

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética”***

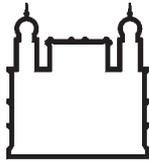
*por*

***Anibal Ribeiro Guimarães Junior***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm*  
*Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Heloisa Helena Gomes Barboza*

*Rio de Janeiro, março de 2014.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética”***

*apresentada por*

***Anibal Ribeiro Guimarães Junior***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia do Bonsucesso Teixeira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vania Siciliano Aieta

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm – Orientador principal

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

G963 Guimaraes Jr., Anibal Ribeiro  
Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. / Anibal Ribeiro Guimaraes Jr.. -- 2014.  
149 f.  
Orientador: Schramm, Fermin Roland  
Barboza, Heloísa Helena Gomes  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.  
1. Genitália Ambígua. 2. Intersexo. 3. Intersexualidade.  
4. Anomalias da Diferenciação Sexual. 5. Hermafroditismo. 6. Ética.  
7. Bioética. 8. Recém-Nascido. 9. Anormalidades Urogenitais.  
10. Transtornos da Diferenciação Sexual. 11. Cirurgias Genitais.  
12. Infância. 13. Mutilação Genital. I. Título.  
CDD – 22.ed. – 616.694

## Resumo

Sob a perspectiva da bioética da proteção esta tese tem como objetivo investigar se as cirurgias genitais realizadas em crianças recém-nascidas diagnosticadas como intersexo, portadoras da chamada “genitália ambígua” – uma das “anomalias da diferenciação sexual” (ADS) –, atendem, de fato, a seu melhor interesse. De acordo com a crença médica, é necessário normalizar e ajustar a anatomia do neonato ao padrão morfológico condizente com o sexo que for “descoberto” pela equipe multidisciplinar, na medida em que é a sua atipicidade anatômica o que dificultaria a pronta afirmação de seu sexo. Em geral, a equipe médica recomenda a imediata realização desses procedimentos por acreditar que o bem-estar psicosssexual da criança não será alcançado se houver incongruência entre o fenótipo de sua genitália e a identidade de gênero correspondente que, espera-se, desenvolverá. Dada a incapacidade cognitiva do neonato, cabe a seus responsáveis consentirem pela realização dessas cirurgias irreversíveis. O caso *John/Joan*, conduzido pelo psicólogo John Money desde 1967, é aqui examinado. Sua utilização para testar a teoria da “plasticidade de gênero” que Money e equipe vinham desenvolvendo desde a década de 1950, acabou por transformá-la no paradigma para os casos de mutilação genital e anomalias congênitas em crianças em boa parte do planeta. Contudo, nos Estados Unidos da América, a partir da segunda metade da década de 1990, pessoas adultas que haviam sido submetidas a essas mesmas intervenções em sua infância e adolescência começaram a relatar seu sofrimento psicosssexual, o qual, supostamente, seria atribuído às tais cirurgias genitais nelas realizadas. Embora controversa a própria conceituação do que são as ADS e, no tocante à genitália ambígua, inexistam consenso entre pesquisadores e entidades médicas quanto aos benefícios que justificariam a realização de intervenções para ajustar sua anatomia, algumas entidades médicas continuam a preconizá-las. Diferentes estudiosos alegam que os estudos apresentados para justificar a sua recomendação são questionáveis quanto à metodologia e análise dos resultados. No Brasil, a Resolução nº 1664 (R1664) de 2003, emitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) – órgão supervisor da ética profissional e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica - considera que a genitália ambígua em crianças diagnosticadas como intersexo constitui uma “urgência biológica e social” e recomenda “uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”. Nesta tese, a R1664 representa o seu principal objeto de estudo. O processo de elaboração e edição de tal documento é minuciosamente investigado, na medida em que o mesmo reitera a posição pró-intervenção do CFM, não obstante Recomendação do (PróVida), órgão do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). A Recomendação, com base nos processos que foram instaurados no Pró-Vida por pais de crianças intersexo que se insurgem contra a alegada beneficência das cirurgias genitais, questiona a sua recomendação e realização, e coloca em xeque a justificativa de que as mesmas atenderiam ao melhor interesse da criança. O referido documento reúne, de maneira bastante clara e objetiva, as principais questões trazidas ao debate nas duas últimas décadas pela comunidade científica internacional e, também, o movimento de pessoas intersexo. Desde então, a comunidade médico-científica nacional permanece silente quanto às controvérsias que, no âmbito científico, cercam a recomendação das cirurgias genitais. Não foram localizados trabalhos acadêmicos que, no Brasil, questionem a legitimidade da R1664, da forma como se propõe esta tese. Examina-se a R1664 à luz da bioética principialista - sobretudo quanto à beneficência, não-maleficência e autonomia dos afetados. A perspectiva adotada nesta tese é que, à luz da bioética laica, não são justificáveis as intervenções médico-cirúrgicas irreversíveis em genitálias ambíguas de crianças diagnosticadas como intersexo quando não houver risco de graves danos à sua saúde ou risco de vida.

**Palavras-chave:** genitália ambígua; intersexo; intersexualidade; anomalias da diferenciação sexual; hermafroditismos; ética; bioética; recém-nascido; anormalidades urogenitais; transtornos da diferenciação sexual; cirurgias genitais; infância; mutilação genital

## **Abstract**

Based upon the bioethics approach, this thesis aims to investigate whether or not genital surgeries on newborn children diagnosed as "intersex", due to their "ambiguous genitalia" - one of the "disorders of sexual development" (DSD) - will undeniably be to their "best interest". In accordance with medical belief, it is necessary to normalize and adjust the newborn's anatomy, in order to conform with the morphological standard of one "sex" only; that is, that of a male or a female. Generally, according to the multi-professional team in charge, every intersex newborn has a "hidden" sex in his/her body, which, though not obvious, must be "found". In most cases of ambiguous genitalia, the newborn immediately undergoes genital surgery, due to a belief that no psychosexual well-being will be experienced by that child as long as there is some incongruence between his/her genitalia and the gender identity he/she will come to develop. Moreover, the therapeutics prescribed by the multi-professional team must be conducted upon consent of the newborn's parents, due to his/her lack of cognitive, legal and moral capacity. The infamous John/Joan case - presented to academics and medical professionals in the early 70's by the psychologist John Money - is also examined here, for the relevance of Money's "theory of gender plasticity" consecration by Medicine, in most Western countries, as the paradigm for cases dealing with children's genital mutilation and congenital disorders. Notwithstanding, initially, in the United States, from mid-1990's on, intersex adults started to voice their psychosexual dissatisfaction and suffering, supposedly as the result of genital surgeries they underwent throughout their infancy and adolescence years. There is substantial controversy among medical and professional associations with respect to the concept and definition of DSD. Regarding ambiguous genitalia, researchers and medical professionals have yet to come to a consensus on whether or not genital surgeries must be performed on intersex children and, above all, if these very surgeries are unequivocally beneficial to the children. Different researchers claim questionable the existing methodological and data analysis used to justify the recommendations for genital surgeries. Notwithstanding, medical associations - as it is the case in Brazil, where its Federal Council of Medicine (CFM) disciplines and sets the rules for the medical profession - insist on recommending genital surgeries to every intersex child diagnosed with ambiguous genitalia, for they consider it to be of a "biological and social urgency". In Brazil, medical procedures and recommendations to the diagnosis of an intersex newborn are set by CFM through its Resolution 1664/2003. In this thesis, the Resolution's scope is its main subject of study and it is, therefore, thoroughly examined. Unlike the international medical, scientific and grassroots movements' strong discussions on the topic of genital surgeries, the Brazilian medical community remains silent about such controversies, and no intersex groups have been developed so far. Also in this thesis, under the lights of bioethics, it is argued that irreversible genital surgeries performed in intersex infants and babies diagnosed with ambiguous genitalia are not justifiable, when there is no potential risk to health and of the threat to life.

**Keywords:** ambiguous genitalia; intersex; intersexuality; disorders of sex development; hermaphroditism; ethics; bioethics; newborn; urogenital abnormalities; disorders of sex differentiation; genital surgeries; infancy; genital mutilation

## Sumário

<b>Introdução</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo I: A (in)visibilidade da pessoa intersexo</b>	
1. A dificuldade conceitual e metodológica da intersexualidade	20
2. “Hermafroditas” ao longo da História	31
3. O caso David Reimer	49
4. As narrativas de pessoas intersexo	57
<b>Capítulo II: Verdades instáveis da ciência médica</b>	
1. Consensos e dissensos em torno da intersexualidade	69
2. A metamorfose da terminologia	75
3. Considerações bioéticas sobre a R1664	84
<b>Capítulo III: A questão da genitália ambígua à luz da bioética</b>	
1. Problemas éticos	103
2. Problemas jurídicos	107
2. O estado-da-arte da intersexualidade	121
3. Cirurgia genital como afronta aos princípios da autonomia e beneficência da criança intersexo	131
<b>Considerações finais</b>	<b>137</b>
<b>Referências</b>	<b>142</b>

## Agradecimentos

Um dia, em sala de aula, o coordenador informou aos alunos presentes que estavam abertas as inscrições para o mestrado, e pediu que se manifestassem aqueles interessados em participar do processo seletivo. Leitor obcecado, pesquisador dedicado, imaginando que a vida acadêmica representava, de fato, uma possibilidade para minhas aspirações, vislumbrei naquele momento a oportunidade de avançar em meus estudos. Embora fosse bolsista e, em tese, pelo menos até aquele momento, fossem muito poucas as oportunidades para alguém com esse perfil, sem hesitar, levantei meu dedo. A cada um dos potenciais candidatos, ele foi fazendo comentários, parabenizando-os, em geral, por sua determinação. Quando chegou a minha vez, ele disse apenas que eu estava “muito velho” para pensar em fazer planos acadêmicos e me aconselhou a desistir. Tinha eu 39 anos de idade.

Esta tese resulta do enfrentamento e da superação de inúmeros obstáculos. Alguns aparentemente triviais, risíveis até, sobretudo agora. Se, como dizem alguns, o doutorado é um processo iniciático, a sua conclusão implica em se ver outro.

Silêncio e concentração para estudar são as maiores necessidades de alguém em seu doutorado. Mesmo quando se consegue reunir tais condições, o desafio seguinte é mantê-las. Embora extremamente prazeroso e gratificante, esse processo, nada fácil, finalmente chega a seu fim.

Obras intermináveis por todos os lados na vizinhança: a cada dia, uma parede colocada a baixo, um encanamento estourado, uma máquina qualquer com seu ruído constante... o telefone que não para de tocar, o celular com mensagens que jamais me interessam, o interfone histérico, alguém que toca por engano a campainha ou fala muito alto nas janelas e nos corredores... a indiferença dos vizinhos que insistem em fazer o máximo de barulho possível ao longo do dia e, diante de minhas reclamações, se justificam dizendo que “a lei do silêncio começa às 10 da noite” são os mesmos vizinhos que fazem barulho, arrastam móveis e falam alto às 3 da manhã, como se a mesma “lei do silêncio”, invocada anteriormente por eles em seu próprio benefício, tivesse sido repentinamente revogada... barulhos, muitos barulhos, todos ensurdecedores, enlouquecedores... o cansaço físico que nem sempre induzia ao sono, mesmo quando era hora de dormir... o acordar no meio da noite com um *insight* para a tese e a dificuldade/impossibilidade de voltar a dormir logo em seguida... o sono incontrolável no meio da tarde, quando era hora de estudar, e não de

dormir... a conexão da internet que não funcionava quando dela mais precisava, as muitas horas perdidas ao telefone tentando ser atendido por um *call-center* inútil para exigir meus direitos de consumidor... as plantas do terraço sedentas, clamando por água... a louça e a roupa por lavar, a vassoura que me olhava e esperava que eu a tirasse para dançar pela casa, o mercado por fazer, o ir ao banco pagar contas... ligar para fulano ou beltrano, só para me mostrar vivo e deixar claro que amigos e amigas não foram esquecidos e continuam essenciais à vida... ufa! Tudo parece feito para nos perturbar e dificultar o exercício da leitura e da reflexão. Conciliar as tarefas cotidianas, obrigatórias, à disciplina exigida foi um enorme aprendizado.

Foram muitas viagens: fiz diversas visitas a determinados serviços de saúde em São Paulo e Uberlândia, fiz trabalhos de campo, participei de muitos eventos para apresentar e coordenar trabalhos, escrevi alguns artigos. Agradeço aos convites para falar sobre determinados assuntos nos mais diferentes pontos do país, e espero ter contribuído, de alguma forma, com as causas às quais fui associado. Do aeroporto no Rio de Janeiro ao aeroporto na cidade destino, de lá, correndo, para o local do evento, deste para o quarto do hotel, novamente de volta ao local do evento, e de lá para o aeroporto, de volta para o Rio de Janeiro. Vendo as cidades pela janela do táxi e do quarto do hotel. Tudo, às vezes, em menos de 12 horas. Essa é a vida no doutorado.

