentos do crime, visto que a sua disposição anatómica, o seu próprio ser, confundia a lei que distinguia os sexos” (Foucault, 1993, p. 42).

Foucault (1983 [1978]) defende que a história e a medicina concederam, a partir do século XVII, a hipótese da coexistência dos dois sexos. Decidido o género em que a criança deveria ser criada, na idade de contrair casamento poderia optar por viver “noutro género”,

desde que o fizesse até ao final da vida (Foucault, 1983, pp.1-2). A opção por um género permitia determinar o vestuário, as regras de batismo e sucessão (Foucault, 2018, p. 285) e com “quem podiam casar” (idem, p. 56; p. 61). Os sujeitos que assumiam papéis sexuais contrários ao seu género eram condenados à morte por sodomia (Foucault, 1983, p. 2; Foucault, 2018, p. 57), sendo a monstruosidade do comportamento e não da natureza que era condenada (Foucault, 2018, p. 63).

A partir de 1860-1870, a procura de ordem sexual e a preocupação com a moralidade, concorreram para tornar uma impossibilidade a existência dos dois sexos num só corpo, passando o médico a deter o poder de “decifrar” o verdadeiro sexo (Foucault, 1983 [1978], p. 2). Doravante, os corpos que confundiam a distinção dos sexos e os limites da sexualidade (Santos, 2013, p. 10), tornaram-se o modelo de ininteligibilidade (Guerra, 2018, p. 49).

A literatura existente refere que os avanços da ciência e da medicina permitiram aferir, a partir da primeira década do século XX, que gónadas as pessoas possuíam, fornecendo um método de atribuição de sexo, problemático, devido aos casos de existência simultânea de tecido ovárico e testicular, pelo que se abandonou a classificação do “verdadeiro sexo” em função das gónadas (Dreger, 1998, p. 27; Dreger et al., 2005, pp. 732-733), em prol do sexo cromossomático, nem sempre congruente com o fenótipo ou com a identidade de género (Dreger et al., 2005, p. 731).

A intersexualidade pode ser perceptível ao nascimento, mas em alguns casos somente após a entrada na puberdade, havendo situações em que a pessoa não sabe da sua condição (Costa et al. 2019, p. 86; Fausto-Sterling, 2001/2, p. 11). Uma revisão da literatura médica concluiu que 1,7% dos nascidos não se enquadra no binarismo sexual em termos cromossomáticos, gonadais, genitais ou hormonais (Blackless et al., 2000 apud Sweeting et al., 2017, p. 382). Frise-se que diferentes culturas entendem de formas distintas as características sexuais, como o macroclitóris, o micropénis ou a hipospadia (Dreger, 1998, p. 26; Santos, 2013, pp. 6-7), o que impacta nesta estimativa.

As síndromes intersexo podem ser causadas por aneuploidia, erros no metabolismo fetal ou devido a exposição fetal a hormonas exógenas, originando um vasto espectro de alterações físicas que diferem das normas sociais e médicas de classificação dos corpos como masculinos e femininos (Cabral e Benzur, 2005, pp. 283-284; Platero, 2014, p. 140), que nem sempre acarretam dificuldades de atribuição de género (Cabral e Benzur, 2005, p. 290). Algumas encontram-se associadas a problemas de saúde, hormonais e metabólicos, como a

hiperplasia adrenal congénita (CAH) e o cancro na criptorquidia (Dreger, 1998, p. 30; Platero, 2014, p. 140). Apesar de os distúrbios metabólicos requererem intervenção médica, os genitais em si raramente necessitam de cuidados (Dreger, 2000 apud Santos, 2012, p. 6), excetuando-se os casos de recém-nascidos sem abertura do trato urinário (Levounis e Yarbrough, 2020, p. 131).

Significativo para a compreensão do tema é também o protocolo de diagnóstico clínico e acompanhamento médico das pessoas intersexo, desenvolvido na década de 1950 por John Money, assente na ideia de que sexo e género representam categorias independentes (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 15), na maleabilidade do cérebro na primeira infância e na preponderância da socialização e das influências culturais e ambientais sobre os fatores biológicos (Spínola-Castro, 2005, p. 55; Rosário, 2017, p. 267). O protocolo preconiza a manutenção da norma, pelo que os corpos eram alterados hormonal e cirurgicamente, para caber numa das duas formas entendidas como possíveis – macho ou fêmea (Preciado, 2018, p. 400). O mesmo terá sido seguido nos países ocidentais durante cerca de 50 anos (Spínola-Castro, 2005), conquanto existam evidências de que em alguns países continuam-se a realizar cirurgias genitais não necessárias a crianças e recém-nascidos (Bastien-Charlebois, 2017; Leivas et al., 2023, p. 2; Lemos, 2022, pp. 9-10).

Habitualmente realizadas sem o conhecimento familiar (Bastien-Charlebois, 2017; Lavigne, 2009, p. 60, Spínola-Castro, 2005, p. 49), em idades precoces, nas quais as crianças não tinham capacidade para dar o seu consentimento (Butler, 2006, p. 97; Platero, 2014), as cirurgias genito-urinárias, efetuadas com carácter de emergência médica, eram envoltas em secretismo, para que a criança intervencionada ignorasse a sua realização e o facto de ser intersexo (Bastien-Charlebois, 2017; Corrêa, 2004, p. 9; Spínola-Castro, 2005, p. 49). A “cultura do silêncio” só terminaria após o Consenso de Chicago (Bastien-Charlebois, 2017), que definiu critérios éticos e novas formas de diagnóstico e de atuação (Machado, 2008, p. 35).

As intervenções médicas não necessárias, realizadas fundamentalmente por motivos estéticos, assentam no medo de que sem a ‘normalização’ dos genitais e do corpo, a pessoa não se enquadre em nenhum dos géneros cultural e socialmente validados, resultando num género ininteligível (Cabral e Benzur, 2005, pp. 291-292). Constroem-se cirurgicamente rapazes com pénis e raparigas com vagina, com o objetivo de evitar a disforia (Dreger, 1998, p. 27) e permitir relações heterossexuais penetrativas (Cabral e Benzur, 2005, p. 289; Chase,

2005; Machado, 2008, p. 129). Um pênis considerado incapaz de penetrar uma vagina transforma-se em clítoris e cria-se uma neovagina (Santos, 2012, p. 26; p. 36; Rosário, 2017, p. 263) e um clítoris com mais de cinco centímetros é sujeito a uma clitoridectomia (Cabral e Benzur, 2005, p. 291), caso não se verifique potencial reprodutivo (Dreger, 1998, p. 28; Fausto-Sterling, 2001/02, p. 20; Preciado, 2018, p. 114).

Cirurgia genital, procedimentos de esterilização, imposição de hormonas, exames genitais forçados, dilatações vaginais, exposição médica, experimentação humana involuntária e negação de cuidados de saúde adequados (Leivas et al., 2023, pp. 6-7) encontram-se entre os procedimentos recorrentes. De entre as consequências físicas e mentais destacam-se incontinência, estenose uretral, comprometimento ou perda da sensação sexual e da capacidade reprodutiva, incapacidade de obter orgasmos e cicatrizes que resultam em relações sexuais dolorosas (Butler, 2006, p. 98; Dreger, 1998, p. 32; Maffía e Cabral, 2003, p. 8; Santos, 2012, p. 25), dependência de hormonas artificiais, elevado autocontrole, comportamentos lesivos e tendências suicidas, sofrimento mental e trauma ao longo da vida (IGLYO, OII Europe & EPA, nd, p. 15; Lee et al., 2016, p. 170).

O género opera através da produção de corpos que correspondam a uma estética de género (Dias, 2014, p. 480) culturalmente definida, na qual os genitais necessitam concordar com a aparência física (Butler, 2006, p. 108); sem essa linha coerente entre género e tangibilidade corporal, a pessoa é lida como um corpo abjeto, não qualificável como humana, indigna de proteção ou de luto (Butler, 2023, p. 32). Evitar a estigmatização e discriminação constitui a justificativa mais utilizada pela comunidade médica para defender a realização destas cirurgias (Chase, 2005, p. 90; Lavigne, 2009, p. 65), que violam o direito inalienável à integridade física e à autodeterminação, conquanto inexistam dados que corroborem a necessidade de intervir cirurgicamente ou que exponha o impacto positivo dessa 'normalização' (Costa et al., 2019, p. 89; Fausto-Sterling, 1993, p. 23; Lee et al., 2016, p. 176).

Ao resistir à cirurgia coerciva, a comunidade intersexo contribui para desfazer a crença de uma verdade inata sobre o sexo que cabe aos/as médicos/as discernir (Butler, 2006, p. 21; Chase, 2005, p. 91). A confiança social depositada nos saberes médicos (Lavigne, 2009, p. 60) resulta numa lógica paternalista e em decisões discricionárias (idem, p. 61) que objetivam manter e reforçar a polaridade (Preciado, 2018, p.113) do sistema binário de sexo e de género, na qual o sexo biológico é irreduzível e alinhado com o género (Oliveira, 2018,

p. 11). Assim, as pessoas intersexo são condicionadas a caberem numa das duas categorias consideradas válidas (Butler, 2006, p. 24), sem deixar abertura para outras opções (Platero, 2004, p. 46) reduzindo as possibilidades humanas (Butler, 2006, p. 141).

Nesta linha de pensamento, importa atender a que nem todas as pessoas intersexo se identificam com o sexo designado à nascença. Para algumas é imperativo redefinir os órgãos sexuais ou corrigir a ‘normalização’ sexual a que foram coercivamente sujeitas sem que se tenham podido manifestar (Platero, 2014, p. 143), outras não quererão recorrer a modificações corporais, tratamentos médicos ou hormonais com vista a alterar o corpo e a aparência, para que os seus corpos se encaixem nos padrões sociais, culturais ou médicos do que é ser um homem ou uma mulher (Bancroft, 2009, p. 290; Platero, 2014, p. 143).

Durante a infância decorrem processos de experimentação (Dias, 2014, p. 493) nos quais as crianças brincam ao género e são coagidas pelas normas para se adequarem (idem, p. 483; Platero, 2014, p. 22). As ruturas com as normas de género na infância não se traduzam numa identidade trans*, ou na sua persistência na idade adulta (Platero, 2014, p. 22), posto que a identidade de género pode variar ao longo da vida, sendo evolutiva e passível de transformação (Butler, 2006, p. 25; Butler, 2023, p. 150; Louro, 1997, p. 27). A frase “é um menino” ou “é uma menina” inicia um processo de masculinização ou feminização com a qual o sujeito se compromete (Louro, 2018), sendo que recusar seguir uma matriz heterossexual torna viáveis dissidências e percursos alternativos (Foucault, 1994; Ahmed, 2006, p. 554), criando linhas de fuga à “determinação estrutural” (Scott, 1999, p. 9).

A partir deste enquadramento teórico, de natureza argumentativa, partiu-se para o segundo capítulo, dedicado ao desenho metodológico, no qual se justifica a escolha do tema, a estratégia analítica selecionada e se abordam as dificuldades mais relevantes encontradas, que levaram a um reajustamento do estudo, e se tecem algumas considerações éticas.

“Como são experienciadas as dissidências de género?” constituiu-se como pergunta de partida, objetivando compreender como as pessoas intersexo experienciam as suas vivências quotidianas. As opções metodológicas selecionadas para melhor responder à questão, recaíram no método qualitativo, com recurso à realização de uma história de vida. Considerou-se ser a análise temática e a fenomenologia as mais adequadas à análise do *corpus*, para permitir, através das experiências narradas, aprofundar e entender as “estratégias de socialização, sobrevivência, negociação, ocultamento, dissimulação e visibilidade” (Vidarte, 2019, p. 57). Pretendeu-se entender a capacidade de agência e de ação

significativa, mesmo em contextos opressivos, no ambiente familiar, escolar, clínico e nos contextos de socialização, bem como as estratégias individuais de dissidência, autodeterminação e resistência.

Os conhecimentos resultantes da experiência das pessoas intersexo são, recorrentemente, considerados subjetivos e particulares (Bastien-Charlebois, 2017; Guerra, 2019, p. 122) pelo que encontram oposição, ceticismo, resistência e hostilidade (Smith e Watson, 2010, p. 28), estas narrativas sobre as experiências permitem aos sujeitos falar em nome próprio (Hall, 2016, p. 21). A narração das histórias de vida representa, para grupos e pessoas oprimidas, uma “estratégia poderosa de libertação”, ao tornar o privado público e trazer para o espaço público a reivindicação de direitos fundamentais (Chamberlayne e King, 1996, citado em Liamputtong, 2007 apud Neves, 2012, p. 10). O seu uso, em pesquisa feminista, contribui para alterar as ortodoxias da academia (Bornat, 1994 apud Roberts, 2002, p. 77), reparando a negligência histórica e reconhecendo a autoridade narrativa de pessoas a que tradicionalmente se atribui ou reconhece o poder de enunciação (Roberts, 2002, p. 77).

Como defende Foucault, quem fala, quem tem o direito à palavra e ao discurso (Foucault, 2021, p. 88), tem sido reservado a indivíduos das áreas da medicina, da justiça e da autoridade religiosa (idem, p. 79). Conquanto, ressalva Foucault, mais relevante do que quem fala é o lugar de onde fala (idem, pp. 170-171), sendo que estas outras narrativas contribuem para abalar as concepções do que é verdade ou não (idem, p. 27) no que se refere ao uso ideológico da história pelos grupos hegemônicos para a manutenção dos seus privilégios (idem, p. 49).

Nesta esteira, testemunhos e narrativas na primeira pessoa podem constituir importantes formas de rompimento do silêncio, projetos de insurreição e potências de resistência (Oliveira, 2018, p. 14), lugares de ativismo social e ação política, de resistência (Spade, 2015, p. 7), assentes no desejo de tornar a vida vivível (Butler, 2016, p. 34). Este método respeita o direito à autodeterminação e autorrepresentação, e contribui para construir linhagens visíveis (Joaquim, 2008), uma genealogia que concorra para a emergência de outras vozes (Oliveira, 2017, p. 6).

Ariel aceitou contar a sua história de vida narrando, ao longo de duas entrevistas, as experiências mais significativas, o modo como as percebeu, o impacto que tiveram à época e como flutuam e reverberam no presente, constringendo comportamentos e

paralelamente impelindo à dissidência e à tomada da palavra, recorrente, para se narrar a si própria.

No terceiro capítulo realiza-se a apresentação e discussão dos resultados, seguidas de breves considerações finais. Partiu-se para a análise do *corpus* tendo em conta a literatura que refere que a resistência e questionamento à corporalidade normativa e à norma de género acarreta sanções sociais que pretendem conter a fuga e a dissidência (Reis e Castro, 2019, pp. 51), considerada um perigo à ordem social com potencial de contágio. A normatividade, tangível na prática médica, na formulação do Direito e na sociedade em geral, leva a que considerem não conformes com as normas de género (Butler, 2006) os corpos intersexo e as identidades de pessoas dissidentes de género (Pinho, Rodrigues & Nogueira, 2020, p. 198), produzindo efeitos reiterados de estigma e discriminação.

Pessoas como Ariel, ao romperem a tradição do silêncio, da invisibilidade e do apagamento, ao exporem a sua identidade, os seus percursos e os seus desejos, fora da matriz normativa, criam trilhos alternativos e demonstram a existência de outras possibilidades de vida para as pessoas intersexo, para aquelas que não se enquadram no sexo atribuído ao nascimento, que pretendem transitar socialmente de género ou procuram tornar o entorno social menos coercivo.

Como magistralmente sintetiza Judith Butler “Salvaguardar o futuro de uma vida não significa impor a forma que essa vida deverá assumir, o caminho que essa vida irá tomar: significa manter em aberto as formas contingentes e imprevisíveis que as vidas possam assumir” (Butler, 2021, pp. 122-123).

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Género e sexualidade

1.1 Construção social do género

Na década de 1940, a antropóloga Margared Mead estudou três comunidades na Nova Guiné. Entre os *Arapesh*, tanto homens como mulheres demonstravam personalidades maternais no que concernia à parentalidade (Mead, 2009, p. 40), cooperativas, gentis, cordiais e não gananciosos (idem, p. 53), femininas no respeitante à sexualidade, onde o sexo não se afigurava uma força impulsionadora (Vale de Almeida, 2000, p. 103); entre os *Mundugumor*, tanto homens como mulheres apresentavam personalidades pouco maternais, hostis, agressivas, individualistas e sexualmente agressivas (Mead, 2009, p. 190); na comunidade dos *Tchambuli*, as mulheres demonstravam comportamentos dominantes, impessoais e ativos, e os homens maior dependência emocional e docilidade e menor responsabilidade (Mead, 2009, p. 268; Vale de Almeida, 2000, p. 103), precisamente o oposto do que se considera norma na sociedade ocidental. A investigação de Mead (2009 [1943]) evidencia que variações acontecem, não meramente por determinações psicobiológicas, mas pelas diferentes formas de educar e socializar associadas à plasticidade humana, e contrapõe-se a presunções culturais (Mead, 2009, p. 26), visões contrastantes entre os sexos, biologizantes e naturalistas (Guerra, 2019, pp. 61-62; Vale de Almeida, 2000, p. 103).

Também o trabalho de Marcel Mauss (2017 [1936]) enfatiza a centralidade da aprendizagem e da conformação individual às normas culturais e sociais que enformam corpo e género. Através das *técnicas do corpo*, o trabalho social de incorporação, produzido e reproduzido constantemente, passa a integrar o aparato cognitivo do sujeito, a dimensão sociocultural é naturalizada, não sendo perceptível o trabalho de inculcação no corpo de valores, aparatos simbólicos, modelos e práticas, moldados por estruturas sociais através da incorporação, que se internalizam e se tornam inconscientes (Mauss, 2017; Vale de Almeida, 2000, p. 152; Shimoda, 2013).

Conquanto, a cisnormatividade (Vergueiro, 2016 apud Oliveira, 2018, p. 10) e o aparato político-normativo concetualizaram o género como pré-discursivo, binário, estável

(Oliveira, 2018, p. 10), fixo e ancorado “num sexo que o procedeu (mas nunca foi mais do que género)” (Oliveira, 2017, p. 6), já que o sexo constitui uma interpretação política e cultural do corpo, tem sido género desde o início (Butler, 2017, p. 233).

O psiquiatra Robert Stoller terá sido pioneiro no uso do termo género ¹, em 1968, no livro *Sex and Gender The Development Masculinity and Femininity*, com o objetivo de diferenciar o sexo biológico, composto por genitália interna (útero, próstata, gónadas e hormonas) e externa (vagina, pênis), do comportamento, sentimentos e pensamentos, que estariam indelevelmente ligados ao domínio da cultura, da sociologia e da psicologia (Amâncio, 2003, p. 694; Corrêa, 2004, p. 6; Rosário, 2017, p. 270). Stoller assinalou que o sexo não estava ancorado ao género e que a identidade de género, enquanto conhecimento consciente ou inconsciente de pertença, podia diferir do sexo determinado no nascimento, o que acontece nas pessoas trans*² (Guerra, 2019, p. 18; p. 73; Rosário, 2017, p. 270). Todavia, conceptualizou a identidade de género como imutável (idem, p. 271), o que contribuiu para considerar as pessoas trans* como sofrendo de uma patologia na qual se devia intervir cirurgicamente, alinhando sexo e género (Trindade, 2020, p. 15).

O pedopsiquiatra norte-americano John Money utilizou o termo em 1975, no texto *Imprinting and the establishment of the gender role*, assinado conjuntamente com John e Joan Hampson, publicado na revista *Archives of Neurology and Psychiatry* (Oliveira, 2018, p. 9; Preciado, 2018, p. 29). O seu uso pretendia contribuir para justificar um protocolo de reprogramação de género, aplicável às crianças intersexo, que nasciam com genitália de difícil classificação como masculina ou feminina, ou que, tendo sofrido algum acidente nos genitais externos, se recondicionam para viver no outro sexo/género (Oliveira, 2017, p. 121). Criava-se assim a identidade de género, de modo a diferenciar o sexo biológico da pertença do indivíduo a um grupo de comportamento e expressão corporal, reconhecido culturalmente

¹ Tomas Laqueur (2001) advoga o uso do género enquanto categoria primária de ordenação do mundo social e cultural face ao “substrato biológico” e orgânico do sexo (p. 19), ainda que a palavra género não existisse para descrever “o sexo social” (idem, p. 170). João Oliveira enfatiza que “noções muito próximas deste conceito surgiram bem antes e com outro tipo de tradições de pesquisa e de pensamento” (Oliveira, 2012, p. 34), nomeadamente através do termo “máscara psicossocial”, em *Womanliness as a Masquerade*, de Joan Rivière, em 1929, bem como da ideia de género como relação social, proposta por Margaret Mead na obra *Sex and temperament in Three Primitive Societies*, publicada em 1935 e utilizada por Simone de Beauvoir, em *O Segundo Sexo*, em 1949, transposta pelo termo “sexo social” (Oliveira, 2012).

² O uso do termo trans*, de influência francesa e anglo-saxónica, evidencia o posicionamento contra a consideração da transexualidade como patologia, rompe com a distinção entre transexuais e transgénero (Platero, 2014, p. 169-170) e inclui formas de género não binárias, como *genderfuck*, *genderqueer*, *gender-bending* e outras hibridizações e dissidências de género (Oliveira, 2018, pp. 9-10).

como “masculino” ou “feminino” (Corrêa, 2004; Preciado, 2018, p. 29), um aspeto da existência que “tende a confluir para uma expressão pública, entendida como o papel de género, que envolve dimensões de reconhecimento social e cumprimento de expectativas sociais de conformidade” (Oliveira, 2017, p. 121) que se procura adaptar ao modelo dominante de masculinidade e feminilidade de cada sociedade.

O conceito género migrou para as ciências sociais no início da década de 1970, aquando da publicação da obra *Sex, Gender and Society*, de Ann Oakley (Amâncio, 2003, p. 694) tendo sido posteriormente utilizado pelas feministas para problematizar politicamente as questões da desigualdade entre homens e mulheres (Amâncio, 2003). Tendo sido fundado como uma alternativa à ontologia do sexo como natural, imutável e dimórfico (Oliveira, 2017, p. 121), os significados de género e sexo deslizam, “obscurecendo os limites que foram estabelecidos para mantê-los separados”, conclui Joan Scott (2012, p. 341). Por vezes o termo género funciona como alternativa eufemística, mais polida e educada do que o termo sexo, por não evocar a questão da sexualidade, defende a historiadora (ibidem). Destinados a destacar o biológico do social e culturalmente construído, os termos são usados por vezes indistintamente, clarifica a psicóloga social Lígia Amâncio (2003, p. 693), como se sexo e género tivessem o mesmo correspondente e se sobrepusessem “como uma e a mesma coisa”, enfatiza Miguel Vale de Almeida (2000, pp. 59-60), levando a que o género seja tido, erradamente, como trans-histórico e universal.

1.2 Dissidências de género

Alguns especialistas, como Berenice Bento defendem que não há crianças *queer* (Dias, 2014, p. 494), mas sim processos de experimentação (idem, p. 493) em que as crianças brincam de género e sofrem a pressão das normas para se adequar (idem, p. 483) às expectativas que os adultos projetam sobre elas, amiúde sob o mito da proteção da inocência e da infância (Platero, 2014, p. 22). Outros consideram que a identidade de género surge ao mesmo tempo que as crianças aprendem a falar, a expressar-se e a entender e nomear o que as rodeia (Bancroft, 2009, p. 289; Brill e Pepper, 2008 apud Platero, 2014, p. 48; Kennedy, 2010 apud Pires e Bracons, 2021, p. 4).

Ainda que as ruturas com as normas de género na infância não impliquem uma identidade trans*, ou a sua persistência na idade adulta (Platero, 2014, p. 22), visto que a

identidade de género não é fixa e imutável, podendo variar ao longo da vida (Butler, 2006, p. 25; Louro, 1997, p. 27), nem sempre constituem uma fase passageira – um dos receios frequentemente expostos pelos familiares de crianças e jovens *queer* – (Platero, 2014, p. 37).

O género não se estabelece de uma vez por todas, representa um processo contínuo (Butler, 2006, p. 25). Louro (1997) destaca que nas dinâmicas do género e da sexualidade “as identidades são sempre construídas, elas não são dadas ou acabadas num determinado momento” (Louro, 1997, p. 27). Assim, não se revela possível fixar um momento no processo de desenvolvimento no qual a identidade sexual e/ou a identidade de género seja estabelecida, posto que as identidades são evolutivas, instáveis e passíveis de transformação (ibidem).

Como Guacira Louro (2018) expõe, a frase “é um menino” ou “é uma menina” inaugura um processo de masculinização ou feminização com a qual o sujeito se compromete. Recusar a herança cultural e social permite-lhe mudar de direção rumo a novos futuros, ao desconhecido, extraviar-se ou perder-se (Foucault, s.d apud Ahmed, 2006, p. 554), tornando exequíveis dissidências e percursos alternativos.

Sara Ahmed (2006) enfatiza que o passado e os antecedentes familiares “que moldam a chegada de um indivíduo ao mundo e através das quais a própria família se torna um dado social”. O caminho que seguimos e que acentuamos à medida que o percorremos, através da repetição de normas e convenções, numa sinergia entre herança e repetição, é transmitido culturalmente sob a forma de “normas, obrigações familiares e de parentesco, valores ou dentro da arte e de crenças religiosas”, assemelhando-se a “investimentos que prometem retorno” (Ahmed, 2006, p. 555). Ao voltarmos-nos para os objetos disponibilizados pela linhagem familiar afastamo-nos dos que nos tiram desse caminho (idem, 554) e conduzem a espaço de horizontes não tipificados, de outras geografias, rotas alternativas e permanências instáveis e provisórias. O afastamento da norma e tipicidade (idem, p. 565) cria linhas de fuga à ‘determinação estrutural’ (Scott, 1999, p. 9).

Qualquer oposição à norma está embutida na própria norma, e é fulcral para o seu funcionamento (Butler, 2006, p. 81; Foucault, 1994). A matriz heterossexual delimita os padrões a seguir, mas, paradoxalmente, fornece o roteiro para transgredir as regras de género e sexualidade, possibilitando que, ao invés de repetidas, as normas sejam “deslocadas, desestabilizadas, derivadas” (Louro, 2018, p. 17). Diminuir a pressão coerciva das normas (idem, p. 33), ou não levar a cabo a sua reprodução, pode provocar o desfazer ou refazer do

gênero de maneira inesperada, abrindo a possibilidade para uma reconstrução da realidade de gênero em outros termos (Butler, 2016, p. 32).

Num quadro de possibilidades de resistência e questionamento da norma, a tentativa de não ser mulher/não ser homem ou de não corresponder aos modelos dominantes de masculinidade e feminilidade de cada sociedade, acarreta sanções sociais que evidenciam os efeitos da norma: vigiar, constranger, trazer desconforto, corrigir e punir, no intuito de conter a fuga e a tentativa de desobedecer e dissidir (Reis e Castro, 2019, pp. 513-514). “A existência de pessoas dissidentes é interpretada como um perigo à ordem social vigente, contaminando qualquer modelo estável de identidade”, acarretando o perigo de que a visibilidade de expressões não normativas encoraje outros a assumirem identidades não binárias e plurais (idem, p. 515).

As pessoas dissidentes de gênero podem ser emblemáticas da pós-modernidade (Louro, 2018; Teixeira e Carneiro, 2018, p. 132), já que a sua visibilidade evidencia o caráter cultural e instável de todas as identidades. “As transformações são inerentes à história e à cultura”, enfatiza Louro, “mas, nos últimos tempos, elas parecem ter-se tornado mais visíveis ou ter-se acelerado” (Louro, 2008, p. 19). Considerando que as posições de gênero e sexualidade se têm vindo a multiplicar, ou pelo menos a sua notoriedade no espaço público, importa considerar, assinala Guacira Louro, que não é exequível realizar leituras apoiadas em esquemas binários, que apresentam como efeitos reiterados a hierarquia, a classificação, a dominação e a exclusão (Louro, 2001, p. 542).

Importa igualmente atender a que as fronteiras, constantemente atravessadas, representam na atualidade o lugar social no qual algumas pessoas vivem (Colling, 20016, p. 12; Louro, 2001, p. 542). Abrir caminhos entre a norma e a improvisação, a repetição e a invenção (Preciado, 2018, p. 390), integra a própria resistência (Spade, 2015, p. 7), através da qual certos enunciados de gênero são extirpados da autoridade do discurso hegemónico e usados pelo sujeito de conhecimento, simultaneamente fonte e produtor do mesmo (Preciado, 2018 p. 403). Constituem o que Preciado apelida de reivindicações da materialidade do corpo como local político de ação e resistência (idem, p. 266). Não sendo possível “fazer o que se faz nos desenhos animados: desenhar uma porta na parede da opressão sexual e de gênero e escapar por ela”, na expressão de Paul Preciado (2019, p. 53), as identidades à margem podem constituir lugares de ativismo social e de ação política, através de práticas de inadequação e dissidência (Preciado, 2023, p. 27) radicadas na

“vontade de viver, de tornar a vida possível e de repensar o possível enquanto tal” (Butler, 2016, p. 34).

2. Intersexualidade

2.1 Evolução da classificação – religiosa, jurídica e médica

Mircea Eliade (1999), historiador das religiões, destaca o mito do andrógino nas sociedades não ocidentais, enquanto forma perfeita e completa, representando “a união dos contrários e o mistério da totalidade” (Eliade, 1999, p. 55), que teria sido vertida para a literatura ocidental. Na Antiguidade, as narrativas em torno do deus grego Hermafrodito, descrito por Ovídio no livro *Metamorfoses* (+-8 e 14 d. C.) e por Platão em *O Banquete* (+-380 a. C.), constituíam objetos de fascínio (Guerra, 2018, p. 106). Contudo, defende o autor, estas narrativas eram significações metafísicas, simbólicas, sem correspondente material, visto que “o hermafrodita concreto, anatómico, era considerado uma aberração da natureza ou um sinal da cólera dos deuses” (Eliade, 1999, p. 65).

Descreve o filósofo Michel Foucault que, tradicionalmente, o monstro humano era aquele cuja existência constituía uma violação das leis da natureza, ao combinar o impossível com o proibido (2018, p. 47). Da Idade Média ao século XVIII o monstro por definição era o misto (idem, p. 54) que transgredia os limites naturais das classificações: uma desordem da natureza que abalava o direito civil e religioso (idem, p. 55). “Durante muito tempo, os hermafroditas foram criminosos ou rebentos do crime, visto que a sua disposição anatómica, o seu próprio ser, confundia a lei que distinguia os sexos” (Foucault, 1993, p. 42).

