

Genitoplastia em bebês indianas: encontros e desencontros da medicina, bioética e cultura

Marina Guimarães Oliveira Marques ¹, Rebecca Meireles de Oliveira Pinto ², Thais Magalhães Faria ³, Ana Carla Teixeira Viana ⁴, Flávia Aguiar Silva ⁵, Soraia Matos Cedraz Silva ⁶, Murilo Marcos de Senna Cruz ⁷, Jairo Alves Azevedo ⁸, Ramon Assis Silva ⁹, Nedy Maria Branco Cerqueira Neves ¹⁰

Resumo

O presente artigo visa analisar os aspectos bioéticos relacionados às recentes práticas de genitoplastia em bebês do sexo feminino na Índia, levando em conta os principais aspectos que influenciam essa prática sob os pontos de vista psicológico, fisiológico, sociocultural e histórico. O método baseou-se na revisão bibliográfica de artigos publicados em base de dados como SciELO e Pubmed e na leitura de livros-texto referentes ao tema. Na discussão, foram analisados aspectos históricos e mitológicos que contribuíram para a construção da posição atual da mulher indiana na sociedade, reunindo conceitos de cultura e aspectos sociais associados ao tema. Entre os argumentos contrários à realização de genitoplastia se destacam os prejuízos à saúde da menina e, sobretudo, o questionamento ético da atitude de pais e médicos. Mediante a análise de todos esses fatores, concluiu-se que o resultado dessa prática é nocivo à bebê e foram sugeridas medidas para a extinção do procedimento.

Palavras-chave: Cirurgia de readequação sexual. Sociedades. Identidade de gênero. Mulheres. Medicina indiana. Cultura. Bioética.

Resumen

Genitoplastia en bebés de la India: acuerdos y desacuerdos de la medicina, la bioética y la cultura

Este artículo tiene como objetivo principal el análisis de los aspectos bioéticos relacionados a las recientes prácticas de Genitoplastia realizadas en bebés del sexo femenino en la India, teniendo en cuenta los principales aspectos que influyen dicha práctica desde un punto de vista psicológico, fisiológico, sociocultural e histórico. El método utilizado se ha basado en el estudio bibliográfico de artículos científicos sacados de páginas web, tal como SciELO y Pubmed, y en la lectura de libros de texto referentes al tema. En la discusión, se analizaron aspectos históricos y mitológicos que contribuyeron a la construcción de la posición de la mujer india en la sociedad, reuniendo conceptos acerca de la cultura y aspectos sociales relacionados al tema en cuestión. Entre los argumentos en contra de la realización de la Genitoplastia se destacan los daños causados a la salud de la niña y, sobre todo, el cuestionamiento ético de la actitud de los padres y de los médicos. Tras analizarse todos los factores concernientes, se llega a la conclusión de que el resultado de esta práctica es nocivo al bebé y fueron sugeridas algunas medidas para la extinción del procedimiento.

Palabras-clave: Cirugía de reasignación de sexo. Sociedades. Identidad de género. Mujeres. Medicina India. Cultura. Bioética.

Abstract

Genitoplasty in indian babies: agreements and disagreements of medicine, bioethics and culture

The objective of the present article is to discuss the bioethical aspects of recent genitoplasty practices in female babies in India, taking into consideration psychological, physiological, social, cultural and historical issues that influence such practice. The methodology was based on reviews of articles published in the databases of SciELO and Pubmed websites and on the reading of books which could validate our reasoning. In the discussion, historical and mythological aspects that have built the current position of the woman in the Indian society were addressed, by gathering culture concepts and social subjects related to the theme. Among arguments against the performance of genitoplasty, harms to the girl's health were highlighted, and mainly the ethical questioning of parents and doctors attitude. Through the analysis of all these factors, it was concluded that the result is harmful to the infant and some measures for the extinction of the procedure were suggested.

Key words: Sex reassignment surgery. Societies. Gender identity. Women. Indian medicine. Culture. Bioethics.

1. Graduanda marinamarques05@gmail.com 2. Graduanda beccapinto@gmail.com 3. Graduanda tmagalhaesfaria@hotmail.com 4. Graduanda anacarlabrasil01@yahoo.com.br 5. Graduanda fauaguiars@yahoo.com.br 6. Graduanda sohcedraz@hotmail.com 7. Graduando murilo.senna@hotmail.com 8. Graduando tank_you@hotmail.com 9. Graduando assis.ramon@hotmail.com 10. Doutora nedynes@terra.com.br – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador/BA, Brasil.

Correspondência

Nedy Maria Branco Cerqueira Neves – Av. Antônio Carlos Magalhães 1.034, Sala 137, Ala A, Itaigara CEP 41825-906. Salvador/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A genitoplastia, ou cirurgia de redesignação sexual, é um procedimento cirúrgico realizado nos órgãos genitais, órgãos da reprodução em homens e mulheres que desejam adquirir o sexo não correspondente ao seu sexo anatômico original ¹. Diversas técnicas são utilizadas para a realização do procedimento e as indicações estão relacionadas aos sintomas e às enfermidades, de acordo com cada caso.