Quatro colegas que conosco começaram o curso de doutorado, por razões trágicas, lamentavelmente não puderam completa-lo. É o caso de Cecília Fiorotti, Ângela Sampaio e o português Rui Filipe. Outra colega, a ginecologista Stella Sandi (PPGBIOS), que me acompanhava desde 2007 no curso de especialização em Bioética no Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), e cujo maior sonho era o doutorado, também se foi, aos 40 anos de idade. Orgulho-me de ter sido seu grande incentivador para avançar nos estudos. Nossa turma terminou mais triste o curso que tão entusiasmadamente começou no ano de 2010. Gostaria de dedicar-lhes esse momento.

Ao longo do curso de Doutorado, sempre me preocupei se, ao final, conseguiria lembrar e expressar adequadamente minha gratidão a todas as pessoas que, sob diferentes formas, e em momentos diversos, contribuíram para a sua conclusão. Chegada a hora, espero dar conta desse dever moral.

Às pessoas que “enxergavam” em mim um operador do direito... por respeito a vocês e máxima consideração a mim, desisti da carreira. Penso que, ao final, ganhamos todos;

Aos membros da banca de qualificação, pelas sugestões a meu projeto;

Às pessoas que, como sempre, não escondem sua perplexidade com os temas que investigo na pós-graduação e, de alguma forma preocupadas com minhas escolhas e possíveis dificuldades que imaginam que encontrarei, se justificam dizendo que “tem tanta coisa menos complicada por aí...”;

Às pessoas que se mostram sinceramente interessadas em melhor conhecer o que pesquiso, e me permitem falar, falar, falar a esse respeito e, ao final, têm sempre alguma coisa interessante para perguntar;

Às pessoas que insistiam em me lembrar que meu objeto de estudo no doutorado não era mais a transexualidade, ou a travestilidade mas, sim, a intersexualidade. Sempre achei muita graça de sua carinhosa preocupação: não obstante a clara distinção, a culpa é do pesquisador que, teimoso, vê inúmeros pontos de contato/convergência entre todas elas;

Aos profissionais do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo, pela acolhida excepcional nas diversas ocasiões em que lá estive para tudo entender sobre o serviço recém-implantado. Aprendi demais com eles. Meu carinho especial por Maria Clara Gianna, Judit Busanello, Filomena Cernicchiaro, Ricardo Martins, Maria Lúcia Macedo, Heloísa Hanada, Angela, Marta, Liris, Claudete e demais servidores que tornaram especialmente agradáveis meus dias na cidade de São Paulo. Minha emoção por todas as suas usuárias que lá conheci – sobretudo, Solange - e me fizeram conhecer um pouco de suas histórias apaixonantes e, ao mesmo tempo, dolorosas;

À Defensora Pública Luciana Mota, do NUDIVERSIS;

Ao Procurador de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Dr. Diaulas Costa Ribeiro, bem como ao médico Rodrigo Avellar, e a Luciano Galvão de Souza, servidores da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde (Pró-Vida);

Aos professores da ENSP, pela excelência e robustez dos conhecimentos oferecidos, em especial Willer Baumgarten, Célia Leitão – inesquecível, desde o Mestrado – Nilson do Rosário, Rosana Magalhães, Carlos Otávio Fiúza Moreira, Alberto Najar, Tatiana Wargas, e Cristina Guilam;

Aos funcionários da SECA, em especial, Fábio Balbino e Eduardo;

À equipe da coordenação de pós-graduação em Saúde Pública, em especial Joselmo, sempre solícito e compreensivo com minha correria, prazos, urgências sem fim;

A Maria Emília Duarte, do Comitê de Ética em Pesquisa (ENSP/Fiocruz), sempre prestativa e elegante, por sua generosidade, paciência e extrema competência;

Aos colegas que conheci na ENSP, ainda no Mestrado, em 2007, cuja amizade perdura, e que comigo dividem as muitas angústias, alegrias e conquistas ao longo desses anos, como é o caso de Márcia da Silva Oliveira, Cristiane Santana, e Cláudia Mora;

Agradeço a Sonia Corrêa por me apontar, sem querer, o “melhor interesse” da criança, e também por me aceitar como “penetra” de seus muitos, e interessantíssimos, eventos;

Aos autores brasileiros e estrangeiros com quem me correspondi e foram generosos em me fornecer seus textos: Moara Santos, Iain Morland, Jemima Repo, Nikki Sullivan, Juan Carlos Jorge, Silvia Garcia Dauder e Timothy F. Murphy;

À pesquisadora Shirley Acioly, pelo canal de diálogo aberto e pelas conversas esclarecedoras;

Agradeço a Paula Sandrine Machado por me ajudar, logo no início do doutorado, a montar uma bibliografia e me permitir copiar seu farto material de pesquisa. No verão de 2011 passei 10 dias em Porto Alegre para melhor conhecer seu trabalho;

A Juan Carlos Rosso Verdeal, sábio e preciso no uso das palavras, cuidadoso em seu agir, além de me fazer enxergar muitas possibilidades, também atçou minha coerência;

À Graça Portela, sempre sensível e discreta, qualidades admiráveis;

Às professoras Frida e Inês, pela hospitalidade incondicional;

À querida Cláudia Celeste, com quem retomar a amizade significa, também, retomar a vida de seu ponto mais efervescente para, assim, eternizá-la. Agradeço por exigir de mim a responsabilidade de narrar as nossas muitas vidas;

Aos poucos e sempre presentes amigos que, nesses muitos anos, souberam entender meus muitos defeitos e particularidades. Sua disponibilidade me assombra. No bom sentido, é claro! Jurema, Gladson, Didi (90 anos!), Fátima Alencar, Xane, Vera Ventura, Claudínea, Enzo, Jorge Bruno... gente especial e, ao mesmo tempo, tão simples...

Às amigas Berenice Bento e Flávia do Bonsucesso Teixeira, sempre generosas, extremamente rígidas e éticas, como admiro e tento ser. Às duas, recorri algumas muitas vezes, sempre por razões que me pareceram necessárias. Verdadeiros ou não os meus motivos, elas, com um baita sorriso, sempre se fizeram disponíveis e presentes;

A Lilian Cristina Burlamaqui Duarte, minha muito querida professora no curso de Relações Internacionais, no IRI/PUC. Sua solidariedade quando me ligou de um telefone público, num dia de inverno em Moscou, só para ouvir meu desabafo em meio a uma

Niterói quente e úmida, é um gesto inesquecível. Seu encorajamento me lembrava constantemente a responsabilidade de concluir o que comecei;

A Vânia Aieta, querida amiga, minha professora na graduação, sempre presente, com quem divido muitas histórias;

A meu muito querido sobrinho, Sébastien Paul-Norbert Moitzhein, que em seus 26 anos de idade, me alegra imensamente por suas realizações pessoais, acadêmicas e profissionais, *tão a seu tempo*, e me deixa sentir um pouquinho do gosto da paternidade (ir)responsável;

A Daniela, *mon frère de coeur*, imbatível do alto de seus 70 anos, em Paris ou no Rio, sempre uma referência extremamente forte;

A minha tia Daisy, que completará esse ano 80 “primaveras”. Extremamente generosa e doce, sempre soube me ouvir e, como ninguém, me acolhe em minhas muitas necessidades;

É inevitável chegar aos 52 anos e se dar conta de que não estão mais por perto algumas pessoas que não apenas me viram nascer como, também, são muitíssimo queridas. É o ônus que têm todos e todas que se cercam dessa inesgotável fonte da juventude que é a maturidade. É uma grande pena que alguns se foram nesse meio tempo, mas muito me consola a sua lembrança: meus tios Ruy, Maria Helena e Cirley, pessoas tão especiais quanto únicas, que sempre fizeram questão de demonstrar a minha importância para eles;

À minha irmã, Vera Maria – *so young at 70!* -, pela compreensão de minhas singularidades e por sua generosidade;

Àquele que, ao longo desses anos, jamais pronunciou meu nome, nada me pede, mas me enche de alegria a cada vez que bate à minha porta – sempre no momento certo! - e, em sua simplicidade, simplesmente sorri;

A meu orientador, Fermin Roland Schramm, que muito me ensina sobre o ato de pensar e a importância do desconstruir;

Não tenho palavras para expressar os mais sinceros agradecimentos a minha orientadora Heloísa Helena Gomes Barboza que, com pulso firme e impecável condução, me guiou ao longo desse curso e soube, no correr desses anos, preservar nossa grande amizade, anterior a sua própria orientação. E não só isso. É seu um grande exemplo que trago comigo de lisura, profissionalismo, seriedade, responsabilidade e excelência em tudo o que faz;

Por fim, agradeço a K.I.B., que um dia, preocupado com meu presente, me contratou para organizar sua biblioteca particular. Em suas prateleiras, desenhei meu futuro.

## Introdução

Sob a perspectiva da bioética laica – isto é, não religiosa ou transcendental, cuja reflexão e discussão se dá no nível “das razões, da argumentação racional” (Durand, 2007) -, esta tese tem como objetivo investigar se as cirurgias genitais realizadas em crianças recém-nascidas diagnosticadas como intersexo, portadoras da chamada “genitália ambígua” (GA), atendem, de fato, a seu melhor interesse. De acordo com a crença médica<sup>1</sup>, é necessário normalizar e ajustar a anatomia do neonato ao padrão morfológico condizente com o sexo que for “descoberto” (Machado, 2008b, p. 135) pela equipe multidisciplinar, na medida em que é a sua atipicidade anatômica o que dificultaria a imediata afirmação de seu sexo. Sem se fixar “em critérios rígidos”, sugerem Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2007, p. S184), que “uma genitália é ambígua sempre que ofereça dificuldade para o médico (supostamente conhecedor das variantes da normalidade de uma genitália externa) atribuir o sexo à criança”.

A necessidade de se ajustar a genitália da criança ao sexo “descoberto” é justificada pela crença de que seu bem-estar psicossocial não será alcançado se houver incongruência entre seu fenótipo e a identidade de gênero correspondente que, espera-se, desenvolverá. Dito de outro modo, o corpo de todo bebê designado como “menina”, por exemplo, deverá apresentar uma vagina para que ela se “transforme”, se reconheça, e seja socialmente percebida como “mulher”; em relação aos meninos, é o pênis e os testículos que o farão se “transformar”, se reconhecer e ser socialmente reconhecido como “homem”. A perspectiva adotada nesta tese é que, à luz da bioética laica, não são justificáveis as intervenções médico-cirúrgicas em genitálias ambíguas de crianças diagnosticadas como intersexo quando não houver risco de vida.

A Resolução nº 1664 (R1664), emitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2003, “define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de

---

<sup>1</sup> Para a melhor compreensão do significado que tem o termo “crença”, recorro a Schramm (2014). Para o autor, “o conhecimento dito ‘científico’ é um tipo particular de conhecimento, que deve satisfazer determinadas condições para se distinguir dos demais tipos de conhecimento ou crenças”. A chamada “crença científica” se desenvolve com base “em vínculos de tipo cognitivos da ordem do verdadeiro/falso, mas que é também influenciada por fatores sociais e econômicos, e que deverá ser diferente de: (1) uma ‘crença ordinária’ - pertencente ao assim chamado ‘senso comum’ -; (2) uma ‘crença ideológica’ - que legitima a ordem político-social das sociedades modernas não devido a seu valor de verdade, mas devido a ‘forças’ (interesses, paixões, dispositivos) que dominam o imaginário social, mas que estão fora de alcance do controle social -; (3) uma ‘crença mágica’ - que alguns consideram produto de uma mentalidade dita ‘primitiva’ -; (4) uma ‘crença religiosa’ - relacionada com sentimentos de disciplina, hierarquias e submissão -”. Contudo, verifica-se ao longo desta tese que a Medicina, para sustentar as terapêuticas que prescreve, tem se utilizado de argumentos, ao mesmo tempo, científicos e ideológicos.

anomalias de diferenciação sexual [ADS]” e considera que a genitália ambígua (GA) em crianças diagnosticadas como intersexo constitui uma “urgência biológica e social” e recomenda “uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”.

Nesta tese, a R1664 representa o seu principal objeto de estudo. É relevante que se investigue minuciosamente o processo que culminou na sua elaboração e edição. Tal documento representa o posicionamento do CFM em resposta à Recomendação nº 001091/01-8 (RMP) da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde do Distrito Federal (PróVida), órgão do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

Se, à primeira vista, a proposta de investigar a RMP pode parecer ultrapassada depois de decorridos mais de 10 anos da aprovação da R1664 pelo CFM, argumenta-se que os vícios observados em sua origem justificam a pertinência de sua discussão na atualidade, não obstante o silêncio da comunidade médico-científica nacional a esse respeito. Uma vez que permanece a sua vigência, as questões suscitadas na referida Recomendação clamam pelo estrito exame da R1664 à luz da bioética.