Foucault, em *Herculine Barbin: O Diário de um Hermafrodita* (1983 [1978]) advoga que a história e a medicina concederam aos “hermafroditas”, a partir do século XVII, a hipótese da coexistência dos dois sexos. O pai ou o padrinho seriam responsáveis por decidir o género em que a criança deveria ser criada, mas na idade de contrair casamento poderia optar por viver “noutro género”, que considerasse dominante, desde que se mantivesse nele até ao final da vida (Foucault, 1983, pp.1-2). Em *Os Anormais* (2018), o mesmo autor clarifica que a opção por um género permitia determinar o vestuário, as regras de batismo e sucessão (Foucault, 2018, p. 285), com “quem podiam casar” (idem, p. 56; p. 61), quais os cânones do batismo e as regras da sucessão (idem, p. 285). Os sujeitos que assumiam papéis

sexuais contrários ao seu gênero eram condenados à morte por sodomia (idem, p. 57). O corpo não normativo não era castigado, mas sim a “monstruosidade da conduta”, a orientação não heterossexual (idem, p. 63).

Thomas Laqueur (2001), na obra *Inventando o sexo, corpo e gênero dos deuses a Freud*, defende que os médicos da Renascença consideravam que havia um sexo único, mas,

“manifestamente pelo menos dois sexos sociais com direitos e obrigações radicalmente distintas, de certa forma correspondendo aos graus, mais altos e mais baixos, da escala corpórea do ser. Nenhum tipo de sexo – social ou biológico – podia ser considerado fundamental ou básico, embora as divisões de gênero – as categorias do sexo social – fossem certamente consideradas naturais. O mais importante é que o sexo biológico, que nós geralmente usamos como base do gênero, era tão existente no domínio da cultura e do significado quanto o gênero”. (Laqueur, 2001, p. 170).

Em casos difíceis, esclarece Laqueur, o sexo determinava-se de forma a ajustar-se à pessoa em categorias claras de gênero. O sexo era estabelecido nas margens – o centro era de natureza cultural (ibidem). “Durante grande parte do século XVII, ser homem ou mulher era manter uma posição social, assumir um papel cultural, e não pertencer organicamente a um sexo ou a outro”, advoga Laqueur, pois neste período o sexo “era ainda uma categoria sociológica, não ontológica” (idem, p. 177). Ninguém indagava a pertença de gênero antes de ocorrer uma mudança física, uma ‘usurpação de gênero’ ou uma suspeita de sodomia ser denunciada (idem, p. 174).

Laqueur cita o que considera um dos mais relevantes livros médicos da Renascença no que concerne à determinação do sexo, o *Questionum medico-legalium*, de Paolo Zacchia, publicado em 1653. Zacchia advogava que os hermafroditas não eram “monstros perigosos e portentosos”, somente “pessoas com órgãos sexuais ambíguos”. Considerava igualmente que “os membros que conformam ao sexo não são causas que constituem o masculino ou o feminino, ou que os distinguem” e, portanto, “podiam aparecer em alguém do sexo oposto” (Zacchia, 1653 apud Laqueur, 2001, p. 175) sem que isso obrigasse a uma “promoção” ou “despromoção” de status, ou seja, a uma reclassificação de gênero. Somente no século XVII se passaria a dar maior ênfase à componente biológica (Laqueur, 2001, p. 182) e posteriormente, “em alguma época do século XVIII, o sexo que nós conhecemos foi inventado” (idem, p. 189), como fundamento para o gênero (idem, p. 190). Enfatiza Laqueur que o trabalho cultural e de hierarquização entre homens e mulheres, realizado pelo gênero, principiara a ser desempenhado pelo sexo (idem, p. 191).

A obra *Herculine Barbin: O Diário de um Hermafrodita*, prefaciado e publicado por Foucault (1983 [1978]), escrito provavelmente em 1868, constitui um raro testemunho, anterior ao século XX, de uma pessoa intersexo, e poderá ser ilustrativo das práticas jurídicas, médicas e sociais da época. Criado/a como rapariga entre outras mulheres – apesar de possuir pênis e vagina – num ambiente católico, viu-se obrigado/a a trocar legalmente e socialmente de identidade após o envolvimento sexual com outras raparigas. A orientação sexual, usada para definir a pretensa identidade, ‘o verdadeiro sexo’, obrigou à saída do “limbo feliz de uma não identidade” (idem, p. 6), para o “implacável destino” (idem, p. 95) de sentir não ter lugar, a quem o “abandono, a solidão e o desprezo ultrajante” (idem, p. 101) levaram ao suicídio. Herculine não seria um homem preso num corpo de mulher, nem uma mulher aprisionada num corpo masculino, segundo Paul Preciado, mas sim "um corpo preso entre discursos discordantes de sexualidade" (Preciado, 2018, p. 400).

Michel Foucault identifica cronologicamente que, a partir do século XIX (1860-1870), as “teorias biológicas da sexualidade, as concepções jurídicas do indivíduo, as formas de controle administrativo” conduziram à procura de ordem sexual e à preocupação com a moralidade, bem como à recusa da ideia da existência dos dois sexos num só corpo, passando o médico a deter o poder de “decifrar qual o verdadeiro sexo” (Foucault, 1983 [1978], p. 2). Neste período a ciência introduziu o conceito de pseudo-hermafrodita, o que contribuiu para distanciar a diversidade sexual da espiritualidade e do misticismo, classificando-a como uma questão médica (Guerra, 2018, p. 106).

O controle da anomalia enquanto técnica de poder e saber organizado, codificado e articulado (Foucault, 2018, p. 54), nas palavras de Ana Lúcia Santos, catalogou e patologizou os corpos que confundiam a distinção dos sexos e os limites da sexualidade (Santos, 2013, p. 10), e, considera Alice Dreger, inadvertidamente alteravam as fronteiras dos sexos (Dreger, 1998, p. 26). Tornou-se então o modelo de ininteligibilidade, evoluindo para o anormal (Fausto-Sterling, 2000, p. 36; Guerra, 2018, p. 49).

2.2 Conceitos e síndromes

O uso dos termos hermafroditas, macho pseudohermafrodita (características anatómicas de ambos os sexos, mas somente tecido testicular), fêmea pseudohermafrodita (características anatómicas de ambos os sexos, mas somente tecido ovárico) e verdadeiros

hermafroditas (um testículo e um ovário), remontam a Theodor Albrecht Edwin Klebs, que, em 1876, os utilizou na obra *Handbuch der Pathologischen Anatomie*³ (Dreger et al., 2005, p. 729).

A definição do ‘verdadeiro sexo’ dependia do tecido gonadal existente, pelo que pessoas com tecido testicular, que apresentassem anatomia diversa, eram classificadas como “pseudo-hermafroditas masculinos”, e pessoas com tecido ovárico como “pseudo-hermafroditas femininos”. Para a classificação como hermafroditas verdadeiros, seria necessário a existência de tecido ovárico e testicular, o que confundia os médicos, que não sabiam onde os enquadrar, quer social, quer legalmente (Dreger, 1998, p. 26). Talqualmente a existência de pessoas com ovotestículos (Dreger et al., 2005, p. 730), introduziu discórdia quanto à sua classificação.

Hermafroditas verdadeiros possuem órgãos masculinos e femininos completos, o que não acontece nos seres humanos (Santos, 2012, pp. 12-13). A partir de 1910, a realização de biópsias e laparotomias permitiu verificar, em pessoas vivas, que gónadas possuíam. O avanço da medicina permitiu igualmente assinalar a existência de múltiplos casos em que, pessoas de aparência feminina, possuíam testículos e não ovários, o que a ciência atual classifica como Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios (AIS) ou Síndrome da Feminização Testicular (1 em 60.000 XY). A anatomia exterior desenvolve-se segundo os padrões típicos femininos – vulva, vagina, seios, pelos moderados – e comumente somente após a entrada na adolescência é diagnosticada a AIS, devido à inexistência de menstruação, o que não impede que a maior parte se sinta mulher e viva legal e socialmente como mulher (Dreger, 1998, p. 26; Dreger et al., 2005, p. 731; Rosário, 2017, p. 267; Spínola-Castro, 2005, p. 48).

A historiadora da ciência Alice Dreger assinala que os médicos terão percebido que considerar estas pessoas como homens, devido ao tecido testicular, ou verdadeiros hermafroditas, devido ao tecido testicular e ovárico, gerava confusão, o que contribuiu para abandonar a classificação do “verdadeiro sexo” em função das gónadas (Dreger, 1998, p. 27; Dreger et al., 2005, pp. 732-733). Passou a atender-se ao sexo cromossomático, ao cariótipo, também ele nem sempre congruente com o fenótipo ou com a identidade de género (Dreger et al., 2005, p. 731).

³ Todas as traduções apresentadas são livres, de autoria própria.

O termo intersexualidade surgiu pela primeira vez na biologia em 1917, utilizado pelo geneticista Richard Goldschmidt, no artigo *Intersexuality and the Endocrine Aspect of Sex*, publicado no jornal *Endocrinology* (Dreger, 2003, p. 31 apud Santos, 2013, pp. 7-8), contudo, o seu uso não se generalizou rapidamente. Dreger et al. (2005), no artigo *Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex*, publicado no *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, advogavam que o uso dos termos hermafroditismo e pseudohermafroditismo deveriam ser abandonados, utilizando-se o termo intersexo, a síndrome ou Desordem do Desenvolvimento Sexual (DSD) (Dreger et al., 2005, p. 733). Este último termo, adotado no Consenso de Chicago, em 2005 (Lee et al., 2006; Machado, 2008, p. 17), rapidamente se generalizou na comunidade médica, mas não junto dos ativistas ou acadêmicos, que, ainda que o tenham sugerido no Consenso, lhe apontam uma conotação estigmatizadora e patologizante (Vieira et al., 2021 apud Lemos, 2022, p. 4) que induz à leitura de que a anatomia sexual incomum requer correção cirúrgica ou hormonal (Reis, 2007 apud Lemos, 2022, p. 4) para tornar os corpos intersexuais “conformes” com as normas médicas e sociais. De forma a evitar conotações patologizantes, alguns clínicos usam *dsd* (grafada em minúsculas) como sigla para diversidade sexual de desenvolvimento (Levounis e Yarbrough, 2020, p. 83; Leivas et al., 2023, p. 3), de modo a transmitir que se trata não de uma desordem, perturbação e patologia, mas sim de diversidade, inerente ao ser humano.

Estimar a frequência da intersexualidade afigura-se difícil, pois em alguns casos é visível logo no nascimento, noutros somente após a entrada na puberdade, havendo situações em que a pessoa intersexo não sabe da sua condição (Costa et al. 2019, p. 86; Fausto-Sterling, 2001/2, p. 11). Judith Butler, em *Problemas de Género* (2017), avançava que “uns bons dez por cento da população têm variações cromossômicas que não se arrumam facilmente no conjunto de categorias de mulher XX e homem XY” (Butler, 2017, p. 223). John Money, antigo psicólogo da Universidade John Hopkins, especialista no estudo de alterações congénitas nos órgãos sexuais, defendeu que as pessoas intersexo podiam constituir até 4% dos nascimentos (Fausto-Sterling, 1993, p. 21). Alice Dreger (1998), considerando vários estudos, apontou que 1 em 1500 nascidos teria genitália com desenvolvimento não normativo. Mais recentemente, uma revisão da literatura médica dos últimos 40 anos, realizada em 2000, concluiu que 1,7% dos nascidos não se enquadra no binarismo sexual em termos cromossômicos, gonadais, genitais ou hormonais (Blackless et al., 2000 apud Sweeting et al., 2017, p. 382). Importa considerar que a fiabilidade estatística é impactada

pelas diferentes avaliações culturais que classificam de formas distintas as características sexuais, como o macroclitóris, o micropénis ou a hipospadia (Dreger, 1998, p. 26; Santos, 2013, pp. 6-7).

A intersexualidade/dsd inclui um vasto espetro de alterações, ao nível dos cromossomas, hormonas, gónadas ou genitais, originando diferenças físicas que diferem das normas sócio-médicas estabelecidas para corpos masculinos e femininos, rompendo as tradicionais dicotomias. Em termos médicos define-se como um conjunto de síndromes que produzem corpos que não se enquadram na classificação típica de masculino ou feminino (Cabral e Benzur, 2005, pp. 283-284; Platero, 2014, p. 140).

Estas síndromes assumem combinações diferentes, levando a que seja complexo calcular a quantidade exata de variações existentes (Santos, 2013, p. 17) e resultam num conjunto muito amplo de corporalidades possíveis (Cabral e Benzur, 2005, p. 284) que nem sempre acarretam dificuldades de atribuição de género, enfatiza Mauro Cabral, filósofo, historiador e ativista intersexo (idem, p. 290). Algumas estão associadas a problemas de saúde concretos, nomeadamente hormonais e metabólicos, como a hiperplasia adrenal congénita (CAH) e o cancro na criptorquidia, mais prevalente nas síndromes que provocam insensibilidade aos androgénios e que podem constituir risco de vida (Dreger, 1998, p. 30; Platero, 2014, p. 140). Não obstante os distúrbios metabólicos que necessitam de cuidados médicos, os genitais em si raramente exigem intervenção cirúrgica por motivos de saúde (Dreger, 2000 apud Santos, 2012, p. 6). Entre as intervenções consideradas urgentes encontram-se a construção de uma abertura urinária em recém-nascidos sem abertura do trato urinário, remoção de neoplasias e suplementação exógena em recém-nascidos com CAH (Levounis e Yarbrough, 2020, p. 131; IGLYO, OII Europe & EPA, nd, p. 40).

A diversidade de desenvolvimento sexual pode ser causada por aneuploidia, ou seja, anomalia do número de cromossomas: 45,X0/ Síndrome de Turner (1 em 5.000); 47, XXY/Síndrome de Klinefelter (1 em 1.250); 47,XXY, XXXY ou XXXXY (1 em 700 homens); 47,XYY (1 em 700-1.000), entre outras combinações, que levam a que os caracteres sexuais primários ou secundários se desenvolvam de forma diversa, em alguns casos visível logo no nascimento, noutros somente após a entrada na puberdade (Bancroft, 2009, pp. 45-46; Santos, 2012, p. 33). Em pessoas de cariótipo genético 46,XX, destaca-se a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou Síndrome de Rokitansky, uma agenesia

mülleriana que leva a formação incompleta da vagina, colo do útero, uretra, e/ou trompas de Falópio (Santos, 2012, p. 35).

Também determinados erros no metabolismo fetal levam a diferenças no desenvolvimento genital. A Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios (AIS) provoca uma incidência mais elevada de cancro nos testículos, pelo que a monitorização atenta ou a ablação são aconselhadas (Dreger, 1998, p. 30). A Síndrome da Insensibilidade Parcial aos Androgénios (PAIS) origina testículos intra-abdominais ou inguinais e diferenças no desenvolvimento fálico à nascença, como micropénis, escroto não bífido, ausência de testículos e de abertura vaginal (Bancroft, 2009, p. 49). A Síndrome da Insensibilidade Completa aos Androgénios (CAIS) (1 em 13.158-40.800 XY) impede o desenvolvimento das trompas, do útero e de uma vagina profunda (idem, pp. 47-48).

A deficiência⁴ em 17-beta hidroxisteroide desidrogenase (1-16.000 XY) prejudica a ‘masculinização’, originando genitália atípica ao nascer, levando a que seja medicamente sugerida a atribuição do sexo feminino. A deficiência em 5-alfa-redutase resulta em clítoris semelhante a pénis, lábios semelhantes a escroto e testículos inguinais. Na puberdade há desenvolvimento peniano, levando à designação feminina no nascimento e maioritariamente à redesignação masculina no pós-puberdade (idem, pp. 47-50). Pode resultar da baixa variedade genética, designadamente em locais isolados onde os casamentos consanguíneos contribuem para a preponderância dessa variação enzimática nos genes quando ela se encontra na linhagem, como acontece em regiões isoladas da República Dominicana e da Nova Guiné (Dreger, 2003 apud Santos, 2013, p. 6). Na República Dominicana o número significativo de casos levou a “criar” um terceiro sexo, apelidado de *guevedoche* – cuja tradução literal é “pénis aos doze” –, que não são considerados homens, tendo um estatuto social diferente (Fausto-Sterling, 2000, p. 109; Machado, 2005, p. 260).

A Hiperplasia Adrenal Congénita (CAH), igualmente uma disfunção metabólica, caracteriza-se pelo crescimento exagerado e estimulação crónica do córtex da glândula suprarrenal, devido a mutações no gene da enzima 21-hidroxilase. Nas formas mais severas resulta em desequilíbrio eletrolítico, devido às perdas de sal, que podem ser fatais se não tratadas atempadamente (Bancroft, 2009, p. 50; Dreger, 1998, p. 30; Money e Erhardt, 1972, p. 97). Em pessoas com cariótipo 46,XY causa hipospadia, criptorquidia e puberdade

⁴ Termo médico utilizado para indicar valores inferiores aos de referência.

precoce, e em cariótipo 46,XX virilização com desenvolvimento clitoriano superior ao padrão médico ocidental de tamanhos e formas genitais femininas e fusão labioescrotal (Brancroft, 2009, p. 50; Machado, 2005, pp. 254-255).

De mencionar ainda o efeito da exposição fetal a hormonas exógenas, designadamente esteroides sintéticos usados para prevenir o aborto espontâneo (progestinas com propriedades androgénicas), que causam sintomatologia semelhante à hiperplasia adrenal congénita (Brancroft, 2009, pp. 50-51; Santos, 2013, p. 7).

2.3 Violência e invisibilidade

Los sujetos intersexuales no deberían ser violentados por el bienestar o la conveniencia de otros.

(Cheryl Chase, 2005, p. 96).

As técnicas e protocolos para intervir fisicamente nos corpos intersexuais foram desenvolvidos na Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos, nas décadas de 1920 e 1930, coordenadas pelo urologista Hugh Hampton Young (Chase, 2005, p. 88). Em meados do século XX, o desenvolvimento científico tornara os médicos aptos a intervir cirurgicamente, “‘corrigindo` os erros da natureza” e invisibilizando a existência de pessoas intersexo (Fausto-Sterling, 2000, p. 37). A partir da década de 1950, as cirurgias de recondução sexual, logo após o nascimento (Preciado, 2020, p. 286), subscritas pela American Academy of Pediatrics, generalizaram-se nos países ocidentais (Corrêa, 2004, p. 8; Dreger, 1998, p. 27).

John Money e Anke Ehrhardt popularizam a noção de que sexo e género representam categorias independentes, referindo-se o sexo aos atributos físicos e anatómicos, fisiologicamente determinados, e o género como “uma transformação psicológica do eu – a convicção interior de que se é homem ou mulher – e as expressões comportamentais dessa convicção” (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 15). O protocolo desenvolvido por Money e colaboradores justificava-se com a pretensa maleabilidade do cérebro na ocasião do nascimento e com o papel nuclear dos efeitos sociais na identidade de género, preponderante

face aos fatores biológicos, resultando a condição de ser homem ou mulher das influências culturais e ambientais (Rosário, 2017, p. 267; Spínola-Castro, 2005, p. 55).

As intervenções realizavam-se recorrentemente sem o conhecimento dos pais, que não sabiam assim informar o/a/es filho/a/es (Bastien-Charlebois, 2017; Lavigne, 2009, p. 60, Spínola-Castro, 2005, p. 49), em idades muito precoces, pelo que as crianças não podiam dar o seu consentimento informado (Butler, 2006, p. 97; Platero, 2014). Cada nascimento era tratado como uma emergência médica⁵ em que urgia intervir antes de “gerar confusão” aos familiares sobre o sexo do/a/e recém-nascido (Dreger, 1998, p. 27; Lavigne, 2009, p. 57) e do estabelecimento da identidade de género, entre os 18 meses e os dois anos (Croce e Croce Jr., 1995, pp. 394-395 apud Guerra, 2019, p. 178; Money et al., 1955 apud Trindade, 2020, p. 8; Pino, 2007, p. 170), altura a partir da qual as ressignificações eram consideradas muito arriscadas ou mesmo impossíveis (Cabral e Benzur, 2005, p. 289).

O protocolo pretendia a adesão ao tratamento hormonal e que a pessoa “preferencialmente ignorasse a sua condição” de intersexo (Bastien-Charlebois, 2017; Corrêa, 2004, p. 9; Spínola-Castro, 2005, p. 49). Fundamentava-se na construção cirúrgica de rapazes com pénis e sem vagina e raparigas com vagina e sem pénis, que evitasse a disforia na adolescência e na vida adulta (Dreger, 1998, p. 27) e em proporcionar capacidades, tidas como fundamentais, nomeadamente a penetrabilidade vaginal para as mulheres e a capacidade de penetrar e de urinar em pé nos homens (Cabral e Benzur, 2005, p. 289; Chase, 2005; Machado, 2008, p. 129).

No âmbito do protocolo Money, a escala Prader constituía o método visual de definição, através da observação dos genitais externos, se a criança recém-nascida seria designada homem ou mulher, sendo o critério para atribuição de sexo uma diferença estética (Corrêa, 2004, p. 7; Preciado, 2018, p. 77; Preciado, 2020, p. 286), avaliada por médicos especializados, com um olhar médico treinado (Machado, 2008, p. 144), capazes de “ouvir a verdadeira natureza daquele sexo” (Fausto-Sterling, 2000, p. 28), sob a “superfície confusa” (idem, p. 50). Cromossomas e gonadas seriam desqualificados face aos genitais e as características sexuais secundárias para a atribuição de género, visto os signos visuais deterem o status de representação do género (Fausto-Sterling, 2000, p. 76). Ressalve-se que diferentes culturas leem de modo distinto as características sexuais, nomeadamente o que

⁵ Ainda que os médicos admitam desconhecer as consequências de indefinir o sexo da criança (Lavigne, 2009, p. 57).

consubstancia um micropênis ou um clitóris virilizado (Dreger, 1998, p. 26; Santos, 2013, pp. 6-7). Como defende Fausto-Sterling, a forma como definimos o normal e o anormal tem tanto de científico como de cultural (2003, p. 118) e as “verdades médicas” provêm da arena social, sendo reforçadas pela ciência e pela classe médica (2000, p. 28; pp. 115-116).

Um pênis considerado demasiado pequeno⁶ para penetrar uma vagina, impossibilitando a fecundação, seria transformado em clitóris e criada uma neovagina (Santos, 2012, p. 26; p. 36; Rosário, 2017, p. 263) e um clitóris com mais de cinco centímetros, seria inapelavelmente sujeito a uma clitoridectomia, vinca Cabral (Cabral e Benzur, 2005, p. 291). Conquanto, declaravam-se as pessoas intersexo homens ou mulheres, consoante produzissem sémen ou óvulos, de modo a preservar o potencial reprodutivo (Dreger, 1998, p. 28; Fausto-Sterling, 2001/02, p. 20; Preciado, 2018, p. 114), em linha com o imperativo da reprodução heterossexual que leva a que os corpos sejam colocados ao serviço da reprodução da espécie (Preciado, 2018, p. 128). Nos casos em que não se verificava potencial reprodutivo, por ser mais fácil retirar do que construir⁷, cerca de 90% das pessoas com desenvolvimento diverso da genitália eram classificadas como mulheres, assinala a ativista Cheryl Chase, sujeitando-se a “clitoridectomias”⁸ para reduzir o tamanho e volume do clitóris/micropênis (Chase, 2005, p. 90; Chase n/d apud Butler, 2006, p. 97).

Paula Sandrine Machado (2008, pp. 210-211) sublinha que o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e de intervenção cirúrgica possibilitaram a construção de órgãos “esteticamente adequados”, quer masculinos quer femininos, pelo que os médicos passaram a priorizar a adequação dos genitais a outras componente fenotípicas e à identidade de género manifestada através de preferências, comportamentos e expressão exterior de género.

Machado (2008), na sua tese de doutoramento, ordena os fatores considerados pelos médicos para uma cirurgia que direcione ao sexo feminino, a saber, a capacidade reprodutiva (possuir ou não útero e ovários funcionantes), a possibilidade de construção anatómica de uma vagina que seja penetrável por um pênis e proporcione prazer durante as relações heterossexuais (conservação das inervações do clitóris) e que contenha um clitóris que não seja “demasiado grande” (Machado, 2008, p. 150). Para o sexo masculino concorre o

⁶ Fausto-Sterling (1989, p. 29) refere um centímetro e meio, tal como Preciado (2018, p. 77); Spínola-Castro (2005, p. 50) alude a dois centímetros e meio.

⁷ Em concordância com o ditado médico “It’s easier to poke a hole than to build a pole” (É mais fácil cavar um buraco do que construir um poste).

⁸ Chase utiliza o termo clitoridectomias e não clitoroplastia para destacar a violência do procedimento e dos seus efeitos.

tamanho e a capacidade erétil do pênis, de sentir prazer associado à penetração de uma vagina e à ejaculação, seguindo-se a capacidade reprodutora e a possibilidade urinar em pé (idem, p. 280). Enquanto nos homens se privilegia a preservação da capacidade de ter relações heterossexuais, nas mulheres o fator mais valorado assenta na capacidade reprodutiva que permita a maternidade (Fausto-Sterling, 2000, p. 57; Pino, 2007, p. 158).

O protocolo Money dominou nas sociedades ocidentais durante cerca de 50 anos (Spínola-Castro, 2005, p. 50), até à data do Consenso de Chicago, uma reunião de especialistas, membros da Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society e da European Society for Pediatric Endocrinology (Lima, 2014, p. 3). O Consenso estabeleceu alterações relativas à nomenclatura, às normas éticas de conduta, aos processos ao nível do diagnóstico e acompanhamento médico de crianças intersexo. A “cultura do silêncio” foi substituída por recomendações aos pais que informassem a criança da sua diversidade sexual de desenvolvimento e incentivos a participarem em grupos de apoio constituídos por familiares de outras crianças intersexo (Bastien-Charlebois, 2017; European Commission, 2018, p. 129; Lee et al., 2016; Machado, 2008, p. 35).

Todavia, segundo alguns/as investigadores/as, muitas das práticas mantêm-se na atualidade em vários países⁹ (Bastien-Charlebois, 2017; Leivas et al., 2023, p. 2; Lemos, 2022, pp. 9-10) incluindo Portugal (Lemos, 2022 p. 39; p. 55; StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org 2020). As crianças intersexo continuam a ser inseridas num programa de controle hormonal e cirúrgico, para que se possam enquadrar física e psicossocialmente na sociedade como machos ou fêmeas heterossexuais normalizadas (Fausto-Sterling, 1993, p. 22; Leivas et al., 2023).

A pretensa necessidade de normalizar os corpos das crianças cujo sexo não pode ser inequivocamente atribuído radica no desenvolvimento de uma identidade de género estável, física e mentalmente adequada ao género designado e heterossexual (Butler, 2006, p. 97; Spínola-Castro, 2005, p. 49). Para que a socialização tenha "um corpo onde assentar, uma base material" e a construção da identidade ocorra com êxito, considera-se "imprescindível uma aparência exterior *standard*" capaz de sustentar a sua própria perceção e a do entorno

⁹ Leivas et al. (2023, p. 2) frisam que “alguns Estados têm estabelecido condições para a realização das cirurgias, como é o caso da Colômbia, da Alemanha e da Grécia, sendo Portugal e Malta os únicos países a proibirem de facto essas intervenções em crianças que não têm idade mínima para consentir”.

social (Cabral e Benzur, 2005, p. 288; Money e Erhardt, 1972, p. 97), imposta externamente por um conjunto de normas de gênero.

As intervenções médicas incluem ‘masculinização’ e ‘feminização’, cirurgia genital ‘corretiva’, procedimentos de esterilização, imposição de hormonas, exames genitais forçados, dilatações vaginais, exposição médica, experimentação humana involuntária e negação dos cuidados de saúde adequados (Leivas et al., 2023, pp. 6-7). As consequências negativas destas práticas, tanto físicas como mentais, fazem-se sentir ao longo da vida, designadamente incontinência, estenose uretral, comprometimento ou perda das capacidades reprodutivas, dependência ao longo da vida de hormonas artificiais, elevado autocontrole, comportamentos lesivos e tendências suicidas, sofrimento mental e trauma ao longo da vida. Destacam-se ainda a perda ou comprometimento da sensação sexual, ausência de orgasmos, cicatrizes que resultam em relações sexuais dolorosas, aumento da ansiedade sexual e menor atividade sexual (Butler, 2006, p. 98; Dreger, 1998, p. 32; Greenberg, 2012, Mouriquand et al., 2014 apud Lemos, 2022, p. 12; Maffía e Cabral, 2003, p. 8; Santos, 2012, p. 25).

Num quadro onde o sexo é equiparado a penetração e procriação (Maffía e Cabral, 2003, p. 3), a cópula sexual vaginal heterossexual consubstancia o propósito da sexualidade, inegavelmente ligado ao papel reprodutivo, e onde prazer e erotismo são menos valorados que a capacidade reprodutora (Chase, 2005, p. 96), uma das justificações para a realização de intervenções cirúrgicas prende-se com a possibilidade de “uma vida normal” (Maffía e Cabral, 2003, p. 6). À luz deste postulado é basilar questionar quão normal se revela a expressão da sexualidade e a atividade sexual após mutilações e cicatrizes resultantes das cirurgias que causam insensibilidade e podem privar a pessoa da função sexual e do prazer (Butler, 2006, p. 98). Destaque-se que a possível perda de sensibilidade genital, associada à ‘normalização’ feminizante, quando comparada à masculinizante, surge nos estudos efetuados como “pouco relevante” (Maffía e Cabral, 2003, p. 6), o que descobre a diferença de centralidade atribuída ao prazer masculino, a menorização da sexualidade feminina e a sua redução à passividade (Junior, 2014 apud Lemos, 2022, p. 31; Pino, 2007).

Não obstante a quantidade de pessoas cirurgicamente intervencionadas, os estudos de acompanhamento são escassos (Kessler, 1998 apud Chase, 2005, p. 96; Machado et al., 2015 apud Leivas et al., 2023, p. 3). A reduzida estatística existente revela maior índice de depressão e suicídio associado a uma atribuição e ‘normalização’ cirúrgica para o masculino, o que não tem lugar quando a decisão resulta na atribuição e ‘normalização’ feminizante.

Diana Maffía e Mauro Cabral entendem que os dados parecem assentar num enviesamento da amostra, posto serem acompanhadas mais pessoas cuja ‘normalização’ médica levou à atribuição do género masculino (Maffía e Cabral, 2003, p. 6).

A remoção das gónadas é prática corrente, com o objetivo de evitar potenciais cancros, contudo, não há estudos que comprovem a maior prevalência em pessoas intersexo, visto que a maioria é submetida à sua remoção. A ablação das gónadas impede a entrada natural na puberdade, o que implica, recorrentemente, consultas regulares e tratamento hormonal continuado. De igual modo, as gonadectomias amiúde provocam implicações negativas na saúde óssea, nomeadamente o desenvolvimento de osteopenia ou osteoporose. Todavia, o desconhecimento da condição intersexual e da remoção das gónadas resulta na ausência de acompanhamento médico e de adesão ao tratamento hormonal prescrito (IGLYO, OII Europe & EPA, nd, p. 15; Lee et al., 2016, p. 170).