A genitoplastia feminizante, mais comum, é indicada em meninas com genitália ambígua devido à hiperplasia congênita das adrenais, dentre outras causas, e seus resultados nem sempre são satisfatórios ^{2,3}. Estudo realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) apontou diversos casos de infecção urinária, atrofia clitoriana, excesso de grandes lábios e persistência do seio-urogenital ². Na genitoplastia masculinizante é muitas vezes utilizada a técnica desenvolvida por Browne, estudada em pesquisa realizada com um grande grupo de pacientes com distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) tratados em um único hospital de referência. A maioria dos pacientes com DDS submetidos à genitoplastia masculinizante por esta técnica mostrou-se satisfeita com os resultados cirúrgicos. Entretanto, muitos apresentaram queixas sobre o tamanho peniano, atividade sexual e micção ⁴. Vale ressaltar relatos de inadequação sexual após a correção cirúrgica dos genitais durante a infância, que assinalam a importância dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos na atribuição precoce de gênero ⁵⁻⁷.

O desenvolvimento da genitoplastia vem influenciando padrões comportamentais especialmente naqueles países onde, por questões culturais, há valorização do sexo masculino em detrimento do feminino. Tal é o caso da Índia, cuja estrutura patrilineal de parentesco confere aos homens direitos sociais negados às mulheres (como a herança), imputando às famílias ainda a necessidade do dote para casar suas filhas. Nestas circunstâncias adversas ao sexo feminino as famílias acabam por preferir filhos homens. Assim, as mulheres indianas que antes se submetiam ao aborto ao descobrirem que esperavam uma filha, passaram a perceber a cirurgia de mudança de sexo do bebê como alternativa ⁸. A intervenção é realizada para atender ao desejo dos pais, no sentido de terem conceitos do sexo masculino ⁹. Destaque-se que como esse procedimento vem sendo indicado há algumas décadas em casos de genitália ambígua ² os médicos de Indore, na Índia, costumam alegar hermafroditismo nas crianças para justificar a realização da cirurgia ¹⁰.

Além da indicação clínica para os casos de hermafroditismo não há qualquer regulamentação médica sobre a cirurgia na Índia, razão pela qual sua realização tem sido cada vez mais frequente. Para alguém que vive em uma sociedade com padrões ocidentais é difícil conceber que a misoginia, atitude cultural de animosidade às mulheres meramente por serem mulheres, possa atingir tais dimensões. É a essência de um preconceito e de uma ideologia sexista, além de esteio para a opressão de mulheres em sociedades reprimidas por homens ¹¹. A falta de liberdade e de oportunidades na sociedade para a mulher indiana, o fato de criar uma filha ser mais dispendioso, além da crença hindu de que só o filho homem traz a salvação, contribuem para que os pais prefiram o nascimento de um menino na expectativa de prosperidade para a família ¹².

Pequeno histórico da sociedade indiana atual

A fim de contextualizar o processo histórico e os fatores culturais que ainda impactam a sociedade indiana atual, apresentam-se a seguir alguns tópicos acerca da principal religião e sua influência na estrutura social e relações de parentesco.

Na Índia, o hinduísmo é o credo dominante e sua filosofia impregna cada aspecto da vida cotidiana. Sua origem está supostamente ligada à chegada dos árias (oriundos da região oriental do império persa) ao subcontinente, aproximadamente em 1500 a.C. – quando trouxeram da Ásia central seus próprios deuses. Os árias e seus descendentes sustentaram uma forma verbal de literatura sagrada, os *Vedas* (conhecimento). Atualmente são conhecidos quatro *Vedas*: *Rigveda*, *Yajurveda*, *Samaveda* e *Atarvaveda*, cada qual com quatro seções: *Samhita*, *Bramanas*, *Aranyakas* e *Upanixades* ¹¹. A despeito da abundância de divindades, a filosofia do hinduísmo é essencialmente monoteísta. Todos os deuses são aspectos do espírito supremo de *Braman* ^{9,12}.

A divisão da população indiana em uma hierarquia de castas se fundamenta na doutrina hinduísta da transmigração das almas. Na vida atual, não é possível evadir-se da casta na qual nasceu, e esta é decorrência da forma como se procedeu na vida anterior. A religião e a inflexível ordem social conectam-se ao conceito de virtude. Nascer mulher é considerado, por esse axioma, como fruto das más ações cometidas na existência passada. Define-se assim um destino (*karma*) que justifica a posição inferior que a mulher ocupa na sociedade ¹². A lenda hindu diz que quando o divino artífice criou a mu-

lher, notou que a confecção do homem lhe consumira o material; então, deu forma à mulher com a sobra¹³.

As Leis de Manu (código canônico do hinduísmo compilado nos séculos II ou III d.C.) estabelecem que a mulher deve venerar seu marido como a um deus¹². Este código opinou contrariamente à mulher em frases reminiscentes da primitiva teologia cristã: *A fonte da desonra é a mulher; a fonte da discórdia é a mulher; a fonte da mundanidade é a mulher; cumpre, portanto, evitar a mulher*¹³. Apesar de remeter à cultura tradicional, a discriminação com base na casta foi rejeitada pela Constituição indiana de 26 de janeiro de 1950¹⁴, em consonância com os princípios democráticos que fundaram a nação. As barreiras de casta deveriam ter deixado de existir, todavia persistem, principalmente na zona rural do país. O sistema de castas da Índia é uma divisão social importante na sociedade hindu, embora também tenha sido observado entre seguidores de outras religiões⁹.