A Recomendação do Pró-Vida ao CFM sintetiza, de maneira bastante clara e objetiva, as principais questões trazidas ao debate nas duas últimas décadas pela comunidade científica internacional e, também, o movimento de pessoas intersexo. Embora pertinentes algumas críticas à proposta de centralização no referido órgão da autorização para realização das cirurgias genitais, é excepcional a atualidade do conteúdo do referido documento. Sua dupla importância pode ser atribuída ao fato de que a discussão proposta se daria na esfera interinstitucional e que é atribuição constitucional do Ministério Público fiscalizar a lei. Nesse aspecto específico, ressalte-se que “cabe ao Ministério Público expedir recomendações visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, em especial aos interesses e direitos da criança” (RMP, pp.1-2). No tocante à discussão ética que envolve a realização de cirurgias genitais em GA, esse é inegavelmente o ponto máximo a que se conseguiu avançar em nosso país. Seu encaminhamento à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ocorreu em maio de 2001, após a instauração naquele órgão de dois processos por parte de pais inconformados com as propostas cirúrgicas para os casos de seus filhos portadores de GA.

Questões que são recorrentemente objeto da preocupação de pesquisadores e acadêmicos no campo da realização das cirurgias em GA figuram dentre os principais pontos elencados na Recomendação: (i) “a ambiguidade genital não põe em risco a vida nem a saúde da criança”, (ii) não existem “padrões absolutos para que se possa indicar a designação e gênero nos primeiros anos de vida, não se justificando, portanto, os riscos irreversíveis de uma cirurgia prematura”, (iii) “o papel do médico, nos casos de GA, é de procurar identificar o gênero, e não o de construir um gênero com hormonioterapia ou cirurgia”, (iv) “a designação prematura do gênero é uma solução que não visa ao bem-estar da criança, alheia à ambiguidade nos primeiros anos de vida”, e (v) “a prematura designação sexual é realizada para atender aos interesses dos pais; sua verdadeira pretensão é a definição de um gênero social” (RMP, pp.2-3).

O expressivo e robusto corpo teórico construído em torno da intersexualidade por outros campos de saber que não a Medicina ao longo das duas últimas décadas contribui para qualificar os argumentos de pessoas intersexo contrárias à realização de cirurgias genitais em GA. Para esse segmento, seu alegado sofrimento psicossocial supostamente decorre das inúmeras intervenções cirúrgicas que sofreram, e não corresponde à beneficência prometida pelos médicos quando lhes são prescritas determinadas terapêuticas interventivas. A corroborar a força de suas narrativas, diversas entidades e estudos científicos (*National Institutes of Health*, 2013; Hurwitz, 2010; *American Psychological Association*, 2006; Beh and Diamond, 2006; Diamond, 2000; Fausto-Sterling, 2000 etc.) (i) apontam a inexistência de evidências capazes de sustentar as terapêuticas propostas, (ii) questionam a metodologia utilizada nos estudos e resultados apresentados e, como Houk & Lee (2012, *summary*), (iii) reconhecem que permanece “inadequada” a “compreensão científica de [muitas questões relacionadas] às ADS [de modo a se] fornecer linhas de cuidado sólidas para a abordagem das questões mais controversas”. Tais considerações, somadas aos argumentos elencados pelo MPDFT em sua Recomendação – os quais questionam as propostas terapêuticas interventoras em GA da criança intersexo -, conclamam para que as autoridades médicas competentes procedam ao reexame daquilo que preconizam.

Tampouco o tratamento da intersexualidade em nossos tribunais tem merecido atenção nos trabalhos acadêmicos pesquisados. Se é verdade que se verifica a sua virtual inexistência na jurisprudência nacional, isto não significa que a questão, *per se*, não mereça análise. Supor a inexistência da intersexualidade como tema das demandas submetidas à apreciação de nossos tribunais pode, na verdade, apontar para a existência de um sutil e

natural processo de invisibilização do tema. Se esse processo de invisibilização existe de fato, a que se pode atribuir o fenômeno? Esse deslocamento da percepção do pesquisador pode, ao final, contribuir significativamente para a compreensão da real dimensão que a questão apresenta. Novamente, o fato de que tais pesquisas acadêmicas não se inserem no âmbito do Direito não justificaria a ausência de discussões a esse respeito.

À irreversibilidade que caracteriza as propostas cirúrgicas de intervenção na chamada genitália ambígua de neonatos, se soma a sua incapacidade legal e cognitiva para oferecer consentimento. Assim, cabe a terceiros – pais ou responsáveis informados pela equipe multidisciplinar que diagnostica as “anomalias da diferenciação sexual” (ADS) -, consentirem. É significativa a responsabilidade da equipe em seu convencimento, na medida em que lhe cabe esclarecer o que for necessário para a decisão dos pais, em sua maioria pessoas leigas e afligidas pela situação de seu/sua filho/a. Neste contexto, é razoável considerar que pais autorizam tais procedimentos não apenas porque confiam na palavra do médico, mas porque acreditam estar atuando em prol do melhor interesse daquela criança.

Nem sempre, porém, são apresentados argumentos convincentes aos pais. É o caso, por exemplo, que Machado (2008b) acompanhou em uma maternidade no Rio Grande do Sul, por ocasião da revelação aos pais do diagnóstico de GA em seu filho recém-nascido. Embora, a olho nu, as “pequenas” dimensões daquele *phallus* remetessem à ideia de um pênis, para a equipe multidisciplinar, a “melhor solução” seria a sua remoção cirúrgica, seguida da criação de uma vagina. Na opinião de seus integrantes, esta seria a única possibilidade de redução dos danos psíquicos a que aquela criança estaria exposta ao longo de sua vida. Mostrando-se surpreso com aquela “solução”, o pai revelou à equipe que o seu próprio pênis era igualmente pequeno, o que não representara qualquer empecilho para fecundar sua esposa. A avó paterna, também presente, disse que o pênis de seu marido também era “pequeno” e que ambos tiveram uma vida sexual bastante satisfatória. Segundo a bióloga Fausto Sterling (2000, p.58), a “urgência” em se remover o micropênis que, muitas vezes, é observado no momento do nascimento de um bebê pode se revelar uma decisão equivocada, na medida em que esse mesmo pênis, sem sofrer qualquer intervenção médica, pode se desenvolver durante a puberdade, atingindo o que se considera como “tamanho normal”.

Na literatura científica norte-americana da intersexualidade, a “retórica do vestiário” (*“the locker-room” rhetoric*) é frequentemente sinalizada como um fator psicologicamente

desestabilizador para a pessoa intersexo que não tiver “normalizada” sua anatomia genital atípica. Naquela sociedade, o vestiário - longe de ser utilizado como local para a simples troca de roupa antes e depois das atividades esportivas - constitui um espaço no qual atletas de sexo masculino reiteram sua posição hegemônica patriarcal, (re)afirmando-se uns aos outros, no atendimento do que Adrienne Rich (1980) denomina de “heterossexualidade compulsória”. No vestiário, a superioridade física masculina não é tida como *apenas* um dado biológico, mas um *constructo* ideológico. No tocante ao masculino, esse *constructo* deve ser (re)produzido por meio de performances rituais, as quais promovem o narcisismo e excluem a vulnerabilidade. Ao mesmo tempo em que exhibe corpos moldados para serem invencíveis, o vestiário acaba por tornar vulneráveis esses mesmos corpos. Em resumo, o vestiário oferece um espaço masculino único, no qual mitos e verdades sobre gênero e sexualidade são criados e desafiados. (Disch and Kane, *apud* Chawansky, 2010, p.171).

Autores como Morland (2007) desconfiam dessa assertiva e questionam se, de fato, poderia mesmo suscitar comparações indesejáveis e, até mesmo, resultar na sua eventual “humilhação”, o usuário que, em um vestiário, for percebido como portador de genitália atípica. Avançando seu argumento, diz Morland (2009) que, ao contrário, a cirurgia genital é que pode acabar tornando “estranhas” anatomias que, de outra forma, passariam despercebidas. Outro fator considerado psicologicamente “desestabilizador” é a incapacidade que apresenta o menino portador de hipospádias de urinar em pé. Para a Medicina, sua cirurgia de correção é considerada “fundamental” por lhe possibilitar exibir comportamentos socialmente chancelados, isto é, urinar em pé e projetar o jato à frente. Spinola-Castro (2005, p.57)<sup>19</sup> corrobora este raciocínio quando afirma que “o objetivo inicial da cirurgia é permitir que a criança esteja de acordo com o sexo e gênero designados e, também, permitir aos pais um benefício psicológico”.

A afirmação médica de que devem ser envidados todos os esforços para que se promova o ajuste psicossocial da criança intersexo não deve, contudo, se sobrepor à estrita observação do princípio do “melhor interesse” como justificativa para os procedimentos médico-cirúrgicos a que esta mesma criança for submetida. Como bem sugere Barboza (orientação), o “melhor interesse” da criança é a regra de ouro no Brasil. No caso da criança portadora de genitália ambígua, o atendimento a esse princípio faz-se ainda mais urgente, dada a irreversibilidade que caracteriza as diferentes cirurgias genitais a que poderá ser submetida e, também, a centralidade que têm a identidade sexual e a identidade de gênero para o desenvolvimento da personalidade de toda pessoa. Desse modo, a

preocupação primeira da equipe multidisciplinar deve ser evitar, ao máximo, que procedimentos irreversíveis desnecessários sejam adotados, e, assim, se fechem as portas do futuro da criança, o que consistiria em uma afronta.

Se, para a Medicina, a cirurgia genital em recém-nascidos é a regra para o diagnóstico de intersexualidade em que se constate atipicidade na aparência da genitália, este posicionamento não é pacífico, e encontra diferentes graus de resistência à generalidade na sua recomendação e, até mesmo, oposição absoluta por parte de alguns setores, como visto a seguir. A favor de uma espécie de moratória quanto à urgência com que se dão estas intervenções, ou mesmo a sua completa proscrição, encontra-se, de um lado, expressiva parcela do movimento internacional de ativistas em direitos humanos, bem como numerosos estudiosos, médicos (Beh and Diamond, 2006), entidades privadas (*Intersex Society of North America*, 2008; *Accord Alliance*, 2012) e governamentais da área da saúde pública (*National Institutes of Health*, 2006), dentre outros. Do outro lado, apontando para eventuais riscos que uma eventual postergação – ou moratória – desses mesmos procedimentos significaria, tem-se diferentes entidades associativas de categorias profissionais das áreas das ciências biomédicas (*American Academy of Pediatrics*, *American Medical Association*, CFM - através de sua R1664), pesquisadores e médicos (Damiani & Guerra-Júnior, 2007), dentre outros.

Dada a relevância que tem o Direito na relação entre o cidadão e o Estado, é preciso analisar algumas de suas instâncias normatizadoras. É o caso, por exemplo, da interface entre Direito e Medicina no tocante à intersexualidade, a qual, como se procurará demonstrar, é ainda bastante conservadora. Segundo a professora Míriam Ventura (2010, p. 231), a “ética naturalista” que permeia o Direito acaba fazendo com que ele “se [relacione] com essas ‘ciências da vida’ de forma naturalizadora, procurando uma razão segura para a sua fundamentação que é absolutamente política e social”. Embora, é claro, Medicina e Direito sejam campos de saber distintos, o Direito, por sua obrigação/papel de dirimir conflitos na sociedade, não pode ignorar algumas das questões “em jogo” no atual debate sobre a intersexualidade. É o caso, por exemplo, de se reconhecer, na R1664 a afronta a alguns direitos da criança intersexo. Questão como essa e outras são analisadas no subitem “problemas éticos e jurídicos” do terceiro capítulo.

Por sua vez, é benfazeja a preocupação do CFM quanto às repercussões que tem o regular exercício da profissão médica para o bem-estar psicofísico de seus pacientes. A existência, por exemplo, de uma Resolução do CFM que ampara a conduta médica na

realização de cirurgias de transgenitalização e demais procedimentos em indivíduos diagnosticados como transexuais não afasta o risco de sua eventual tipificação como crime de lesão corporal grave - tal como previsto em nosso Código Penal, em seu artigo 129, §2º, III – caso se verifique a ocorrência de imperícia, imprudência ou negligência médica. É essa mesma *ratio* que determina que podem ser responsabilizados os médicos que realizam cirurgias genitais para normalizar a aparência atípica da genitália ambígua em crianças diagnosticadas como intersexo. Para o Direito, são os seus resultados o que interessa quando se trata de reconhecer a existência de lesão corporal grave. A irreversibilidade dos resultados das cirurgias em adultos transexuais e em crianças intersexo justificaria a penalidade aplicável.