O relatório da StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org (2020) conclui ser fundamental educar e consciencializar médicos/as, psicólogos/as e educadores/as de que o intersexo constitui uma variação natural do corpo humano¹⁰ e sobre as consequências das cirúrgicas e das intervenções médicas desnecessárias que representam práticas prejudiciais, tratamento desumano e uma grave violação dos direitos humanos não derogáveis (idem, p. 22). Em grande parte dos casos, as intervenções não se justificam por necessidade médica, mas por uma avaliação fundamentada em critérios sociais e culturais relativos à identidade de género e à sua ancoragem material ao corpo e à sua estética (Fausto-Sterling, 2000; Dreger, 2001 apud Chase, 2005, p. 99; Leivas et al., 2023; Knight, 2017, Tjalma, 2017 apud Lemos, 2022, p. 12). Intervir cirurgicamente, de forma coerciva, para pretensamente ‘corrigir’ o corpo, viola o direito das crianças à integridade e autodeterminação e alimenta a ideia de que o género deverá ter um equivalente anatómico normativo (Butler, 2006, p. 97; Leivas et al., 2023, p. 10).

O caso de David Reimer (Butler, 2006; Corrêa, 2004; Dreger, 1998; Rosário, 2007, p. 268), conhecido na literatura como o caso Joan/John, afigura-se ilustrativo do postulado da maleabilidade de género. Reimer nasceu com cromossomas XY, mas aos oito meses sofreu uma queimadura extensiva no pénis, na sequência de um tratamento para a fimose

¹⁰ Na medicina a naturalização do sistema binário é cada vez mais questionada, visto “as evidências científicas sugerirem que o sexo não é dicotómico” (Balocchi, 2022; Hyde et al., 2019 apud Lemos, 2022, p. 6).

(incapacidade de retrair a pele do prepúcio, que pode impedir o ato de urinar). Um ano depois os pais de David conheceram a teoria de John Money, resultando numa ida ao Instituto de Identidade de Género, na Universidade John Hopkins, onde Money recomendou que se socializasse David como rapariga. Retiraram-se os testículos a David, remetendo-se o tratamento hormonal e a construção cirúrgica da vulva e vagina para uma idade posterior. ‘Criava-se` assim Brenda. Durante anos Money e os seus colaboradores reportaram este caso clínico como a prova irrefutável da maleabilidade do género, de que os psicólogos podiam criar qualquer género em qualquer criança, desde que as alterações físicas se realizassem na primeira infância, e conquanto David não fosse intersexo, postulou-se que o mesmo seria válido para crianças intersexo.

Apesar do aconselhamento psicológico para adaptação ao género feminino, por volta dos nove anos Brenda manifestava preferência por jogos e brinquedos tidos como masculinos, e por urinar de pé, o que lhe valeu uma ameaça de morte no colégio que frequentava. Com o objetivo de contrariar essas preferências, foi exposto/a pela equipa de Money a fotos explícitas de órgãos genitais e de mulheres a dar à luz, e pediu-se-lhe que recriasse posições sexualmente explícitas com o irmão gémeo. A recusa em tomar estrogénio, aos 12 anos, e a que lhe construíssem uma vagina, a preferência por atividades tipicamente conotadas com o género masculino e o mal-estar com o desenvolvimento do peito, levou a que se suspeitasse de uma errada atribuição do género. O psicólogo, Milton Diamond, defensor da centralidade hormonal na identidade, sugeriu então a alteração da identidade, aos 14 anos.

Entrevistado em adulto, com o objetivo de desencorajar práticas semelhantes, Reimer relatou a sua própria versão, a de que nunca se sentiu verdadeiramente confortável com a identidade de género feminina, e que, deprimido, questionou o pai sobre a verdade, tendo ficado a saber ser intersexo aos 14 anos, quando solicitou a mastectomia. Seguiram-se anos de operações plásticas para tornar a aparência dos genitais mais masculina, de ‘normalização` e “correção corporal”, na procura de uma “idealização da morfologia” (Butler, 2006, p. 84) através da cirurgia coerciva para refazer o corpo, de acordo com o género autodeterminado, não obstante David considerar que a sua identidade de género e o seu valor enquanto pessoa não podiam ser reduzidos a um pénis (idem, p. 108).

As Nature Made Him: The Boy Who Was raised as a Girl (2001), escrito pelo médico John Colapinto e autorizado por Reimer, relata as intervenções e práticas a que o

submeteram. Numa visão esquemática, oferecida por Butler, um homem “castrado pela classe médica e feminizado pelo mundo psiquiátrico”, que para poder voltar a ser quem era teve de se submeter a tratamentos hormonais e intervenções cirúrgicas (Butler, 2006, p. 100) – uma pessoa a quem a classe médica limitou e confinou a existência ao processo clínico e aos compêndios médicos (Bento, 2011, p. 554), tendo exercido o seu único ato de autonomia corporal suicidando-se, aos 38 anos.

Outro caso relevante para o entendimento do tema é o de Cheryl Chase, nascida em meados da década de 1950, com diferenças de desenvolvimento sexual que causaram dificuldades médicas de atribuição do sexo. Chase (2005), fundadora da ISNA– *Intersex Society of North America*, relatou, na primeira pessoa, a sua vivência pessoal. Um médico especializado em intersexualidade determinou-lhe o sexo como masculino, mas, com ano e meio de vida, os pais procuraram outra equipa especializada, que considerou necessária uma série de exames para determinar “o verdadeiro sexo”. O pênis, demasiado pequeno para incarnar a masculinidade, de acordo com o critério médico, essencialmente estético, foi excisado.

Um conjunto de prescrições médicas incluíram a mudança de nome e alteração da cédula de nascimento, a mudança de cidade, instruções à família alargada para que a comessem a tratar como rapariga doravante, destruição de memórias escritas como fotografias e cartões de felicitações de aniversário completaram o apagamento da vivência masculina desse ano e meio, transformando a intersexualidade e a alteração de sexo “num pequeno segredo sujo de família”. Posto que a adequação ao género deve ocorrer sem falhas ou fracassos, nos casos em que a atribuição do sexo se revela errada, a reatribuição do género é consubstanciada por mudanças drástica – de nome, de roupas, de brinquedos, de bairro ou cidade, a ocultação ou a destruição de fotografias, documentos, resultando no apagamento total da história pessoal, vista doravante como dispensável e até perigosa para a construção da subjetividade e da adequação ao ‘novo` género (Cabral e Benzur, 2005, p. 290; Chase, 2005, p. 92). Aos oito anos realizou nova operação, sem que lhe fosse explicado o porquê, para retirar tecido ovárico e testicular, tendo sido acompanhada regularmente por uma equipa médica que lhe fotografava os genitais e lhe introduzia dedos e objetos na vagina e no ânus, até ao momento em que começou a menstruar.

Chase revela que durante a adolescência tornou-se clara a sua diferença anatómica, a ausência de clitóris e de lábios internos, e a incapacidade de obter orgasmos. Pesquisas em

bibliotecas médicas levaram-na a solicitar a sua ficha clínica, que só lhe foi facultada após três anos, e lhe permitiu conhecer a sua existência como menino e a operação para extirpar o clitóris. Começou a identificar-se como lésbica, “num tempo em que o lesbianismo e o essencialismo de base biologizante eram sinónimos” (Chase, 2005, p. 92), o que coadjuvou a manter a sua história passada encoberta, a par do trauma que lhe causou a descoberta das circunstâncias que determinaram a forma do seu corpo.

Quinze anos mais tarde sofreu uma crise emocional: “Aos olhos do mundo, era uma mulher de negócios de sucesso, diretora de uma companhia tecnológica internacional. Aos meus olhos, um monstro, incapaz de amar ou ser amada, completamente envergonhada do meu estatuto de hermafrodita e da minha disfunção sexual” (idem, pp. 92-93). Sem sentir apoio por parte das psicoterapeutas que procurou, abandonada pelas amigas, decidiu suicidar-se, o que resultou, paradoxalmente, num “encaminhamento produtivo da raiva”, tendo-se tornado ativista pelos direitos das pessoas intersexo e fundadora, em 1993, da ISNA.

Pela sua pertinência para o tema em estudo, apresenta-se também o trabalho de etnografia realizado por Shirley Lima (2014), ao longo de dois anos, que acompanhou o percurso médico e legal de uma pessoa intersexo do Brasil, Bahia.

Bahia, não foi operado precocemente, pelo que pode decidir, no seu tempo, ser intervencionado medicamente e proceder à mudança legal do sexo na documentação. A diversidade de desenvolvimento sexual visível nos genitais, devido à deficiência em 5-alfa-redutase, levaram a que tivesse sido criado como rapariga, e a que mantivesse a sua genitália em segredo. Aos 12 anos tomou conhecimento da sua condição de intersexo, e iniciou o acompanhamento médico e psicológico, tendo experimentado, durante a adolescência, papéis de género masculinos e femininos. Autoidentificou-se e afirmou-se homem sem efetuar qualquer cirurgia, uso de medicamentos ou próteses, “descobrimo os prazeres e os medos que a sua diferença corporal lhe proporcionavam”.

Ao entrar na maioridade desistiu da cirurgia agendada e do acompanhamento médico, por receio do procedimento e por não querer intervir antes de iniciar a vida sexual, mas aos 23 anos, com o intuito de alterar o sexo nos documentos de identificação, de modo a facilitar a vida social e profissional, e tendo uma vida estável em comum com uma mulher, Bahia procurou os serviços de saúde para obter um atestado médico que confirmasse a sua condição, atestasse o “erro no registo inicial” e fundamentasse o pedido. Ainda que Bahia

tenha sido alvo de um intenso escrutínio médico e administrativo e de uma recorrente confusão da intersexualidade com transexualidade até obter a cirurgia pretendida, a mesma realizou-se a seu pedido, dando-lhe o tempo necessário para perceber como se sentia em relação ao seu corpo, sexualidade e identidade.

A conduta e o protocolo estabelecido por Money orientaram inúmeros profissionais, sendo considerada eficiente e inquestionável durante cerca de cinquenta anos (Spínola-Castro, 2005, p. 50). O silêncio relativamente à ética da prática levava a presumir que as intervenções eram benéficas e não apresentavam malefícios (Chase, 1998, p. 25), radicando em princípios humanitários (Fausto-Sterling, 1993, p. 2; Bastien-Charlebois, 2017) nos quais a construção de uma aparência 'normal' objetivava evitar a estigmatização e discriminação (Cabral e Benzur, 2005, p. 291; Hegarty et al., 2019, Hegarty et al., 2020, Monro et al., 2019, Prandelli e Testoni, 2020 apud Lemos, 2022, p. 11).

Tal como Butler salienta em *A força da não violência*, uma violência é defendida para minimizar outra (Butler, 2021, p. 17): o receio da estigmatização e discriminação fornece aos médicos o mais eficaz argumento para a intervenção (Chase, 2005, p. 90; Cuadra et al., 2022 apud Lemos, 2022, p. 34; Lavigne, 2009, p. 65), utilizado para defender cirurgias e práticas indefensáveis (Butler, 2021, p. 71).

Atualmente, a IGLYO, *International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer & Intersex Youth and Student Organisation*, a OII Europe, *Organisation Intersex International Europe* e a EPA, *European Parents Association* alertam os pais e familiares que não existem quaisquer evidências científicas que justifiquem a necessidade de intervir cirurgicamente em idades precoces ou que as mesmas impactem positivamente nas crianças e jovens, comparativamente às pessoas intersexo que não foram intervencionadas.

Diferir todas as intervenções não vitais impede que sejam realizadas cirurgias abusivas que afetam o corpo de formas irreversíveis, permitindo que sejam as pessoas intersexo a tomar as decisões de modo informado, a solicitar as modificações corporais e o acompanhamento médico que melhor se adequam às suas necessidades e identidades (IGLYO, OII Europe e EPA, pp. 7-8; Knight, 2017 apud Lemos, 2022, p. 12).

Um corpo com características sexuais e reprodutivas tipicamente masculinas e femininas tem direito a ser reconhecido como corpo humano, alerta Preciado, que enfatiza a premência de uma profunda transformação a nível institucional, administrativa e política que

conduza ao reconhecimento da multiplicidade e ao respeito pela integridade física (2020, p. 287).

2.4 Norma como modelo de inteligibilidade

Michel Foucault (1994) expôs como as normas assumem a forma de controlo social e de leis, integrando os dispositivos de biopoder indispensáveis à organização do poder sobre a vida e ao desenvolvimento capitalista através do controlo dos corpos (Foucault, 1994, pp. 142-143), requerendo para tal morfologias ideais (Butler, 2006, p. 18) e corpos reprodutíveis (Foucault, 1994, p. 10). A reflexão sobre o papel da norma permite problematizar como construtos que operam na manutenção de políticas, práticas médicas e sistemas administrativos, comumente considerados ‘neutros’ (Spade, 2015, pp. 4-5), radicam em princípios eugenistas tentaculares.

“O desenvolvimento das disciplinas médicas, no referente à intersexualidade, alicerça-se na manutenção do normal, na qual o corpo é alterado e ajustado, para caber numa das duas formas entendidas como possíveis – macho e fêmea – sustentando uma mitologia do normal” (Fausto-Sterling, 2000, p. 8; Fausto-Sterling, 2001/2, p. 27) e objetivando tornar o corpo uma inscrição legível de um sexo inequívoco (Fausto-Sterling, 2000; p. 32; Preciado, 2018, p. 400). A persistência das intervenções médicas não necessárias, cosméticas, nos corpos intersexuais assenta no medo generalizado de que sem ‘normalização’ dos genitais e do corpo a pessoa fique “sem género”, “fora do género”, um conjunto de carne humana desorganizada e ininteligível (Cabral e Benzur, 2005, pp. 291-292).

Anne Fausto-Sterling considera que durante o século XX a comunidade médica completou o que o mundo jurídico começou – o completo apagamento de qualquer forma de sexo corporificado que não se conforma a um padrão heterossexual masculino/feminino, e ironicamente, que um conhecimento mais sofisticado da complexidade dos sistemas sexuais levou à repressão de tal complexidade (Fausto-Sterling, 1993, p. 23; Fausto-Sterling, 2000, p. 28). O dogma científico apegou-se à suposição de que, sem cuidados médicos, os hermafroditas estão condenados a uma “vida de miséria”, conquanto existam poucos estudos empíricos para apoiar essa suposição (Costa et al. 2019, p. 89; Fausto-Sterling, 1993, p. 23; Lee et al., 2016, p. 176). Ressalve-se que a elevada prevalência de cirurgias impede de

separar o impacto da diferença sexual das repercussões das intervenções cirúrgicas (Lee et al., 2016, p. 167).

Sara Lemos (2022), na sua dissertação de mestrado, menciona que as inovações e avanços tecnológicos biomédicos tornaram as variações intersexo mais facilmente detetáveis na gravidez, “portanto, mais passíveis de abortos seletivos e intervenções médicas” (Jenkins e Short, 2016 apud Lemos, 2022, p. 13). Essa possibilidade e o aconselhamento médico no que se refere à interrupção da gravidez quando detetadas variações intersexo durante a gestação, ocorre em vários países, nomeadamente Israel, Inglaterra, Escócia, País de Gales, Suíça, Itália e Alemanha (Danon, 2019, Monro et al., 2019 apud Lemos, 2022, p. 13; p. 50). Em Portugal, não há dados conhecidos sobre o tema (Lemos, 2022, p. 50).

Fausto-Sterling (1993) reputa que o sistema sexual binário que o Estado e o sistema legal têm vindo a proteger tenta obscurecer as diferenças biológicas que produzem gradações do feminino ao masculino. Não obstante a assunção abusiva de que homem e mulher são as únicas opções naturais (Fausto-Sterling, 2001/2, p. 56; Maffía e Cabral, 2003, p. 2), o sexo biológico é um espectro, “um *continuum* vasto e infinitamente maleável” (Fausto-Sterling, 1993, p. 21), pelo que “rotular alguém homem ou mulher representa uma decisão social, e, ainda que possamos recorrer ao conhecimento científico, só as nossas crenças sobre o género podem definir o sexo” (Fausto-Sterling, 1993, p. 15).

Não há somente dois sexos, reforça Mauro Cabral, mas sim múltiplas configurações genéticas, hormonais, cromossômicas e genitais, pelo que a apelidada diferença sexual das pessoas intersexo é construída (Cabral e Benzur 2005, p. 301), assumindo-se abusivamente que alguém intersexo precisa de se desfazer da sua corporalidade, deixar de ser intersexo “para ser sexo (e género) feminino ou sexo (e género) masculino” (Santos, 2013, p. 13). Como Berenice Bento sublinha, o género opera como um “mecanismo de constrangimento e opressão”, assente na “produção de corpos inteligíveis, corpos que precisam corresponder a uma estética de género” (Dias, 2014, p. 480), de forma a responder às normas culturais. Não há verdade empírica do género, do masculino e do feminino, fora de um conjunto a que o filósofo trans* Paul Preciado apelida de “ficções culturais normativas” (Preciado, 2018, p. 279).

Judith Butler, em *Desaciar el Género* (2006), alerta que as operações realizadas a crianças intersexo, destinadas a possibilitar uma entrada na norma, assentam na crença da neutralidade e maleabilidade do género na primeira infância e no construtivismo social da

identidade de género, herdeiras da teoria de Money (Butler, 2006, p. 95) e dos seus seguidores. Impostas através de protocolos cirúrgicos e hormonais, implicam uma aplicação forçada, coerciva e violenta (idem, p. 101). A filósofa sublinha que Money popularizou que um corpo sexuado poderia ser construído cirurgicamente (idem, p. 98), construindo premissas de que partes do corpo específicas traduzem o género (idem, p. 101). Infere-se que o corpo deve ser de certa maneira para que se valorize a pessoa e para que o género “funcione”, nomeadamente se os genitais estão em concordância com a aparência física, reduzindo a pessoa à parte do corpo criada medicamente (Butler, 2006, p. 108). Contudo, esclarece, o sexo torna-se inteligível através de signos, culturalmente concebidos, que indicam como deve ser lido ou entendido o corpo sexuado. Não é linear a distinção entre o que é “materialmente” verdadeiro e o que é “culturalmente” verdadeiro, posto que o corpo só se torna sexualmente decifrável por via desses signos simultânea e irredutivelmente culturais e materiais (idem, p. 130; Stryker, 2021, p. 60).

A psicóloga social Susan Kessler (1998 apud Maffía e Cabral, 2003, p. 6) considera que a identificação da “genitália ambígua” e do “género ambíguo” como um problema cuja resolução médica é solicitada no âmbito das definições e valorações culturais e de identidade, constitui um paradigma. Também Luciana Lavigne (2009), nas conclusões de um estudo realizado junto de profissionais de saúde, destaca a confiança social depositada nos saberes médicos (Lavigne, 2009, p. 60), a lógica paternalista e as decisões discricionárias (idem, p. 61) tomadas pela classe médica no acompanhamento de casos de intersexualidade.

Paul Preciado, que cunhou a expressão “corpos patológicos”, adverte que sociedade ocidental exterioriza uma obsessão com a ‘normalização’ dos corpos que não apresentam a configuração esperada pelas matrizes de representação heteronormativas, particularmente das pessoas intersexo, disruptivos pela sua natureza não binária, que colidem com a tentativa de “manter os privilégios patriarcais e a organização social da reprodução heterossexual” (Preciado, 2020, p. 286). A proliferação do discurso médico sobre ‘hermafroditismo verdadeiro’, ‘pseudo-hermafroditismo’, ‘intersexualidade’, ‘incongruências sexuais’ e ‘psychopathia transexualis’, a ‘normalização’ médica das técnicas de reatribuição de sexo, a mutilação genital de bebés intersexuais e a reconstrução cirúrgica constituem medidas desesperadas e violentas de reforçar uma polaridade sexual abalada (Preciado, 2018, p.113).

Os casos de David Reimer (Butler, 2006) e de Bahia (Lima, 2014; Lima, Machado & Pereira, 2017) exemplificam a complexidade das práticas médicas, legais e

administrativas, expondo como “a medicina conserva a legitimidade social de falar sobre os corpos, de defini-los e caracterizá-los como normais ou patológicos” (Canguilhem, 2011 apud Lima, 2014, p. 58). Concomitantemente destacam que a “máquina hospitalar parece necessitar de identidades objetificadas e consubstanciadas para poder atuar”, pelo que “reforça e mesmo cria identidades para poder trabalhar e atender os ‘pacientes’ que muitas vezes não se enquadram nas definições biomédicas” (Lima, 2014, p. 59; Lima, Machado & Pereira, 2017, s/n), reificando uma gramática heteronormativa que concorre para manter o sistema binário de sexo e de género. Uma ontologia ótica de que só o visível é real (Preciado, 2018, p. 112), uma crença arreigada de que o sexo biológico é irreduzível e alinhado com o género (Oliveira, 2018, p. 11). Nesta esteira, verifica-se um forte policiamento das categorias sexuais:

A emergência e fixação de lugares sociais dá-se a partir de padrões de referência normativos que intentam e produzem a classificação de subjetividades (Louro 2004), tendo por base operações de poder, que não são asseguradas pelo direito, pela lei, pela punição, mas pela normalização e pelo controlo que em nós atuam e que fixam ideias e representações sobre nós (Foucault 1975/1999). É assim que o enquadramento binário permite que grupos dominantes policiem categorias de forma a reificarem essa mesma dominação e, em complemento, a subordinação de modos e de posições de existência não-normativizáveis. (Teixeira e Carneiro, 2018, p. 139).

Devido à “ansiedade de género”, certas aversões a brinquedos e a jogos, não identificações com vestuário ou acessórios, ou formas do corpo são entendidas pela comunidade médica como incongruências ou disforia de género e não como múltiplas identificações, capazes de construir uma identidade não patologizada, não disfórica, não anormal, o que impele à intervenção quando o sentido de género é mais variável (Butler, 2006, p. 107). Decorrentemente, as pessoas intersexo vêm-se condicionadas a caberem numa das duas categorias consideradas socialmente válidas (Butler, 2006, p. 24), ‘reclassificadas’ sem deixar nenhuma margem a outras opções (Platero, 2004, p. 46).

O diagnóstico clínico que possibilita a realização das intervenções médico-cirúrgicas pressupõe que a angústia e o desconforto sentidos e a sensação de inadequação deriva de ter o sexo errado, de ‘estar no corpo errado’, e que a conformidade com uma norma de género diferente tratará a situação. Tal determinação escamoteia a hipótese de que o problema derive das normas de género, que o pressupõem fixo e imutável, produzindo sofrimento ao

reduzir as possibilidades humanas que permitem um sentimento de é possível um “futuro, uma vida e bem-estar” (Butler, 2006, p. 141).

Nem todas as pessoas intersexo se identificam com o sexo que lhes atribuíram à nascença. Para algumas é imperativo redefinir os órgãos sexuais ou corrigir a apelidada ‘normalização’ sexual a que foram sujeitas sem que se tenham podido manifestar (Platero, 2014, p. 143), de modo a converter a vida em “habitável” e a proporcionar “as bases para florescer enquanto sujeito incarnado” (Butler, 2006, p. 131). Outras tantas não quererão recorrer a modificações corporais, tratamentos médicos ou hormonais com vista alterar o corpo e a aparência, para que se encaixem nos padrões sociais, culturais ou médicos (Bancroft, 2009, p. 290; Platero, 2014, p. 143), não obstante o forte policiamento social do binómio de género (Butler, 2017, p. 105) que objetiva manter seguras e inalteradas as fronteiras (Oliveira, 2018, p. 11). As pessoas não binárias geralmente pretendem afastar-se da classificação masculina ou feminina, definindo-se como seres humanos (Bancroft, 2009, 377; Platero, 2014, p. 66), e podem querer ou não alterar o corpo de forma a torná-lo mais congruente com a sua identidade (rede ex aequo, 2021, p. 5).

Conquanto algumas teóricas feministas concebam o corpo não como uma essência, mas como uma estrutura onde o discurso e a performance enformam um ser aculturado e socializado (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 22), a identidade de género tem uma relação complexa com a anatomia (Butler, 2006, p. 97) e não deriva inequivocamente de um corpo que se presume (idem, p. 25). Como Gomez e Platero (2018, p. 122) sublinham, “a identidade não é moldada por uma corporalidade específica, mas por uma forma de lê-la, senti-la e vivê-la satisfatoriamente”.

O corpo gera comportamento: hormonas, genes, próstatas, úteros e outras partes e fisiologias do corpo, que usamos como referências para diferenciar homens e mulheres, constituem produtores de experiências e de desejo sexual e afetam indelevelmente a experiência individual de género e sexualidade (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 22). O crescimento, o desenvolvimento e a aculturação ensinam-nos a expressar desejos inatos, mas não os criam na totalidade (Boswell, nd apud Fausto-Sterling, 2001/02, p. 49); a componente biológica e a socialização produzem uma variedade e pluralidade que não conseguiriam em separado (Fausto-Sterling, 2001/02, pp. 69-72).

Sublinhe-se que a presunção da sexualidade como heterossexual (Butler, 2017, p. 130), decorrente da pretensa continuidade entre género, orientação (idem, p. 132) e corpo

sexuado idealizado, fornece as premissas para o medo da homossexualidade enquanto possibilidade assustadora ligada a uma generificação falhada, a um corpo “malformado”, no qual uma vagina pouco profunda não permita a penetração heterossexual, um macroclítoris possibilite a penetração homossexual, e um micropénis conduza a práticas feminizantes, como urinar sentado (Cabral e Benzur, 2005, p. 291).

Afirma Butler que representa “um enorme erro assumir que a identidade de género ‘causa’ a orientação sexual ou que a sexualidade se refere necessariamente à identidade de género” (Butler, 2006, p. 119), posto que sexualidade não é consequência do género, tal como o género não determina a sexualidade (idem, p. 33). Todavia, a sociedade é heteronormativa, exigindo uma linha coerente entre género, desejo e sexo (Dias, 2014, p. 484; Louro, 2018), linha essa que constitui o motor da heterossexualidade compulsória¹¹ e da heteronormatividade (Colling, 2016, p. 13).

Mauro Cabral destaca que os protocolos de manutenção do corpo intersexo presumem um saber e, até mesmo uma custódia médica sobre o desejo heterossexual, na medida em que prescrevem que corpos podem ser sexualmente desejados, e por quem (Cabral e Benzur, 2005, p. 291) – corpos medicamente considerados não desejáveis até à intervenção cosmética do bisturi (Butler, 2006, p. 108; Cabral e Benzur, 2005, p. 303).

Butler advoga que, se algumas partes do corpo se tornam focos de prazer, pela sua correspondência a um ideal normativo de corpo com um género específico” (Butler, 2017, p. 163), o “estatuto imaginário” e a “natureza fantasmagórica do desejo revelam o corpo não como fundamento ou causa, mas como ocasião e objeto” (idem, p. 167). O desejo físico excede o corpo no qual e através do qual opera (idem, pp. 163-164), pelo que se pode assumir uma descontinuidade radical entre prazer e corpo, na qual a imaginação fornece orifícios e apêndices, ou o seu exagero ou diminuição (ibidem), bem como referir o que Wittig (2009 apud Butler, 2017, p. 95), apelidou de política pós-genital, onde a sexualidade surge menos restrita aos genitais e mais difusa. A existência de pessoas intersexo que se definem como lésbicas ou gays – gays sem pénis ou lésbica sem vagina – contribuí para demonstrar que a corporalidade, *per se*, não sustenta as identidades e as orientações sexuais (Cabral e Benzur,

¹¹ O termo ‘heterossexualidade compulsória’, adotado por Adrienne Rich (2010) pretende evidenciar a naturalização da sexualidade e do desejo heterossexual e a sua ancoragem a um sistema que articula sexo/género/desejo.

2005, p. 298). Não há nenhuma equivalência entre gênero, identidade e desejo, nenhuma continuidade, pelo contrário, existe sim um deslizamento (Oliveira, 2017, p. 114).

Nesta linha de pensamento, importa problematizar como podem as pessoas com corpos e identidades não conformes à norma serem reconhecidos (Butler, 2016, p. 28) como humanos, sem os remeter para a aberração e anormalidade (idem, p. 106). As regras que regem a anatomia humana idealizada produzem um sentido da diferença entre quem é humano e quem não é, que vidas são habitáveis e quais não são, enfatiza Butler (2006, p. 18).

As pessoas intersexo ao desmentirem a corporalidade normativa dos seres humanos (Cabral e Benzur, 2005, p. 292) constituem corpos que não importam, materialidades que não contam (idem, p. 297). Quem não se insere na norma expõe-se à discriminação, exclusão e violência (Louro, 2001, p. 542). “Extraviar-se do gênero estabelecido, em certo sentido, é pôr em questão a própria existência”, enfatiza Butler (2008, p. 158), que numa impactante expressão sintetiza: “equivale a cortejar a morte” (Butler, 2006, p. 59). Ao resistir à cirurgia coerciva, a comunidade intersexual apela a que se entenda que as crianças intersexo fazem parte do *continuum* da morfologia humana e que devem ser tratadas considerando que as suas vidas são, não somente viáveis, como ocasiões para o seu desenvolvimento do seu potencial enquanto pessoas (Butler, 2006, p. 18). No que considera uma visão utópica, Anne Fausto-Sterling questiona o resultado da colocação do conhecimento médico, até então alocado à ‘normalização’ dos corpos intersexuais, ao “serviço de múltiplas sexualidades”, da dissolução de fronteiras e divisões sexuais, na qual uma nova ética de tratamento médico permitiria a ambiguidade (Fausto-Sterling, 1993, p. 24) e o prazer da multiplicidade (Preciado, 2018, p. 144):

Porquê devemos nos importar se uma "mulher", definida como aquela que tem seios, vagina, útero e ovários e que menstrua, também tem um clitóris grande o suficiente para penetrar na vagina de outra mulher? Porquê deveríamos nos importar se há pessoas cujo equipamento biológico lhes permite fazer sexo "naturalmente" tanto com homens quanto com mulheres? As respostas parecem estar em uma necessidade cultural de manter claras distinções entre os sexos. A sociedade exige o controle dos corpos intersexuais porque eles obscurecem e preenchem a grande divisão. Na medida em que os hermafroditas literalmente encarnam ambos os sexos, eles desafiam as crenças tradicionais sobre a diferença sexual: eles possuem a irritante capacidade de viver às vezes como um sexo e às vezes com o outro. (Fausto-Sterling, 1993, p. 24).

Como muito lucidamente Butler conclui “se há humanos que vivem e respiram nos interstícios dessa relação binária, esta não é exaustiva nem necessária” (Butler, 2006, p. 99).

3. Ativismo e agência

3.1 Ativismo intersexo

“Porque as feministas culturalistas e construtivistas dos anos 1970 não lutaram contra diagnósticos clínicos, protocolos de reatribuição para corpos intersexuais, tecnologias cirúrgicas e bioquímicas normalizantes e o regime binário nos sistemas administrativos?”, questiona Preciado, sublinhando a resposta de Cheryl Chase, fundadora e diretora da Sociedade Intersexual Norte América (ISNA): “a intersexualidade mina a estabilidade da categoria mulher” (Preciado, 2018, p. 117).