Grosso modo, casta pode ser definida como grupo social hereditário, no qual a condição do indivíduo passa de pai para filho. O grupo é endógamo, isto é, cada integrante só pode casar-se com pessoas do seu próprio grupo. No topo da hierarquia de casta encontram-se os brâmanes (sacerdotes e letrados), que *nasceram da cabeça de Deus*, Brahma, e representam 15% da população indiana. Os kshatriya (guerreiros) nasceram dos braços de Brahma e exercem as funções de natureza política e militar; os *vaiśyas* (comerciantes) nasceram dos membros inferiores de Brahma; os *śhūdras* (servos: camponeses, artesãos e operários) foram constituídos a partir dos pés de Brahma. Existem ainda outras duas classes fora das castas: os dalits, intocáveis, são aqueles que violaram o sistema de castas, ou cujos ancestrais o fizeram e, por isso, realizam trabalhos considerados impuros, como a limpeza de esgotos, o recolhimento do lixo e o manejo dos mortos. Os jatis não integram nenhuma casta específica e têm a preocupação de obter reconhecimento das castas superiores adotando hábitos cultivados pelos brâmanes. Em regra, exercem profissão liberal herdada de seus progenitores e não resignificada pela tradição hindu¹⁵.

Após a Independência, em 1947, o governo indiano proibiu a prática do *sati* (ritual em que as viúvas eram queimadas junto com os maridos) e permitiu que casassem pela segunda vez. Teoricamente, as mulheres se nivelaram aos homens em praticamente todos os setores da vida social, em posição e oportunidades. *A Lei das Fábricas, de 1948, estimulou a criação de creches; a Lei de*

*Sucessão, de 1956, garantiu às mulheres o direito de herdar propriedades; em 1971, legalizou-se o aborto*¹². Lamentavelmente, a minoria dessas leis foi efetivamente aplicada e toda essa legislação não se traduziu em mudança social. A manutenção do preconceito que envolve as mulheres torna-se cristalino a partir das avaliações dos altos índices de analfabetismo feminino^{15,16}.

Segundo os princípios religiosos e culturais hinduístas, cabe ao filho homem mais velho acender a pira funerária do pai morto. É humilhante para um homem não ter filhos varões e ter que contar com parentes próximos para cumprir esse dever. Dessa forma, os filhos homens são mais desejados por honrarem o nome do pai quando este morre e por possibilitarem o enriquecimento da família com os lucros advindos do casamento dos filhos varões¹². Vale advertir que esta descrição não pode ser tomada como verdade incondicional, visto que a Índia não é uma sociedade nem cultural nem religiosamente monolítica. O modelo de comportamento descrito, relacionado às tradicionais diferenças entre as castas, exerce sua influência de maneira não uniforme nas diferentes regiões do país. Isto pressupõe a existência de diferentes arranjos e estruturas de parentesco a depender do local da moradia, de diferentes tipos de linha de transmissão da herança e da importância na hierarquia familiar dos cônjuges¹⁵.

Na Índia, observam-se diferenças comportamentais no plano demográfico e socioeconômico. Na região setentrional as mulheres não têm acesso à herança nem transmitem direitos de propriedade, e a idade do casamento é particularmente precoce. O casamento é dominado pela busca de alianças entre grupos, em forúns nos quais a mulher não tem autoridade para tomar parte ou para influir na deliberação. Uma mulher oriunda de outro grupo constitui um risco para a família que a acolhe, necessitando ser “ressocializada” para integrar a família do marido e sustentar seus interesses. A castidade das moças antes do casamento é a honra da família e para garanti-la recorre-se à prática do “*pardah*” – a reclusão das moças para fins de “proteção”. Desse modo, a segregação dos sexos é regra, inclusive para as atividades produtivas nas quais as mulheres eventualmente participem^{15,17}.

Em algumas circunstâncias e de acordo com a região, quando a jovem indiana se casa fica praticamente confinada à casa e à nova família, submetendo-se às forças do marido e de parentes. Precisa pedir permissão para ir ao médico e visitar a mãe e não tem o direito de opinar sobre quantos filhos terá. Ela só

obtém um pouco mais de autoridade quando se torna mãe e, mesmo assim, deve submissão à sogra^{12,15,17}.

O sistema matrimonial que prevalece no sul da Índia é bastante distinto, com formas de casamento preferencial, entre primos cruzados. Os homens cooperam tanto com sua família de origem como com a família de aliança. As mulheres, às vezes, podem transferir direitos de propriedade aos seus descendentes, e casar-se dentro de famílias próximas. Há relativa equidade de *status* entre o grupo familiar de origem e o grupo que passam a integrar pelo casamento. Há menos afastamento entre os sexos nas redes de conhecimento e de trabalho. No sul, as mulheres se casam mais tarde, têm descendência um pouco menos numerosa, melhor nível de escolarização e taxas de atividade mais elevadas. A mortalidade infantil igualmente é mais baixa nestas regiões da Índia^{15,17}.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é discutir a questão cultural indiana e os atuais costumes, sob a perspectiva bioética, enfocando o procedimento de mudança de sexo em meninas recém-nascidas na Índia. O processo envolve circunstâncias acerca da decisão dos pais, da ausência de autonomia dos filhos, da função reprodutiva, da sexualidade e da saúde psicossocial da criança; além da atitude dos médicos em realizar as operações e da própria sociedade indiana que coloca a mulher em posição de inferioridade.