A tentativa de se pesquisar a jurisprudência brasileira para melhor conhecer a análise do mérito e a qualidade de decisões possivelmente relacionadas à intersexualidade esbarra no chamado “segredo de justiça”. A maioria esmagadora dos casos que tramitam em nossos tribunais e têm como causa de pedir (*causa petendi*) alguma questão relativa aos chamados direitos personalíssimos – sobretudo quando a demanda visa à retificação no Registro Civil de prenome e sexo - não está disponível para consulta a terceiros que não sejam parte nos referidos processos, nem tampouco é acessível através dos seus portais na internet. O ponto máximo a que se consegue chegar na tentativa de encontrar alguma decisão que aluda à questão da intersexualidade é a ementa, elemento comum a todas as decisões em sede recursal (2º grau). Contudo, esse é um exercício meramente especulatório, o qual não possibilita qualquer conclusão a respeito de referi-la à intersexualidade, na medida em que são muito pouco esclarecedoras as informações ali contidas. Decisões em 1º grau, que não são objeto de recurso – independentemente de sua sentença, favorável ou não -, acabam ignoradas nessa triagem, visto que nem mesmo possuem ementa para eventual consulta.

Por outro lado, ao se tentar examinar mais atentamente as ementas que tratam do tema da retificação civil – expressão admitida como critério para pesquisa - não se consegue avançar e precisar com segurança quanto a seu mérito, isto é, se se trata, de fato, de uma ação que tem na redesignação sexual de uma pessoa intersexo a sua causa de pedir. Nesse aspecto, é razoável que o direito à privacidade justifique a tramitação daqueles processos em regime de “segredo de justiça”, sobretudo quando se sabe que poucos sentimentos positivos perpassam as experiências das pessoas intersexo. Entretanto, dado o relativo número de decisões monocráticas favoráveis aos pedidos de retificação do Registro Civil de transexuais – e, mais recentemente, de travestis – que têm sido observadas em nosso país,

mas não publicizadas, é razoável pensar que nossos magistrados tenham a mesma compreensão quanto à necessidade e urgência de também serem atendidos os pedidos de pessoas intersexo que apresentam incongruência entre sua aparência e identidade de gênero em face do que atestam seus documentos.

São desconhecidos em nosso país grupos organizados de defesa dos direitos das pessoas diagnosticadas como intersexo, ou mesmo pessoas que, isoladamente, se reconheçam como tal e relatem suas experiências pessoais. Esta percepção é igualmente compartilhada por Shirley Acioly ao longo das pesquisas que realizou em seu curso de Doutorado. Para ela, “vergonha, estigma e medo da discriminação podem ser as principais justificativas para esse silêncio”. Não obstante essa invisibilidade, o que algumas vezes se verifica em nosso país é a inclusão do termo “intersexo” no discurso do movimento social de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e, às vezes, o acréscimo da letra I, de intersexo, ao acrônimo LGBT, resultando assim em “LGBTI”. Contudo, como bem observa Acioly, essa visibilidade da intersexualidade no âmbito do movimento social se dá muito mais pela sua “vinculação ao discurso de transexuais e travestis” do que pelo reconhecimento de suas singularidades e especificidades. Sob essa perspectiva, quando não fadada a ser socialmente reconhecida como mais uma identidade ancorada sob o “guarda-chuva” da diversidade sexual, a intersexualidade permanece invisível.

As investigações sobre a intersexualidade realizadas ao longo do curso de Doutorado – com foco na chamada genitália ambígua por conta da atipicidade na sua aparência – conduzem, inevitavelmente, ao seguinte questionamento: afinal, é esta uma questão *exclusivamente* médica? A julgar pelas insubordinações de determinados médicos a propostas terapêuticas até então consagradas para os casos de GA em neonatos, pelas críticas de certos pesquisadores na área da saúde, e pelo posicionamento de alguns setores dos movimentos sociais em favor da moratória das cirurgias, parece questionável a legitimidade da Medicina para dizer o que é normal e o que é patológico na questão da intersexualidade. E mais. Por não estar livre do ataque e do reexame crítico de seus métodos, o lugar que a Medicina ocupa pode representar um impasse em face de outros campos de saberes que contestam sua hegemonia e também pleiteiam legitimidade para seus discursos sobre a intersexualidade.

Uma questão em especial revelou-se extremamente importante ao longo do curso: se o discurso que questiona a legitimidade/propriedade da realização das cirurgias se apoia, sobretudo, nas narrativas das pessoas intersexo que a elas foram submetidas e contestam a

prometida beneficência como sua principal justificativa, o que se pode dizer em relação às outras pessoas que também se submeteram à mesma cirurgia e demais terapêuticas e não se pronunciam, seja para contestar, ou saudar, seus resultados? Qual sentimento pode melhor descrever sua compreensão da questão: satisfação, indiferença, desconhecimento, vergonha, receio das possíveis consequências que teria o seu pronunciamento, vulnerabilidade? Essas são questões sérias e não devem ser desprezadas quando se consideram as repercussões das terapias propostas.

A julgar pelas estimativas quanto à sua frequência – ainda que da maneira mais modesta possível -, não se pode imaginar que apenas as pessoas que se pronunciam contrárias às cirurgias é que têm opinião formada a esse respeito. Todas as pessoas na mesma condição têm uma opinião a respeito, ainda que desconheçam seus históricos médicos, ou seja, ignorem sua submissão a diferentes cirurgias genitais. Reconhecer, ou negar, a existência de sensibilidade genital e, também, a capacidade orgásmica independe de conhecimento prévio do próprio histórico médico. A princípio, salvo melhor juízo, no caso da pessoa que sofreu intervenção médico-cirúrgica em sua genitália, o conhecimento do histórico médico contribuirá para fazê-la compreender melhor ainda determinadas questões em sua sexualidade e, quiçá, identidade de gênero.

Caso seja afirmativa a resposta à pergunta sobre a exclusividade da Medicina na abordagem da questão da intersexualidade, novas perguntas surgirão: como justificar este domínio, sobretudo quando as pessoas afetadas alegam legitimidade para se pronunciar a esse respeito e se opõem às prescrições terapêuticas preconizadas pela Medicina?

Embora não sejam compulsórias as cirurgias genitais em neonatos por conta da aparência ambígua que podem apresentar, descartar a hipótese de sua realização pode ser interpretado por alguns como um gesto egoísta de pais ou responsáveis. A atitude condenatória de terceiros – e mesmo por parte de profissionais de saúde – quanto a não realização da cirurgia genital pode ser considerada como moralmente justa, na medida em que a mesma é considerada como redentora de um estado de incapacidade física.

Ao longo das pesquisas bibliográficas realizadas nesse curso de Doutorado, verifica-se em nosso país a escassez de trabalhos científicos voltados ao tema da intersexualidade realizados por pesquisadores de áreas outras que não a Medicina. O mesmo pode ser dito em relação aos temas de teses e dissertações dos cursos de pós-graduação *stricto-sensu*. É certo que cada trabalho deve ter como recorte um dado objeto que tenha pertinência com o campo de origem do pesquisador; porém, existem algumas questões que, salvo melhor

juízo, não podem ser negligenciadas na análise da questão da intersexualidade, sobretudo quando é esse o seu foco específico. É o que se verifica em relação aos poucos trabalhos que, efetivamente, analisam a R1664. Como documento que orienta a conduta de médicos e demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, não há como se ignorá-la ou, até mesmo, minimizar a sua relevância para o tratamento da questão. Afinal, a hegemonia da Medicina em uma questão que, por definição, seria essencialmente médica pode significar a desconsideração, por parte do pesquisador, de questões extremamente relevantes para a sua melhor análise.

Dentre as pesquisas desenvolvidas na pós-graduação *stricto-sensu* no Brasil que tratam do tema da intersexualidade e que foram investigadas neste curso de Doutorado, apenas a tese de Moara de Medeiros Rocha Santos, defendida na Universidade de Brasília em 2006, aborda a R1664. Suas pesquisas não somente consideram o texto da R1664 para o objetivo de suas análises como, também, de maneira pertinente, minudenciam alguns aspectos do próprio processo que lhe dá origem<sup>2</sup>. Alguns outros trabalhos, surpreendentemente, sequer mencionam a R1664, não obstante, reitere-se, tratem da intersexualidade sob a perspectiva da Medicina. É o caso da tese de Paula Sandrine Machado, defendida em 2008, pela UFRGS, e da dissertação e tese de Anna Karina Canguçu-Campinho, defendidas em 2008 e 2012 respectivamente, pela UFBA. A dissertação de Shirley Acioly, defendida em 2007 pela PUC-SP, não obstante sua interessante abordagem, é breve nos comentários que faz à R1664. A dissertação de Raquel Lima de Oliveira e Silva, defendida na Universidade de Brasília em 2009, embora reproduza na íntegra o próprio texto da R1664, não problematiza a sua relevância para o cenário da atenção à saúde das pessoas intersexo. Todas as teses e dissertações aqui mencionadas foram apresentadas posteriormente à publicação pelo CFM da R1664 em 2003.

No tocante específico à bioética, os trabalhos de Rocha Santos, Raquel Lima, e Machado tecem algumas considerações quanto à sua interface com a intersexualidade. Contudo, essa abordagem parece se apoderar de um discurso bioético não essencialmente laico e libertário<sup>3</sup> – como é o caso da visão pouco otimista que Machado apresenta – ou

---

<sup>2</sup> A autora, Moara de Medeiros Rocha Santos, tem referido um de seus trabalhos no corpo da Recomendação nº 001091/01-8 da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – Pró-vida – do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, elaborada em 2001.

<sup>3</sup> Libertarismo, de acordo com Abbagnano (2007, p. 59), é o mesmo que anarquismo, e significa a “doutrina segundo a qual o indivíduo é a única realidade, que deve ser absolutamente livre e que qualquer restrição que lhe seja imposta é ilegítima; de onde, a ilegitimidade do Estado”.

então meramente formal, nos casos de Acioly e Raquel Lima, quando, por exemplo, se reportam a determinados documentos referenciados em seus trabalhos – como é o caso da revogada/então vigente Resolução nº 196/1966 do Conselho Nacional de Saúde - para justificar determinadas escolhas metodológicas. No caso da tese de Machado, uma crítica chama a atenção: segundo sua compreensão, uma das falhas da bioética é a de “não coloca[r] efetivamente em xeque o sistema binário de sexo”.

Por fim, se a significativa e crescente produção acadêmica nacional voltada para os temas da transexualidade e da travestilidade não ficou restrita à forma de tese e acabou publicada como livro – como é o caso das obras de Berenice Bento (2006), Larissa Pelúcio (2009), Jorge Leite Jr. (2011) e Flávia do Bonsucesso Teixeira (2013) –, nenhum dos poucos trabalhos de pesquisadores brasileiros no tema da intersexualidade foi transformado em livro.

## Capítulo I: A (in)visibilidade da pessoa intersexo

### 1. A dificuldade conceitual e metodológica da intersexualidade

Nesta tese, o termo “intersexualidade” é utilizado como referência ao diagnóstico médico de “genitália ambígua” em humanos. A utilização dos termos “anomalias do desenvolvimento sexual” (ADS) ou “distúrbios do desenvolvimento sexual” (DDS), embora consagrados na literatura médico-científica e, também, utilizados por parcela do movimento social organizado de pessoas intersexo, se dá apenas quando reproduzida em referências e citações. Da mesma forma, a referência aos termos hermafrodita e andrógino, ou hermafroditismo e androginia – os quais, salvo em relatos históricos ou na análise de casos passados da Medicina, não são mais comumente empregados – se deve, exclusivamente, ao contexto em que os mesmos forem abordados.

Ensinam Damiani & Guerra-Júnior (2007, p.1014) que a “genitália ambígua” não ocorre em todos os casos de ADS. De maneira bastante simples, os autores informam que “a ADS é uma situação em que não há acordo entre os vários sexos do indivíduo, ou seja, o sexo genético – constituição cariotípica 46, XX ou 46, XY -, o sexo gonadal/hormonal, e o sexo fenotípico. Desta forma, podemos ter casos com e sem ambiguidade genital”. Através de seu maior detalhamento, os médicos ensinam que, por exemplo, nos casos de criança com síndrome de Turner, verifica-se a existência de “um cariótipo com perda total ou parcial de um dos cromossomos sexuais, em mosaico ou não, com gônadas em fita, e, no entanto, o seu sexo fenotípico é feminino, sem ambiguidade”. Já nos casos em que uma criança é diagnosticada com “insensibilidade androgênica parcial”, prosseguem os autores, seu cariótipo é 46, XY, verifica-se a existência de testículos, e seu fenótipo é ambíguo: “ambas as situações configuram uma ADS, porém uma apresenta genitália externa feminina normal, enquanto que na outra [a genitália] é ambígua”, concluem (2007, p.1014). Para os autores, a terminologia médica até então empregada – “pseudo-hermafroditismo” - poderia significar a “estigmatização” dos pacientes e de seus familiares, resultando em “constrangimento” por conta de sua “conotação um tanto pejorativa da situação clínica apresentada”, dado que, nem sempre, a complementação do termo pseudo-hermafroditismo traz uma especificação de sexo (masculino ou feminino) consonante com o “gênero assumido para aquele paciente” (2007, p. 1014).