Conquanto sem a existência da luta pela visibilidade da categoria “mulher” não seriam exequíveis os movimentos que se seguiram, a doutrina da diferença sexual resultou numa relação tensa com os interesses dos movimentos intersexuais que tentam obter o direito às tecnologias que facilitam a mudança de sexo (Butler, 2006, p. 27). Paradoxalmente, terá contribuído para impor um controle médico aos corpos intersexuais, que literalmente corporificam os dois sexos, e, por serem tão refratários conseguem ‘desfocar’ as fronteiras, contribuindo para enfraquecer as afirmações sobre diferenças sexuais (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 97).

Conforme Cabral sublinha, considerando que o feminismo aborda as problemáticas das mulheres, cuja definição de mulher frequentemente não é questionada, dificilmente inclui na sua agenda as reivindicações intersexuais. O ativismo intersexual possibilitou outros questionamentos relativos ao “funcionamento do género, a natureza prescritiva da diferença sexual, que em muitos casos o feminismo aceita acriticamente e que, em outros, eleva a uma categoria ontoepistemológica” (Cabral e Benzur, 2005 p. 297).

O movimento intersexo pode ser cronologicamente situado a partir de 1988, momento em que se produziu um questionamento mais incisivo relativamente aos binarismos de géneros e à divisão entre pessoas do sexo masculino e feminino (Colling, 2017, p. 12). O trabalho dos ativistas intersexo tem contribuído para desfazer a ideia errónea

de que o corpo alberga uma verdade inata sobre o sexo, e que apenas os médicos a podem discernir (Butler, 2006, p. 21; Chase, 2005, p. 91), desenvolvendo um pensamento crítico à ideia de que o dimorfismo natural deve ser estalecido ou mantido a todo o custo (Butler, 2006, p. 21). Concomitantemente, contribui para reivindicações que excedem o que se afigura exequível num sistema que, usando uma expressão de Dean Spade, “se formou e que trabalha para perpetuar o capitalismo, a supremacia branca, o colonialismo e o heteropatriarcado” (Spade, 2015, p. xvi).

Considerando que "as formas específicas que a liberdade adquire dependem das condições sociais que regem as opções humanas em determinado momento" (Butler, 2006, p. 131), valores basilares da democracia como autonomia, liberdade e livre-arbítrio (Butler, 2006, 126) esbarram nas condições discriminatórias e restritivas que se impõem às pessoas (idem, 125), minando o acesso à liberdade que se adequa à sua identidade (idem, p. 127). “Alargar o âmbito de reconhecimento do humano para incluir pessoas que necessitam de reconhecimento para lá das normas dimórficas e binárias do género" (Oliveira, 2017, p. 115) é basilar, atendendo a que o poder é exercido não somente pela lei, mas através de normas que distribuem vulnerabilidade e segurança (Spade, 2015, p. 4). Butler clarifica que:

A justiça não é somente como se tratam as pessoas e constituem as sociedades. Relaciona-se também com as decisões e as consequências: o que é uma pessoa, que normas sociais deve respeitar e expressar para que se lhe reconheça tal qualidade, como reconhecemos ou não os outros seres vivos como pessoas, dependendo se reconhecemos ou não a manifestação de uma certa norma em e através do corpo do outro. O próprio critério mediante o qual julgamos uma pessoa como um ser com um género, um critério que postula a coerência de género com uma preposição de humanidade, não é somente o que, com ou sem justiça, rege o reconhecimento do humano, como também o que informa dos modos pelos quais nos reconhecemos ou não relativamente a sentimentos, desejo e corpo, quando nos olhamos ao espelho, quando paramos frente à janela, quando procuramos os psicólogos, os psiquiatras, os profissionais médicos e legais para negociar o que se pode sentir como o não reconhecimento do próprio género, e, portanto, o não reconhecimento de nós próprios como pessoa. (Butler, 2006, pp. 90-91).

Aponta Judith Butler, que a forma como o corpo surge nos estudos de género e sexualidade e nos contextos de reivindicação de um entorno social menos opressivo para quem tem um género não-normativo, enfatiza os pressupostos da vulnerabilidade enquanto condição inevitável da vida humana e da interdependência radical em que nascemos e

vivemos (Butler, 2006, p. 46; Butler, 2021, p. 43). A interdependência leva a que as lutas individuais pela sobrevivência sejam sempre lutas sociais, que seja coletivamente que as pessoas com vidas precárias produzem condições para tornar as vidas vivíveis (Butler, 2016, p. 32). Assim, quando os precários se expõem aos poderes que ameaçam as suas vidas, isso representa uma forma de persistir com potencial de desconstruir um dos princípios norteadores da violência, a ideia de que as pessoas nas margens são dispensáveis (Bento, 2011, p. 559; Butler, 2021, p. 30).

A capacidade de agência, sublinha Butler, de criar uma alternativa – uma versão minoritária de norma ou ideais que sustentem e permitam à pessoa atuar – é invariavelmente coletiva (idem, p. 17). Segundo Butler (2006), uma das tarefas dos coletivos e dos movimentos sociais consiste em distinguir entre normas e convenções que permitem as pessoas respirar, desejar, amar e viver, e aquelas que as restringem e limitam as condições de vida. Se por vezes as regras funcionam simultaneamente nos dois sentidos, por vezes funcionam de certa maneira para um determinado grupo e de forma díspar para outro, pelo que é fulcral que se cesse de legislar para todas as pessoas o que é habitável apenas para algumas e, da mesma forma, de proibir para todas as vidas o que é inviável somente para algumas (Butler, 2006, p. 23).

Pessoas diferentes criam direitos diferentes, exigências diferentes (Vidarte, 2019, p. 100), sendo central distinguir o que consubstancia um uso das possibilidades médicas, tecnológicas e prostáticas, e o que radica numa imposição cultural, social e médica, de que importa libertarmo-nos (Butler, 2006; Platero, 2014; Preciado, 2020). Essa “capacidade de agência face a um discurso médico que obscurece a capacidade de consentimento informado sobre o que acontece com o corpo” (Chase, 2005, p. 98) e de politizar uma identidade pan-intersexual que atravesse as fronteiras de género e etiologias, desestabiliza os pressupostos heteronormativos que fundamentam a violência dirigida aos corpos intersexo (idem, p. 97).

Algumas académicas da teoria de género, críticas feministas da ciência, historiadoras médicas e antropólogas, de onde se destacam Anne Fausto-Sterling, Susan Kessler e Alice Dreger, apoiam o ativismo intersexo e constituem um núcleo importante na produção académica e científica referente aos corpos não normativos, intersexualidade e crítica às intervenções médicas (Chase, 2005, p. 99). Muito devido ao trabalho de informação e sensibilização das associações e coletivos como a ISNA, a comunidade médica tem vindo, paulatinamente, a reconhecer que algumas intervenções cirúrgicas, nomeadamente as

genitoplastias, são efetuadas para que os pais e os médicos que os acompanham se sintam confortáveis, quando, em boa verdade o aconselhamento psicossocial consegue os mesmos resultados, com claras vantagens, nomeadamente a de não ser irreversível (Dreger, 1998, p. 30; Schober, 1998 apud Chase, 2005, p. 100).

Cabral e Benzur (2005) destacam a pertinência do trabalho pioneiro de Cheryl Chase e da Intersex Society of North America (ISNA)¹² na transmissão e disseminação de informação. Se o acompanhamento médico contribui para que muitos intersexuais se sintam *freaks* (Dreger, 1998, p. 31), os coletivos repetem, como se fosse um mantra: “Existe uma vida possível. Não estás sozinho. Não estás sozinha. (...) Não és um monstro, e se fores um monstro, sê bem-vindo: não és o único” (Cabral e Benzur, 2005, p. 295).

Em *Arqueologia do Saber* (2021[1969]), Michel Foucault assinala a centralidade dos sujeitos dotados de poder e saber para falar deles próprios (Cascais, 2021, p. 18) na criação de discursos que ultrapassem a construção do que em determinada época foi considerada verdade pelas ciências humanas. Foucault (2000) destaca o caráter construído e contingente do que é dado em cada época e sociedade como verdade, e logo, a sua temporalidade e refutabilidade:

(...) pode-se perfeitamente fazer a história do que a razão experimenta como sua necessidade, ou, sobretudo, do que as diferentes formas de racionalidade dão como lhes sendo necessário, e encontrar as redes de contingências de onde isso emergiu; o que não quer dizer, porém, que essas formas de racionalidade sejam irracionais; isso quer dizer que elas repousam sobre um fundamento de prática humana e de história humana, e porque essas coisas foram feitas, elas podem, com a condição de que se saiba como foram feitas, ser desfeitas. (Foucault, 2000, pp. 325-326).

Quem fala, quem tem “o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceite, de proferir semelhante discurso (Foucault, 2021, p. 88), tem sido reservado a um grupo determinado de indivíduos” (idem, p. 108). Mas, ressalva Foucault, mais relevante do que quem fala é o lugar de onde fala (idem, pp. 170-171). Estes discursos contribuem para abandonar o que apelida de “conceção ingênua da verdade” (Foucault, 2021, p. 27) face a um uso ideológico da história utilizado pelos grupos hegemónicos que

¹² Ainda que o ativismo intersexo americano tenha tido grande visibilidade no século XX, refira-se o aumento progressivo, a partir do início do século XXI, dos movimentos intersexo no Canadá, Austrália, México, Argentina e Costa Rica (Vieira et al., 2021, p. 3).

tentam manter os privilégios (idem, p. 49), através de “instâncias de delimitação”, constituídas pela medicina, pela justiça e pela autoridade religiosa (idem, p. 79).

A vida quotidiana pode constituir uma forma de ativismo e de abertura social (Platero, 2014, p. 205). Se durante muito tempo o discurso maioritário afirmou que as questões da sexualidade deviam ser remetidas para a esfera privada, para o silêncio e para o segredo (Foucault, 1994, p. 11; p. 39), os ativistas LGBTQIA+ trouxeram o tema para a esfera social, cientes de que a discriminação sexual e de gênero é produto do medo do desconhecido, do que se percebe como diferente do resto, distinto, monstruoso ou incategorizável (Platero, 2014, p. 210).

No que concerne à intersexualidade, o silêncio constituiu-se como prática (Corrêa, 2004; Pino, 2007), sendo o direito a falar sobre intersexualidade, tradicionalmente reservado aos/as médico/as que acompanham pessoas intersexo (Bastien-Charlebois, 2017; Lavigne, 2009; Leivas et al., 2023; Machado, 2008) – apesar do desconhecimento assumido pelos próprios (Lemos, 2022) – e mais recentemente alargado a sociólogos/as, antropólogos/as e investigadores/as (Pino, 2007).

Não obstante a existência de teses, documentação e testemunhos, a gestão ineficiente dos arquivos dos coletivos, a falta de meios, a incapacidade de acesso e o excesso de vigília, traduzem-se no que Pablo Vidarte (2019, p. 46) apelidou de "genealogia escondida propositadamente". A diminuta visibilidade das pessoas intersexo redonda amiúde em representações mediáticas e socioculturais de violência, vitimização e exclusão, ancorada à parca expressão de representações e narrativas empoderadoras e de modelos proativos (Santos, 2018). Testemunhos na primeira pessoa e autonarrativas podem ser entendidos como relatos de dor (Cabral e Benzur, 2005, pp. 298-299), mas constituem paralelamente importantes formas de rompimento do silêncio e integram projetos de insurreição e potências de resistência que têm acompanhado a evolução legal, desde o modelo biomédico da patologia até ao direito à autodeterminação de gênero (Oliveira, 2018, p. 14).

Os saberes e produções das minorias, que, nas palavras de Audre Lorde (2019) transformaram o silêncio em linguagem, são veiculados não somente pelos coletivos, mas também individualmente. Importa destacar o papel individual, pois ao tornarem-se visíveis e audíveis, ao ficarem de pé e caminharem no espaço público, mostram a sua existência para além da invisibilidade (Butler, 2016, pp. 28-29) e exercem os mais básicos direitos da vida em democracia (idem, p. 30).

Teóricos/as/es trans*, como Susan Stryker e Sandy Stone, produziram e divulgaram “um conjunto de textos corporificados” com potencial de subversão das sexualidades e dos espectros de desejo normativos (Stone, 1991, p. 296 apud Chase, 2005, p. 94).

Destaque-se o percurso de Del LaGrace Volcano, que afirma utilizar as "tecnologias de género" para ampliar os seus traços, ao invés de os apagar, automeando-se um(a) abolicionista de género, uma “mutação intencional e intersexual por design”, com a finalidade de distinguir o seu percurso individual das experiências de vida dos indivíduos intersexuais "mutilados e desfigurados numa tentativa de normalização" (Del LaGrace Volcano, 2005 apud Preciado, 2018, p. 138). A teórica e ativista intersexo Morgan Holmes analisou a própria cliterectomia na sua dissertação de mestrado¹³ (Holmes, 1994 apud Chase, 2005, p. 94). Ainda que os danos físicos e psicológicos advindos das intervenções estejam mais bem documentados, o número de pessoas intersexo não sujeitas a procedimentos médicos estão a pronunciar-se em crescendo, classificando a cirurgia como desnecessária para uma vida saudável e feliz (IGLYO, OII Europe e EPA, nd, p. 16).

Os coletivos estão conscientes de que, como sublinha Leandro Colling (2016, p. 10), a produção científica é política e que o ativismo produz conhecimento. A informação e sensibilização pretende contribuir para, como o ativista intersexo Mauro Cabral sintetiza, parar as apelidadas cirurgias de ‘normalização’ das pessoas intersexo, “parar as facas” (Cabral e Benzur, 2005, p. 296)¹⁴, bem como alterar a mudança das perceções públicas, para a qual os meios de comunicação de massas, incluindo os *online*, desempenham um papel determinante (Chase, 2005, p. 100; Dreger, 2023, p. 111).

Ao utilizar os media, a internet, e a rede crescente de aliados, para consciencializar o público da frequência da intersexualidade e do intenso sofrimento causado pelo tratamento médico, os/as/es ativistas procuram criar um entorno no qual muitos pais já tenham ouvido falar do movimento intersexual, que esse conhecimento contribua para resistir à pressão da cirurgia e do secretismo, bem como concorra para a procura de associações e redes de apoio (Chase, 2005, p. 101).

¹³ Acessível em <https://web.archive.org/web/20130511182712/http://www.aissg.org/articles/HOLMES.HTM>

¹⁴ Destaque-se a Declaração de Malta, resultante do 3.º Fórum Internacional Intersexo, realizado em 2013 com a participação de 30 organizações intersexo de todos os continentes, que reivindicou o fim das práticas mutilantes e ‘normalizadoras’, como cirurgias genitais, intervenções psicológicas e outras práticas médicas (Ghattas, 2015 apud Lemos e Rodrigues, 2023, p. 237).

3.2 Alterações jurídicas e mudanças sociais

Desde 2009 que os temas LGBT constam de forma consistente da discussão parlamentar e da vida político-partidária em Portugal, em boa parte devido ao ativismo LGBT, com forte ênfase no ativismo jurídico (Santos, 2018, p. 42), que se aliou a outros movimentos (Santos, 2018, p. 38), demonstrando o impacto das ações coletivas nas alterações legislativas. Como Teresa Beleza vinca, as mudanças legislativas resultam de pressões constantes, individuais e coletivas, e ainda que o direito não decreta a mudança de mentalidade, existe uma relação dialética na qual o direito ajuda a mudar mentalidades e as mentalidades ajudam a mudar o direito ¹⁵ (Beleza, 2006).

A Lei n.º 7/2011 de 15 de março, veio possibilitar a oficialização legal do reconhecimento da identidade género, regulamentando a oportunidade de alterar o sexo e o nome no registo civil sem a necessidade de efetuar procedimentos de esterilização, cirurgia de redesignação sexual ou tratamentos hormonais (Marinho, 2019, p. 8), não exigindo qualquer transformação corporal incarnada (rede ex aequo, 2021). Contudo, eram necessários dois pareceres médicos, um dos quais de um psiquiatra, atestando a perturbação da identidade de género. Assim, ligada ao direito à identidade, estava a consideração médica de que seria uma identidade patológica.

Em Portugal, a Ação pela Identidade (API), fundada em 2011, uma organização não-governamental para a defesa e o estudo da diversidade de género e de características sexuais, incluindo a experiência das pessoas trans e intersexo, constituiu-se como primeiro coletivo a trazer para primeiro plano a intersexualidade, abordando questões concretas face à restante população LGBT. Em janeiro de 2018, um dos seus membros participou na audição sobre autodeterminação da identidade de género da Subcomissão para a Igualdade e Não Discriminação¹⁶, da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, realizada na sequência da proposta de Lei que visava permitir a alteração de nome e de sexo nos documentos de identificação, sem qualquer relatório médico que atestasse a

¹⁵ Refira-se a este respeito, a título internacional, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, de 1966, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de S. José da Costa Rica), de 1969, os Princípios de Yogyakarta, elaborados em 2006, e a Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância, em 2013, pelo contributo no reconhecimento de direitos e liberdades fundamentais.

¹⁶ Acessível em <http://canal.parlamento.pt/?cid=2492&title=audicao-de-santiago-de-almeida-ferreira>

identidade de género da pessoa requerente, ou a perturbação da identidade de género – que levava a crer que existiam identidades de género patológicas – bastando a autodeterminação. Destacou na ocasião “a perda dos diagnósticos, o não acesso a eles”, os médicos afirmarem que não há mais pessoas com as mesmas condições, que têm de esconder os seus corpos e realidades, e o uso dos termos “malformações”, “deficiências” e “aberração”, pelos médicos e pelos próprios familiares (Ferreira, 2018). A visibilidade e as falas em nome próprio deste ativista contribuíram para a perceção de que são pessoas concretas que reclamam a alteração da legislação, das práticas médicas e das mentalidades, conducentes ao fim das cirurgias e dos tratamentos médicos não necessários, ao acesso aos diagnósticos, relatórios e processos médicos, e ao final do silêncio generalizado face à intersexualidade.

A Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, relativa ao direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, marcou, de forma basilar, o reconhecimento e proteção das pessoas com corpos não normativos. Os artigos 3.º e 4.º determinam que todas as pessoas têm o direito a manter as características sexuais primárias e secundárias, sendo que a modificação ao nível do corpo e das características sexuais de uma pessoa menor de idade e intersexo “não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género”, salvo em situações de comprovado risco para a saúde. Determina ainda que o género deve ser estabelecido por meio de atribuição ou autodeterminação, dispensando os pareceres médicos (Diário da República Portuguesa, 2018).

Progressivamente, as questões relacionadas com a identidade de género e com as variações intersexo tendem a sair da esfera da patologia. Em 2019 procedeu-se à revisão da Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), na qual as questões relacionadas com a identidade de género deixaram de estar enquadradas no capítulo das “Doenças Mentais” transitando para “Condições Relacionadas com a Saúde Sexual”. Substituiu-se a designação “disforia de género”, descrita enquanto desconformidade entre o género atribuído ao nascimento, ditado pelas características sexuais primárias e/ou secundárias, e o género sentido subjetivamente pelo indivíduo, pela nomenclatura “incongruência de género” para pessoas trans* (D.G.S., 2019).

Quer a alteração da lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, quer a mudança na designação do CID-11, contribuem para reforçar que não há identidades de género patológicas, mas sim diversas. Todavia, como frisam Saleiro et al. (2022, p. 57), a proteção das características

sexuais não foi acompanhada de um protocolo que regule as intervenções, remetendo para o futuro a elaboração, por parte da Direção-Geral da Saúde de “um modelo de intervenção, através de orientações e normas técnicas” (art. 12.º). Acrescem os/as autores/as que faltam elementos que permitam verificar mudanças efetivas na condução médica destes processos, desde a entrada em vigor da Lei, sobretudo no caso de bebés e crianças intersexo (Saleiro et al., 2022, p. 57).

Não obstante a legislação em vigor que proíbe todas as formas típicas de mutilação genital intersexo, as operações em recém-nascidos e crianças continuam a realizar-se nos hospitais portugueses, públicos e universitários, financiadas pelo Serviço Nacional de Saúde (StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org, 2020; Truffer, 2020 apud Lemos, 2022, p. 16). A organização Stop IGM reconhece não existirem estatísticas sobre nascimentos intersexuais e práticas de intervenção médica em Portugal (idem, p. 14), mas suporta as suas afirmações com base nos planos de estudo dos cursos e dos manuais usados por estudantes de medicina. Acresce que Portugal foi advertido em 2019 pelo Comité dos Direitos da Criança e em 2020 pelo Comité dos Direitos Humanos pela realização destas intervenções (Lemos, 2022, p. 12).

A lei falha em alterar aquilo para que foi criada (Spade, 2015, p. 2). A falta de implementação de medidas, legais e administrativas e a ausência de quaisquer sanções (Saleiro et al., 2022, p. 83) concorrem para que se continuem a realizar “cirurgias genitais cosméticas não consensuais, medicamente desnecessárias, irreversíveis e/ou outros procedimentos”, sem evidências de benefícios para as crianças intervencionadas (StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org, 2020, p. 3).

II. AS EXPERIÊNCIAS DE UMA PESSOA INTERSEXO

4. Metodologia

4.1 Objetivos

“Como são experienciadas as dissidências de género?” constituiu-se como pergunta de partida, objetivando compreender como as pessoas intersexo experienciam as suas vivências quotidianas.

Considerando que o modo binário e tradicionalista de encarar a identidade sexual e o género estreita as possibilidades de vida e perpetua a desigualdade de género (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 27), colocou-se então a hipótese de que a visibilidade de modos mais plurais de viver o género contribua para produzir um mundo com normas de género menos coercivas e restritivas da liberdade humana (Butler, 2006, p. 16).

Pretendia-se convidar a participar pessoas intersexo, residentes em Portugal e maiores de 18 anos para indagar como são experienciadas as dissidências de género, explorando as experiências relativas à vivência de uma identidade de género não normativa, enquadrar as estratégias de ajustamento ou dissidência adotadas nas diferentes esferas ao longo da vida e conhecer as perceções que a sua visibilidade e discursos geram na desconstrução de estereótipos e papéis de género.

Delinearam-se os seguintes critérios de inclusão:

- i) a pessoa participante tenha uma identidade e expressão de género não binária;
- ii) resida em Portugal;
- iii) seja maior de idade.

Seriam critérios de exclusão:

- i) apresente uma expressão de género congruente com o género atribuído ao nascimento;
- ii) seja menor de idade.

Considerou-se adequado o estudo de uma amostra de cerca de dez participantes, atendendo a que a pesquisa qualitativa de cariz indutivo pode revelar-se bastante demorada (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p. 126), e por não se considerar realista processar e analisar mais informação (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019, p. 229) no horizonte temporal definido para o tratamento dos dados.

4.4 Recolha de dados

A palavra não se dá. A palavra se toma.

Pablo Vidarte, 2019, p. 59

O recurso a histórias de vida e à autobiografia em pesquisa feminista contribui para alterar as ortodoxias da academia (Bornat, 1994 apud Roberts, 2002, p. 77), para reparar a negligência a que foram votados grupos minoritários. Oferece maior acessibilidade devido à forma como é exposto, reconhecendo a autoridade narrativa (Roberts, 2002, p. 77), conquanto alguma mediação e interpretação seja inevitável, o que torna central a reflexibilidade (idem, p. 78).

Narrativas e autorrelatos assentam na tentativa de sequenciação, reconstrução e cronologia (Fischer-Rosenthal and Rosenthal, 1997, p. 9 apud Roberts, 2002, p. 81), mas a temporalidade de um conjunto de normas sociais, do *habitus*, que origina uma individualidade socialmente construída (Bourdieu, 1998, pp. 186-187), o facto de os termos usados para o autorrelato não serem criados pelos próprios enunciantes, a opacidade do sujeito para si próprio, o contexto necessariamente relacional de quem interpela e de quem se narra (Butler, 2015), a seletividade da memória, a leitura do passado com as lentes do presente (Roberts, 2002, p. 77), levam a que experiência seja uma interpretação do passado e do nosso lugar numa cultura e história no presente (Smith e Watson, 2010, p. 24) e conduzem a relatos incoerentes, parciais e não definitivos (Butler, 2015).

Teresa de Lauretis (1984, p.159 apud Scott, 1999, p. 7) descreve experiência como o processo através do qual a subjetividade dos seres sociais é construída e “a pessoa se coloca ou é colocada na realidade social”, permitindo-lhe compreender como subjetivas e sociais as relações materiais, económicas e interpessoais e, numa perspetiva mais ampla, enquanto históricas. Citando Joan Scott (1999, p. 27), são as experiências que constituem os sujeitos e não os sujeitos que têm experiências, o que permite problematizar “não as identidades, mas os processos sociais envolvidos na sua construção”.

Importa igualmente considerar que a literatura sublinha que as falas e narrativas autobiográficas constituem “uma faca de dois gumes”, pois permitem verbalizar e desinvisibilizar a existência das pessoas intersexo, mas paralelamente remetem os enunciantes para um lugar de fala de não especialistas, posto que não integram a classe médica, e paralelamente de dor (Cabral e Benzur, 2005, pp. 298-299; Bastien-Charlebois,

2017; Leivas, 2023, Machado, 2008). Ainda que “a diversidade epistêmica do mundo seja potencialmente infinita, pois todos os conhecimentos são contextuais” (Santos, Menezes & Nunes, 2004), contextuais e contingentes (Scott, 1999, p. 19), amiúde os saberes advindos da experiência são considerados subjetivos, particulares (Bastien-Charlebois, 2017; Guerra, 2019, p. 122) e sem preencher os critérios que os tornem passíveis de poderem ser considerados ciência:

As pessoas de grupos dominantes – (...), representadas pelo corpo biomédico – têm suas vozes validadas como mais objetivas e mais especializadas, enquanto as pessoas de grupos subalternizados – aqui, as pessoas intersexo – são interpretadas como aquelas que têm vieses, que usam maior subjetividade, com interesses políticos, além de serem vistas como as que não sabem sobre o que falam. Silenciar e descredibilizar as vozes das pessoas intersexo fazem com que suas próprias narrativas sejam deslegitimadas, o que as desumaniza frente a quem tem um suposto saber-poder. (Leivas et al., 2023, p. 5).

Refere Ana Cristina Santos, que através da interação social, da relação, o enunciante transforma a sua experiência em autoridade simbólica (Santos, 2018, p. 43). Conforme questiona Scott “o que poderia ser mais verdadeiro, afinal, do que o relato do próprio sujeito sobre o que ele ou ela vivenciou?” (Scott, 1999, p. 4). As narrativas produzidas pelos sujeitos (Colling, 2016) sobre as suas experiências constituem relatos subjetivos e auto-percepções que lhes permitem falar “em nosso próprio nome” (Hall, 2016, p. 21).

Como acentuam Sidonie Smith e Julia Watson (2010), conquanto algumas narrativas encontrem oposição e ceticismo, resistência e hostilidade, posto que o “conceito de experiência é ele mesmo social, cultural histórica e politicamente negociado” (Smith e Watson, 2010, p. 28), nas narrativas biográficas é reivindicada “a autoridade” da experiência. Pessoas “marginalizadas, racializadas, minorias sexuais ou religiosas, devido à falta de status, ‘utilizam’ as identidades como conferentes de credibilidade política e comunitária”, o que compele e persuade o leitor a acreditar na sua veracidade, validando concomitantemente as reivindicações efetuadas e “justificando” a divulgação da história de vida (idem, p. 27).

Na entrevista narrativa biográfica tiveram-se em conta as formulações sugeridas por Becker (1994, p. 165 apud Brandão, 2007, p. 11) perguntando-se como e não porquê e dando-se ênfase às apreciações subjetivas da pessoa entrevistada, relativamente ao que pensou e sentiu. As questões efetuaram-se de modo a evitar a vitimização ou revitimização

e a formulação de questões tendenciosas (Campenhoudt, Marquet e Quivy, 2019, p. 58) que conduzissem à construção de premissas ontológicas que reificassem a pessoa participante em ‘questões’ e ‘problemas’ que necessitam de respostas através de políticas públicas, direitos, legislação e regulamentação médica (Butler, 2016, p. 22).

Antes de iniciar a primeira entrevista, realizou-se a apresentação da investigadora e explicitaram-se os procedimentos, objetivos e finalidades, tendo-se ministrado o formulário de consentimento informado (anexo IV) (Ferreira, 2013; Vilelas, 2020).

A primeira entrevista realizou-se presencialmente na localidade onde a participante reside, no dia 11 de fevereiro, e a segunda no local de residência da investigadora, no dia 24 de junho. Neste segundo contacto recolheu-se a história de vida da participante, deixando-a falar livremente e praticando-se a escuta ativa. Conquanto, considerou-se que seria relevante abordar alguns temas, designadamente ambiente familiar, contexto escolar, inserção profissional, socialização, relações íntimas, acompanhamento médico e cirúrgico, pelo que se interveio minimamente na estrutura da entrevista, quando os temas não surgiram na narrativa espontaneamente. Também foram colocadas algumas questões, como “lembra-se como isso a fez sentir”, “recorda-se do que pensou na ocasião”, “que experiências teve nessa época que a marcaram mais”, quando a narração era suspensa pela participante, com o intuito de estimular a continuação e o aprofundar das temáticas.

4.2 Procedimento de recrutamento de participantes

Efetuiu-se a divulgação do estudo e o apelo à participação (anexo I) junto de diversas associações e instituições de todo o país que apresentam como foco de atuação as questões concernentes à orientação sexual, identidade e/ou expressão de género – Amplos Porto, Amplos Baixo Alentejo, Anémona, API – Associação Pela Identidade, Associação LGBTI Viseu, Associação Plano I, Centro Gis, Clube Safo, Casa T Lisboa, Casa Qui, ILGA, Opus Diversidade, Panteras Rosa, rede ex aequo e TransMissão. Contactou-se ainda a Associação Portuguesa de Fertilidade, a Associação Juvenil Arruaça (organiza o Beja Pride) e uma Escola Secundária do Baixo Alentejo. Algumas destas associações responderam via e-mail que haviam divulgado junto dos membros e partilhado nas suas redes sociais (anexo II).

O apelo circulou ainda através das redes sociais, por meio de contactos com ex-colegas de uma pós-graduação em Sexualidade Humana, que trabalham na área médica, e de contactos pessoais que trabalham com pessoas LGBTQIA+. Foram ainda enviados e-mails e mensagens via Facebook e Instagram a solicitar a participação e a divulgação aos ativistas da API.

4.3 Limitações encontradas e reformulação

Apesar dos vários contactos realizados, o contacto direto com os ativistas da API não teve qualquer retorno e apenas uma pessoa se manifestou disponível para participar. Tratou-se de uma pessoa intersexo de 28 anos, a quem atribuíram o sexo masculino à nascença, que se autoidentifica com o género feminino e utiliza pronomes femininos. Após uma primeira entrevista, face à riqueza e diversidade de informação recolhida, decidiu-se não se abandonar o estudo, optando-se por alterar a metodologia e, parcialmente, o objeto do mesmo, privilegiando a história de vida e apostando na singularidade das suas experiências.