Materiais e método

O presente artigo foi idealizado a partir da reportagem “Médicos indianos operam troca de sexo em bebês meninas”¹⁰. Os dados utilizados para a análise desenvolvida a partir deste tema foram levantados nos bancos de dados SciELO e Pubmed, considerando como palavras-chave “*identidade de gênero*”; “*Índia*”; “*sociedade*” e “*mulher*”. Para fundamentar o desenvolvimento teórico e reflexão acerca do assunto, foram também utilizados livros-texto sobre a sociedade indiana, especificamente focados nos aspectos históricos e socioculturais dos grupos étnicos daquele país^{11-13,18-22}.

Discussão

Nas localidades cuja preferência manifesta é por filhos homens, o uso de novas tecnologias médi-

cas vem promovendo o feticídio feminino. A ultrasonografia possibilitou determinar o sexo do bebê durante a gestação, permitindo sua interrupção nos casos indesejados. Histórias sobre nascimentos e dados de recenseamentos na Ásia, sobretudo na China e na Índia, revelam uma proporção excepcionalmente alta de nascimentos de meninos, bem como de meninos com menos de cinco anos de idade. Essa constatação sugere a ocorrência de feticídio e infanticídio seletivos por sexo nos dois países mais populosos do mundo. Nesse sentido, pode-se ponderar que a discriminação de gênero começa nesses lugares antes mesmo do nascimento⁹.

A reportagem que originou o presente artigo trata de aterrorizante denúncia trazida pelo jornal indiano *Hindustan Times*. Estima-se que entre 200 e 300 meninas indianas, de até cinco anos de idade, teriam sido submetidas à genitoplastia na cidade de Indore, com cerca de um milhão e 737 mil habitantes, no estado de Madhya Pradesh, a 807 km ao sul de Nova Deli, a capital do país. O preço da cirurgia é cerca de 3.200 dólares. Esse valor, além da cirurgia, dá direito a tratamento hormonal que complementa o procedimento e permite a transformação da menina em garoto. De acordo com a matéria, pais de outras regiões da Índia estariam buscando as clínicas de Indore para realizar o procedimento¹⁰. Vale advertir que neste trabalho não foram avaliadas as técnicas cirúrgicas adotadas pelos médicos cirurgiões da Índia, nem as questões relativas ao controle de infecções e materiais utilizados para o procedimento.

Em nota oficial da National Commission for Protection of Child Rights, na Índia é possível ler que *o fenômeno da discriminação de gênero e a sobrevivência precária das meninas, principalmente em estado fetal, é um problema muito sério e que requer urgente intervenção*²³. Organizações internacionais em defesa da mulher estão pressionando o governo indiano a apurar o que está sendo chamado de “loucura social”; no entanto, não há notícias de movimentos para inibir tais eventos^{16, 24,27}.

Autores como o demógrafo Bose²³ e o economista Sen²³, citados por Lawn, Simon e Zupan, chamaram a atenção para as mulheres “desaparecidas” da Índia há mais de uma década. O aborto de fetos femininos aumentou a partir das novas tecnologias médicas e as famílias frequentemente pressionam as mulheres grávidas a abortar, quando o feto é do sexo feminino. Testes que determinam o sexo são ilegais na Índia, mas os centros para fertilização *in vitro* frequentemente conseguem fazer o diagnóstico e o aborto por médico é facilmente obtido^{8,17,23}.

A preferência por meninos na Índia faz com que, ainda hoje, haja casos de famílias pobres que deixam bebês do sexo feminino morrer, o que não aconteceria se fossem homens. Ante essa preferência, vê-se o surgimento da cirurgia de redesignação sexual em meninas, ainda bebês, como solução para uma situação considerada “nefasta”^{10,15}. Esse padrão cultural é atestado pelos números comparativos do censo de 2001 e 2011, que contam uma história velha e cruel: a eliminação sistemática das meninas^{24,28}. Segundo projeções dos dados do censo de 2011 e de outras estatísticas nacionais, 700 mil meninas não nascem por causa de abortos realizados assim que se descobre o sexo fetal. A proporcionalidade entre os dois gêneros na faixa etária de 0 a 6 anos vem diminuindo ano a ano, ou seja, há disparidade de gênero na Índia com a queda acentuada do nascimento de meninas^{10, 23,28}.

Esses episódios ameaçam à perpetuação da espécie, atentando contra a dignidade humana, no seu princípio basilar do respeito à pessoa, e ferem toda e qualquer constituição democrática do estado de direito. Trata-se de poder hegemônico sexista, com domínio do gênero masculino, deixando a mulher em posição de vulnerabilidade e desproteção. No tocante à sexagem, é importante considerar a associação desta prática à eugenia, conceituada como um melhoramento genético das raças. Esse tema é assaz controverso, visto o surgimento da ideologia nazista, cujo fundamento foi embasado na pureza racial que culminou no Holocausto. Considerar o feminicídio como política eugênica traz à tona o aspecto atroz da manipulação genética e, nesse sentido, é importante advertir que, no passado, o movimento eugênico chegou a promulgar em vários países leis que determinavam a esterilização compulsória de portadores de doenças hereditárias graves.