De acordo com a bióloga Anne Fausto-Sterling,

[...] os tipos mais comuns de intersexualidade são hiperplasia adrenal congênita<sup>4</sup> [HAC], síndrome da insensibilidade aos andrógenos<sup>5</sup> [SIA], disgenesia gonadal<sup>6</sup>, hipospádias<sup>7</sup>, e composições cromossômicas pouco usuais, como as síndromes de Klinefelter<sup>8</sup> (XXY) e de Turner<sup>9</sup> (XO). O assim chamado hermafroditismo verdadeiro apresenta uma combinação de ovário e testículos. Às vezes, o indivíduo apresenta um lado masculino e o outro feminino. Em outros casos, o ovário e os testículos crescem juntos no mesmo órgão, formando aquilo que os biólogos denominam ovo-testis. Não raro, pelo menos uma das gônadas funciona muito bem (mais frequentemente, é o caso do ovário, e não dos testículos), produzindo esperma ou óvulos e os chamados hormônios sexuais em níveis funcionais [, ou seja], androgênios ou estrogênios. Em tese, é possível que o hermafrodita dê à luz o/a seu/sua próprio/a filho/a, mas não há registro desse ocorrido. Na prática, a genitália externa e os dutos genitais que a acompanham são tão misturados que apenas depois de realizada cirurgia exploratória é possível saber quais partes estão presentes e o quê está ligado ao quê. (2000, p.51)

O CFM, em sua R1664, especifica, de maneira bastante abrangente, que

[...] são consideradas anomalias da diferenciação sexual [ADS] as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.

---

<sup>4</sup> Hiperplasia adrenal congênita: a superprodução de hormônios pela glândula adrenal em bebês provoca a masculinização de sua genitália. Fonte: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure.

<sup>5</sup> São duas as formas de insensibilidade aos andrógenos: (i) a forma parcial, quando células não respondem normalmente à testosterona e demais hormônios relacionados, o que provoca a masculinização incompleta da genitália de bebês do sexo masculino; e (ii) a forma completa, quando células não respondem de forma alguma à testosterona e demais hormônios relacionados, o que provoca a aparência feminina na genitália de bebês como cromossomos masculinos. Fonte: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure.

<sup>6</sup> Disgenesia gonadal (peniana e vaginal): bebês nascem sem pênis ou vagina, respectivamente. Fonte: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure.

<sup>7</sup> Hipospádia se caracteriza pela abertura da uretra fora do local habitual (extremidade da glândula), podendo estar em vários locais ao longo do eixo do pênis, no escroto ou até no períneo. Comumente apresenta curvatura peniana associada. Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia. Disponível em <http://www.sbu.org.br/publico/?doencas-urologicas&p=500> <http://www.sbu.org.br/publico/?doencas-urologicas&p=500> (acesso em 08/03/2014).

<sup>8</sup> Síndrome de Klinefelter: bebês do sexo masculino nascem com 1 cromossomo X (feminino) a mais, o que, de maneira típica, provoca sua masculinização incompleta, bem como outras anomalias. Fonte: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure.

<sup>9</sup> Síndrome de Turner: bebês do sexo feminino nascem com 1 - às vezes 2 - cromossomos X (feminino), o que provoca anomalias em seu desenvolvimento. Fonte: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure.

Salvo melhor juízo, o referido documento tem muito mais a preocupação em relacionar sinonímias para o mesmo diagnóstico do que informar as muitas condições que figuram sob a mesma rubrica ADS. No mais, a R1664 serve para definir “as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes” assim diagnosticados.

No tocante à frequência com que se observa a incidência da intersexualidade em humanos, são muitas as opiniões a respeito. Segundo a bióloga Anne Fausto-Sterling (2000, p.51), está “longe de ser verdade” que a condição intersexo seja “extremamente rara e que não [haja] ninguém em igual situação”, tal como insistem afirmar alguns médicos a pais que recebem do médico o diagnóstico de seu/sua filho/a e, tomados de surpresa e angustiados, desejam conhecer esta realidade com os pais de outras crianças em “circunstância similar” para que “com eles possam conversar” e esclarecer muitas de suas dúvidas sobre os desdobramentos pessoais que aquele diagnóstico pode acarretar. Para a bióloga, muitas vezes isso se deve ao fato de que o nascimento de crianças intersexo é visto pelos médicos como um “caso urgente” a intervir, e também ao seu desconhecimento dos “recursos disponíveis” e à “escassez de pesquisas médicas” sobre o tema (2000, p.51).

Em pesquisa realizada na Universidade de Brown (*Rhode Island*, EUA) onde leciona, Fausto-Sterling coordenou um grupo de graduandos para, juntos, “vasculharem a literatura médica” no tocante às diversas condições de intersexualidade. Em seu resumo, a pesquisadora informa que

Para algumas categorias, as mais raras em geral, encontramos apenas provas circunstanciais<sup>10</sup>. Em relação às demais, os números existem. Mais do que uma estimativa precisa, os números que apresentamos devem ser tomados como uma ordem de grandeza: 1.7% de todos os nascimentos ocorridos. (2000, p.51).

São significativas as considerações que faz a respeito dos números estimados em sua pesquisa. Para Fausto-Sterling, “ainda que tenhamos superestimado em duas vezes o número [de nascimentos de bebês intersexo], são muitas as crianças com este diagnóstico nascidas todos os anos” (2000, p.51). Em seu exemplo, uma cidade com população de 300 mil pessoas teria cerca de 5100 pessoas diagnosticadas com “variados graus de desenvolvimento intersexo” (2000, p.51). Contudo, ressalta a autora, não existe uniformidade nestes números em relação à população mundial:

muitas formas de intersexualidade resultam de estados genéticos alterados, e em algumas populações são muito frequentes os genes [ligados] à

---

<sup>10</sup> No original, “*for some categories, usually the rarest, we found only anecdotal evidence*”.

intersexualidade. No caso da hiperplasia adrenal congênita [HAC], um estudo aponta que 3.5 dentre mil esquimós Yupik nasceram com uma dose dupla desse gene. (2000, p.53).

Fausto-Sterling acrescenta que “em contraste, o mesmo ocorre com apenas 0.005 dentre mil neozelandeses”. Em outro exemplo, a autora alude à frequência com que determinadas “mudanças genéticas relacionadas”, sem afetar a genitália propriamente dita, podem causar o “aparecimento prematuro de pelos pubianos em crianças e sintomas como o crescimento pouco usual de cabelo e o padrão masculino de calvície em jovens mulheres” e também variar amplamente em todo o mundo. “Tais sintomas [, por exemplo,] resultam da alteração genética verificada em 3 a cada 1000 italianos; entre os judeus asquenázis, essa proporção se eleva a 37 em cada 1000”, exemplifica a bióloga (2000, pp.53-54)

Para o psiquiatra Vernon Rosario (2007, p.262), a incerteza quanto à frequência do nascimento de bebês intersexo se deve, “em parte”, à falta de “padronização dos registros de transtornos congênicos” e, também, “à falta de consenso médico a respeito de quais condições devem ser incluídas sob a rubrica intersexo ou qual o grau de atipicidade anatômica constitui um estado de intersexualidade”. Segundo o médico, hipospádias – “malformação do canal masculino de eliminação da urina” –, por exemplo, é “bastante comum, com cerca de 1 caso a cada 150-300 nascidos vivos do sexo masculino”, porém, “hipospádias severa com aparência feminina da genitália é extremamente rara”. Justificadamente, pergunta Rosario: “de maneira geral, a hipospádias é, ou não é, uma condição intersexo?” Em sua opinião, “o argumento favorável à ampliação, ou restrição, dos critérios de inclusão tem a ver tanto com política quanto com anatomia”. Sejam quais forem os números estimados, diz Rosario (2007, p.263), as condições de intersexualidade “podem causar enorme angústia física e emocional, embora, até recentemente, tenham sido amplamente ignoradas pela população em geral”.

Leonard Sax (2002), em sua crítica ao artigo em que Fausto-Sterling (2000) busca investigar “a disputa” em torno da frequência da intersexualidade em humanos, considera que “representa uma dificuldade real para [a autora] reconhecer como primeiro princípio da nosologia – ciência que cuida da classificação das doenças - a distinção entre o normal e o patológico”. Assim, para Sax, “o principal problema” que existe na afirmação da bióloga de que “hiperplasia adrenal congênita, síndrome de Klinefelter, síndromes de cromossomos não-XX e não-XY que não Klinefelter e Turner –, síndrome de Turner, e disgenesia vaginal” são “as cinco condições intersexo mais comuns” é que essas “não são [condições] intersexo”. De acordo com seus argumentos, “o exame mais detalhado dessas condições

nos faz ver que não existe sentido clínico significativo para que essas condições sejam consideradas como intersexo”. Para o autor, Fausto-Sterling não contribui para o estabelecimento de um “critério clinicamente útil” com vistas à “definição de uma condição médica como o intersexo” quando considera que

[...] a crença em que o *homo sapiens* é absolutamente dimórfico com respeito à composição de hormônios sexuais, estrutura gonadal, níveis de hormônios e à estrutura dos sistemas de dutos genitais internos e da genitália externa, deriva do ideal platônico [que estabelece] que para cada sexo existe um único percurso e resultado universal correto do desenvolvimento (Sax, 2002).

Acredita Sax (2002) que, ao se subtrair essas mesmas cinco categorias que critica no referido artigo, “a incidência do intersexo cai para 0,018%, quase 100 vezes inferior às estimativas fornecidas por Fausto-Sterling”. Segundo o autor, suas estimativas reduzem de 5 milhões para 50 mil o número de pessoas diagnosticadas como intersexo “verdadeiro” vivendo nos Estados Unidos da América. Para Sax, “não existem ganhos” ao se aumentarem os números, embora, “é claro, todos tenham direito à mesma consideração e tratamento especializado que os demais pacientes merecem”. Por outro lado, Damiani & Guerra-Jr (2007, p.1014), citando Leonard Sax (2002), dizem, resumida e apressadamente, que “uma anomalia genital ocorre em 1 de cada 4.500 nascimentos”<sup>11</sup>.

Sugere Fausto-Sterling que a incidência da intersexualidade pode estar “em ascensão” (2000, p.54). Em seus exemplos para sustentar a afirmativa, a bióloga cita o relato médico do nascimento de uma criança com ovário e testículos, a qual foi concebida através de fertilização *in vitro*. Também, avança a autora, é preocupante que “a presença de poluentes ambientais que imitam o estrogênio já começaram a causar o aumento generalizado da incidência de [determinadas] formas de intersexo, como as hipospádias” (2000, p.54).

No Brasil, o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), desenvolvido pelo DATASUS, e de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, tanto nos setores público e privado da saúde como nos domicílios<sup>12</sup>. Dentre seus

---

<sup>11</sup> Ao reler o referido artigo de Sax citado por Damiani & Guerra-Jr. (2007) não consegui encontrar tais números.

<sup>12</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <http://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-dasaude/sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos-sinasc> (acesso em 20/01/2014).

“benefícios”, está “subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS)”. As informações são coletadas pelo município. Sua implantação ocorreu “de forma lenta e gradual”, a partir de 1994, em todas as unidades da Federação. Sua abrangência é nacional, com detalhamento no nível estadual e municipal. Seu principal instrumento é a declaração de nascido vivo (DN), a qual é fornecida logo após o nascimento, no serviço onde ocorreu o parto. Para o MS, é primordial o treinamento do profissional de saúde para o adequado preenchimento de todos os campos da DN. Não obstante sua recomendação, a classificação correta de todos os aspectos envolvidos no parto é ainda tema de algumas controvérsias. Neste sentido, no caso de dificuldades para atribuição de sexo ao neonato por conta da ambiguidade de sua genitália, é preocupante a frouxidão de critérios para algumas das variáveis encontradas na DN, ou seja, as chamadas “anomalias congênitas” e, por extensão, seu código com base no CID.

Salvo pela eventual existência de pesquisas realizadas em determinados hospitais, mas não disponibilizadas ainda através da literatura médico-científica, não tive acesso a qualquer banco de dados sistematizado que, em nosso país, reúna informações a respeito do número de anomalias congênitas em bebês que sugeriram a ocorrência de casos de intersexualidade com diagnóstico preciso de “genitália ambígua”. Tampouco existem dados a respeito do número de pessoas intersexo que, em vida adulta, continuam a se tratar no SUS por conta da cronicidade que decorre de algumas condições diagnósticas. Estas observações são igualmente partilhadas pela psicóloga Shirley Acioly (comunicação eletrônica e telefônica) em suas pesquisas mais recentes sobre a intersexualidade. Contudo, o exame mais detalhado do SINASC sugere, através de suas diferentes variáveis, que a pormenorização do que se classifica como “anomalias congênitas” poderia melhor contribuir para o estabelecimento de um quadro diagnóstico mais confiável da saúde de neonatos em nosso país.