4.5 Análise do *corpus*

4.5.1 Paradigma selecionado

O paradigma qualitativo teve origem no século XIX, como reação de alguns académicos face ao uso de métodos naturistas nas ciências sociais. Trabalha a partir de dados que, pela sua essência, não são passíveis de ser medidos, escapando à codificação e programação sistémicas (Holanda, 2006, p. 363), caracterizando-se pela abordagem indutiva, holística, subjetiva, orientada para o processo, mais interessada “em compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que atua” (Reichardt e Cook, 1986, p. 29 apud Carmo e Ferreira, 2008, p. 195).

Neste paradigma a realidade é construída a partir do quadro de referência dos participantes, cabendo ao pesquisador não somente descrever os comportamentos, mas identificar, explorar e analisar os fenómenos e as interações que se estabelecem (Vilelas,

2020, p. 208) e decifrar o significado da ação, das situações e acontecimentos, que são influenciados por inúmeros fatores (idem, p. 209). Viabiliza “a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade” (Minayo, 2012, p. 626).

Atendendo à natureza do objetivo do estudo, às inúmeras particularidades e possibilidades, complexidade e dinâmica das inter-relações, que para serem compreendidas exigem um estudo integral e não fragmentado (Rey, 1999, p. 54 apud Holanda, 2006, p. 364), selecionou-se o método qualitativo com a intenção de obter uma visão aprofundada que acrescente conhecimento ao tema (Vilelas, 2020, p. 211). Relevou-se que o mesmo se funda na ideia de que não existem conclusões definitivas e que a incerteza integra a sua epistemologia (idem, pp. 209-210).

4.5.2 Interpretação fenomenológica

O método fenomenológico consubstancia um modo de “apreender e dizer os fenômenos que se referem à realidade que se manifesta por si mesma” enquanto descoberta do mundo, da experiência e do vivido (idem, p. 253) e enfatiza a compreensão interpretativa das interações humanas, objetivando compreender o significado que os sujeitos constroem para os acontecimentos, ações e situações concretas das suas vidas cotidianas (Aires, 2015; Carmo e Ferreira, 2008). Representa um modelo compreensivo para descrever as experiências de vários sujeitos sobre um conceito ou fenômeno (Creswell, 1998 apud Holanda, 2006, p. 370).

Permite obter *insight* ricos (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009, p. 116) e atende à interpretação da diversidade e complexidade do real, a partir de perspectivas concretas e singulares, que consubstanciam “representações ou interpretações do mundo”, que “não estão abertas a comprovação e não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, visto que expressam a verdade de um ponto de vista em determinado tempo, espaço e contexto socio-histórico” (Muylaert et al., 2014 apud Reis e Castro, 2019, pp. 506-507).

A pertinência da seleção deste método para os estudos feministas é advogada por Sara Ahmed, em *Orientation: Toward a Queer phenomenology* (2006), ao assinalar que a

fenomenologia enfatiza a intencionalidade da consciência, o significado da proximidade, o papel das ações repetidas e habituais na formação de corpos e mundos e a importância da experiência vivida de habitar um corpo (Ahmed, 2006, p. 544). Por constituir “um campo que estuda o corpo como participante ativo na criação do eu” (Fausto-Sterling, 2001/2, p. 67), considerando que os corpos são o ponto a partir do qual o mundo se desenvolve (Ahmed, 2006, p. 551), permite explorar como “os corpos são moldados por histórias, o que performam através do seu comportamento, postura e gestos” (idem, p. 552). Ao expor a sedimentação da história na repetição da ação corporal torna-a um recurso útil para o feminismo (Ahmed, 2006, p. 553), problematizando não só o que se repete, mas a forma como essa repetição nos leva em determinadas direções (ibidem), colocando a questão da orientação sexual, da estranheza e da desorientação ou “obliquidade” dos sujeitos em primeiro plano (idem, p. 544).

4.5.3 Análise temática

As informações recolhidas foram trabalhadas recorrendo à análise temática, tendo os temas e subtemas sido definidos *a posteriori* de uma pré-análise do material recolhido, de forma a possibilitar um entendimento aprofundado, em linha com a riqueza dos dados obtidos nas entrevistas realizadas para recolher a história de vida.

Seguiu-se uma estratégia analítica, em seis fases, seguindo a proposta de Virginia Braun e Victoria Clark (2021, pp. 331-332). A primeira fase consistiu na transcrição manual das entrevistas, o que possibilitou desde o início, uma familiarização robusta com o material. Na segunda fase efetuou-se o recorte e codificação das secções mais significativas e pertinentes no contexto do tema e do objetivo do estudo. Muitos blocos de texto apresentavam conteúdos semelhantes, alguns trechos correspondiam a desvios ao tema, e até à introdução de trivialidades, de parte a parte, para quebrar o silêncio após pausas mais alargadas, decorrentes de momentos mais dolorosos na autonarrativa.

Na terceira fase procedeu-se à criação dos temas iniciais e na quarta teve lugar a criação dos temas e subtemas, à qual se seguiu uma fase de revisão e refinamento dos mesmos (anexo III), visto que somente após uma primeira análise do material selecionado

se tornaram perceptível redundâncias e impertinências. O *corpus* permitiu a análise de experiências em contexto familiar, escolar, laboral, clínico e social.

Na sexta e última fase teve lugar a análise fenomenológica do material selecionado, através da leitura, reflexão, questionamento e releitura, que constituiu o período mais substancial da análise. Tendo como método analítico a fenomenologia, objetivou-se analisar o modo como as experiências foram percebidas, pelo que se deu particular atenção à subjetividade, ao que a participante revelou ter sentido e pensado aquando das experiências narradas e à forma como as mesmas reverberaram ao longo do percurso de vida.

4.6 Considerações éticas e reflexibilidade

Sem intuítos de representatividade ou generalização (Roberts, 2002, p. 79), pretendeu-se entender as “estratégias de socialização, sobrevivência, negociação, ocultamento, dissimulação, visibilidade” (Vidarte, 2019, p. 57), destacando a natureza corporificada das identidades e da experiência (Smith e Watson, 2010, p. 37), considerando que esta não é individual e fixa, mas irredutivelmente social e processual (Bourdieu, 1998; Butler, 2015; Fausto-Sterling, 2001/02, p. 19; Roberts, 2002), sem um significado auto-evidente (Fausto-Sterling, 2001/02, p. 34).

Assumiu-se a possibilidade de que a intersexualidade promova a emergência de novas identidades e o desmoronamento das antigas, mas ciente de que em alguns casos pode ser verdadeiro, noutros não (Cabral e Benzur, 2005, p. 299). Citando Ahmed (2006, p. 555), “ao convocar uma política que envolva desorientação, é importante não fazer da desorientação uma obrigação ou responsabilidade”, posto que exige demais, não sendo sustentável materialmente ou psicologicamente a longo termo ou de forma vitalícia. Partiu-se igualmente para a investigação ciente de que os sujeitos da investigação são filhos de si mesmos e da sua experiência vivida (Scott, 1999, p. 5), e não da teoria, pelo que se acutelou a possibilidade, perfeitamente razoável, de que as pessoas participantes no estudo recusassem o “papel de heróis” (Butler, 2006, p. 22), posto que “nem sempre existe uma vontade transgressora, ativista ou revolucionária nas pessoas intersexo” (Cabral, 2010 apud Platero, 2014, p. 145).

O estudo realizado, alicerçado em preocupações sociais e epistemológicas, metodologicamente centrado no sujeito, nas suas falas e narrativas, pretendeu respeitar o direito à autodeterminação e autorrepresentação, «quebrar um “silêncio público absolutamente sancionado”» (Scott, 1999, p. 23) e esboçar uma “construção de linhagens visíveis” (Joaquim, 2008, para. 2), uma genealogia alicerçada na relação positiva entre a história pessoal e a conceção de si mesma de quem narra, favorecendo a “emergência de outras polifonias, de outras vozes” (Oliveira, 2017, p. 6), com o estatuto epistemológico de testemunho (Cabral e Benzur, 2005, p. 303).

“Não falar de, não falar por, falar como” (idem, p. 297) destaca a possibilidade de agência e ação significativas (idem, p. 296; Stryker, 2021, p. 60) e produz conhecimento que valoriza o ponto de vista e as experiências das pessoas participantes, com potencial de se transformar em experimentação coletiva, práticas e modos de vida (Preciado, 2018, p. 367), em memória de resistência e insurreição.

Conquanto o empolamento da importância e aplicabilidade prática dos resultados deste estudo seja evitado (Ferreira, 2021, p. 67), equaciona-se a possibilidade de desenvolver formas de devolver o estudo à comunidade e de ampliar a voz da participante, criando uma caixa de ressonância que contribua para desinvisibilizar as histórias de vida e experiências das pessoas intersexo, nas suas próprias palavras e nos seus próprios termos.

III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

(...) “posso contar a história de minha origem e posso recontá-la diversas vezes, de diversas maneiras (...) e nem sempre são consistentes umas com as outras (...) Qualquer uma delas é uma narrativa possível, mas de nenhuma delas posso dizer com certeza que seja a única verdadeira.

Judith Butler, *Narrar-se a si mesmo*, 2015, pp. 44-45.

5. Temas e subtemas

As informações recolhidas na narrativa da história de vida foram categorizadas em temas e subtemas (anexo IV).

5.1 Ambiente familiar

5.1.1 Experiências relativas ao gênero de criação

A preferência por roupas, brincadeiras e atributos considerados femininos tornou-se notória quando frequentava a creche, numa idade precoce. Ainda que as ruturas com as normas de gênero na infância não impliquem uma identidade trans*, ou a sua persistência na idade adulta, visto que a identidade não é fixa e imutável podendo variar ao longo da vida (Butler, 2006, Louro, 2018), no caso de Ariel, persistiu na adolescência e na vida adulta, até ao momento.

Além da experimentação de ‘viver como o outro gênero’, num espaço circunscrito e fechado, o quarto e a casa onde residia, Ariel insistiu, desde cedo, em expandi-la aos locais que frequentava, em exprimir-se e viver de acordo com quem sentia ser.

Fui criada como menino, até à puberdade, por volta dos 10-12 anos. (...) Nessa altura – 5-6 anos – já tinha identidade feminina, brincava com bonecas e isso tudo... sempre foi tudo feminino, as roupas da irmã (...) fechar-me no meu mundo cor-de-rosa. Vestia-me de rapariga fora de casa, e esse é que foi o problema (...) porque fazia birras e dizia assim “Se não me levarem para o infantário ou para a escola como eu quero ir, com uma saia ou com uma blusa cor-de-rosa, ou algo feminino, eu também não vou”.

Apesar de as famílias serem instituições não fechadas, adaptadas à cultura e ao contexto social local, o seu papel socializador revela-se fundamental para a coesão social e a reprodução de valores (Bourdieu, 2002; Dias, 2014; Dias, 2015), representando o lugar em que pertencer a um sexo se torna um destino social, implícita ou explicitamente regulamentado (Saraceno, 1992). A família constitui na generalidade o que Ariel experienciou, o “garante doméstico da ordem” de género, o emblema da virtude moral, que contraria o direito à autodeterminação (Preciado, 2020, p. 66) ao invés de proteger da repressão, da exclusão e violência (idem, p. 67).

Os pais de Ariel protegiam não os seus direitos de criança, mas as normas que instigam a família à reprovação, vergonha e desprezo (ibidem) de todas as formas de dissidência dos seus membros.

Não obstante o sofrimento provocado, verifica-se uma desculpabilização do comportamento dos pais, quase uma legitimação do comportamento familiar, por contrariar as expectativas dos pais (Bento, 2011, p. 550) e reproduzir o esperado de uma família no concernente à educação dos filhos, socialmente validado, sendo que um comportamento díspar configuraria uma falha no exercício percebido da parentalidade (Costa et al. 2020, p. 216).

Era um meio muito pequeno e conservador, onde toda a gente se conhece e fala, e as coisas foram-se espalhando e comentava-se. Muita gente dizia “Dá-lhe porradas”, “Dá-lhe castigos”, “Não cedas”, e isto e aquilo... Ainda hoje penso, era uma criança, como é que me podiam dizer essas coisas horríveis? Não tinham de me bater, não tinham de me ameaçar, não tinham de me privar de nada. (...) Só que eu pensava que me queriam contrariar no sentido de não ser gozada, nem falada, nem criticada e muito menos de porem a maneira de eles educarem à prova. De pensarem “Ah, está a dar maus exemplos ao filho”. Pronto, e há muitos pais que são criticados por cederem às vontades dos filhos, e era esse o receio, e eu compreendo.

A procura por amor, cuidado e proteção no contexto familiar, sublinhada por Berenice Bento (Dias, 2014, p. 494), é inquestionável e recorrente na narrativa de Ariel relativa à sua experiência familiar.

A família estabelece-se como um lugar privilegiado para a vivência de relações estruturantes, criação de vínculos fortes (Dias, 2015) e de memórias (Pereira Vieira, 2017). Acresce que o arquétipo de amor incondicional se projeta na família enquanto espaço de

refúgio, intimidade, afetividade e pertença, não obstante a família se constitua igualmente como lugar de opressão, obrigação e violência (Saraceno, 1992, p. 13).

Importa referir que aquando da revelação da identidade de género, existe uma maior vulnerabilidade ao repúdio, por se tratar de uma componente central da identidade, levando a que a rejeição parental tenha consequências negativas complexas, designadamente risco acrescido de desenvolvimento de perturbações mentais (Mills-Koonce et al., 2018, p. 640).

Famílias com membros com orientações sexuais e identidades não binárias necessitam de elevados níveis de flexibilidade para se adaptarem (Pinheiro, 2010, apud Reis 2018), o que não se verificou no ambiente familiar de Ariel. As expectativas depositadas na família, enquanto garante do acolhimento, da aceitação e do amor incondicionais, concorrem para a sensação de frustração, mágoa e a perceção de abandono (Pires e Bracons, 2021, p. 18), particularmente em situações de maior vulnerabilidade.

[O que me marcou mais] foi a rejeição familiar. (...) O meu pai foi para o Algarve quando eu tinha 7 ou 8 anos, trabalhar. Ainda lá está. Depois houve o divórcio, tinha eu uns 12 para 13. O meu pai abandonou-nos totalmente. Foi preferível para ele cortar laços (...) ter uma filha que tinha uma condição de saúde especial, que tinha de ter cuidados especiais, fazer muitas terapias, ir a médicos constantemente, era um fardo para ele, então foi mais fácil procurar outra família, outra mulher, e esquecer tudo (...) e assim viveu até hoje, ignorando e reprovando uma descendente dele.

A saída de casa e a impossibilidade de retorno, expressas no relato, vão ao encontro da estatística existente que refere que a população LGBTQIA+ vivencia maior distanciamento e menor vinculação parental, refletindo-se na dificuldade em construir e manter redes de apoio social e em assegurar habitação estável (Pires e Bracons, 2021, p. 10; Wilson et al., 2011 apud Fernandes, 2022, p. 15).

No concernente à habitação, estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que 40% dos jovens sem abrigo eram LGBTQIA+ e 68% destes atribuíam a situação à sua orientação sexual ou identidade de género (Durso e Gates, 2012 apud McClain, Thomas e Yehia, 2018, p. 17). Em Portugal a realidade parece ser semelhante no que concerne à população trans* (Pires e Bracons, 2021, p. 10; Saleiro et al, 2022, p. 146).

Não sei bem como classificar [a saída de casa]. Se é difícil, se é penoso. Porque a nossa casa é o nosso cantinho, o nosso refúgio, o nosso porto de abrigo, e quando

nós esperamos e dali não vem o esperado, não temos outra hipótese. E digo, custa-me mais não ter isto na minha zona de conforto e ter de me ir embora. Já que não tive, tenho de me ir embora, vamos embora. Foi aos 21, para aí. (...)
Falamos, mas não tenho suporte nenhum. (...) Então, optei por me afastar, e saí de casa aos 23 anos, e nunca mais regresssei. Das vezes que tentei regressar correu-me muito mal.

5.2 Ambiente escolar

5.2.1 Interações e experiências no ambiente escolar

A identidade de género percecionada e expressa no espaço escolar no início da escola primária, decorreu nos termos e da forma que conhecia, recorrendo a uma história infantil, no qual a protagonista ganha, por magia, um par de pernas que lhe permite viver no mundo em que deseja. O nome social escolhido, mais que uma alusão a um conto de fadas, reflete a identificação com a situação que retrata: o desejo de se desfazer de parte do corpo, substituindo-o por uma nova que lhe permitisse habitar o mundo e ser reconhecida de uma outra forma.

A verbalização e tentativa de imposição da sua vontade representou a forma de autodeterminação e agência possível, num contexto de parca abertura, e sem outros meios de resistir contra a imposição de um género com o qual não se identificava.

Um dia entrei no infantário e disse assim “O xxxxx morreu, a partir de agora chamam-me Ariel. Quem quer, quer, e quem não quer que me passe ao lado e finja que não me conhece”. Tinha 7 anos. (...) Eu comparava-me com a pequena sereia porque dizia “a pequena sereia quer ter pernas para casar com o príncipe, e eu quero ter uma pipi para ser feliz”. Disse isto na escola, abertamente, com a minha ingenuidade de criança, e dizia isto a toda a gente.

A escola constitui-se como um lugar privilegiado de socialização primária, onde crianças e jovens permanecem grande parte do tempo e onde se desenrolam relações significativas com os pares e com a comunidade educativa (Vives-Cases et al., 2019). Não representa somente um local onde se realizam aprendizagens, constitui-se simultaneamente enquanto ‘fábrica’ de subjetivação da identidade de género e sexualidade (Connell e Messerschmidt, 2013; p. 253; Foucault, 2021) e instituição disciplinar normativa (Preciado,

2020, p. 198), fundada em binarismos de género, evidentes, desde logo, pelos sanitários segregados por género (Dias, 2014, p. 487).

Patente nesta fala encontra-se o autocontrole e a hiper-vigilância necessários para evitar o uso das casas de banho, não de forma isolada e pontual, mas reiteradamente, durante todo o período escolar. A perceção de discriminação no espaço escolar, a inadequação do mesmo às suas necessidades básicas, em termos materiais e de suporte social da comunidade escolar, constituiu o ponto de rutura para Ariel, levando-a ao que considerou ser o limite aceitável.

Na primária não havia casa de banho de menino ou menina, mas no ensino básico praticamente não ia à casa de banho, estava sem beber água quase nenhuma para não me dar vontade de fazer chichi. Para além disso, quando estava aflita, porque havia sempre uma vez ou outra que fazia cócó e etc, eu não tive problemas nenhuns, entrei para a casa de banho das raparigas, sem que ninguém estivesse a ver. Depois houve uma vez em que me viram. (...) Então disseram-me “Tens de entrar na dos rapazes, ou então podemos tentar – tentar – ver outra solução”, tipo a dos professores, mas a dos professores teve de ser com um papel da pedopsiquiatra. (...) Foi até que não aguentei e fui internada em pedopsiquiatria.

5.2.2 Perceções de apoio e cuidado

O relato que Ariel partilha refere a ausência de exclusão e discriminação pelas colegas do género feminino, de quem sentia, a respeito do uso das casas de banho, aceitação da presença sua naquele espaço. Considere-se que a aceitação da identidade de género pelos pares, apesar de relevante, não possui a mesma importância e centralidade que a aceitação familiar (Pires e Bracons, 2021, p. 11).

Quanto aos docentes, na primeira infância transparece algum cuidado e mediação da docente entre Ariel e os demais alunos.

[Na escola primária] tinha de vez enquanto aulas em que nos levavam à natação, à piscina municipal, mas havia sempre a professora que nos ia acompanhar dentro dos balneários, sabiam da minha condição, e a professora ia lá sempre, apaziguava aquilo tudo. (...) [No ciclo] nenhuma rapariga se queixou, que elas sabiam que não entrava com maldade, sabiam da minha identificação.

5.2.3 Discriminação e exclusão

Cumulativamente com a separação física dos espaços, designadamente balneários e casas de banho, a escola recorre a outras práticas de diferenciação de género, incentivando nos períodos de recreio à participação em jogos diferenciados para rapazes e raparigas, vigiando a postura e os gestos de alunos/as/es (Bento, 2011, p. 552).

Ser homem ou mulher ancora-se à vigilância social e ao autocontrolo do corpo, dos gestos, das habilidades e dos movimentos (Connell, 1995, p. 189; Fausto-Sterling, 2000, p. 8; Vale de Almeida, 2000, p. 144). Neste âmbito a escola representa “um espaço de controlo e domínio, de escrutínio, diagnóstico e sanção” (Preciado, 2020, p. 199), mais interessado na preservação da norma que na singularidade das crianças (idem, p. 200), pressionando e coagindo constantemente todos para que se encaixem no mesmo modelo, na mesma norma, “para que todos se assemelhem” (Foucault, 2021 [1975], p. 211).

Refira-se, ademais, a notória tentativa, por parte da comunidade educativa, de remeter a necessidade de atuação para uma fase mais tardia do desenvolvimento de Ariel, o equivalente a abandonar uma criança que necessitava de apoio no espaço escolar a esperar até à maioridade para o obter (Platero, 2014, p. 34).

Sublinhe-se a capacidade de resistência de Ariel face às normas de género impostas socialmente no contexto escolar, numa idade muito precoce, e a agência no sentido de ver respeitada a sua autodeterminação.

Só que as pessoas depois diziam-me, chamavam-me à parte e diziam-me “Ariel, tu és um rapaz, tens este nome assim e assim, mas não podemos tratar-te como as outras meninas, tu estás como um rapaz, tens de ir para o lado dos meninos, tens de jogar à bola, tens de ser isto, tens de ser aquilo”. E eu disse, “Mas eu não quero”. “Mas por agora tem de ser assim, quando fores maior tens muito tempo para fazeres aquilo que quiseres”. E eu disse “Isso é se eu quiser, não vou desperdiçar o meu tempo”.

A experiência escolar de Ariel converge com dados de vários estudos recentes, que sublinham que estas crianças e adolescentes sofrem nas escolas “verdadeira tortura psicológica” (Dias, 2014, p. 493) e episódios de terror (Bento, 2011, p. 555) decorrente de terem os seus corpos lidos como repulsivos e abjetos, não sendo, portanto, casualidade o abandono escolar. Episódios frequentes de perseguição, assédio, preconceito e agressão

física (Preciado, 2020, p. 197) levam a que muitas pessoas intersexo não consigam completar a formação escolar (Jones et al., 2016 apud Bastien-Charlebois, 2017).

Aquilo é um meio muito pequeno e tudo se espalha facilmente, tudo se sabe. (...) É “aquele que quer ser gajo”, é “aquele gajo gaja”, “o Zé Maria”, “o sainhas”, “o arraçado”, chamavam coisas assim mesmo estúpidas (...) e o pior é que fui sempre interiorizando aquilo, o que me diziam nas aulas a professora e os auxiliares. “Ariel, não faça caso”, e eu dizia “Eu também sou pessoa; quem cala consente”; “Tu és um rapaz, com nome de rapaz, vires para aqui com coisas de rapariga, já sabes que estás a puxar fogo para eles te incendiarem ainda mais.”. E eu disse assim “Lamento, mas vão ter de me respeitar”.

Entrei com 10, quase 11 anos, e durou até quase aos 12, que eu não aguentei e fui internada em pedopsiquiatria e fiz completamente abandono escolar. Já não voltei à escola. Para quê, para que é que ia voltar à escola?

A dimensão do meio, associada ao baixo índice populacional, propiciou o conhecimento generalizado da identidade de género de Ariel, e a parca diversidade existente traduziu-se em menor abertura social, com reflexos na comunidade escolar.

Conquanto não existam dados concretos referentes às perceções das pessoas intersexo do clima escolar, os estudos desenvolvidos recentemente com a população LGBTQIA+ apontam para a persistência da discriminação. O Index da Educação Inclusiva LGBTQI de 2018, levado a cabo pela International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, *Queer* & Intersex Youth and Student Organisation (IGLYO, 2018), destacou que Portugal dispunha de um enquadramento legal relativamente inclusivo, mas carecia de medidas concretas de implementação, que garantissem que as escolas constituíam espaços seguros.

Julga-se pertinente referir que, mesmo após a entrada em vigor da Lei da Identidade de Género, o meio escolar continuou a ser espaço de discriminação homo-bi-trans-interfóbica (rede ex aequo, 2020), ancorada na ausência de implementação de planos de ação de modo a apoiar uma intervenção eficaz (CES-UC, 2021).

Os alunos LGBTQIA+ frequentemente referem insegurança generalizada, evitamento da frequência de balneários, casas de banho, recintos desportivos e espaços comuns, comentários homofóbicos reiterados advindos de colegas, pessoal docente e não docente (ILGA, 2018).

5.3 Autodeterminação e transição de gênero

5.3.1 Sentimentos associados à descoberta de ser intersexo

Ariel narra que após ter abandonado o tratamento hormonal de afirmação do gênero masculino e verbalizado que poria termo à vida se não a deixassem viver socialmente como rapariga, foi encaminhada para a psiquiatria. Na sequência, os exames realizados detetaram uma disgenesia parcial, o que levou a que fosse reclassificada medicamente como uma pessoa intersexo, permitindo-lhe iniciar uma terapia hormonal de afirmação para o gênero feminino.

Para além das consequências práticas do diagnóstico médico, proporcionou a Ariel uma justificação biológica, que a mesma considera ter-lhe sido benéfica, visto que temia ser uma pessoa trans*. O relato dos sentimentos experienciados parece ser subsidiário da internalização do discurso cisheteronormativo, bem como da procura de uma certa “normalidade” no seio da diferença, diferença essa responsabilizada pela violência e exclusão.

Mariza Corrêa assinala que se entendia a pessoa intersexo como “um erro da natureza, que a medicina podia tratar sem impedimentos”, enquanto a pessoa trans* era percecionada como uma espécie de aberração que necessitava “provar que merecia” autorização médica para transitar (Corrêa, 2004, p. 12) fisicamente e legalmente¹⁷. A procura de alterações cerebrais nas pessoas trans* e de fatores biológicos nas pessoas intersexo pretende fornecer um correspondente material para a identidade de gênero, objetivando ‘justificar’ a transição de gênero.

Logo na década de 1970, um estudo pioneiro com pessoas com Hiperplasia Congénita Adrenal revelou que o grau de produção de androgénios, linear com a masculinização, só afetava a identidade de gênero de uma pequena minoria (Bancroft, 2009, p. 123; Money e Erhardt, 1972, pp. 98-104). Estudos de caso mais recentes, de pessoas XX e XY com síndrome ovotesticular, reportam diagnósticos de disforia e transições de gênero, independentemente do carótipo (Lee et al., 2016, p. 170). Ser intersexo não oferece uma

¹⁷ São necessárias duas avaliações psicológicas independentes que atestem a disforia de gênero, e, até janeiro de 2022 era exigida uma autorização da Ordem dos Médicos para a cirurgia de reatribuição sexual.

causa` para a identidade de género, sendo a mesma decorrente da imensa variabilidade humana.

Não detetaram logo à nascença¹⁸. (...) Aos 16 fui inserida na consulta de sexologia clínica, e foi feita a minha primeira avaliação psiquiátrica. (...) Foram várias avaliações, exames laboratoriais, testes psicotécnicos. Quando se revelou essa alteração, hipogonadismo, veio-se a perceber que sou uma pessoa intersexo, XY, com disforia de género. Tenho uma disgenesia gonadal parcial. (...) Facilitou haver essa diferença biológica, porque acho que se fosse transexual mexia muito comigo, porque ainda não há uma explicação que dê origem à biologia da transexualidade, e esta questão da intersexualidade acaba por ter um motivo, uma justificação, pronto.

Na atualidade, alguns médicos, psiquiatras e psicólogos veiculam que nenhuma característica física se pode sobrepor ou inviabilizar a identidade autodeterminada (DSD-Life, s/d), conquanto os discursos tradicionalistas hegemónicos apresentem narrativas essencialistas e biologizantes (Chase, 2005, p. 92), semelhantes ao que aparenta emergir nesta fala.

5.3.2 Experiências de transição

A identidade de género constitui um processo de autoidentificação e reconhecimento com um género. O facto de algumas crianças e jovens exteriorizarem ou ocultarem uma identidade de género diferente da atribuída ao nascimento depende de uma série de fatores, nomeadamente da perceção de recetividade ou hostilidade do entorno (Platero, 2014, p. 49) familiar, escolar e social.

Ariel, apesar de não contar com apoio para transitar de género, sentiu que tinha de o fazer, acreditando que ele surgiria após iniciar o processo e teria a compreensão de que necessitava. A transição e dissidência de género representou uma viagem “compulsória”, “um movimento forçado” (Louro, 2008), perante a impossibilidade percebida de não poder

¹⁸ Segundo Lee et al. (2016, p. 159) a frequência da disgenesia testicular ou disgenesia gonadal mista é de 1 em 10 mil nascidos. A hiperplasia adrenal congénita e as disgenesias gonadais mistas, juntas, constituem metade dos casos em que a genitália é medicamente considerada ambígua.

continuar a viver um género com o qual não se identificava. Destaca-se nesta fala que Ariel refira algum prazer em chocar, quando recriminada, e paralelamente aluda às punições, sanções e exclusões para as quais a comunidade médica a alertou.

Os anos foram passando, as pessoas foram falando, algumas criticando, gozando, mas eu nunca me importei com isso, ainda fazia pior (riso), mesmo, quanto mais falavam.... Sentia a vontade de me afirmar, e dizia “Se esta é a minha identidade, o que é que eu vou fazer? Prefiro ser humilhada, e gozada, e chorar por isso, do que estar a chorar por me recriminar”.

Houve vários especialistas que disseram “Ariel, em sociedade é mais bem aceite um homem que é gay, ou uma mulher que muda de sexo para homem; um caso assim como o teu não é bem tolerado. E tu sabes, vais ser muito enxovalhada, vais ser criticada e vais ser rejeitada”.

(...) Tive de assumir [a identidade de género] de uma maneira ou de outra, porque senão não aguentava, não aguentava mesmo (...) eu já sabia que tinha nascido com um género atribuído que não correspondia aquele com que me identificava.

O suporte desejado não percecionado levou a que desenvolvesse dificuldades de relacionamento interpessoal, que Ariel relaciona com o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline.

A literatura refere que pessoas com incongruências/diversidade de género apresentam maior prevalência de sintomas depressivos ou ansiosos e perturbações do humor (Dejun Su et al., 2016, apud Pires e Bracons, 2021, p. 3), fruto da discriminação e violência sistemática a que são sujeitas.

Nessa altura só me lembro de pensar que ia ficar tudo bem, que era só dar o primeiro passo, até que o dei. E depois fiquei com coisas por resolver dentro de mim, porque fiquei com fobia dos outros. (...) Foi nessa altura que me foi diagnosticado o transtorno de personalidade borderline.

De forma a tentar esquecer as experiências que a vivência enquanto rapaz lhe haviam trazido, e na ausência de apoio familiar na transição, Ariel destruiu vestuário, registos e memórias. Práticas semelhantes são realizadas pelas famílias de crianças intersexo quando estas transitam de género, na tentativa de apagar a história pessoal e impedir impactos indesejados na nova subjetivação (Cabral e Benzur, 2005, p. 290; Chase, 2005, p. 92).