Essa questão pode ser avaliada e refletida sob a ótica de alguns princípios bioéticos destacados por Beauchamp e Childress²⁹ e conhecidos como principlismo. A bioética principlista é um conjunto de postulados básicos que, mesmo sem caráter absoluto, assessoram o ordenamento dos debates bioéticos³¹. Além destes destacam-se também como elemento analítico o conceito de dignidade humana, cuja base conceitual é definida no imperativo categórico kantiano²² que considera que todo ser humano deve ser, em princípio, um fim em si mesmo. A dignidade da pessoa seria o objetivo para o qual os demais princípios deveriam dirigir-se. Ou seja, o valor intrínseco de cada ser humano o faz merecedor de respeito e consideração³⁰.

Voltando a Beauchamp e Childress²⁹, o princípio da não maleficência seria a obrigação de não causar danos; enquanto a beneficência visa a promover o bem, prevenir e retirar danos. Esses princípios se confirmam à medida que os profissionais em questão devem ter *a disposição ou o esforço ativo para promover a felicidade e bem-estar daqueles que nos rodeiam*²⁹. Indaga-se qual o benefício do procedimento realizado em Indore? Para quem? Parece-nos uma total inversão de valores com a imposição dos costumes em detrimento do bem-estar do ser humano e de seu porvir.

Todos esses questionamentos têm como pano de fundo o grande desenvolvimento tecnológico e científico, especificamente nos campos da biologia e da saúde, vivenciado desde a segunda metade do século passado, proporcionando inúmeros benefícios, inclusive de tratamento e cura para doenças, trazendo esperança para a melhoria da qualidade de vida. Contudo, esses avanços trazem implícita uma série de incoerências, pois o sujeito tecnológico, consequência de todo esse desenvolvimento, passa a possuir poderes para mudar os fundamentos da vida, de criar e destruir a si próprio³¹. Essa reflexão marcha no sentido de compreender que toda tecnologia tem por princípio beneficiar o ser humano e não escravizá-lo numa teia social de produção de sofrimento – e cada desenvolvimento tecnocientífico deveria servir à comunidade, e não a interesses econômicos.

No caso de Indore, os princípios da bioética foram renegados e destituídos. A genitoplastia em bebês não oferece benefício ao paciente quanto a sua saúde física e psíquica e tem indicação definitivamente equivocada. A prioridade é dirigida à família e à sociedade, renunciando ao respeito à dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, faz-se importante citar que a Índia é signatária da *Declaração de Ottawa*, sobre os direitos de cuidados da saúde da criança, adotada pela 50. Assembleia Geral da Associação Médica Mundial (AMM) em outubro de 1998, e que os fatos denunciados igualmente transgridem a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* e a *Convenção sobre os Direitos da Criança*, adotadas e proclamadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, respectivamente, em dezembro de 1948 e novembro de 1989.

Vale ressaltar que os profissionais de saúde envolvidos nessa prática cirúrgica colocaram seus interesses acima das questões éticas. Contrariaram os princípios fundamentais da bioética, que deveriam orientar suas atividades, sem levar em conta seu papel social de cidadania³². Dessa maneira, há

desrespeito à ética médica, visto que não se levam em consideração as práticas e requisitos fundamentados pela ciência, necessários para o diagnóstico, terapêutica e estabelecimento do prognóstico dos pacientes – tão evidenciado na profissão médica. Para tanto, cabe ao médico discernir com coerência e senso bioético uma postura prudente diante de cada caso, sempre com vistas ao melhor para o paciente.

A *phronesis*, conceituada como sabedoria prática e prudente, pauta o agir pelo princípio da busca do que é bom e pela recusa do que é mau. Fazer juízos de caráter moral é tarefa que extrapola a função do profissional de saúde. O juízo clínico é, antes de tudo, um exercício da *phronesis*, quer dizer, o modo eticamente correto de exercer a profissão buscando o bem do paciente³². Essa virtude, proposta por Aristóteles, permeia essa discussão, afirmando a importância do respeito à dignidade, aos valores de cada paciente.

A partir da justificativa dos médicos da cidade de Indore, declarando que só operam recém-nascidas hermafroditas, observa-se uma aberração numérica atinente aos dados estatísticos, a saber: o hermafroditismo verdadeiro é *condição intersexual da extremamente rara*³³. Por conseguinte, apesar dos dados referentes ao número de cirurgias serem imprecisos, a probabilidade da ocorrência de 300 bebês portadores da doença em uma cidade com um milhão de habitantes é muito baixa. Dessa forma, é possível interrogar a postura dos profissionais que realizaram esse procedimento, haja vista subentender-se que a cirurgia de redesignação sexual ocorreu mediante solicitação familiar e não em decorrência de aspectos patológicos. Nesse diapasão, vale comentar que a independência comercial maquiou a autonomia de pensamento, modelando o grupo societário numa estrutura espaço-temporal que discrimina a vida social entre pares.