De maneira geral, a intersexualidade representa um tema bastante delicado para expressivo segmento do corpo médico, através de suas corporações e associações, a comunidade científica, o movimento social e, também, instituições governamentais com poder normatizador e disciplinador. É o caso, por exemplo, da Associação Médica Norte-Americana (*American Medical Association*, AMA) e da Academia Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics* – AAP), considerada por Elizabeth Reis (2010, p. 1) como a “suprema autoridade na saúde de crianças”; de instituições governamentais como, por

exemplo, os *National Institutes of Health* (NIH) nos Estados Unidos, e o Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil; e, também, de estudiosos e pesquisadores das áreas da clínica e do ensino e pesquisa.

Até meados da década de 1980, a hegemonia médica em torno do manejo da intersexualidade não representava, ainda, um problema capaz de suscitar maiores discussões entre o, até então, incipiente movimento de pessoas assim diagnosticadas que começava a se organizar. Contudo, não tardou para que emergissem inúmeras controvérsias em torno de sua compreensão, conceituação e prescrição terapêutica. Passadas quase três décadas desde o surgimento dos primeiros grupos organizados de defesa dos direitos das pessoas intersexo, verifica-se atualmente falta de consenso entre os diferentes atores que reivindicam o direito e a legitimidade para se pronunciar a seu respeito. Tal situação aponta para tensões e disputas não apenas médicas mas, também, políticas.

Neste debate, são muitas as vozes que buscam ser ouvidas. De um lado, temos a Medicina, com sua lógica interventora no processo saúde-doença; do outro, o movimento organizado de pessoas diagnosticadas como intersexo, as quais foram submetidas a intervenções médico-cirúrgicas em suas genitálias e contestam os benefícios inicialmente alegados para justificar a sua realização. Neste debate, os argumentos apresentados para reivindicar a prevalência de cada posição acrescentam elementos capazes de acirrá-lo ainda mais. Por suas singularidades e especificidades, tais discursos suscitam considerações éticas.

Resumidamente, médicos insistem em afirmar que a ocorrência da genitália ambígua representa uma “urgência biológica e social”, a qual requer pronta intervenção com vistas à elucidação do sexo daquele recém-nascido, de modo a se evitar a instalação e o desenvolvimento de problemas psicosssexuais; do outro, estão adultos que sofreram tais intervenções quando crianças e contestam a sua beneficência, porque alegam sofrer dos mesmos males que tais terapêuticas médicas supostamente afastariam. Segundo alguns observadores (Hurwitz, 2011; Rosario, 2009; Beh and Diamond, 2006), deve-se à inconsistência metodológica, ou a questionável qualidade dos resultados verificadas em alguns estudos, a falta de evidências científicas para as alegações médicas que preconizam a manutenção desses mesmos procedimentos.

Em seus discursos, tampouco existe consenso interno à Medicina e ao movimento social sobre quando e quais providências tomar. Se, para a Medicina, a intervenção cirúrgica imediata em recém-nascidos parece ainda ser a regra, dentre seu corpo médico, há

profissionais que, de maneira prudente, passaram a restringir sua ação aos casos em que, comprovadamente, existe risco de vida. Assim, ausente o risco, a realização de intervenções cirúrgicas em genitálias ambíguas é descartada, porque tais procedimentos seriam considerados cosméticos. Nessa lógica, o procedimento é considerado eletivo, o que implica no necessário consentimento, livre e esclarecido, da própria pessoa intersexo em questão. De acordo com Rosario (2007, p.269), “é crescente” o número de médicos que se filiam a uma “perspectiva mais conservadora”, e aguardam que “pesquisas e estudos possam substanciar os benefícios funcionais e psicológicos relativos à cirurgia precoce de reconstrução genital”.

A maior prudência de alguns médicos quanto à realização de intervenções médico-cirúrgicas em genitálias ambíguas de recém-nascidos com base na orientação de que esta seria uma “urgência biológica e social” se deve, não apenas à falta de evidências inequívocas que justifiquem a sua prescrição como, também, outras razões, ao fortalecimento do movimento social organizado de pessoas intersexo a partir dos anos 1990 (Rosario, 2009, p.22). De fato, cada vez mais, o movimento exige ser ouvido quando apresenta relatos de sofrimentos físicos e psíquicos evitáveis decorrentes dessas mesmas intervenções, as quais, de acordo com seus argumentos, seriam desnecessárias. A atual compreensão de que a realização destes referidos procedimentos representa uma mutilação e, portanto, uma violação à sua integridade física, é tida também como uma questão de direitos humanos. Essa perspectiva tem se fortalecido significativamente e já é, inclusive, objeto de relatório do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2013).

Não obstante a irreversibilidade que caracteriza alguns dos procedimentos cirúrgicos preconizados, as posições do movimento social são um pouco diferentes. Embora, dentre seus atores, exista maior consenso quanto a não se realizarem cirurgias em genitálias consideradas ambíguas com vistas à “normalização” de sua aparência atípica e o consequente ajuste aos padrões feminino ou masculino, tal posição está sujeita à crítica de algumas pessoas assim também diagnosticadas. É o caso das pessoas cujos diagnósticos de intersexualidade representam condições de saúde “mais severas” como, por exemplo, hiperplasia adrenal congênita e insensibilidade completa, ou parcial, aos andrógenos. Para elas, são “inadmissíveis” o constrangimento e sofrimento psíquico decorrentes exatamente da não normalização de suas genitálias. Para Rosario (2006, p.6), dentre os principais argumentos daqueles segmentos que se posicionam favoráveis à realização precoce das cirurgias genitais está a crença de que “a congruência genital é crítica para que pais criem

seus filhos de maneira saudável, não apenas através de sua adesão ao gênero que lhes foi designado, mas também de sua eventual estabilidade de gênero”. Contudo, prossegue o psiquiatra,

[...] se esses objetivos parecem razoáveis, não está claro se a cirurgia genital é essencial para que se os alcancem. Disfunção sexual e inibição, dor, depressão e insatisfação com a [cirurgia de] designação sexual são algumas das potenciais complicações de sua realização precoce e [também] do segredo que resulta do enorme cuidado [que envolve o] tratamento das condições de intersexualidade. (Rosario, 2006, p.6).

Contrariamente ao que afirmam os grupos que defendem os direitos das pessoas intersexo diagnosticadas como portadoras de hiperplasia adrenal congênita e síndrome de resistência a andrógenos<sup>13</sup>, esclarece o psiquiatra Vernon Rosario (2009, p.23) que não era proposta da ISNA a eliminação do “sistema sexo-gênero” (Bento, 2006) quando condenava publicamente a realização de intervenções cirúrgicas em genitálias ambíguas. De acordo com Rosario, a ISNA buscava, na verdade, “uma revolução nos cuidados em saúde: melhor informação para pacientes e seus familiares, aconselhamento psicológico, e maior participação dos pacientes no processo decisório relativo à realização das cirurgias”. A percepção supostamente equivocada dos objetivos da ISNA - grupo então hegemônico dentro do movimento social organizado – resultou em profundas divergências e situações que, passados alguns anos, ainda persistem e se mostram inconciliáveis dentro do movimento organizado de pessoas intersexo. Contudo, aponta Rosario (2009, p.23), há casos em que “a cirurgia é essencial”, como é o caso, por exemplo “da obstrução da saída retal ou urinária” justificativa”.

Pelos motivos acima expostos, reiteramos que a utilização nesta tese dos termos intersexualidade e intersexo para referir à condição diagnóstica observada nos casos de incongruência entre os diferentes determinantes do sexo de uma dada criança parece a menos problemática.

Nesta tese, o termo “sexo” é referido inicialmente à aparência genital das duas únicas possibilidades de diferenciação entre os gêneros reconhecidas pela Medicina, isto é, a genitália exclusivamente masculina ou feminina, representadas respectivamente pelo pênis e testículos, e pela vulva/clitóris e vagina. São esses os marcadores que classificam o ser

---

<sup>13</sup> De acordo com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a “síndrome de resistência a andrógenos” também é chamada de “síndrome da insensibilidade androgênica”; em seus artigos científicos, a médica Andréa Trevas Maciel-Guerra denomina essa mesma síndrome de “insensibilidade completa, ou parcial, aos andrógenos”.

humano em “homem” ou “mulher”. Por extensão, a compreensão médica de que o sexo de cada ser humano está representado pela congruência entre, pelo menos, 4 diferentes níveis - cromossômico, genital (anatômico), gonadal, e hormonal - estabelece o conjunto de elementos que servem como referência para que a cada pessoa seja possível a designação de apenas um sexo, o qual, segundo esse modelo, deverá ser indubitável.

Foi o psicólogo John Money quem, na década de 1950, desenvolveu a distinção conceitual entre “sexo” e “gênero”. Ensina Rosario (2007, p.267), de maneira resumida, que o primeiro se refere aos atributos individuais biológicos e anatômicos do masculino e do feminino, e o segundo se refere aos seus aspectos psicológicos e sócio-culturais. Adiante, Money também diferenciou as categorias “identidade de gênero” e “papel de gênero”. Para o psicólogo, a primeira se refere à “autoidentificação como masculino, feminino ou ambivalente”, enquanto que a segunda diz respeito “a tudo que a pessoa diz e faz para indicar aos outros, ou a si própria, o grau de que é masculino ou feminino ou ambivalente; porém, sem a elas se restringir, também inclui excitação e resposta sexual”<sup>14</sup>. (Money and Ehrhardt *apud* Rosario, 2007, p. 267).

Observa-se, muitas vezes, uma suposta incongruência entre “sexo” e “gênero” em diversos relatos de experiências pessoais. Assim, existem indivíduos de sexo masculino com expressões reconhecidas como típicas do gênero feminino, indivíduos de sexo masculino com expressões masculinas estereotipadas – as quais, destaque-se, no tocante a seu ajuste e congruência, reforçam o que socialmente se espera dos homens -, indivíduos do sexo feminino com expressões tipicamente masculinas, ou indivíduos do sexo feminino com expressões tipicamente femininas. Há também indivíduos que se valem de expressões de ambos os gêneros, o que pode acabar por embaralhar ainda mais a percepção social quanto à sua manifestação. Assim, por desafiar as normas dicotômicas consagradas, a essas pessoas é reservado um espaço social de discriminação. Neste sentido, Judith Butler (1999) sugere que esse embaralhar de gêneros aponta para a sua fluidez e artificialidade. Excepcionalmente, quando for o caso, se apontará alguma outra conotação a qualquer desses termos.

Foi objeto de reflexão nesta tese a utilização de uma única expressão que traduza, da melhor maneira possível, a pretensão do procedimento cirúrgico de produzir no neonato a

---

<sup>14</sup> MONEY, John; EHRHARDT, Anke A. *Man and Woman/Boy and Girl*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1972.

esperada congruência entre genitália e identidade de gênero. “Designação” ou “redesignação” sexual, sua utilização na literatura específica é, muitas vezes, indistinta. De acordo com o Novo Dicionário Aurélio (1975), “designar” significa “dar a conhecer, nomear, indicar, fixar, determinar, marcar, assinalar, qualificar, denominar, classificar”. Todas elas, não há dúvida, conseguem alcançar o sentido pretendido com o procedimento. O termo “redesignar” não consta da referida obra.

O tema das cirurgias de “troca de sexo” em transexuais é referida pela expressão *reassignment* na literatura médico-científica de língua inglesa. Tendo em vista que a toda pessoa quando nasce é designado um sexo/gênero, faz sentido que “redesignação” seja utilizado para referir ao novo sexo resultante da cirurgia de transgenitalização a que será submetida a pessoa transexual, ainda que a mesma alegue que sempre teve “aprisionada” dentro de si a pessoa do sexo oposto. Neste caso, a morfologia de sua genitália afasta que se diga o contrário. No caso das pessoas intersexo, em especial as neonatas, não é o que acontece. Se, como insiste em afirmar a Medicina, existe mesmo naquele corpo um sexo que, embora oculto, será descoberto pelos médicos, o procedimento cirúrgico a que será submetida a criança em sua genitália é, de acordo com essa lógica, de “designação” sexual, isto é “*assignment*”. Contudo, de acordo com os argumentos de alguns pesquisadores na área da intersexualidade, afirmar a “verdade” sobre a “descoberta” de um sexo é temeroso na medida em que, como sugere a psicóloga Suzanne J. Kessler (1998, *Lessons from the Intersexed*) o alegado equilíbrio tampouco é alcançado, uma vez que a sua manutenção é precária e somente se dá às custas de recorrentes e artificiais intervenções, não se apagando as marcas das cirurgias em seus corpos. As recorrentes narrativas de pessoas intersexo que, após conhecerem seus históricos médicos, compreendem suas razões para a inconformidade ao gênero que lhes foi atribuído pelos médicos logo após seu nascimento, corrobora com os argumentos de Kessler, e lança dúvida sobre a definição deste sexo que se acreditava possível descobrir.