Simbolicamente terá representado a morte do filho e a destruição das expectativas depositadas e projetadas em Ariel.

Deitei fora tudo. Roupas, completamente tudo. Rasguei fotografias, deitei fora cassetes com memórias, foi tudo para o lixo. Não queria que os outros vissem e não me queria confrontar com aquilo. Apesar de saber que foi uma pessoa que fez parte de mim, foi uma pessoa que trouxe acontecimentos muito desagradáveis na minha vida, portanto é normal que me queira ver livre dela. E se aquela pessoa nunca existiu, só num documento de identificação, nunca enquanto pessoa, para que é que estarei ali a reviver aquilo tudo?

Com a entrada na maioridade, tratamentos médicos de afirmação de género, terapias hormonais e procedimentos cirúrgicos afiguraram-se uma possibilidade. O início de um caminho em direção a quem queria ser, à forma como desejava ser vista e lida social e legalmente. O primeiro passo consistiu na alteração do nome e do género nos documentos de identificação – um reconhecimento legal do género autodeterminado, e paralelamente social.

À data, a entrada em vigor da Lei n.º 7/2011 de 15 de março, possibilitou a oficialização legal do reconhecimento da identidade género de Ariel, permitindo-lhe alterar o sexo e o nome no registo civil, sem efetuar cirurgia de redesignação sexual ou tratamentos hormonais (Marinho, 2019, p. 8; rede ex aequo, 2021), visto que havia sido diagnosticada com disforia de género, condição necessária neste enquadramento jurídico.

Denotou-se neste momento particular da narrativa o sentimento de entusiasmo e alegria que a mudança provocou, bem como o facto de ter sido a primeira pessoa a fazê-lo no distrito onde reside. Como se a tornasse precursora de algo, dando início a um novo caminho de possibilidades de existência, não somente para ela, mas para todas as pessoas.

Lembro-me da alegria que senti. Foi uma das poucas alturas da minha vida em que me senti entusiasmada para seguir com uma coisa em frente. (...) Fui pioneira no Baixo Alentejo (...) assinar o meu nome pela primeira vez. Eu passava horas e horas a olhar para aquilo.

(...) Quando me chamaram a primeira vez de Ariel, um gabinete médico, Dona Ariel, pode entrar. E eu ah, tão bom. Borboletas na barriga. São momentos bonitos, ficam marcados na nossa memória. (...) Foram pequenas vitórias que se consideram grandes vitórias. Mesmo que a gente banalize, para mim foi uma grande vitória.

5.3.3 Expressão de género

“A norma de género estabelece a coerência da qualidade da pessoa” que, aplicada ao corpo, estabelece um ideal normalizador da masculinidade e feminilidade (Butler, 2006, p. 103). No caso de pessoas trans*, a aproximação a uma identificação idealizada, a citacionalidade e as performances reiteradas (Bento, 2011, p. 553; Butler, 2023, p. 326) apresentam um peso acrescido – o de permitir ‘passar’¹⁹.

Embora eu quisesse vestir da maneira como me identificava, porque nunca vesti de maneira extravagante, vestia-me de mulher, de rapariga, mas era a imitar as outras raparigas. Eu (...) só queria ser como elas, ser tratada como elas, ter a dignidade que elas tinham lá.

(...) Custa-me vivermos numa sociedade muito competitiva [silêncio]. A imagem, o estatuto social, e nesta questão da identidade de género ainda mais. Do corpo ideal, das formas ideais. [Quando foi diagnosticada a disforia] queria agradecer aos outros. Eu tendo esta imagem, esta postura, esta maneira de falar, esta maneira de estar, vou atrair mais a população a gostar de mim, como se eu fosse alguma coisa que estivesse em leilão – aquele que gostar mais dá mais. Estar mais tempo em companhia.

À construção de corpo entendido como aceitável para cada género justapõe-se a ideia hegemónica do feminino belo, magro, mas curvilíneo e sensual (Vieira, 2020; Wolf, 1992). A alusão de Ariel à centralidade da imagem no contexto de valorização social remete para a alusão de Woolf (p.103) a um “sistema de castas baseado na ‘beleza’”, mas sobressai a pressão para se aproximar de um padrão idealizado e hiperbólico (Bento, 2011, p. 554; Butler, 2006, p. 324), o equivalente a ser aceite e valorizada enquanto mulher.

A partir dos 22 estava como queria: magra, elegante, linda, divina, sentia-me poderosa. Estava no auge. (...) O melhor é que quanto mais feminina eu parecia, mais feminina me sentia. As outras pessoas diziam “Ela até é uma mulher bonita, faz uma mulher bonita”, então acabava por aumentar o meu ego, a minha autoestima. Doeu-me tanto quando estraguei o cabelo com as pinturas. (...) É uma marca de feminilidade muito grande, e para mim mexia muito comigo, eu adorava. Tinha o cabelo comprido desde os 18 anos.

¹⁹ ‘Passar’ descreve neste contexto o facto de uma pessoa “ser percecionada como cisgénero e do género com o qual de identifica” (rede ex aequo, 2021, p. 13; Saleiro et al., 2022, p. 17).

5.3.4 Percepções de mudança na forma como se vê e sente

Crianças e adolescentes intersexo, cujas síndromes não provocam diversidade de desenvolvimento genital visível na avaliação médica pós-natal, debatem-se com dificuldades de atendimento no sistema público de saúde (Saleiro et al., 2022). Tempos de espera muito longos para as consultas de diagnóstico e para os procedimentos médicos e cirúrgicos, decorrentes da parca existência de unidades de cuidados no país (Ferreira (s/d); Faria, 2023; Pereira, 2017), surgem evidenciados nesta fala. Destaca-se o sofrimento prolongado que acarretam, resultante na mutilação do órgão genital, objetivando uma cirurgia de emergência que o excisasse.

Houve mutilações genitais da minha parte. Atei um garrote ao meu genital, estava a morrer de dores, dores horríveis e aguentei-me uma noite e uma tarde, em casa; fui para o hospital quando não aguentava mais, pelo meu próprio pé. (...) Quando lá cheguei tiraram-me o garrote na pequena cirurgia, onde o ´coiso` começa a inchar todo e a entrar em necrose. A partir daí “Vamos mandá-la para a psiquiatria”, e o psiquiatra que lá estava dizia “Ariel, estou aqui a ver todo o seu registo, todo o seu histórico (...) e lamento dizer-lhe, mas não vai ser internada, não vai fazer nada, porque tinha plena noção do que fez.”

Ariel revela uma evidente associação entre órgãos sexuais e género, o que leva ao questionamento da legitimidade de se apresentar socialmente como mulher e de se sentir plenamente mulher, tal como a expressar a dificuldade sentida em relacionar-se sexualmente, consonantes com a literatura existente (Lee et al., 2016, p. 167).

A existência enquanto mulher heterossexual com pénis representa uma impossibilidade, o que poderá radicar em padrões normativos internalizados e reproduzidos, que tornam porosas e indistintas as fronteiras entre os desejos e subjetividades individuais e a deseabilidade e normatividade social.

Como defende Berenice Bento, o género constitui-se como uma máquina de produção de corpos humanos, definindo que quem possui pénis é homem e quem tem vagina mulher (Dias, 2014, p. 485). Assim, após a identificação com um género, outras possibilidades fora de um enquadramento binário tornam-se inconcebíveis, para nomear ou pensar em si mesma (Gomez e Platero, 2018, p. 124).

Depois comecei a entrar um bocadinho em parafuso, porque o facto de ter uma coisa exterior masculina acabava por comprometer-me intimamente com outras pessoas, relacionamentos afetivos, tudo, e também comigo mesma. Comecei a meter na cabeça que sou um homem com nome de mulher, isso não faz sentido. Ou sou mulher a todo o custo, a todos os níveis, ou não vale a pena ter só o nome mudado.

5.4 Acompanhamento médico

5.4.1 Afirmary o género, transitar de género

Após o diagnóstico seguiu-se o protocolo médico habitual para casos de hipogonadismo, de forma a induzir a puberdade e o surgimento dos caracteres secundários (Lee et al. 2016, p. 172). Criada como rapaz, a intervenção médica objetivou afirmar o género atribuído ao nascimento a Ariel, não obstante a identificação com o género feminino e o desejo de transitar, descurado pelos médicos.

A este respeito considera-se pertinente referir um estudo efetuado com 1040 pessoas intersexo, de vários países, que reportou uma percentagem de 5% de transições de género (Levounis e Yarbrough, 2020, p. 134; Kreukels et al., 2018). Importaria problematizar se/como a estatística existente impacta na definição dos protocolos médicos a seguir, a despeito da autodeterminação. Ressalve-se que, se por um lado procedimentos médicos em corpos intersexo se revestem de potencial para melhorar a qualidade de vida ou mesmo viabilizar uma vida habitável (Butler, 2006; 2023; Lavigne, 2009), por outro constroem os processos de autonomia sexual e autodeterminação de género (Butler, 2006; Pino, 2007), e reforçam o binarismo, escamoteando a diversidade de subjetivações (Cabral e Benzur, 2005).

Ariel abandonou o tratamento hormonal de afirmação do género masculino, por não ir ao encontro do que pretendia – a validação médica, que acarretaria paralelamente uma validação social da sua autoidentificação com o género feminino. Verbalizações de que tentaria o suicídio, se persistisse a obrigatoriedade do tratamento hormonal de afirmação do género masculino, manifestaram a sua incapacidade de continuar um processo em direção contrária ao ambicionado.

Sublinhe-se que Ariel tinha somente 16 anos quando assumiu o risco de ser expulsa de casa pelos pais ao parar a terapia hormonal, não possuía rede de apoio ou recursos

económicos para subsistir, o que evidencia a capacidade de persistir de um corpo num contexto de dominação, no qual essa capacidade é sistematicamente posta em causa (Butler, 2021, p. 160) bem como a capacidade de agência e de ação, mesmo em entornos opressivos (Stryker, 2012, p. 61).

Cheguei a tomar testosterona. (...) O médico disse “Pode ser que não te cresça muitos pelos, vais só ficar mais tonificada, com mais massa muscular”. Não quero lembrar, era muito difícil. (...) Parei de tomar por iniciativa própria. Porque com dezasseis anos eu dizia “Não, eu sou quase maior de idade e não vou continuar a levar isto, acabou, e se me fizerem alguma coisa eu mato-me. Podem-me internar, podem-me mandar para fora de casa, podem fazer o que quiserem. Das duas uma, ou eu vivo a minha vida como eu quero, ou eu mato-me”. Depois parei, interrompi por mim²⁰. (...) descobriu-se depois que era intersexo, entre os 16-17. E foi nessa altura que pararam o tratamento hormonal.

A paragem no tratamento médico levou à realização de exames aprofundados. O diagnóstico médico de disgenesia gonadal resultou na reavaliação clínica dos procedimentos a adotar, e ao início do tratamento hormonal de afirmação para o género feminino.

A experiência narrada, relativamente ao conhecimento médico, segue a mesma esteira da literatura consultada que assinala o despreparo generalizado das unidades de saúde para atender e acompanhar processos de transição sexual e de género, a falta de formação, preparação e um domínio pobre da temática por parte da classe médica (Lavigne, 2009; Lemos, 2022; Machado, 2008), sendo recorrente a confusão entre pessoas trans* e intersexo (Lima, Machado & Pereira, 2014, p. 58; Platero, 2014, p. 26; Rosário, 2007, p. 262).

À época em que iniciou o protocolo hormonal de afirmação para o género feminino, Ariel havia consultado informação referente à etiologia e tratamento da disgenesia, pelo que as justificativas médicas do tratamento prescrito eram contestadas, verificando-se um sentimento de regozijo pelo conhecimento que possuía e paralelamente de receio, descrença e desvalorização do saber médico no concernente à intersexualidade.

²⁰ Em algumas falas Ariel refere o diagnóstico como benéfico, ao prover uma diferença biológica para ‘sustentar’ a identidade de género. Nesta em concreto enfatiza a revolta e as dificuldades que se seguiram. De igual modo encontram-se inconsistências entre a paragem com o tratamento hormonal, referido numa das falas como resultado do seu livre-arbítrio, e noutra na sequência do diagnóstico de intersexualidade. Também a saída de casa dos pais surge, ao longo da autonarrativa, referindo idades diferentes, ainda que muito próximas.

Eu ria-me. Tanto que o médico dizia-me “Tu estudaste no meu lugar, achas que eu sou algum ignorante?” e eu disse-lhe “Desculpe, mas com esses pensamentos é”. Eu passava dias e horas a pesquisar na biblioteca, nos computadores. (...) Ajudou-me a perceber-me melhor, mas assustou-me. (...) Ajudou-me a perceber o que ele me dizia e a ensinar-lhe aquilo que ele não sabia.

Deram-me uma quantidade de estrogénios que não era a melhor para o meu organismo. Era por desconhecimento. Medicavam-me como se estivessem a medicar um trans*.

5.4.2 Experiências relativas ao acompanhamento médico

Contrariamente às crianças diagnosticadas logo após o nascimento, compulsoriamente inseridas em protocolos de acompanhamento e submetidas a cirurgias aos genitais na primeira infância (Cabral e Benzur, 2005; Chase, 2005; Leivas et al., 2023; Lemos, 2022; Spínola-Castro, 2005), pessoas intersexo que nascem sem genitália atípica encontram dificuldades e obstáculos para aceder a cuidados médicos no sistema público de saúde. Um estudo desenvolvido pela API, em 2018, com 60 participantes intersexo, concluiu que 86 % não era acompanhada clinicamente pelo Serviço Nacional de Saúde (Saleiro et al., 2022, p. 14).

O relato de Ariel referente às percepções de discriminação sentidas no acompanhamento médico prestado pela Unidade Local de Saúde é consonante com os estudos que apontam que as pessoas intersexo vivenciam maior número de experiências médicas negativas que a restante população LGBTQIA+ (Lemos, 2022), bem como o defendido por Mauro Cabral, que caracteriza os protocolos médicos como misóginos, homofóbicos e heterossexistas (Pino, 2007, p. 157).

A experiência narrada evidencia a negação de respeito pela identidade, de tratamento médico adequado, a ausência de compreensão e empatia, que resultou na percepção de discriminação. Sublinhe-se a recusa médica em encaminhar Ariel para uma unidade masculina ou feminina, negando-lhe, não somente o direito a ser atendida segundo o género autodeterminado, mas também o género atribuído ao nascimento, a retirando-lhe toda a preposição de humanidade.

Sofri muita discriminação no hospital, da parte do médico. “Não vou metê-lo ou metê-la numa unidade de internamento nem de homens, nem de mulheres, fica aqui

em baixo, no SO. E se quiser vá meter-me um processo, faça aquilo que você quiser.”

Algumas unidades de saúde prestam acompanhamento nas áreas de sexologia, endocrinologia e cirurgia não genital, sem serem especializadas no atendimento de pessoas trans* e intersexo, o que se relaciona com o maior número de experiências negativas no que se refere ao acompanhamento médico, nomeadamente de comunicação inapropriada (Lee et al., 2016, p. 169; Zeeman e Aranda, 2020 apud Lemos, 2022, p. 49) que pessoas intersexo referem sentir.

No referente à incapacidade de atendimento médico, num período razoável, para realização de procedimentos hormonais e cirúrgicos de redesignação de género, Ariel ancora a insuficiência de respostas médicas devido à desvalorização destas pessoas e das suas necessidades, não obstante a legislação existente, falha em assegurar os propósitos para que os quais foi criada e que, ademais, não tem a capacidade de mudar, por si só, as mentalidades (Beleza, 2006; Vidarte, 2019).

As experiências verbalizadas reforçam que “a maioria dos/as profissionais de saúde em Portugal não está preparado/a para lidar com questões intersexo” (Lemos, 2022, pp. 35-36).

Falta um bocadinho mais de consideração pela comunidade, por estas pessoas, porque elas não têm sofrimento de um ano, de dois ou de três, têm de uma vida inteira. E já basta muitas famílias porem-nos à porta de casa com as coisas (...) não termos trabalho assim tão acessível, toda a recriminação que sofremos, senão o Serviço Nacional de Saúde ainda fechar as portas ou diminuir os recursos. Sabe porque é que eu acho que é? Falta de compaixão e de entendimento do que é uma pessoa trans* ou intersexo. Porque realmente quando estas pessoas forem valorizadas e levadas a sério, passamos de legislação a atuação. Não é uma Lei que está feita num Decreto-Lei que vai fazer as coisas melhorar.

Denota-se na narrativa duas posturas distintas adotadas pela comunidade médica. Se a experiência vivenciada com alguns profissionais se pautou pela discriminação, relativamente aos clínicos que acompanham habitualmente processos de transição, destacam-se pelo apoio prestado, o reencaminhamento para outros clínicos, a título gratuito, bem como as palavras de incentivo e futuridade.

Tenho procurado mil e uma ajudas, nem sempre aparece, mas muitas vezes aparece. Aparece de pessoas mais velhas, dos médicos que têm mais sensibilidade e humanidade, sabe? Mais respeito pelo doente, pelo sofrimento do próximo. Tem a ver com a experiência e o humanismo com que a pessoa desempenha a sua função. Porque cheguei a ir a médicos que não me levaram dinheiro, que me fizeram encaminhamento para outros médicos, e não me cobraram absolutamente nada. Simplesmente disseram “Pagas-me um cafezinho quando estiveres a celebrar o teu pós-operatório”, e isso para mim era muito... sem palavras. Era gratificante, mesmo, porque sabia que me estavam a ajudar.

5.4.3 Experiências associadas à cirurgia de redesignação sexual

Em Portugal, as cirurgias de redesignação sexual realizaram-se no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, entre 2006 e 2011, ao abrigo do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A URGUSii – Unidade Reconstructiva Génito-Urinária e Sexual do Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra assumiu a sua realização a partir de 2011, sendo que até 2016 constituiu a única instituição a operar através do Sistema Nacional de Saúde. Constituída por uma equipa de especialistas em Sexologia (psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e especialista em cirurgia plástica e reconstructiva), presta cuidados nas áreas de saúde mental, tratamentos hormonais e intervenções cirúrgicas. O Hospital de São João realizou a primeira cirurgia de redesignação sexual em 2016, tendo efetuado somente três cirurgias antes de descontinuar a prestação (Centro Hospitalar de São João, 2023).

O Hospital Geral de Santo António, no Porto, conta desde 2021 com as mesmas especialidades da URGUSii (rede ex-aequo, 2020, p. 15). A nível privado, somente o Hospital de Jesus, em Lisboa, realizava cirurgias genitais (desde 2006), mas o cirurgião responsável reformou-se sem ter sido substituído (Ferreira, sd).

Ainda que o artigo 11.º da Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, defina que o Estado deve garantir o acesso a intervenções médicas e cirúrgicas, através do Serviço Nacional de Saúde, solicitadas pelas próprias pessoas, estas têm prazos de espera longos (Saleiro et al., 2022, p. 129), entre os 18 meses e os dois anos (Faria, 2023), fruto da existência de poucas unidades especializadas na prestação de cuidados de saúde a pessoas trans* e intersexo.

Decidi eu que queria [a cirurgia de resignificação sexual] teria uns 7-8, porque foi na altura em que apareceu o *google* e as pesquisas na biblioteca e no espaço *net*. Procurava “Como transformar o corpo”. Dizia logo “cirurgicamente”, e eu dizia “Quero fazer esta cirurgia.” (...). Solicitei a cirurgia logo após mudar a identidade, com 22 anos.

(...) Não queria levar uma anestesia, criar tanta expectativa por ser operada, e primeiro viver insatisfeita porque tenho um pénis ambíguo, mas é um pénis, e quero mudá-lo para uma vagina, e depois tenho uma vagina, mas não tenho uma vagina funcional. Então sou a pessoa mais miserável à face da terra, nunca estou satisfeita com nada.

As técnicas realizadas variam consoante a unidade médica e o cirurgião responsável pela intervenção, pelo que se podem adequar ou não às especificidades da pessoa e das suas expectativas, práticas sexuais e projetos de parentalidade.

Sublinhe-se que estudos desenvolvidos com pessoas transgénero e com diversidade de género demonstraram que percentagem significativa de pessoas trans* assumem como parte importante dos projetos futuros tornarem-se pais ou mães, ainda que a legislação em vigor se revele insuficiente para garantir a igualdade de oportunidades no acesso à parentalidade (Marinho, 2019, p. 9). O artigo 6 da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, conhecida como Lei da Procriação Medicamente Assistida, explicita que “podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual”, sem definir o caso das pessoas trans ou intersexo.

Adoção, coparentalidade, uso de dadores de gâmetas constituem as opções (Pinho, Rodrigues & Conceição, 2020, p. 198), pois em Portugal a gestação de substituição não se encontra legalizada. Pessoas trans* ou intersexo que pretendam utilizar os próprios gametas, se não possuírem útero que viabilize a gravidez, não conseguirão realizar os projetos de parentalidade.

Nas consultas em XXXXX deram-me notícia que só me poderiam operar com uma técnica que não ia conservar a minha fertilidade. (...) Acabei por negar esse acompanhamento e andei a deambular este tempo todo até agora [silêncio]. Recusei uma operação na XXXXX, a pensar na qualidade de vida que não ia ter, porque ia continuar a viver frustrada.

A inversão peniana não pode ser adequada ao meu caso, porque não tenho pele suficiente, e eu quero tentar ligar o útero à vagina. A técnica mais adequada é com

o jejuno, que só está a ser feita por um médico que já se reformou e não está a aceitar novos doentes.

A minha ambição depois da operação é fechar este capítulo e recorrer a um banco de óvulos para ser mãe, por fertilização *in vitro*. Porque já que tenho útero, é-me possível conceber.

À semelhança de algumas pessoas trans* que assumem como parte importante dos projetos futuros tornarem-se pais ou mães (Marinho, 2019; Pinho, Rodrigues & Nogueira, 2020), Ariel nasceu com útero e não pretende prescindir voluntariamente da hipótese de gerar um filho, mesmo que tal implique dilatar o tempo de espera para realização da cirurgia de redesignação sexual, por si só já extenso.

5.4.4 (Des)acompanhamento psicológico

Os médicos consideram as pessoas intersexo, por natureza “com algum tipo de perturbação mental”, carecendo de apoio psicológico (Lemos, 2022, pp. 46-47). Conquanto, vários estudos corroboram que as pessoas LGBTQIA+ sofrem com frequência de stress devido ao preconceito e discriminação sentidos, e dentro da comunidade LGBTQIA+, as pessoas com incongruências/diversidade de género são quem mais sofre discriminação (FRA, 2020 apud Saleiro et al., 2022, p. 14), sintomas depressivos ou ansiosos e perturbações do humor (ibidem; Dejun Su et al., 2016, apud Pires e Bracons, 2021, p. 3).

A bibliografia da área relata igualmente falta de conhecimento e de sensibilização (Lemos, 2022) resultante da diminuta prevalência das variações intersexo, que a narrativa analisada ratifica.

O apoio psicológico não foi suficiente. (...) Aqueles que não têm mais conhecimento na área banalizam um bocadinho e não acompanham o assunto com tanta naturalidade. Só houve um (..) o único com quem me entendi, porque sentou-se comigo e nunca me julgou. Conseguia ter uma abertura mais transparente com ele, sem receio de estar a ser incompreendida ou julgada. (...) Deixei de ser acompanhada na altura do processo de mudança de nome.

A Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, no que se refere ao acompanhamento médico das pessoas intersexo, como frisam Saleiro et al. (2022, p. 57), não foi acompanhada de um

protocolo, de normas ou orientações que regulem a criação de equipas multidisciplinares capacitadas para a prestação de apoio e aconselhamento às pessoas intersexo e às famílias, remetendo para o futuro a elaboração, por parte da Direção-Geral da Saúde.

No dia 17 de maio de 2023 foi publicado, em Diário da República, o despacho que criou o Grupo de Acompanhamento da Implementação da Estratégia de Saúde para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (LGBTI)²¹, constituído por 17 representantes de entidades estatais, de centros hospitalares e de associações de defesa dos direitos de pessoas LGBTQIA+ (Governo de Portugal, 2023).

5.5 Situação laboral e capacidade aquisitiva

5.5.1 Experiências no ambiente de trabalho

Os elevados níveis de abandono escolar das pessoas intersexo (Bastien-Charlebois, 2017), decorrentes da violência experienciada nesses contextos, traduzem-se em maior propensão a experimentar pobreza.

No referente ao direito à igualdade no acesso a emprego e no trabalho, a Lei n.º 28/2015, de 14 de abril contempla, no artigo 24.º, igualdade de oportunidades e de tratamento, qualquer que seja o sexo, orientação sexual ou identidade de género. Contudo, conforme Paco Vidarte (2019, p. 37) sublinha, “não importa quanta cobertura legal exista, a realidade ainda é outra”. O Relatório Anual de 2019 do Observatório de Discriminação da ILGA-Portugal (2020) indica que 37% das pessoas intersexo se sentiu discriminada na procura de trabalho ou no local de trabalho (Saleiro et al., 2022, p. 32) e um estudo desenvolvido pela API, em 2018, concluiu que a maioria das pessoas intersexo se debatia com dificuldades económicas (Saleiro et al., 2022, p. 14).

A narrativa de Ariel não alude a qualquer perceção ou experiência de discriminação no concernente ao acesso ao trabalho ou ao ambiente laboral. O facto de haver um desconhecimento da sua condição intersexo em alguns dos locais poderá ter contribuído para que as suas experiências não se pautem pela discriminação laboral. A imagem de Ariel

²¹ Informação acessível em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=governo-cria-grupo-de-trabalho-para-reforçar-estrategia-de-saude-para-pessoas-lgbti>

aproxima-se de uma mulher cisgénero, o que poderá constituir um fator coadjuvante no apoio que referiu sentir. À data de realização das conversas, Ariel encontrava-se desempregada, contudo a situação laboral foi justificada pela dificuldade na interação social, que refere igualmente em outros temas.

Eu no trabalho nunca tive essa barreira (...) quem não sabe não fica sabendo, e também não tenho de estar a explicar. Já tenho tido vários trabalhos, tudo correu bem, mas senti-me sempre respeitada, nunca faltas de respeito a esse ponto. Tudo tranquilo. (...) Fui respeitada, mas também porque me dei ao respeito. (...) Trabalhei em alguns restaurantes aqui em XXXX, sabiam da minha condição e tudo, ajudaram-me, foi tudo cinco estrelas. (...) E não se nota, porque não é muito evidente; também já tive o cabelo comprido, não sou muito masculinizada... Foi mais pelo desgaste emocional, porque ia atender as pessoas e tremia toda. Simplesmente o que disseram foi “A Ariel é extremamente educada e humilde, só que a rapariga neste momento está ansiosa e não consegue desembaraçar o trabalho como deve ser”.

5.5.2 Capacidade económica

Ainda que não trabalhe regularmente, a questão económica não surgiu espontaneamente na narrativa, tendo-se abordado para tentar entender se e como as experiências narradas, relacionadas com a saída do agregado familiar e as dificuldades em aceder a cuidados médicos e psicológicos especializados se relacionam com situações de desfavorecimento financeiro.

A exceção à menorização da capacidade aquisitiva relaciona-se com a possibilidade de aceder a cuidados médicos, procedimentos cirúrgicos de redesignação e afirmação de género. A referência à possibilidade de gerar um filho é sublinhada neste contexto, somente devido à ausência de legislação nacional que permita a gestação de substituição.

Nunca tive grandes rendimentos, mas também nunca me faltou nada. (...) [Em relação aos procedimentos médicos] ajudava bastante. Ainda estou a pensar fazer um pé-de-meia para fazer fertilização com dupla doação, óvulos doados com espermatozoides doados (...) Se houver possibilidade de fazer em mim, se não houver recorrer a maternidade de substituição, mas sei que no meu país estou barrada. Se tivesse 100 mil euros já tinha ido aos Estados Unidos (...) e já tinha aí uma criança, certamente.

5.6 Experiências de socialização

5.6.1 Experiências relacionadas com a revelação da intersexualidade

Ariel tende a compartilhar com as pessoas com quem interage o facto de ser intersexo. Lee et al. (2016, p. 167) reconhecem que as pessoas intersexo diariamente tomam decisões sobre a gestão das diferenças na esfera social, mas inexistem estudos que incidam em como a revelação da intersexualidade se relaciona com o seu bem-estar.

A experiência partilhada parece ir ao encontro da teoria de que as minorias comumente são “suportadas” se circularem em guetos e espaços restritos (Louro, 2018), afastados dos espaços públicos – a imposição da invisibilidade constitui um dos aspetos centrais do preconceito. De igual modo destaque-se a “ignorância propositada”, uma forma de afastamento e de afirmação relativamente ao que é percecionado como diferente (ibidem).

Noto bastante. E depois veem-me cá dizer “Isso és tu que já tens o preconceito vincado em ti”. Mesmo em questões públicas. Vê-se sempre que a pessoa fica “A sério, aquela tem os dois?, aquela isto, aquela aquilo, espera aí, eh pá, não me passava pela cabeça”... é logo. Falam, dizem “Bom dia”, “Boa tarde”, mas já não é a mesma coisa.

(...) Noto que estamos mais abertos para falar e expressar certos assuntos, debater, não para aceitar e acompanhar. Vê-se muita coisa bonita, fala-se muita coisa bonita, mas, posta na prática, muito pouca.

O preconceito relaciona-se com o facto de a identidade de género ser entendida como uma escolha e Ariel tivesse optado por renunciar à identidade masculina (Foucault, 1994a, p. 26), assumindo um género feminino numa sociedade rural, com notórias hierarquias e desigualdades de poder, valor, responsabilidade (Saraceno, 1997, p. 21) direitos e deveres, privilégios e desvantagens (Louro, 2018).

A dissidência de género de Ariel surge equiparada a um “arsenal nuclear apontado à família” (Butler, 2021, p. 30), em falas que veiculam a norma, central na legitimação do exercício do poder (Canguilhem apud Foucault, 2018, p. 43) e na produção da ideia de ameaça social, usada para ‘justificar’ a exclusão e discriminação (Spade, 2015, p. 5), em nome da segurança e proteção das crianças, da família e da nação (Fausto-Sterling, 2000, p. 72).

De um lado posiciona-se o 'normal', o "nós", e em relação de completa alteridade, o "eles", os outros, os diferentes, resultando num distanciamento alimentado pelo medo do contacto com a diferença e receio do "contágio", de ser associado/a a essa diferença (Bento, 2011, p. 557; Pereira Vieira, 2017, pp. 331-332). Essa posição de alteridade e hierarquia encontra-se patente neste segmento da história de vida, na qual a expressão "pessoas assim" exterioriza inequivocamente uma premissa de desigualdade e inferioridade.

Sobressai o sofrimento experienciado nestes momentos de desrespeito pela autodeterminação de género, pelo nome social, pela autonomia e liberdade individual, e as repercussões notórias na autoestima, autoconceito e bem-estar.

"Se vestires isto e isto, não saís comigo à rua"; "Pessoas assim não lidam com os meus filhos"; "Eu conheci-te com um nome, nunca na vida te vou chamar por esse nome que tu escolheste e queres que te chamem". E coisas assim.