É preciso salientar ainda um ponto controverso que é a própria indicação de genitoplastia em bebês com hermafroditismo. Ela poderia ser indicada quando a doença se caracteriza pela presença de genitália ambígua e a não correção poderia ameaçar a auto-imagem, sobretudo na fase púbere. No entanto, não há justificativa para genitoplastia em bebês saudáveis, visto que esses indivíduos podem manter uma vida plena sem essa complexa intervenção cirúrgica, pois não bastasse o risco próprio do procedimento, há ainda os agravos gerados pós-cirurgia, com sérios problemas secundários⁴ decorrentes da terapêutica necessária para manter o sexo escolhido.

A indicação da genitoplastia está prevista em casos específicos e com protocolos bem definidos pelas sociedades de especialidades⁴. O tratamento cirúrgico, além de irreversível, deve ser precedido por algumas condutas específicas⁴. A primeira fase que antecede a cirurgia consiste em uma avaliação psicológica do paciente, acompanhada de informações diversas sobre o procedimento e suas consequências. Isso permite a desconstrução de futuras expectativas irreais. Exames laboratoriais de dosagem hormonal também são realizados nesta fase. Numa segunda etapa, os pacientes devem passar pelo “teste da vida real”, submetendo-se a uma terapêutica hormonal à base de hormônios androgênicos, como a testosterona, e vivendo da mesma maneira que o sexo oposto durante o período mínimo de dois anos. Os efeitos desse tratamento consistem em amenorreia, aumentos da libido, do clitóris, da massa muscular, da espessura dos pelos da face e do corpo, além da agressividade. Esse período é imprescindível e pré-requisito para a realização do procedimento, pois permite que os pacientes mudem de opinião – o que ocorre em alguns casos. A educação dos pais, bem como a interação destes com a criança, influencia a construção da identidade de gênero⁶.

No caso estudado no presente artigo não há sequer tempo para as fases indicadas serem realizadas, bem menos a possibilidade da escolha pelo paciente, ou seja, a total ausência incondicional de autonomia. Como bebês, não possuem discernimento para permitir a realização da cirurgia e, muito menos, opinião própria para consentirem os testes – a decisão é inteiramente dos pais e de acordo com suas conveniências.

De acordo com a literatura, o procedimento realizado é irreversível e necessita de um período de confirmação da vontade do paciente, mediante a administração de hormônios masculinos em doses elevadas, por prolongado período. Além disso, essa cirurgia gera um descompasso entre a situação biológica/psicossocial/fisiológica do ser e seu aparelho sexual, suscitando potencial para que o indivíduo desenvolva distúrbios no futuro.

Considerando a importância de que os genitais concordem com os determinantes biológicos, fisiológicos e genéticos intrínsecos de qualquer pessoa, para que essa se desenvolva com uma identidade de gênero mais saudável, a forçada escolha do sexo se contrapõe a essa ordem fisiológica, interferindo no funcionamento sexual posterior, como no caso da esterilidade. A Sociedade Intersexual da América do Norte, e alguns outros grupos, consideram procedi-

mentos cirúrgicos de remodelamento de genitália ambígua em bebês uma alteração exclusivamente estética⁷, isto é, provavelmente sem função. O que diriam, então, de alterações como as relatadas em bebês saudáveis?

Apesar da resistência às transformações calçadas em padrões estruturais e de organização social milenar, o movimento feminista na Índia, oriundo do Ocidente a partir de 1970, tem alcançado sucesso nos dias atuais – mesmo que ainda limitado à classe média urbana, alimentando reformas sociais e implementando mudanças no âmbito da inclusão da mulher indiana na sociedade – e pode modificar de maneira lenta e gradual, porém significativa, a cultura hindu referente ao filho varão. Profissões consideradas de destaque, como jornalismo e propaganda, foram invadidas por mulheres. Filmes populares começaram a caracterizar as mulheres como inteligentes e algumas indianas já se consideram mais independentes, conseguem trabalhos interessantes e um relacionamento mais equilibrado com o marido. Importante destacar que importantes divindades do hinduísmo são mulheres, tornando-se elementos de grande força moral¹².

Outro ponto controvertido diz respeito às apreciações relativas à cultura. Para Tylor, cultura é uma condição adquirida que significa a *expressão da totalidade da vida social do homem*¹⁸. Boas considera que a cultura determina a organização social e que os grupos humanos se caracterizam pela *plasticidade, instabilidade e mestiçagem*¹⁹. Por fim, segundo Durkheim, a civilização é um conjunto de fenômenos sociais que *tem necessariamente uma dimensão cultural, pois são também fenômenos simbólicos*²⁰. De acordo com os autores, a cultura é também o mecanismo de coesão e unidade de uma sociedade. A conclusão dos autores é que se pode considerar a cultura de um povo como uma construção ao longo do tempo, e que pode variar de acordo com determinantes históricos, sociais, políticos e geográficos. Observando o caso de Indore por esse viés, alguns conceitos podem elucidar a tensão entre a permanência e a mudança de traços culturais.

Nessas circunstâncias, não é possível exigir a mudança repentina nos padrões culturais hinduístas, referente ao papel da mulher, já que comprometeria toda a organização da sociedade indiana. Isso contraria a transformação da coletividade, observando a existência de um embate entre as ciências biológicas e sociais a esse respeito. Ao priorizar a perspectiva cultural e a manutenção das estruturas simbólicas e organizacionais de uma sociedade poder-se-á estar condenando indivíduos a uma situação

de sofrimento, tal como os bebês deste artigo, as mulheres que sofrem infibulação (mutilação genital) na África ou os casos de infanticídio entre indígenas brasileiros. Vale lembrar que sob a égide da não interferência em culturas, muitas vezes milenares, algumas atrocidades ainda persistem no mundo contemporâneo. Até que ponto deve-se sustentar esse tipo de omissão?