Acatar a justificativa da Medicina e reproduzir “designação” (“*assignment*”) sexual para os casos de cirurgias genitais em crianças intersexo significa arriscar dizer que naquele corpo, desde seu nascimento, somente existe uma única possibilidade genital; adotar “redesignação” sexual como forma de nomear os procedimentos médico-cirúrgicos que buscam dar sentido à crença da Medicina na possibilidade de existência de apenas um sexo em cada corpo, ao contrário, pode significar reconhecer a diversidade da biologia e, por

extensão, a própria fluidez do gênero. No caso das pessoas transexuais, como visto acima, essa perspectiva faz sentido. Ao que parece, para pessoas intersexo, não é diferente.

## 2. “Hermafroditas” ao longo da História

O (popular) Novo Dicionário Aurélio (1975) traz o termo “hermafrodito” para se referir ao “filho de Hermes e Afrodite” e, também, ao “ser que possui órgãos reprodutores dos dois sexos”. Ao apresentar o termo “andrógino” como seu sinônimo, ensina que são andróginos os “vegetais que têm simultaneamente flores masculinas e femininas, agrupadas no mesmo pedúnculo ou na mesma espiga”. Contudo, ressalta o Dicionário que “as flores dotadas de órgãos dos dois sexos não são chamadas andróginas, e sim hermafroditas”. Em resumo, de acordo com o referido Dicionário, o vegetal é andrógino, e sua flor é hermafrodita. Nesta tese, em especial na sua parte histórica, os termos andrógino e hermafrodita são utilizados indistintamente.

Certas narrativas dos diferentes significados da figura do hermafrodita ao longo da História não apenas apontam algumas de suas peculiaridades como, também, contribuem para nos revelar as atuais “disputas” no manejo da intersexualidade. Afinal, como diz o psiquiatra norte-americano Vernon A. Rosario (2007, p.264), “desde a era clássica, médicos e biólogos apresentam fascínio pelo hermafroditismo, visto não apenas como curiosidade da natureza, mas como fenômeno central à compreensão da geração animal, ao desenvolvimento embriológico e à diferenciação sexual”. Para o autor, é importante não perder de vista que as “teorias biológicas do hermafroditismo também refletem construções culturais e históricas mais amplas de sexo e gênero”. Contudo, prossegue Rosario (2007, p.264), não obstante as especulações que até hoje se faz em torno de sua figura mítica, “não é claro” se seu corpo possuía, ao mesmo tempo, partes femininas e masculinas, ou se era “de um sexo intermediário”. A insistência na morfologia/anatomia do hermafrodita se deve à centralidade que, desde a antiguidade, a questão adquiriu para os debates da Filosofia e da Biologia sobre o hermafroditismo (Rosario, 2007, p.264).

Narrativas mitológicas e históricas que tratam da figura do hermafrodita são elucidativas e interessantes. Ensina Michel Foucault que, durante muito tempo, era consenso que hermafroditas “simplesmente” tinham dois sexos. Para o autor, a persistência das sociedades ocidentais modernas em afirmar o contrário é sinal de “teimosia”. Embora, ao longo da Antiguidade e da Idade Média, existam evidências de “numerosas execuções” de

hermafroditas, são também “abundantes” as decisões judiciais em sentido contrário. Aponta Foucault que era comum ser atribuído o *status* de “hermafrodita” àqueles “em quem os dois sexos fossem justapostos”. Por ocasião do batismo, cabia ao pai ou ao padrinho “determinar” o sexo da criança, o qual, se necessário, atenderia a critérios como maior “vigor” ou “calor”. Ao entrar na vida adulta e se aproximasse a idade do casamento, era facultado ao hermafrodita mudar o sexo que lhe havia sido originalmente atribuído, ou nele permanecer. Contudo, a partir de sua própria decisão, era “imperativo” que não mais voltasse atrás, sob pena de ser declarado e condenado como “sodomita”. Como destaca Foucault, eram “as mudanças quanto à opção e não a [confusão anatômica] dos sexos o que levava à condenação dos hermafroditas [tal como se pode observar] nos registros que, na França, sobrevivem do período compreendido entre a Idade Média e a Renascença”.

Sabe-se que nos textos hipocráticos do século IV A.C. o hermafroditismo era representado como uma forma intermediária no espectro que compreendia, em suas extremidades, o homem e a mulher no seu mais “puro” estado, isto é, sem nada que lhes alterasse a essência/substância (Rosario, 2007, p.264). De acordo com a tradição aristotélica, não apenas homens e mulheres tinham naturezas fundamentalmente opostas como, também, “hermafroditas possuíam um apêndice sexual suplementar, oposto a seu sexo fundamental, análogo a um sexto dedo ou terceiro mamilo” (Rosario, 2007, p.264). A partir do período clássico, ressalta Rosario (2007, p.264), o hermafroditismo foi “fundamental para a teratologia”, isto é, “o estudo das assim chamadas monstruosidades, maravilhas e prodígios da natureza”.

Mircea Eliade (1999) destaca alguns pontos na trajetória do mito do andrógino no período compreendido entre a Antiguidade e a Renascença. Em suas críticas, o autor diz que é preciso abandonar um pouco a “tradição racionalista ocidental” e integrar as “pesquisas dos orientistas, dos etnólogos, dos psicólogos do profundo, dos historiadores das religiões” para que se consiga “decifrar a significação dos mitos e dos símbolos” para, assim, alcançar o “conhecimento total do homem”.

Em seu “Mefistófoles e o Andrógino”, Eliade (1999) se propõe a “apresentar certo número de ritos, mitos e teorias tradicionais que implicam a união de contrários e o mistério da totalidade” (p.80) com o objetivo de “lembrar aos seres humanos que a realidade última, o sagrado, a divindade ultrapassam suas possibilidades de compreensão racional” (p. 82). Em sua opinião, “esses mitos e esses símbolos, todos esses ritos e essas técnicas mistas, essas lendas e essas crenças implicam, com maior ou menor clareza, a

*coincidentia oppositorum*, a reunião dos contrários, a totalização dos fragmentos” e revelam, antes de tudo, “uma profunda insatisfação do homem com a sua situação atual, com aquilo que se chama condição humana. O homem sente-se dilacerado e separado” (Eliade, 1999, p.127).

Nesta obra, Eliade analisa Seráfita, “o romance fantástico mais sedutor de Balzac”. Eliade acredita que Balzac, ao interpretar o andrógino como “imagem exemplar do homem perfeito”, conseguiu dar “um brilho sem igual a um tema fundamental da antropologia arcaica” ao fazer de Seráfita, “não um anjo”, mas “um ser total”. Segundo Eliade, esta foi “a última grande criação literária europeia cujo motivo central é o mito do andrógino”. Outros autores que, mais à frente, retomaram “esporadicamente” o tema, o fizeram “sempre através de um hermafroditismo mórbido, até satânico”, o que, para Eliade, teria levado à “degradação do símbolo”. Segundo o autor, tal fato pode ser atribuído aos escritores do decadentismo francês e inglês, os quais compreenderam o andrógino “unicamente” como “um hermafrodita no qual os dois sexos coexistem anatômica e fisiologicamente”. Tal concepção destacava não “uma plenitude devida à fusão dos sexos” – o que levaria, por conseguinte, ao “aparecimento de uma nova humanidade” e a “uma nova consciência, apolar” -, mas “uma superabundância de possibilidades eróticas”, isto é, “uma suposta perfeição sensual, resultante da presença ativa dos dois sexos”.

Para Eliade, essa compreensão “em planos cada vez mais grosseiros” dos escritores decadentes aponta para a incapacidade do espírito “de apreender a significação metafísica de um símbolo”. Acredita Eliade que tal concepção do hermafrodita é, “muito provavelmente”, o resultado do “exame atento de certas obras da escultura antiga”, e reflete a ignorância em perceber o descompasso que havia entre uma situação ideal e outra de fato. Ao “hermafrodita concreto, anatômico”, representado pela criança que mostrava sinais de hermafroditismo ao nascer e era morta pelos próprios pais, porque considerada “uma aberração da natureza ou um sinal da cólera dos deuses”, se opunha o “andrógino ritual”, o qual “constituía um modelo, pois implicava não a cumulação dos órgãos anatômicos, mas, simbolicamente, a totalidade dos poderes mágico-religiosos associados aos dois sexos”.

Em relação ao que pensavam do andrógino os românticos alemães, Eliade ensina que, para eles, “o andrógino seria o tipo de homem perfeito do futuro”. Citando Schlegel, Eliade diz que o autor, em seu *Über die Diotima*, critica “a acentuação dos caracteres exclusivamente masculinos ou femininos a que se chega pela educação e pelos costumes

modernos”, uma vez que “a finalidade para a qual deve tender a espécie humana é a reintegração progressiva dos sexos até a obtenção da androginia”.

Ao se referir à *coincidentia oppositorum*, Eliade não somente pensa que “o mistério da totalidade faz parte integrante do drama humano”. Para o autor, a *coincidentia oppositorum* também representa a dificuldade do homem em

[...] tomar consciência perfeita da natureza dessa operação, pois ele às vezes se sente separado de ‘alguma coisa’ poderosa, outra coisa que não ele; outras vezes sente-se separado de um ‘estado’ indefinível, atemporal, do qual não guarda lembrança precisa, mas do qual se lembra no mais profundo de seu ser: um estado primordial de que usufruía antes do Tempo, antes da História. Essa separação constituiu-se como uma ruptura, nele e no Mundo. Foi um ‘queda’, não necessariamente no sentido judaico-cristão do termo, todavia uma queda, já que traduzida por uma catástrofe fatal para o gênero humano e, ao mesmo tempo, por uma mudança ontológica na estrutura do Mundo. De certo ponto de vista, pode-se dizer que numerosas crenças que implicam a *coincidentia oppositorum* traem a nostalgia de um Paraíso perdido, a nostalgia de um estado paradoxal no qual os contrários coexistem sem confrontar-se e onde as multiplicidades compõem os aspectos de uma misteriosa Unidade. (Eliade, 1999, pp.127-128).

Para Eliade,

[...] foi o desejo de recuperar essa Unidade perdida que obrigou o homem a conceber os opostos como aspectos complementares de uma realidade única. É a partir de tais experiências existenciais, desencadeadas pela necessidade de transcender os contrários, que se articularam as primeiras especulações teológicas e filosóficas. (1999, p.128).

A teratologia experimental iniciou sua era moderna com a pesquisa sistemática do naturalista francês Geoffroy Saint-Hilaire (1832-?), e se intensificou ao longo do século XIX, quando médicos se lançaram a debater o que diferenciaria o “verdadeiro” do “pseudo” hermafroditismo. À época, o pensamento neo-aristotélico contribuiu para que se pensasse que

[...] a maioria dos indivíduos que apresentavam genitália ambígua eram, na verdade, pseudo-hermafroditas, dado que [ocultariam] um sexo ‘verdadeiro’, masculino ou feminino; poucas eram as pessoas que tinham [simultaneamente] gônadas masculina e feminina que lhes permitisse serem qualificadas como ‘verdadeiras hermafroditas’. (Rosario, 2007, p.265)

Dadas as limitações da Medicina de então, bem como os elevados riscos das cirurgias exploratórias até, pelo menos, o século XX, “o desafio era como determinar o sexo verdadeiro presumido” (Rosario, 2007, p.265).

Com razão, médicos confiavam nas “características anatômicas e estereótipos de psicologia e comportamento de gênero” (Rosario, 2007, p.265). À época vitoriana, era esse

o foco de atenção: “para os médicos empenhados em determinar o sexo de adultos que apresentavam ambiguidade [sexual], mais importante do que recorrer ao seu exame genital, era o exame da masculinidade ou feminilidade relativa observada em seu comportamento e temperamento”. Como sugere Dreger (*apud* Rosario, 2007, p.265), além do minucioso exame físico a que estariam sujeitas algumas pessoas sobre as quais parasse dúvidas quanto ao seu sexo “verdadeiro”, outro critério dominante à época era o conhecimento do “sexo” dos parceiros eróticos dos pacientes daqueles médicos, “com vistas a se evitar a ‘perversão sexual’ resultante de uma aliança entre pessoas de mesmo sexo”. Em resumo, o veredito final quanto ao sexo da pessoa sob exame dependeria da mais adequada equação entre a estrita observância de seu comportamento de gênero e, também, o sexo e o comportamento de gênero das pessoas com as quais ela estabelecesse relacionamentos de natureza erótica, sexual e afetiva.