E o meu problema é que levo as coisas demasiado intensamente; valorizo muito as coisas, acabo por dar valor a coisas insignificantes, e isso marca-me na cabeça, na memória. (...) Foram coisas que deixaram marcas. Ainda deixam, um bocadinho.

Neste episódio experienciado por Ariel, as interlocutoras ancoram a identidade feminina ou masculina a um conjunto de atributos corporificados, como se partes do corpo traduzissem o género (Butler, 2006, p. 101). Nesta esteira, uma pessoa com caracteres sexuais secundários femininos e um pénis não encaixa em nenhuma das duas categorias sociais comumente aceites, homem ou mulher (Bento, 2011, p. 558).

Citando Foucault, "os juizes da normalidade estão presentes em toda a parte" (2021 [1975], p. 354), quer se sintam legitimados pelo conhecimento científico, caso dos médicos, quer desconheçam a diversidade sexual de desenvolvimento que os seres humanos podem apresentar.

(...) Há pessoas que dizem "Tu nunca vais ser uma mulher igual às outras". E eu digo assim "E uma mulher que tirou o peito, e uma mulher que rapa o cabelo porque teve cancro, é menos mulher por causa disso?"; "Não queiras comparar, já nasceu mulher, teve foi que fazer uma coisa".

A aversão e repulsa pelas pessoas que não se conformam com as expectativas sociais de género leva a que as pessoas trans* constituam a população mais desprotegida e estigmatizada (Costa et al., 2010, p. 93). Um inquérito da FRA – Agência para os Direitos

Fundamentais da União Europeia (2020), concluiu que pessoas intersexo sofrem maior discriminação dentro da comunidade LGBTI+, com 62% a assumirem terem sido alvo de discriminação, em pelo menos uma área das suas vidas, no ano transato.

Denota-se, à semelhança dos relatos das experiências em contexto familiar, também no que tange aos relacionamentos sociais uma internalização do discurso hegemónico normativo, verificando-se, após a narrativa de episódios negativos, uma desculpabilização do comportamento e do discurso agressivo, das manifestações de discriminação e exclusão.

É muito difícil. Há falta de compreensão. (...) Eu acabo também por compreender o preconceito um bocadinho, porque tudo o que é desconhecido, tudo o que assusta, tudo o que mete sexualidade, é considerado tabu. Eu também tenho medo do desconhecido, e acabo por perceber essas pessoas que são ignorantes a esse ponto, e acabo por dar um bocadinho de cobertura.

5.6.2 Experiências de relacionamento social

A experiência abaixo narrada pode relacionar-se com múltiplos fatores. Importa desde logo considerar que a discriminação afeta mais as feminilidades trans*, traduzindo-se num deficitário acesso ao usufruto do espaço público (Saleiro e Sales Oliveira, 2018, p. 16). Acresce que as pessoas intersexo apresentam o dobro da probabilidade do que qualquer outro grupo LGBTQIA+ de serem atacadas, física ou sexualmente (FRA, 2020, apud Saleiro et al., 2022, p. 14), o que poderá impactar na sensação de falta de segurança e vulnerabilidade.

Considere-se igualmente que pessoas que experienciam adversidades precocemente tendem a desenvolver deficits na regulação emocional, depressão e ansiedade (Ferreira, 2020, p. 52) que resulta em auto-ostracização, cumulativa com o “exílio em si” e fraca integração social prevalente nas pessoas não cisgénero (Bento, 2011, p. 553).

Custa muito, porque é um processo muito solitário, em que estamos muito sozinhas, constantemente, e sentimos aquele vazio crónico muito grande, tanto que até hoje a minha maior fobia é estar sozinha. (...) Comecei a ter fobia social, porque vou na rua e espontaneamente começo a olhar para as pessoas, para ver se estão a rir de mim por algum motivo. (...) Estou no meio da multidão e começo a tremer toda, por causa da ansiedade. E claro que as pessoas começam a olhar “O que é que se passa com esta rapariga que ela treme toda? Alguém está a querer comê-la, atá-la ou raptá-la?” [silêncio].

Ao longo de toda a narrativa biográfica, Ariel exterioriza recorrentemente a experiência de solidão. Quando questionada diretamente sobre o que de mais difícil experiência e que necessidades identifica, as respostas sobrepõem-se: companhia, acolhimento e empatia, a despeito de uma visão hegemónica preconcebida e estereotipada que centraliza as necessidades em alterações legais e cuidados médicos (Butler, 2016, p. 22).

A dificuldade em estabelecer relações sociais de amizade é justificada com a falta de empatia demonstrada, e não somente com a incapacidade pessoal em estabelecer vínculos. Parte importante da vivência diária e dos assuntos que introduz nas conversas relacionam-se com experiências, vivências, desafios ou desejos decorrentes de ser uma pessoa intersexo que transitou socialmente de género e que aguarda as intervenções médicas de redesignação genital.

No discurso de Ariel é relevante a associação do isolamento social à responsabilização pelo próprio sofrimento (Bento, 2011, p. 551). Considere-se que, entre as dificuldades destacadas pelas pessoas intersexo, encontram-se o isolamento social, a ausência de relacionamentos e barreiras à comunicação com outras pessoas significativas (Lee et al., 2016, p. 167), resultando numa sensação de desamparo radical (Butler, 2021, p. 83).

Não sei como fazer amizades, como me englobar num grupo, não sei mesmo. [choro]. Tornou-se uma especificidade minha ser antissocial. Quando estou mais vulnerável e peço ajuda, há pessoas que já não têm paciência para o meu drama... Não sei de onde vem [esta sensação], mas culpo-me muitas das vezes, porque se calhar se eu fosse uma mulher cis, era bastante mais fácil. (...) Temo terminar em suicídio, ou de uma forma mais dramática. E eu sou tão nova, não quero ter esse desfecho, não quero ser mais uma para a estatística.

5.6.3 Perceções de hipersexualização do corpo intersexo

Normas sexuais e de género enraizados na sociedade levam a que as pessoas LGBTQIA+ sintam medo de serem estigmatizadas (Pereira Vieira, 2020). Das dificuldades mais relatadas pelas pessoas intersexo constam imagem corporal negativa, ausência de relacionamentos, preocupação com relações heterossexuais e dificuldades no funcionamento sexual (Lee et al., 2016, p. 167).

Contudo, a experiência de vida de Ariel não alude a qualquer tipo de vergonha ou preocupação com a interação sexual, mas ao sentimento de utilitarismo.

A parte em que me sinto muito fragilizada, muitas das vezes, é no campo amoroso, porque temos muitos homens que são hipócritas, porque muitos deles querem estar connosco, dizem que querem uma relação, mas só nos querem para fetiche. Sinto-me muito vulnerável nisso, e recriminada mesmo, embora tenha namorado, heterossexual, ele sabe da minha condição a 100%, mas já tive situações que foram muito complicadas, em que me apaixonei e fui usada.

Como destacam Michel Foucault (1994 [1976]) e Judith Butler (2023 [1993]) a lei reguladora, criada pela medicina e pelo direito, definiu as práticas sexuais, classificando-as em normais e patológicas, permitidas ou limitadas e proibidas, ancoradas à reprodução ou esterilidade. Ao classificar as mesmas, realçou discursivamente um conjunto de práticas puníveis, escrutinadas pela lei, erotizando-as.

Pessoas trans* e intersexo, comumente lidas como aberrações devido à anatomia não normativa, são paralelamente reificadas em objetos de fascinação (Butler, 2016, p. 34; Moira, 2016), curiosidade e fetiche (Beto, 2020; Carvalho, 2022).

Olham para nós mulheres como um objeto de satisfação e utilização. (...) Já recebi propostas através do Facebook de homens curiosos, que queriam estar comigo e a troco de pagamento.

[Acontece] pela curiosidade que têm de estar com uma mulher assim, mas têm muito medo de ser descobertos, tanto que a conversa deles é logo “Discrição, sigilo total”. Tenho a experiência de ter pessoas interessadas, mas sem quererem alguma coisa séria. (...)

[Sinto-me] uma cobaia injustiçada no amor, que vai tentar a sua sorte, mas é só momentâneo, uma coisa simbólica.

5.7 Experiências positivas no percurso de vida

5.7.1 Narrar-se a si mesma – falar contra o desconhecimento

Não obstante o tema ocupar paulatinamente mais espaço na agenda política e social, a falta de informação relativamente à diversidade e particularidades da população intersexo pode levar à discriminação, e, embora se identifiquem no discurso mediático perspectivas

mais informadas e com comportamentos de aceitação, o preconceito continua presente na sociedade (Gonçalves, 2019), bem como a desinformação nos media (Shoureshi et al., 2021).

Paradigmaticamente, quando se apresentam identidades dissidentes, amiúde constituem um ponto de referência para a afirmação da identidade normativa que se serve do contraste e da oposição para legitimar a hegemonia (Navarro-Swain 2002, p. 14 apud Borges, 2007, p. 10). A visibilidade promove o combate à ignorância e homofobia, mas pode, paralelamente, acirrar medos e provocar atitudes discriminatórias e conservadoras (Louro, 2001 apud Borges, 2007).

A exposição a que Ariel se abre, resulta da sua capacidade de agência (Butler, 2021) e reivindica o direito a falar em nome próprio, de forma a mitigar a ignorância e o preconceito, objetivo pretendido igualmente quando tenta dar a conhecer a quem a interpela o que é ser intersexo. A presença e a fala no espaço público contribui para visibilizar a intersexualidade (Bastien-Charlebois, 2017), sem que, todavia, seja perceptível na experiência narrada por Ariel a credibilidade que os ouvintes lhe atribuem, ou se essa visibilidade e exposição resulta benéfica.

Queria falar com outras pessoas, para troca de experiências e partilhas. A exposição é necessária. Ainda bem que há gente que tem coragem de dar a cara.
(...) Ainda há muita ignorância. Estar com essa pessoa num sítio, e “Você é transexual?”, “Não, sou intersexo”, “Ah, pois, ou isso”, como quem diz, é a mesma coisa. (...) “Sou intersexo, os antigos hermafroditas, mas não se diz hermafrodita porque não faz sentido e é um bocado ofensivo”. Explico, dou-me ao trabalho de explicar.

Se em algumas falas Ariel revela a vontade de expor o tema, o que conhece sobre a intersexualidade, fruto das suas pesquisas, e a sua história de vida em concreto, manifesta igualmente cansaço atribuído à tentativa constante de explicar a quem não pretende aprender, e o desejo de poder não falar e relembrar o tema constantemente, descrito na literatura como resultante da injustiça testemunhal e do *burnout* ativista (Bastien-Charlebois, 2017).

(...) É massacrante estar sempre a falar no mesmo (...) eu quero esquecer quando fechar este capítulo da minha vida.

5.7.2 Experiências de valorização e empoderamento

A literatura recente refere que a intersexualidade surge cada vez mais frequentemente nos media e em discussões nas redes sociais (Paulino, 2020, p. 13), pois as pessoas intersexo procuram trazer a temática para a “arena pública”, de modo a desinvisibilizar as suas vivências, produzindo discursos críticos ao estabelecido pelo discurso biomédico e às suas abordagens de “tratamento” da intersexualidade (idem, p.14). A informação veiculada através dos media tem maior potencial para impactar positivamente e originar alterações, inclusive na comunidade médica (Dreger, 2023, p. 111).

O discurso em debates públicos online reflete correntemente crenças essencialistas (Sweeting et al., 2017, p. 384), mas pode considerar-se crescente o contexto de abertura social para abordar identidades sexuais, tal como o conhecimento médico e científico referente a etiologia e classificação da intersexualidade, o que potencia o aumento da informação disponível e da “conectividade” entre pessoas intersexo (idem, p. 392).

Conquanto, refere Ariel, o único trabalho televisivo²² a que assistiu dedicou-se a apresentar as experiências de duas mulheres com a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou Síndrome de Rokitansky. A síndrome não origina dificuldades médicas de atribuição de género, pelo que estas pessoas, criadas como mulheres, não experienciam habitualmente uma transição social, jurídica ou médica, e algumas não se consideram intersexo²³.

Nunca conheci uma pessoa intersexo, a única história que eu vi foi a da XXXXX que deu na televisão. Dizia lá especificamente “a XXXXX nasceu sem vagina”. (...) o que eu mais ouvi falar foi de Rokitansky, esse tem mais visibilidade desde há um tempo para cá. Agora, esta questão de insensibilidade aos androgénios, digenesias gonadais e isso tudo, não conheço ninguém. Embora gostasse muito de conhecer, de estar pessoalmente, cara a cara, com uma pessoa intersexo.

A visibilidade de ativistas intersexo ou trans* e o contacto com histórias de vida positivas contribuiu para demonstrar que não se está sozinho, e que “existe uma vida

²² Disponível em <https://tvi.iol.pt/doisas10/utero/maternidade/joana-freire-nasceu-sem-vagina>

²³ No âmbito deste estudo endereçaram-se convites à participação a duas pessoas com Rokitansky, a primeira não respondeu, a segunda recusou o convite nos seguintes termos: “Não concordo que MRKH seja uma doença intersexo, pelo que não penso que possa participar neste estudo”.

possível” (Cabral e Benzur, 2005, p. 295). A expectativa que o contacto direto com outras pessoas intersexo poderia ter na construção de uma sensação de ‘normalidade` e de aceitação pessoal encontra-se ilustrada neste trecho da narrativa.

Porém, a inexistência em Portugal de grupos de pares e de apoio a famílias impede o conhecimento de outros casos, a convivência próxima, a troca de experiências e o apoio mútuo (Lee et al., 2016, p. 160). Quando se cresce sem conhecer outras pessoas intersexo, como Ariel, sem modelos positivos, mesmo o conhecimento mediado pelos meios de comunicação ou pelas redes sociais se mostra benéfico e relevante.

[Falar com outra pessoa] Podia ajudar-me muito a normalizar-me. A sentir que não sou a única, a lidar melhor com a minha situação (...), fazer as pazes comigo, com o meu corpo, para poder viver em paz com a minha alma. Ver o caso da Joana na televisão deu-me força (...). E ela lida tão bem com o passado dela, é isso que me inveja. Gostaria mesmo de saber brincar com os meus antecedentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ariel teve conhecimento deste estudo através da sua divulgação online do mesmo. Após a realização da primeira entrevista, semiestruturada, não houve outras pessoas disponíveis para participar e os convites endereçados a duas pessoas intersexo não surtiram o efeito desejado.

A história de Ariel configurava-se demasiado rica para ser esquecida facilmente e preterida por um estudo documental no qual se analisassem o modo como eram retratadas as pessoas intersexo na comunicação social – histórias desenquadradas, fragmentadas, enviesadas, tratadas como únicas, delineadas para captar audiências e alimentar e reforçar as normas vigentes. As ferramentas do mestre nunca vão desmantelar a casa do mestre”, como sublinhou Audre Lorde (1980).

Realizou-se então uma redefinição da metodologia, selecionando como ferramenta para obtenção de dados a narrativa da história de vida, uma forma poderosa de tornar públicas as experiências silenciadas de pessoas e grupos oprimidos, conquanto Ariel não se constitua como uma mulher emudecida e silenciada, invisível e incapaz de tomar a palavra. Na verdade, parece ser exatamente o oposto, um ser a demonstrar toda a potência e fúria que a palavra pode comportar e traduzir.

Ariel é uma mulher intersexo, com um corpo não normativo, onde coexistem caracteres sexuais masculinos e femininos, a quem atribuíram um género não coincidente com a sua autodeterminação, que se percebeu do género feminino na primeira infância e que desde então utiliza a sua capacidade de agência para aceder ao reconhecimento social e legal, e para reclamar o acesso a procedimentos médicos que tornem o seu corpo mais congruente com a identidade de género.

A narrativa autobiográfica enfatiza a ausência de suporte familiar decorrente da sua autodeterminação de género, contrária ao género atribuído ao nascimento e no qual a família a socializou, e o sofrimento causado. A expressão de género, em casa, na creche, na escola e nos vários locais que frequentava, agindo de acordo com quem sentia ser, representou uma conduta antagónica às expectativas familiares. O carácter coercivo das normas, lesivas não apenas para a participante, mas para todo o seu núcleo familiar, resultaram na percepção do ambiente doméstico como um lugar opressivo.

O espaço privilegiado para a vivência de vínculos afetivos fortes, cuidado e proteção constituiu-se como local onde ocorreram as primeiras experiências de repressão, exclusão e violência, socialmente validadas pela comunidade local que recomendava “dá-lhe porradas”, “dá-lhe castigos”, “não cedas”. O abandono paterno e a saída precoce de casa, experiências centrais no seu percurso de vida, ilustram a dificuldade familiar em lidar com as ruturas das normas de género e com a dissidência, traduzidas em performances, comportamentos e falas discordantes à reprodução dos valores normativos que asseguram a manutenção da ordem de género.

Ao nível educativo, destacam-se a genderização de brincadeiras e comportamentos, a recusa do reconhecimento da identidade autodeterminada e a não utilização do nome social, evidenciadas pela justificativa apresentada: “És um rapaz, tens este nome (...) não podemos tratar-te como as outras meninas (...) tens de ir para o lado dos meninos, tens de jogar à bola, tens de ser isto, tens de ser aquilo”. A dimensão do meio e o baixo índice populacional coadjuvou à parca diversidade e abertura social, com reflexos na comunidade escolar. Sublinhe-se, neste contexto, a deficiente intervenção de docentes, pessoal administrativo e auxiliar, a coerção para o uso de casas de banho e balneários masculinos e a tentativa de protelar a tomada de medidas protetoras para uma idade mais tardia, bem patente na fala “por agora tem de ser assim, quando fores maior tens muito tempo para fazeres aquilo que quiseses”.

A incapacidade de obter resposta a necessidades básicas obrigou a comportamentos continuados de autocontrole e hipervigilância durante a frequência escolar, a que se somou a perceção de discriminação e de ausência “de respeito”. O ensino público garantiu a manutenção da ordem de género, ao invés de a proteger da violência e discriminação. Conquanto, o percurso escolar de Ariel pautou-se igualmente pela capacidade de agência na demanda de equidade face às outras raparigas, de forma a “ser tratada como elas, ter a dignidade que elas tinham” e no sentido de ver respeitada a sua autodeterminação. A exposição da vulnerabilidade, ao verbalizar que necessitava de um órgão genital feminino “para ser feliz”, decorreu paralelamente à resistência e revolta contra o sistema educativo que a constrangia a enquadrar-se em normas de género que impossibilitavam o seu reconhecimento e a sua sobrevivência, o que resultou em abandono escolar, impedindo a formação mínima legal.

No que concerne à vida laboral, esta é impactada inegavelmente pela formação escolar, que limita os postos de trabalho disponíveis. Todavia, a participante destaca a fobia social e a ansiedade como fatores preponderantes para o facto de não se encontrar ativa no mercado de trabalho, colocando de lado a hipótese de ser intersexo resultar em menor acessibilidade ao emprego em resultado de processos discriminatórios.

O inadequado acompanhamento médico no sistema público de saúde constituiu-se como uma das áreas que impactou negativamente na saúde e bem-estar, maioritariamente pelas discriminações sentidas, resultantes do desrespeito pela autoidentificação, recusa da suplementação hormonal de afirmação do género autodesignado e ausência de empatia. Vinque-se a decisão médica, subscrita pela família, de afirmar o sexo atribuído à nascença, a despeito da vontade de Ariel e da sua identificação com o sexo feminino, como se o direito à identidade constituísse um direito exclusivo das pessoas maiores de idade.

No respeitante ao conhecimento médico dos clínicos que a atenderam ao longo dos anos, a experiência narrada vinca a falta de preparação das unidades de saúde públicas e dos clínicos para atender e acompanhar processos de transição sexual de pessoas intersexo. Refere Ariel que, por desconhecimento, “medicavam-me como se estivessem a medicar um trans*”.

A parca disponibilização de serviços especializados, bem como de respostas médicas efetivas que permitam tornar o seu corpo mais congruente com a identidade de género, a morosidade nas consultas e o difícil acesso a intervenções hormonais e cirúrgicas, traduziram-se em comportamentos lesivos e sentimentos de inadequação.

A norma que estabelece a necessidade de coerência entre órgãos sexuais e género, para ser lida como válida e reconhecida socialmente como pessoa (Butler, 2006), leva Ariel a questionar a legitimidade de se considerar plenamente mulher, de se sentir “mulher a todos os níveis”, sendo que importa atender a que a internalização de padrões normativos turva as fronteiras entre subjetividades individuais e o desejo de normatividade e inclusão social. O corpo intersexo é paralelamente objeto de repúdio, abjeção, curiosidade e desejo. A corporalidade não normativa dificulta os relacionamentos sexuais e afetivos, resultando em experiências de fetichização e utilitarismo sexual.

A cirurgia genital adequada poderia possibilitar relações vaginais penetrativas e viabilizar o desejo de engravidar e maternar, com recurso a dupla doação de gametas, verbalizado diversas vezes ao longo das entrevistas. A demora na obtenção de procedimentos

hormonais e cirúrgicos de redesignação de género é, para Ariel, fruto da desvalorização das pessoas intersexo e das suas necessidades. A participante relatou que foram os médicos com mais experiência de acompanhamento de processos de transição de pessoas trans* e intersexo a demonstrar maior empatia e compaixão.

Não há estudos ou estatísticas que refiram a percentagem destes nascimentos em Portugal, ou quantas destas pessoas foram submetidas a cirurgias precoces de normalização. De igual forma, não é público o acesso aos números de pessoas que, sendo intersexo, solicitaram a redesignação sexual no Serviço Nacional de Saúde ou no Hospital de Jesus, privado. Contudo, o testemunho contido na autobiografia analisada permite levantar questões éticas relativamente à dificuldade de acesso às cirurgias de redesignação sexual, solicitadas pelas pessoas intersexo. Sendo as pessoas intersexo submetidos a cirurgias genito-urinárias na primeira infância e a cirurgias de ´normalização sexual` ao longo da vida, revela-se inegável que os recursos especializados existem e poderiam ser acionados com maior prontidão, se, como aponta Fausto-Sterling, o conhecimento alocado à normalização dos corpos fosse transferido, dando lugar a uma nova ética e prática médica (Fausto-Sterling, 1993, p. 24).

O Estado, através do Sistema Nacional de Saúde, mais do que servir, parece reprimir paulatinamente a autodeterminação de género e a autonomia corporal. Diferentes posições de poder resultam numa clara dominação e superioridade do saber médico, patente na confiança depositada na decisão do sexo a atribuir e das intervenções a realizar, que não apresenta paralelo na credibilidade atribuída à pessoa que solicita as intervenções, renunciando à tutela médica em prol da autodeterminação (Bastien-Charlebois, 2017; Lemos, 2022; Lima, 2014).

Ressalve-se a capacidade de resistência perante um discurso médico subordinador, bem como toda a pesquisa realizada sobre a temática da intersexualidade, que resultou num claro empoderamento da participante e numa disputa epistemológica de não reconhecer autoridade e sapiência a alguém historicamente reconhecido como detentor de conhecimento, saber e poder. Num sistema que preconiza quem pode falar, quem tem direito à enunciação, sobre que temas, através de que termos e discursos, a irrupção de uma outra voz, de um outro alguém historicamente reprimido e emudecido, consubstancia uma reivindicação de um lugar de fala audível e de reconhecimento.

Ignorância e medo do desconhecido aparentam seguir em paralelo com crenças e definições rígidas do que significa ser mulher, ancoradas a uma suposta autenticidade e verdade da natureza e do corpo, ilustrada pela afirmação “Tu nunca vais ser uma mulher igual às outras”. Estratificações e hierarquias ancoradas no essencialismo biológico resultam numa distinta valoração social entre quem “já nasceu mulher” e mulheres intersexo que são classificadas como “pessoas assim”, resultando em distanciamento social e afetivo, ensombrado pelo medo de ‘contágio’.

Segundo a narrativa de Ariel, ao falar de intersexualidade e dissidência de género “estamos a falar de uma coisa que mexe com sexualidade, orientação e género, e isso assusta as pessoas”. Sublinha ainda que não são as diferenças físicas as responsáveis maioritárias pelo sofrimento sentido, mas a falta de apoio familiar, social e comunitário, de empatia e suporte emocional. Denota-se alguma responsabilização pela própria dor, por ser diferente, por ser uma pessoa intersexo que transitou socialmente de género, que surge associada ao isolamento social e à ausência de relacionamentos significativos, que resulta numa sensação de desamparo radical.

O percurso de vida, marcado por violências, exclusão e discriminação em várias áreas, reflete-se em experiências de limitado usufruto do espaço público e na dificuldade em construir relacionamentos sociais e redes de apoio. As experiências narradas permitem entender que a intersexofobia se alimenta da mesma lógica que outras formas de violência, inferiorização e manutenção do poder: desumanizar o outro, torná-lo inegavelmente diferente, negando-lhe a empatia e o envolvimento emocional. Apesar das dificuldades vivenciadas, Ariel não coloca a tónica na vitimização, dando conta de uma vontade férrea de sentir-se respeitada e valorizada enquanto pessoa e enquanto mulher.

A estigmatização histórica das pessoas intersexo, pela sociedade e pela classe médica, perpassou para o século XXI, traduzindo-se em silêncio, ocultamento e invisibilidade, o que dificulta o acesso a dados que permitam conhecer melhor os seus percursos, necessidades e aspirações. Ariel assumiu “não conheço ninguém. Embora gostasse muito de conhecer, de estar pessoalmente, cara a cara, com uma pessoa intersexo”. Silenciar e invisibilizar é também isolar, impedir o encontro de pares, de criar comunidades, e a recusa de Ariel em compactuar com esta tirania do silêncio assemelha-se a uma fúria irreprimível. Ao invés de esconder que é uma pessoa intersexo, Ariel não só o assume, como explica recorrentemente o que é ser uma pessoa intersexo. Não obstante as experiências de se sentir discriminada a

partir de então, exteriorizadas através de reações negativas, mostrando que a exposição social acarreta riscos e violências quotidianas, pretende que a sua visibilidade e a sua voz contribuam para mitigar o desconhecimento e o preconceito relativamente às pessoas com corpos não normativos.

Analisar esta história de vida possibilitou entender aprofundadamente as suas experiências nas áreas mais significativas, bem como os impactos de ter um corpo não normativo e uma identidade não cisgénero numa sociedade rural e conservadora, num contexto familiar e escolar heteronormativo, pautado pela adequação e submissão a normas sociais, pela preocupação com a integração e a salvaguarda do bom nome de indivíduos e instituições. Concorreu para entender a centralidade do papel socializador de instituições como a família e a escola, o modo como os serviços de saúde se constituem como instâncias de poder na definição dos protocolos a seguir e na normalização corporal das pessoas intersexo.

Não obstante os avanços médicos, políticos e sociais, as suas experiências atestam a persistência de discriminação, exclusão e violência, que impacta na sua vida ao nível pessoal, familiar, educacional, social, profissional e afetivo. A narração da história de vida realizada por Ariel abriu linhas de leitura para problematizar a abjeção às pessoas intersexo, e como essa repulsa se manifesta nas relações e práticas sociais, trazendo à discussão a reivindicação de direitos fundamentais, não somente de direitos iguais, posto que necessidades diferentes deverão resultar em medidas e garantias que salvaguardem o direito a existir de todas as pessoas. Sem condições restritivas, sem normalização corporal compulsiva, sem coerção para encaixar em padrões de masculinidade e feminilidade.

Voltando à linha de pensamento aberta por Foucault, se abjeção, silenciamento, ocultamento, invisibilização e normalização definem as práticas histórico-sociais nas sociedades ocidentais, “essas coisas foram feitas, elas podem, com a condição de que se saiba como foram feitas, ser desfeitas” (Foucault, 2000, p. 325-326).

Identificam-se vários limites a este trabalho, evidenciando-se a dificuldade em recrutar participantes, não obstante os esforços desenvolvidos nesse sentido. Contrariamente a algumas minorias que paulatinamente têm vindo a conquistar maior visibilidade na esfera pública, parece haver uma maior e persistente invisibilização das pessoas intersexo em Portugal, mesmo no interior das associações de direitos LGBTI+. Importaria seguir, no futuro, linhas de pesquisa que colaborem na compreensão dos fatores subjacentes a esta

invisibilidade, partindo de algumas questões: (a) que visibilidade é requerida? (b) que reconhecimento poderá daí resultar? (c) não existe uma agenda de reivindicação de direitos, decorrente da diminuta associação? (d) a capacidade de agência encontra-se condicionada substancialmente?

Relativamente ainda a investigações futuras, seria pertinente aceder a outras experiências de vida, designadamente de pessoas intersexo intervencionadas cirurgicamente na infância, bem como pessoas intersexo que não transitaram socialmente de género, para entender como diferentes contextos se traduzem nas experiências e história de vida. Sugere-se a realização de investigação conduzida por pessoas intersexo e estudos centrados nas narrativas das mesmas, enquanto produtoras de saberes válidos na produção científica, que reconheçam plenamente o seu conhecimento e autoridade narrativa.

As conclusões desta pesquisa constituem um conjunto de significados ilustrativos das relações e práticas sociais, localizadas e contextualizadas. Conquanto os resultados obtidos não sejam extrapoláveis e generalizáveis, posto que se referem a uma experiência única e concreta, haverá desdobramentos e pontos de contacto e convergência com as trajetórias de vida de outras pessoas intersexo, pelo que se espera que este trabalho possa concorrer para a problematização e reflexão sobre a temática.

A ausência de respostas públicas, asseguradas pelo Estado que, paradoxalmente legislou nesse sentido, levou Ariel a procurar apoio junto de diversas entidades. Os médicos a atuar no setor privado forneceram consultas, encaminhamento e apoio médico gratuito a Ariel, que de outra forma não conseguiria aceder, devido aos elevados custos. Em outubro de 2023, um cirurgião realizou gratuitamente a tão aguardada cirurgia de redesignação sexual, ligando a vagina ao útero com sucesso. Nas consultas de seguimento Ariel foi encaminhada para uma clínica de fertilidade.