Isso contraria a tentativa de alterar os padrões culturais, mesmo que para o bem, dos indivíduos afetados, provavelmente contribuindo para a desagregação social daquela população. Como os seres humanos vivem e se organizam em sociedade e estas são constituídas pela cultura, esse tipo de situação, na qual a própria cultura prescreve regras sociais que afetam negativamente alguns de seus indivíduos, comumente os vulneráveis, gera impasses ainda não suficientemente resolvidos no meio acadêmico.

É bom advertir que desde os primórdios das civilizações humanas os costumes eram trazidos para os grupos societários em nome de Deus. Destarte, como é admissível aceitar que em nome de tradições culturais milenares se mantenha regimes de exclusão. Assim, a realização de genitoplastia em bebês não perde seu caráter nocivo, visto tratar-se de um procedimento invasivo que vai comprometer definitivamente a saúde da criança em seus aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais.

Por fim, sabe-se que a Índia constitui-se um estado democrático de direito, cujo princípio máximo é a dignidade da pessoa humana. Este princípio ganhou sua formulação clássica em Kant: *No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade*²².

A situação na cidade de Indore, na Índia, é uma declaração de desrespeito à dignidade humana, ainda mais grave por se tratar da vulnerabilidade de crianças. O conceito de vulnerabilidade veio ampliar as bases conceituais da bioética. Foi definido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde³⁴, como *estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido*, e recomenda, no item III.1, que a observância dos princípios éticos em pesquisa implica em *proteção aos grupos vulneráveis (...) a pesquisa deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade*³⁵.

Pode-se complementar ainda esse conceito com a caracterização de que o indivíduo vulnerável (...) *possui uma cidadania frágil que ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos e trabalhistas* ³⁶.

A vida e a individualidade não podem adquirir, em nenhuma circunstância, valor comercial. As crianças não são mercadorias para que, por razões econômicas e de prestígio social, tenham seu sexo modificado para atender às necessidades dos pais, submetidos à imposição religiosa e social. A escolha pela mudança de sexo deveria ser do sujeito/cidadão, quando atingir a maioridade e autonomia para se autogerir. O poder familiar ficaria restrito a decisões concernentes à saúde das crianças, e estas, pelo fato de representarem um dos extremos da sociedade, precisam ser resguardadas.

Considerações finais

Acredita-se que a discussão proposta no objetivo deste trabalho foi alcançada nas perspectivas histórica, étnica e religiosa da Índia. Os esclarecimentos necessários para o entendimento dos episódios relatados foram elucidados a partir da pesquisa e discussão com forte contexto cultural do país, finalizando com algumas abordagens ponderadas como pertinentes. Esse debate torna-se relevante a partir da tentativa de compreender as motivações geradoras do comportamento apresentado ante essa nova possibilidade técnica da medicina contemporânea, ao tempo em que se pretende denunciar os abusos cometidos contra a dignidade humana em indivíduos vulneráveis, como as crianças.

Sob o ponto de vista da bioética, sabe-se que essa prática fere tanto a moral dos profissionais de saúde envolvidos quanto o direito de autodeterminação dos pequenos pacientes. Ao realizar a cirurgia

de mudança de sexo nos bebês, os médicos desrespeitam os preceitos fundamentais da bioética, provocando danos e desenvolvendo sequelas irreversíveis nessas crianças. Assim, essa conduta é inaceitável, pois banaliza o procedimento e abandona o cuidado indispensável aos pacientes.

Em relação aos pais, pode-se perceber que estão fortemente pressionados por um modelo cultural que fragiliza a figura feminina. Resta questionar até que ponto a família tem o direito de mudar o sexo de sua própria filha. Nessa vertente, podemos destacar que, em que pese todo poder advindo do amplo desenvolvimento tecnológico e científico, nada deve afastar o sujeito dos princípios que regem a dignidade da pessoa humana.

Depois desta apreciação, pode-se depreender a fragilidade do Estado como órgão disciplinador e fiscalizador das normas e diretrizes vigentes no país e acordadas por meio de consignações com outros países. A ordem cultural manifestada através dos tempos é imperiosa sobre as leis e sobre a dignidade humana, beirando a irracionalidade. Acredita-se que as organizações internacionais devam manifestar ao governo indiano a indignação do mundo hodierno concernente às ocorrências aqui descritas e denunciadas, cobrando mudanças de posicionamento no sentido de proteger as crianças contra os abusos apontados neste artigo.

Certamente há muito para ser tratado a respeito da matéria, não sendo possível esgotá-la no presente texto. Contudo, podem-se recomendar algumas ações com a intenção de reduzir ou extinguir semelhantes procedimentos, a exemplo da notificação compulsória de casos de hermafroditismo (verdadeiro ou não) e fiscalização adequada. Dessa maneira, poderia haver algum tipo de controle para os casos que realmente necessitam da cirurgia, evitando que bebês hígidos sejam cerceados de seu desenvolvimento natural.

Referências

1. Andrei dicionário médico. 7ª ed. São Paulo: Andrei Editora Ltda; 1997. Genitoplastia.
2. Miranda ML, Oliveira Filho AG, Lemos-Marini SHV, Bustorff-Silva JM, Guerra Junior G. Genitoplastia feminizante e hiperplasia congênita das adrenais: análise dos resultados anatômicos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2005;49(1):138-44.
3. Aguirre JME, Cadena Y, López PJ, Angel, L, Retamal MG, Letelier N et al. Genitoplastia feminizante em hiperplasia suprarrenal congênita? uma o dos etapas quirúrgicas? *Arch Esp Urol.* 2009;62(9):724-30.
4. Sircili MHP. Evolução a longo prazo da cirurgia de masculinização da genitália ambígua em pacientes com distúrbios de desenvolvimento sexual [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo; 2009.
5. Schoeber JM. Early feminizing genitoplasty or watchful waiting. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1998;11:154-6.

6. Almeida P, Paz AG. "Nunca a minha cabeça esteve tão longe do meu corpo..." A propósito de um caso de perturbação de identidade de gênero. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2003;(5):119-31.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Radhika B. The social context of sex selection and the politics of abortion in India. In: Sen G, Snow RC, editors. *Power and decision: the social control of reproduction*. Boston: Harvard U Press; 1994. (Harvard Series on Population and International Health).
9. Veena DAS. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. Delhi: Oxford University Press; 1995.
10. D'Ornelas S. Médicos indianos operam troca de sexo em bebês meninas. *Hyper Science o universo em um click*. [Internet]. 3 jul. 2011 [acesso 23 jul. 2011]. Disponível: <http://hypescience.com/medicos-indianos-operam-troca-de-sexo-em-bebes-meninas/>
11. Johnson AG. Hinduism. In: *The Blackwell dictionary of Sociology: a user's guide to sociological language*. 2ª ed. Massachusetts: Blackwell Published; 2000.
12. Carstairs GM, Jack I, Kanitkar HA. *Nações do mundo: Índia*. Rio de Janeiro: Abril Livros; 1993.
13. Durant W. *A história da civilização I: nossa herança oriental*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1963.
14. Godoy ASM. A constituição da Índia. *Jus Navigandi*. [Internet]. 2008 [acesso 20 ago. 2001];(1651). Disponível: <http://jus.com.br/revista/texto/10831/a-constituicao-da-india>
15. Hertrich VE, Locoh T. Relações de gênero, formação e dissolução das uniões nos países em desenvolvimento. In: Pinnelli A, organizadora. *Gênero nos estudos de população*. [Internet]. Campinas: Abep; 2004 [acesso 17 out. 2011]. (Demographicas; vol.2). Disponível: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/Demographicas2/demographicas2artigo3_99a162.pdf
16. Malhotra A, Pande R, Grown C. *Impact of investments in female education on gender equality*. Washington: International Center for Research on Women, World Bank Gender and Development Group; 2003.
17. Dyson T, Moore M. On kinship structure, female autonomy and demographic behavior in India. *Popul Dev Rev*. 1983;9(1):35-60.
18. Tylor EB. *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. London: Murra; 1903.
19. Boas F. *Race, language and culture*. Chicago: Chicago University Press; 1995.
20. Durkheim É. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Félix Alcan; 1901.
21. Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos*. São Paulo: Martin Claret; 2003.
22. Kant I. *Crítica da razão prática*. São Paulo: Martins Claret; 2003.
23. Lawn JE, Simon C, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why? *Lancet*. 2005; 365:891-900.
24. United Nations Children's Fund. *Progress for children number 2: a report card on gender parity and primary education*. New York: Unicef; 2005.
25. United Nations. *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children*. [Internet]. General Assembly, Sixty-first session, 29 ago. 2006 [acesso out. 2011]. Disponível: <http://www.childcentre.info/projects/protection/dbaFile13486.pdf>
26. National Committee on the Status of Women in India. *Towards equality: report of the Committee on the Status of Women in India*. New Delhi: Government of India/Ministry of Education & Social Welfare, Department of Social Welfare; 1975.
27. India baby girl deaths 'increase'. *BBC News*. [Internet]. 12 jun. 2008 [acesso 17 out. 2011]. Disponível: http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/south_asia/7466916
28. Murthy RK. Fighting female infanticide by working with midwives: an Indian case study. *Gend Dev*. 1996;4(2):20-7.
29. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4ª ed. New York: Oxford University Press; 1994.
30. Neves NMBC, Siqueira JE. Pressupostos fundamentais para reformulação dos códigos de ética médica (CEM). *Rev Bioét Derecho*. 2009;(17):40-5.
31. Garrafa V. Bioética e ciência: até onde avançar sem agredir. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
32. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Op. cit.*
33. Moore KL, Persaud TVN. *Embriologia clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
34. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 1996 [acesso jun. 2011]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
35. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Bioética*. 1999;7(1):21.
36. Cardia N. Percepção de direitos humanos: ausência de cidadania e a exclusão moral. In: Spink MJS, editora. *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez; 1994.

Participação dos autores no artigo

Os autores desenvolveram, idealizaram o tema do trabalho e redigiram em conjunto o artigo durante a disciplina Ética Médica e Bioética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), tendo a professora Nedy Neves como orientadora.