Desafiador na forma como expõe as suas exigências, o discurso de Ariel exterioriza inequivocamente uma necessidade basilar, a de reconhecimento – reconhecimento que não será exequível sem políticas que resultem em estratégias e ações afirmativas estruturais educativas, sociais e políticas distintas das adotadas presentemente, que promovam o contacto com a diversidade e a aceitação de identidades de género e corporalidades não normativas, a promoção da agência de pessoas intersexo, e o respeito pela singularidade, autodeterminação e liberdade de todas as pessoas intersexo.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, S. (2006). *Orientations: Toward a Queer Phenomenology*. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies, volume 12, number 4. Duke University Press, pp. 543-574.
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Universidade Aberta.
- Amâncio, L. (2003). *O género no discurso das ciências sociais*. *Análise Social* 38 (168), pp. 687-714.
<https://www.jstor.org/stable/41011822>
- Audição Parlamentar n.º 30-SIND-XIII. (2018). Subcomissão para a Igualdade e Não Discriminação. Assembleia da República.
<https://canal.parlamento.pt/?cid=2492&title=audicao-de-santiago-de-almeida-ferreira>
- Audição Parlamentar n.º 29-SIND-XIII. (2018). Subcomissão para a Igualdade e Não Discriminação. Assembleia da República.
<https://canal.parlamento.pt/?cid=2489&title=audicao-de-teresa-pizarro-beleza>
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. Elsevier.
- Bastien-Charlebois, J. (2017). *Les sujets intersexes peuvent-ils (se) penser?*. *Socio*, 9.
<http://journals.openedition.org/socio/2945>
- Bastien-Charlebois, J. (2019). “On our own terms and in our own words”: The value of first person accounts of intersex experience. In #MyIntersexStory – Personal accounts by intersex people living in Europe. Organization Intersex International Europe – OII Europe, pp. 75-106.
<https://myintersexstory.oii europe.org/>
- Beleza, T. (2006). *Estudos de Género em debate: percursos, desafios...* CIEG.
- Bento, B. (2011). *Na escola se aprende que a diferença faz a diferença*. *Estudos Feministas*, 19 (2), 549-559.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000200016>
- Beto, T. (2020, maio, 20). *Fetice com pessoas Intersexo*. Youtube.
https://youtu.be/J9vmsgrZle4?si=Fr-N4E_ZYr9l4dTJ
- Borges, L. (2007). *Lesbianidade na TV: visibilidade e “apagamento” em telenovelas brasileiras*. In Grossi, M., Uziel, A., Mello, L. (Ed.). *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Garamond, pp. 363-384.
- Bourdieu, P. (1998). *A ilusão biográfica*. In Ferreira, M. & Amado, J. (Org.) *Usos e abusos da história oral*. Edições FVG.
https://www.academia.edu/11631009/BOURDIEU_P_A_ilus%C3%A3o_biogr%C3%A1fica
- Bourdieu, P. (2002). *A dominação masculina*. Bertrand Brasil.
- Brandão, A. (2007). *Entre a vida vivida e a vida pensada: história de vida como material primário de investigação sociológica*. *Configurações*, n.º 3, pp. 83-106.
- Braun, V., Clarke, V. (2021). *One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?* *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), pp. 328–352.
<https://www.studocu.com/en-gb/document/university-of-essex/researching-social-life-i/social-research-methods-chapter-20/21712744>
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós Studio 167.
- Butler, J. (2008). *Variações sobre sexo e género*. Beauvoir, Wittig e Foucault. In *Variações sobre sexo e género*. Cresso, A., Monteiro-Ferreira, A., Couto, A., Cruz, I., Joaquim, T. (Org.). (1.ª ed.). Livros Horizonte.
- Butler, J. (2015). *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Autêntica Editora.

- Butler, J. (2016). *Corpos que ainda importam*. In *Dissidências sexuais e de gênero*. Colling, L. (Org.). EDUFBA.
- Butler, J. (2017). *Problemas de Género. Feminismo e subversão da identidade*. (1.^a ed.). Orfeu Negro.
- Butler, J. (2021). *A força da não-violência*. (1.^a ed.). Edições 70.
- Butler, J. (2023). *Corpos que Contam. Os limites Discursivos do «Sexo»*. (1.^a ed.). Orfeu Negro.
- Cabral, M. & Benzur, G. (2005). *Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad*. *Cadernos pagu* (24), janeiro-junho, pp. 283-304.
- Campehouth, L. & Marquet, J., Quivy, R. (2019). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia de Investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. (2.^a ed.). Universidade Aberta.
- Carmo, H. (2013). *Sistemas de orientação na pesquisa: formulação de objetivos, hipóteses e modelo de análise*. In *Manual de metodologia das ciências sociais e políticas*, ISCSP/UTL.
- Carvalho, K. (2022, 27 outubro). *Jovem intersexo conta como desenvolveu sua autoestima*. Observatório G.
<https://observatoriog.bol.uol.com.br/noticias/comportamento/jovem-intersexo-conta-como-desenvolveu-sua-autoestima>
- Centro Hospitalar de São João (2023). *Primeira cirurgia de reatribuição sexual de feminino para masculino realizada no São João*.
https://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=302
- CES-UC (2021). *Violência contra crianças e jovens LGBTI+ e de gênero diverso. Relatório Nacional – Portugal*.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/96326/1/Violencia%20contra%20criancas%20e%20jovens%20LGBTI.pdf>
- Chase, C. (2005). *Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual*. In Bachiller, C., Dauder, S. & Martínez, C. (Coord.). *El eje del mal es heterosexual: Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Traficante de sueños, pp. 87-108.
- Colling, L. (2016). *Dissidências sexuais e de gênero*. Colling, L. (Org.). EDUFBA.
- Connell, R. (1995). *Políticas de masculinidade*. *Educação & Realidade* 20(2), jul/dez, pp. 185-206.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2013). *Masculinidade hegemónica: repensando o conceito*. *Estudos feministas*, Florianópolis, 21 (1), janeiro-abril, pp.241-282.
- Corrêa, M. (2004). *Não se nasce homem*.
http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/942_926_naosenasceho_mem.pdf
- Costa, C., Pereira, M., Oliveira, J. & Nogueira, C. (2010). *Imagens sociais das pessoas LGBT*. In Nogueira, C. & Oliveira, M. (Org.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero*. Coleção Estudos de Género (8), CIG, pp. 93-147.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64439/2/87377.pdf>
- Costa, Q., Bernardes, A. & Palmiere, J. (2019). *Direito ao corpo e à vida: a invisibilidade do intersexo no campo social*. *Revista Eletrônica Científica da UERGS*, 5(2), pp. 85-100.
<https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.85-100>

- Dias, D. (2014). *Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento*. Cadernos pagu (43), julho-dezembro, pp. 475-497.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-8333201400430475>
- Dias, I. (1994). *A Família no Discurso Político da Atualidade*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Portugal).
- Dias, I. (2015). *Sociologia da Família e do Gênero*. Factor
<https://hdl.handle.net/10216/104261>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Estratégia de saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo. Volume 1 – Promoção da saúde das pessoas trans e intersexo*.
- Dreger, A. (1998). "Ambiguous Sex" or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality. Astings Center Report. May-june, pp. 24-35.
- Dreger, A., Chase, C., Sousa, A., Gruppuso, P. & Frader, J. (2005). *Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific and Clinical Rationale*. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 18, pp. 729-733.
- Dreger, A. (2023). *Democracy without the Government: The Importance of Local News to Free Speech*. In Messina, J. (Ed.). *New directions in the ethics and politics of speech. Political Philosophy for the Real World*, Routledge, pp. 110-127.
- Eliade, M. (1999). *Mefistófeles e o Andrógino: Comportamentos religiosos e valores espirituais não-europeus*. Martins Fontes.
- Faria, N. (2023, julho, 21). *Espera por cirurgia de mudança de sexo aumenta. São José vai reforçar resposta do SNS*. Público.
<https://www.publico.pt/2023/07/21/sociedade/noticia/espera-cirurgia-mudanca-sexo-aumenta-sao-jose-vai-reforcar-resposta-sns-2057127>
- Fausto-Sterling, A. (1993). *The five sexes: Why male and female are not enough*. Sciences-New York, 33, 20-20.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*. (1.ª ed.). Basic Book.
- Fausto-Sterling, A. (2001/2). *Dualismos em duelo*. Cadernos Pagu, (17-18), 9- 79.
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>
- Fausto-Sterling, A. (2003). *Science matters, culture matters*. Perspectives in Biology and Medicine, 46, 1, pp.109-124.
- Fernandes, M. (2022). *Aceitação parental de filhos/as LGBT+: Um estudo sob a perspetiva da Grounded Theory*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal).
- Ferreira, M. (2013). *A ética da investigação em ciências sociais*. Revista Brasileira de Ciência Política, n.º 11, maio-agosto, pp. 169-191.
- Ferreira, S. (2015). *Intervenção de Santiago D'Almeida Ferreira*.
<https://apidentidade.blogspot.com/>
- Ferreira, F. (2021). *Aprender a ser mãe e pai de uma filha e ou filho LGBT: o ativismo social e político das famílias*. (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Portugal).
- Ferreira, D. (n/d). *Esforço infrutífero do Hospital de Jesus*.
<https://joaodecioferreira.com/pt/outros/noticias/81-esforco-infrutifero-do-hospital-de-jesus.html>
- Foucault, M. (1983). *Herculine Barbin: O Diário de um Hermafrodita*. F. Alves.
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Relógio d'Água.
- Foucault, M. (1994a). *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres*. Relógio d'Água.
- Foucault, M. (2018). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)* (5.ª ed.). Editora WMF Martins Fontes.

- Foucault, M. (2000). *Ditos e escritos: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Forense Universitária. V. 2, pp. 307-334.
- Foucault, M. (2021). *Arqueologia do Saber*. Edições 70.
- Goncalves, D. (2019). *Comentários às notícias sobre a Lei da Identidade de Género*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Portugal).
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/61243>
- Governo de Portugal (2023). *Governo cria grupo de trabalho para reforçar estratégia de saúde para pessoas LGBTI*.
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=governo-cria-grupo-de-trabalho-para-reforcar-estrategia-de-saude-para-pessoas-lgbti>
- Guerra, S. (2019). “*Transtornos do Instinto Sexual?*” *A Medicina Legal define a Homossexualidade, Lesbianidade, Transgeneridade e Intersexualidade*. (Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia. Brasil)
- Guillaumin, C. (1981). «*I know it’s not nice, but...*» *The changing face of «race»*. In *Le Genre humain* #1, «*La Science face au racisme*». Éditions Fayard.
<https://infokiosques.net/IMG/pdf/colette-guillaumin-race-English-pageparpage.pdf>
- Hall, S. (2016). *Identidade Cultural e Diáspora*. Educação & Realidade, 22(2).
- Holanda, A. (2006). *Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica*. Revista Análise Psicológica, 24 (3).
<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/176>
- IGLYO, OII Europe & EPA (nd). *Apoiar a sua criança intersexo*.
https://oiieurope.org/wp-content/uploads/2018/10/Parents_Toolkit_Intersex_PORT_ES_WEB.pdf
- ILGA Portugal (2018). *Estudo nacional sobre o ambiente escolar. Jovens LGBTI+ 2016-2017*.
https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/ILGA_ENAE_2016-2017.pdf
- ILGA-Europe, IGLYO. (2018). *Social Exclusion Of Young Lesbian, Gay, Bisexual And Transgender (LGBT) People In Europe*.
https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/social_exclusion_of_young_lesbian_gay_bisexual_and_transgender_people_lgbt_in_europe_april_2006.pdf
- INE (2023). Instituto Nacional de Estatística.
www.ine.pt
- Joaquim, T. (2008). *O género da memória: a questão da visibilidade*. In Castro, Z., Esteves, J. (Dir.). *Falar de Mulheres – História e Historiografia*. Livros Horizonte, pp. 99-112.
<http://hdl.handle.net/10400.2/1298>
- Kilomba, G. (2022). *Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano* (3.^a ed.). Orfeu Negro.
- Kreukels, B., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. & Cohen-Kettenis, P. (2018) dsd-LIFE group. *Gender Dysphoria and Gender Change in Disorders of Sex Development/Intersex conditions: Results from the dsd-LIFE Study*. J Sex Med. Mar 29. pii: S1743-6095(18)30143-7.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: Corpo e género dos gregos a Freud*. Relume Dumará
- Lavigne, L. (2009). *La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes*. In Cabral, M. (Ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidade en castellano*. Anarrés Editorial, pp. 51-70.

- Lee, P., Nordenström, A., Houk, C., Ahmed, S., Auchus, R., Baratz, A., Dalke, K., Liao, L., Lin-Su, K., Looijenga, L., Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H., Mouriquand, P., Quigley, C., Sandberg, D., Vilain, E., Witchel, S., & Global DSD Update Consortium (2016). *Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care*. *Hormone Research in Paediatrics*, 85 (3), pp.158–80.
<https://karger.com/hrp/article/85/3/158/166041/Global-Disorders-of-Sex-Development-Update-since>
- Lei n.º 38/2018 de 7 de agosto (2018). Autodeterminação da identidade de género e expressão de género. *Diário da República*: 1.ª série, n.º 151.
<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15100/0392203924.pdf>
- Lemos, S. (2022). *A (des)medicalização dos corpos intersexo: uma resposta (bio)psicossocial de profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Portugal).
- Lemos, S. & Rodrigues, L. (2023). *A (des)medicalização dos corpos intersexo: dos discursos e práticas médicas de profissionais de saúde às reivindicações de ativistas intersexo*. *Análise Social*, lviii (2.º), 2023 (n.º 247), pp. 224-246.
- Leivas, P., Schiavon, A.; Resadori, A., Almeida, A. & Machado, P. (2023). *Violações de direitos humanos nos procedimentos normalizadores em crianças intersexo*. *Cadernos de Saúde Pública*. 9 (1).
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1928/violacoes-de-direitos-humanos-nos-procedimentos-normalizadores-em-criancas-intersexo>
- Levounis, P. & Yarbrough, E. (2020). *Reducing health inequalities experienced by LGBTI people: What is your role as a health professional*. American Psychiatric Association.
- Lima, S. (2014). *Intersexo e (In)Visibilidade: Cidadania e Saúde na busca do Registro Geral de Identificação (RG)*. (Tese de doutoramento. Universidade Federal de São Paulo, Brasil).
- Lima, S., Machado, P., & Pereira, P. (2017). *(Des)encontros no hospital: itinerário terapêutico de uma experiência intersexo*. *Cadernos Pagu*, (49).
<https://www.scielo.br/j/cpa/a/QYpCjSWNtZTdJ75rmBDPPgd/?format=pdf&lang=pt>
- Lorde, A. (1980). *The Master's Tools Will Never Dismantle The Master's House*. In Moraga, C. & Anzaldúa, G. (Ed.) *This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color*. Watertown, Third Woman Press. Pp. 106-109.
- Lorde, A. (2019). *A transformação do silêncio em linguagem e em ação*.
<https://theintercept.com/2019/11/27/audre-lorde-ensaio-irma-outsider/>
- Louro, G. (1997). *Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista*. Editora Vozes.
- Louro, G. (2001). *Teoria Queer – Uma política pós-identitária para a educação*. *Estudos Feministas*, pp. 541-553.
<https://www.scielo.br/j/ref/a/64NPxWpgVkt9BXvLXvTvHMr/?lang=pt>
- Louro, G. (2008). *Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas*. *Pro-Posições*, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago, pp. 17-23.
- Louro, G. (2018). *Um corpo estranho: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Autêntica Editora.
- Machado, P. (2005). *O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural*. *Cadernos pagu* (24), janeiro-junho, pp. 249-281.
- Machado, P. (2008). *O Sexo dos Anjos. representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade* (Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil)

- Machado, P. (2014). *(Des)fazer corpo, (re)fazer teoria: um balanço da produção acadêmica nas ciências humanas e sociais sobre intersexualidade e sua articulação com a produção latino-americana*. Cadernos pagu (42), janeiro-junho, pp.141-158. <https://www.scielo.br/j/cpa/a/96bjsYM6PtYVD6yQDfPKJFS/abstract/?lang=pt>
- Maffía, D. & Cabral, M. (2003). *Los sexos ¿son o se hacen?* In Maffía, D. (Ed.), *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*. Feminaria, pp. 86-97.
- McClain, Z., Thomas, R., & Yehia, B. (2018). *Sociocultural and Systemic Barriers to Health for Gender and Sexual Minority Populations*. In Smalley, K., Warren, J. & Barefoot, K. (Edit.) *LGBT Health: Meeting the Needs of Gender and Sexual Minorities*. Springer Publishing Company, pp. 15-25.
- Mauss, M. (2017). *Sociologia e antropologia. Capítulo 6: Técnicas do corpo*. Ubu Editora.
- Marinho, M. (2019). *Intenções Parentais, Vias para a Parentalidade e Experiências no Contexto de Saúde de Pessoas Trans*. (Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Portugal).
- Mead, M. (2009). *Sexo e temperamento*. Editora Perspetiva, pp. 19-275
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1219>
- Minayo, M. (2012). *Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade*. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3).
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Moira, A. (2016). *E se eu fosse puta?*. HOO Editora.
- Money, J., Ehrhardt, A. (1972). *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press.
<https://wellcomecollection.org/works/p6c882nw>
- Neves, S. & Nogueira, C. (2005). *Metodologias Feministas. A reflexividade ao serviço das ciências sociais*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 18 (3), pp. 408-412.
- Neves, S. (2012). *Investigação feminista Qualitativa e Histórias de Vida: A libertação das vozes pelas narrativas biográficas*. In Magalhães, M., Lima Cruz, A. & Nunes, R. (Ed.) (2012). *Pelo fio se vai à meada: percursos de investigação através de histórias de vida*. Ela por Ela.
- OII Europe (2019). *#MyIntersexStory – Personal accounts by intersex people living in Europe*.
<https://myintersexstory.oieurope.org/>
- Oliveira, J. (2012). *O rizoma “género”: cartografia de três genealogias*. e-cadernos CES, 15.
<https://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos15/02.%20Joao%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, J. (2016). *Trânsitos de género: leituras queer/trans* da potência do rizoma género*. In Colling, L. (Org.) *Dissidências sexuais e de género*. EDUFBA
- Oliveira, J. & Amâncio, L. (2017). *Géneros e sexualidades: Interseções e tangentes*. Centro de Investigação e de Intervenção Social (CIS-IUL).
<https://red-liess.org/wp-content/uploads/2017/03/Generos-e-Sexualidades-Interse%C3%A7%C3%B5es-e-Tangentes.pdf>
- Oliveira, J. (2017). *Dançar primeiro e pensar depois*. In Butler, J. *Problemas de Género. Feminismo e subversão da identidade*. Orfeu Negro.
- Oliveira, J. (2018). *Trans-ações de género, operando contra o sistema*. ex æquo, n.º 38, pp. 9-16.

- Paulino, M. (2020). *In/visibilia: deslumbramentos e silenciamentos dos corpos intersexo* (Dissertação de pós-graduação. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil).
- Pereira, A. (2017, janeiro, 28). *Em 2016 mudaram de sexo 11 pessoas nos hospitais públicos*. Público.
<https://www.publico.pt/2017/01/28/sociedade/noticia/hospitais-publicos-fizeram-11-cirurgias-de-reatribuicao-sexual-no-ano-passado-1759963>
- Pinho, A., Rodrigues, L. & Nogueira, C. (2020). *(Des)construção da parentalidade trans*: homens que engravidam*. *ex æquo*, n.º 41, pp. 195-205.
<https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.12>
- Pino, N. (2007). *A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos**. *Cadernos pagu* (28), janeiro-junho, pp.149-174.
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100008>
- Pires, V., & Bracons, H. (2021). *Transexualidade: um estudo sobre o suicídio e comportamentos suicidas dos jovens trans masculinos*. In *XI Congresso Português de Sociologia – Identidades ao rubro: diferenças, pertenças e populismos num mundo efervescente*. XI-APSS-84499.
- Platero, L. (2014). *Trans*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Ediciones bellaterra.
- Preciado, P. (2018). *Testo Junkie. Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. N-1 edições.
https://monoskop.org/images/0/04/Preciado_Paul_B_Testo_Junkie_sexu_drogas_e_biopolitica_na_era_farmacopornografica_2018.pdf
- Preciado, P. (2019). *Manifesto Contra-Sexual*. (1.ª ed.). Orfeu Negro.
- Preciado, P. (2020). *Um Apartamento em Urano*. (1.ª ed.). Bazarov Edições.
- Preciado, P. (2023). *Dysphoria mundi*. Anagrama.
- rede ex-aequo (2021). *Guia sobre Saúde e Leis Trans em Portugal: Recursos e Procedimentos*.
<https://www.rea.pt/imgs/uploads/guia-trans.pdf>
- Reis, D. (2018) *Convergências e Divergências Familiares em Torno da Orientação Sexual dos Filhos: Um Estudo Exploratório*. (Dissertação de mestrado. Universidade de Évora. Portugal).
https://www.rea.pt/imgs/uploads/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Denise_Converg%C3%A2ncias_e_Diverg%C3%A2ncias_Familiares_em_Torno_da_Orienta%C3%A7%C3%A3o_Sexual_dos_Filhos.pdf
- Reis, N. & Castro, R. (2019). *Narrativas de Experiências na Não-Binaridade: Discutindo Gênero, Identidades e Diferenças*. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, Salvador, v. 04, n. 11, maio/ago., pp. 504-520.
- Rich, A. (2010). *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*. *Revista Bagoas*, v. 4, jan./jun, n.º 5, pp. 17-44.
- Roberts, B. (2002). *Biographic Research*. Open University Press.
- Rosário, V. (2017). *The History of Aphallia and the Intersexual Challenge to Sex/Gender*. In Haggerty, G. & McGarry, A. (Ed.) *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*, pp. 262–281.
- Saleiro, S., Ramalho, N., Menezes, M. & Gato, J. (2022). *Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais*. Coleção Estudos de Género 14. CIG.

- https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orient_a_sexual_id_express_genero_caractrstes_sexuais
- Santos, A. C. (2018). *Luta LGBTQ em Portugal: Duas décadas de Histórias, Memórias e Resistências*. In Revista Transversos, dossiê *LGBTIQI. Histórias, memórias e Resistências*, n.º 14, set-dez, pp. 36-51.
- Santos, B. & Nunes, J. (2004). *Para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade*. In Santos, B. (Org.). *Reconhecer para libertar. Os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Edições Afrontamento.
- Santos, A. (2012). *Um sexo que são vários. A (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana*. (Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra. Portugal).
- Santos, A. (2013). *O intersexo como desafio epistemológico e político*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 102, dezembro, pp. 3-20.
- Saraceno, C. (1992). *Sociologia da Família*. Editorial Estampa
- Scott, J. (1999). *Experiência*. In *Falas de Gênero*. Silva, A., Lago, M. & Ramos, T. (Org.). Editora Mulheres, pp. 21-55.
- Shimoda, L. (2013). *Corpo, sexo e gênero: Alguns contributos das teorias antropológicas clássicas às contemporâneas*. Laboratório Didático – USP ensina Sociologia, Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – FFLCH. Universidade de São Paulo.
- Shoureshi P., Rajasegaran, A., Kokorowski, P., Sparks, S. & Seideman, C. (2021). *Social media engagement, perpetuating selected information, and accuracy regarding CA SB-201: Treatment or intervention on the sex characteristics of a minor*. Journal of Pediatric Urology, 17, pp. 372-377.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33663998/>
- Smith, S., & Watson, J. (2010). *Reading Autobiography. Autobiographical subjects*. University of Minnesota Press, pp. 14-48
- Spade, D. (2015). *Normal life: administrative violence, critical transpolitics and the limits of the law*. South end Press.
https://transreads.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-12_5c87f131ef911_NormalLifeSecondEditionDeanSpade.pdf
- Spínola-Castro, A. (2005). *A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 49, n.º 1, fevereiro, pp. 46-59.
<https://www.scielo.br/j/abem/a/mGVhXqhtcmJq4CwNMtkX8x/abstract/?lang=pt>
- StopIGM.org / Zwischengeschlecht.org. (2020). *Intersex Genital Mutilations Human Rights Violations of Children With Variations of Reproductive Anatomy*. In *5th Periodic Report of Portugal on the International Covenant on Civil and Political Rights (CCPR)*
- Stryker, S. (2021). *Minhas palavras para Victor Frankenstein acima da aldeia de Chamonix: Performar a fúria transgênera*. Revista Eco-Pós, 24 (1), pp.42–64.
<https://doi.org/10.29146/ecopos.v24i1.27775>
- Sweeting, H., Maycock, M., Walker, L. & Hunt, K. (2017). *Public challenge and endorsement of sex category ambiguity in online debate: 'The sooner people stop thinking that gender is a matter of choice the better'*. Sociology of Health & Illness, Vol. 39, n.º. 3, pp. 380–396.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27859354/>
- Teixeira, T. & Carneiro, N. (2018). *Gozar os gêneros: para uma escuta queer de não-binarismos de gênero*. ex æquo, n.º 38, pp. 129-145.

- <https://doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.09>
http://www.observatoripolitico.pt/wp-content/uploads/2019/01/WP_85_ST.pdf
- The Trevor Project. (2020). *National Survey on LGBTQ Youth Mental Health*.
<https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2020/07/The-Trevor-Project-National-Survey-Results-2020.pdf>.
- Trindade, L. (2020). *Vivências das Pessoas Intersexo no Brasil e em Portugal: Uma Aproximação Psicológica Crítica*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Portugal).
- Vale de Almeida, M. (2000). *Senhores de si. Uma interpretação Antropológica da Masculinidade*. Fim de Século.
- Vieira, A., Costa, A., Pires, B. & Cortez, M. (2021). *Intersexualidade: desafios de gênero*. Revista Periódicus, 1(16), pp. 1-20.
- Vieira, C.P. (2017). *Sexualidade e Género: educar para um social plural*. In Neves, S. & Costa, D. (Coord.) *Violência de Género*. Edições CIEG, pp. 317- 337.
- Vieira, C. P. (2020) *Portuguese Youth's Discourses on Masculinity: Broken Silences*. In Enguix, B. & Vieira, C. P. (Ed.). *Sexualities, Gender and Violence: A View From the Iberian Peninsula*. Nova Science Publishers.
- Vidarte, P. (2019). *Ética Bixa. Proclamações libertárias para uma militância LGBTQ*. N-1 edições.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação, o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.
- Vives-Cases, C., Davo-Blanes, M.C., Ferrer-Cascales, R. Sanz-Barbero, B., Albaladejo-Blázquez, N., Sánchez-San Segundo, M., M. Lillo-Crespo, Bowes, N., Neves, S., Mocanu, V., Carausu, E. M., Pyżalski, J., Forjaz, M. J., Chmura-Rutkowska, I., Vieira, C. P. & Corradi, C. (2019). *Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents*. BMC Public Health.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6726-0>
- Wolf, N. (1992). *O mito da beleza. Como as imagens são usadas contra as mulheres*. Editora Rocco.
http://bibliopreta.com.br/wp-content/uploads/2018/01/o-mito-da-beleza_-como-as-imagens-de-beleza-s%c3%a3o-usadas-contra-as-mulheres-1.pdf

Anexo I – Apelo à participação



No âmbito de um estudo sobre as experiências de pessoas intersexo (Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios, Klinefelter, Turner, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, Hiperplasia Adrenal Congénita, disgenesia gonadal, deficiência em 5-alfa-redutase, deficiência em 17beta hydroxisteroide desidrogenase, 47-XXY, XXXY ou XXXXY, 47-XYY, entre outras formas de diversidade sexual de desenvolvimento) procuro pessoas que se disponibilizem para serem entrevistadas, de forma anónima e confidencial.

Os dados do estudo destinam-se à elaboração de uma dissertação de Mestrado, e serão usados exclusivamente para fins académicos. Se estiver disponível para participar contacte para 2002509@estudante.uab.pt ou para o [REDACTED] através de telefonema, SMS ou WhatsApp.

Muito obrigada desde já.

Vera Pereira

Anexo II – Partilha do estudo

evist x +

tugal.pt/obter-informacao/apoio-a-estudos/participar/

Dissidências de género: experiências de pessoas intersexo

Nome: Dissidências de género: experiências de pessoas intersexo
Data limite: 15-05-2023
Instituição: Universidade Aberta
Temática: Características sexuais
Público-alvo: Pessoas Intersexo
Informação e contacto:
 No âmbito de um estudo sobre as experiências de pessoas intersexo (Síndrome de Insensibilidade aos Androgénios, Klinefelter, Turner, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, Hiperplasia Adrenal Congénita, disgenesia gonadal, deficiência em 5-alfa-redutase, deficiência em 17beta hydroxisteroide desidrogenase, 47-XXY, XXXY ou XXXXY, 47-YYY, entre outras formas de diversidade sexual de desenvolvimento) solicito a divulgação do mesmo, no sentido de fazer chegar este apelo à participação a pessoas intersexo.
 O estudo realiza-se no âmbito da dissertação de Mestrado em Estudos

Mostrar tudo x

LV Lgbti Viseu

Para: Vera Pereira
seg, 20/02/2023 19:50

Boa noite Vera,
Obrigada pelo seu contacto e parabéns pela escolha do tema.
Iremos proceder à divulgação do seu estudo nas nossas redes sociais amanhã terça feira pelas 20:00.
Continuação de bom trabalho.
Atenciosamente
Ana Ferreira

Vera Pereira <2002509@estudante.uab.pt> escreveu no dia sábado, 18/02/2023 à(s) 21:46:

Boa noite,

O meu nome é Vera Pereira, sou estudante do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres – Género, Cidadania e Desenvolvimento, da Universidade

AI Associação Plano i

Para: Vera Pereira
seg, 06/02/2023 11:45

Cara Vera,

no âmbito do seu contacto, informamos que já divulgamos o mesmo junto das nossas equipas.

Continuação de um excelente trabalho!

Atenciosamente,
Mafalda Ferreira

Com os nossos melhores cumprimentos,

Direção da Associação Plano i

Associação Plano i | www.associacaoplanoi.org
Rua de Baixo, nº 6 | 4050-086 Porto
Portugal
Tel. (+351) 222 085 052

Anexo III – Temas e subtemas

- **Ambiente familiar**
 - Experiências relativas ao género de criação
- **Ambiente escolar**
 - Interações e experiências no ambiente escolar
 - Perceções de apoio e cuidado
 - Discriminação e exclusão
- **Autodeterminação e transição de género**
 - Sentimentos associados à descoberta de ser intersexo
 - Experiências de transição
 - Expressão de género
 - Perceções de mudança na forma como se vê e sente
- **Acompanhamento médico**
 - Afirmar o género, transitar de género
 - Experiências relativas ao acompanhamento médico
 - Experiências associadas à cirurgia de ressignificação sexual
 - (Des)acompanhamento psicológico
- **Situação laboral e capacidade aquisitiva**
 - Experiências no ambiente de trabalho
 - Capacidade económica
- **Experiências de socialização**
 - Experiências relacionadas com a revelação da intersexualidade
 - Experiências de relacionamento social
 - Perceções de hipersexualização do corpo intersexo
- **Experiências positivas no percurso de vida**
 - Narrar-se a si mesma – falar contra o desconhecimento
 - Experiências de valorização e empoderamento

Anexo IV – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de consentimento informado

Declaro que aceito participar no estudo “Dissidências de género: experiências de pessoas intersexo” realizado por Vera Fátima Machado Pereira, no âmbito do projeto de mestrado.

Prestaram-me todas as informações relacionadas com os objetivos e os procedimentos do estudo, e dada a oportunidade de realizar as questões que julguei necessárias e esclarecer as dúvidas de forma satisfatória.

Além disso, informaram-me de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo, sem que daí possa advir qualquer prejuízo pessoal, e que em qualquer momento do estudo posso solicitar o apagamento dos meus dados.

Foi-me assegurado igualmente que todos os registos recolhidos, em suporte digital e/ou escrito, são totalmente confidenciais e serão utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa.

Assinaturas

Participante:

Data: 11/02/2023

Investigadora:

Data:

Vera Pereira

11/02/2023