Os avanços obtidos na microscopia no século XVIII possibilitaram “novas perspectivas para a observação do processo de construção de organismos vivos”. Com o anatomista francês Bichat, o início do século XIX assistiu à inauguração de um novo campo da pesquisa biomédica: a histologia, o que tornou possível aos pesquisadores compreender a histologia gonadal e distinguir tecido testicular de tecido ovariano. Ao final do século XIX, esse se tornava o “padrão-ouro” para designar o sexo de indivíduos que apresentavam ambiguidade em sua genitália. Surpreendentemente, a maior compreensão da anatomia da pessoa hermafrodita a partir dos exames histológicos contribuiu para que médicos entendessem que “poucos” eram os hermafroditas que tinham tecidos de ambos os tipos. A partir de então, independentemente da aparência genital externa, a identificação de tecidos testicular e ovariano era o que determinava o sexo da referida pessoa. Todos os demais casos onde não se verificasse essa simultaneidade passaram a ser denominados pseudo-hermafroditas, dada a sua incongruência entre a natureza do tecido gonadal encontrado e a genitália externa, pouco importando a sua discrepância, seja masculina ou feminina. Assim, a identificação de tecidos testiculares em pessoa cuja genitália tivesse a aparência feminina levaria à sua designação como pseudo-hermafrodita masculino.

Foucault atribui às “teorias biológicas da sexualidade, às concepções jurídicas sobre o indivíduo, às formas de controle administrativo em nações modernas” a paulatina rejeição da ideia de uma mistura de dois sexos em um só corpo, o que teria conseqüentemente limitado a “livre escolha do indivíduo”. Segundo Rosario (2009), a grande importância que se dá à determinação do sexo “verdadeiro” em humanos não foi uma característica

exclusiva do século XIX. Hoje também se verifica a sua centralidade, na medida em que, por exemplo, o estabelecimento de determinados direitos civis se dá a partir da comprovação do sexo do cidadão. Como se sabe, são diferentes os direitos das mulheres em relação aos homens, no caso, por exemplo, de direitos sucessórios, de parentesco, trabalhistas e previdenciários, de acesso a medicamentos e a outros determinados direitos, etc. Salvo as exceções observadas em alguns poucos ordenamentos jurídicos estrangeiros, o casamento entre pessoas do mesmo sexo continua ilegal. Neste sentido, alguns interditos, ao negar, ou restringir, o acesso de determinados segmentos/pessoas a usufruir certos direitos específicos - exclusivamente por conta de seu sexo “irrevogável”, ou seja, quando lhes atribui/reconhece o chamado direito personalíssimo -, podem representar fonte de intenso sofrimento para elas.

Com a revelação por Michel Foucault do diário de Herculine Barbin – hermafrodita que viveu na França no século XIX – revelou-se não apenas todo seu sofrimento psíquico, físico e social como, também, evidenciou-se as enormes dificuldades do Judiciário no enfrentamento das questões ligadas ao gênero em humanos. Não menos importante, o drama vivido por Herculine acabou por expor a precariedade com que a Medicina compreendia a questão biológica. Embora transcorridos quase 150 anos de sua morte, o sofrimento de Herculine não perdeu relevância para a análise crítica do manejo da intersexualidade na atualidade. Muito pelo contrário, sua biografia corrobora significativamente os relatos de sofrimento que, desde o final do século XX, têm sido relatados por indivíduos intersexo que sofreram cirurgias genitais em sua infância e contestam a alegada beneficência como justificativa médica para sua realização. Mais que tudo, o caso de Herculine sugere a complexidade que envolve a intersexualidade e reforça a relevância da pergunta que faz Foucault em sua introdução: “precisamos, *verdadeiramente*, de um sexo *verdadeiro*?”<sup>15</sup>.

De maneira resumida, é essa a história de Herculine: menina pobre e miserável, foi criada em um ambiente quase exclusivamente feminino, fortemente religioso. Interna em um convento no interior da França, Herculine, com toda a discrição que lhe era peculiar, acabou desenvolvendo uma relação de natureza erótica, sexual e afetiva com outra também interna. Sobre sua identidade sexual não pairava dúvida no ambiente em que vivia, e ela era chamada de “Alexina” por seus familiares. Um dia, sem conseguir facilmente identificar o mal físico que a afligia, procurou a orientação do padre local. Este, reconhecendo suas

---

<sup>15</sup> Na versão em Inglês, “do we *truly* need a *true* sex?”; ênfase no original.

próprias limitações, indicou-a a um médico. Em meio aos procedimentos de rotina que julgou necessário realizar, o médico, surpreendentemente, descobriu que os males de que se queixava Herculine eram devidos à revelação de “seu verdadeiro sexo”. Comunicado o fato às autoridades judiciárias para que se adotassem as providências legais que envolviam aquela situação de “fraude”, noticiou-se o escândalo que era saber-se que um “homem” vivia em um convento de freiras. Confrontada, Herculine viu-se obrigada à mudança legal de seu *status* civil – agora, “homem” – e foi-se embora do campo para Paris. Lá, empregou-se na companhia de caminhos de ferro para o desempenho de atividades tipicamente masculinas. Sozinha e infeliz, sem conhecer ninguém, Herculine foi incapaz de se adaptar à nova identidade e, por fim, suicidou-se.

Herculine começou a escrever seu diário apenas depois que “sua nova identidade havia sido descoberta e estabelecida. Sua ‘verdadeira’ e ‘definitiva’ identidade”. Diz Foucault que, ao escrevê-lo, seu ponto de vista não era o de um homem que contava suas sensações e experiências quando não era “ele próprio”. Suas memórias foram escritas em período próximo a seu suicídio, quando ainda se considerava “sem um sexo definitivo” e se via privada dos prazeres que experimentara exatamente “porque não o tinha, ou não tinha inteiramente o mesmo sexo que as moças entre as quais viveu e que tanto amou e desejou”. Para Foucault, o que Herculine evoca em seu passado é a felicidade que representava viver no “limbo da não-identidade”, a qual, “paradoxalmente, estava protegida pelo estilo de vida daquelas sociedades fechadas, obtusas [mas não menos propícias à] intimidade”, onde, “de maneira compulsória e proibida ao mesmo tempo”, só é feliz aquele sujeito cujo reconhecimento legal e social decorre exclusivamente do fato de que tem apenas um sexo.

Foucault confessa que, não fosse a existência “de duas ou três coisas que lhe conferem particular intensidade”, se viu tentado a acreditar que a história de Herculine era “banal”. Para o autor, o “escândalo” que representou a descoberta da “verdade’ sobre o sexo de Herculine é emblemático das investigações médicas realizadas no período compreendido entre os anos de 1860 e 1870. Nesse ambiente científico, decifrar os mistérios da identidade sexual visava não apenas “estabelecer o verdadeiro sexo do hermafrodita mas, também, identificar, classificar e caracterizar os diferentes tipos de perversão”. Em resumo, prossegue Foucault, “tais investigações lidavam com o problema das anomalias sexuais no indivíduo e na raça”. A se conferir credibilidade a seu diário, sugere Foucault, tem-se a impressão de que, ao contrário do “mundo de sentimentos” que descreve, a identidade dos

parceiros ou, “acima de tudo”, o caráter enigmático de quem toda a história está centrada, “não tinham importância”.

Em relação à questão da intersexualidade, o “espectro da homossexualidade” (Fausto-Sterling, 2000, p.71) – como o prova o caso de Herculine Barbin que, interna em um convento no interior da França, teve relações de natureza erótica, sexual e afetiva com outra interna - perpassa toda a discussão. Para Fausto-Sterling (2000a), o temor que provoca a mera ideia, ou imagem, de relações entre pessoas do mesmo sexo pode contribuir, de maneira bastante vigorosa, não apenas para a imposição da crença em somente dois sexos mas, sobretudo, que esses dois sexos devem ser complementares. Dentro dessa lógica, a união voluntária – sobretudo, nos planos afetivo e sexual - entre iguais resultaria, portanto, em uma impossibilidade da natureza. Por extensão, a ocorrência involuntária em um único elemento – o corpo humano - de elementos que deveriam estar dimorficamente apresentados – isto é, o homem e a mulher, o masculino e o feminino – representa uma anomalia, a qual deve ser corrigida o quanto antes.

Para Foucault (1980), nossa atual tolerância a determinadas condutas que se insurgem contra a lei se opõe ao fato de que “continuamos a pensar que certas práticas são um insulto à ‘verdade’”. Desse modo, prossegue o autor, se reconhecemos a existência de “homens passivos” e “mulheres viris”, ou mesmo do amor entre pessoas do mesmo sexo, é porque não acreditamos que isso, de fato, representa uma ameaça à ordem estabelecida, embora consideremos que tais ações representam “um erro”, o qual, “em seu mais tradicional sentido filosófico, significa uma maneira de agir não adequada à realidade”. Dentro dessa lógica, admitir a existência de pessoas “em erro” para, em seguida, censurá-las parece guardar poderoso efeito didático. Foucault, ao analisar em retrospectiva a relevância de publicar o diário de Herculine, considera que a forma com que o século XIX se deixou “tão poderosamente” assombrar pela figura do hermafrodita, equivale, de algum modo, ao assombramento que o tema do travestimento representou para o século XVIII.

Alice Dreger, bioeticista, e Elizabeth Reis, historiadora, realizaram cada uma vastas pesquisas que ajudaram a promover o resgate da história médica do hermafroditismo no “mundo civilizado”. Curiosamente, seus trabalhos têm contribuído significativamente para a reflexão de pesquisadores de diferentes campos, e também do movimento social, em temas que extrapolam o interesse exclusivamente médico para muito além de uma discussão sobre “mulheres de barba” e “homens que menstruam” (Dreger, 1998). Em “*Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*” (1998), Alice Dreger investiga o tratamento

biomédico do hermafroditismo na Inglaterra e na França do século XIX e início do XX. Em uma época em que a Medicina, a ciência e a própria anatomia não haviam, ainda, alcançado a autoridade cultural que lhes seria atribuída posteriormente, não faltavam “autoridades” na vida das pessoas hermafroditas: “de parteiras a avós, passando por cirurgiões e médicos, amantes e amigos, além, é claro, da própria pessoa”, todos se sentiam no direito – e obrigação – de manifestar “sua posição moral” para o problema.

Considerando a proposta desta tese, é relevante saber que, para Dreger, “o encontro [formal] entre hermafroditas e médicos” favorece a análise de duas importantes questões: a forma como, cada vez mais, especialistas biomédicos conseguiram amedrontar habilidade e autoridade ao longo dos tempos para “afirmar os feitos e significados da carne de uma pessoa para uma dada identidade” e como, paulatinamente, “fora do ambiente hospitalar, das clínicas e dos periódicos médico-científicos, os hermafroditas foram se tornando, cada vez mais, invisíveis”. Não obstante sua ressalva, a autora resume seu trabalho como “um conto<sup>16</sup> sobre a ascensão da ciência e da medicina no Ocidente”.

Tendo em vista o recorte de minha tese – avaliar se as justificativas para a realização de procedimentos cirúrgicos em genitálias de crianças diagnosticadas como “intersexo”, de modo a se promover seu ajuste à tipicidade morfológica de cada sexo, atendem, de fato, ao que se considera o seu “melhor interesse” - é significativa a autocrítica da autora para seu próprio trabalho. Segundo Dreger, sua obra seria “muito diferente” se, ao invés de se apoiar majoritariamente nos registros de médicos da época, dispusesse, como fonte primária, da visão e auto-representação que tinham aquelas pessoas a respeito do próprio corpo quando, no século XIX, foram rotuladas como “hermafroditas”. Lamentavelmente, como reconhece a autora, em relação à história social da Medicina, “são muito poucos” os registros de experiências pessoais deixados por “hermafroditas, pobres e doentes”. Não sem razão, acrescenta Dreger, sua percepção do problema contemporâneo da intersexualidade se deve à “emergência dos diversos pleitos à autonomia e ao reconhecimento da autoridade dos sujeitos da Medicina no final do século XX”.

No prólogo de *Hermaphrodites...*, Alice Dreger dá destaque à frase que proferiu um médico em seguida ao início do exame físico de uma paciente em uma clínica cirúrgica na Bélgica: “mas, minha senhora, sois um homem!”. Era o ano de 1886. Casada há dois meses em primeiras núpcias, Sophie V. tinha 42 anos de idade e trabalhava como empregada doméstica. Sua procura pelo médico se deve à dificuldade que seu marido encontrava para,

---

<sup>16</sup> No original, “*tale*”.

à guisa de sua satisfação, “consumir o ato conjugal”, não obstante “os melhores esforços do casal”. Segundo a paciente, ao marido não era possível “penetrar a vagina da esposa”. Sem encontrar uma justificativa para aquela situação, Sophie desejava saber não apenas o quê havia de errado mas, também, se seu problema poderia ser solucionado. Para o médico, a resposta para aquele problema não demorou a ser elucidada: “Sophie era realmente um homem, não importando o que ela havia sido levada a acreditar toda sua vida, nem tampouco o que seu marido fora levado a acreditar”. Seu “pênis”, de 5 centímetros de comprimento, “encontrava-se no lugar habitual” e, embora lhe faltasse um orifício na ponta como todos os demais pênis, era coberto por uma glândula e - tal como fora, de maneira delicada, escrito no relatório médico - “estava suscetível à ereção”. No tocante à urina, diz o relato, “era aparentemente excretada por um orifício na base de seu ‘pênis’”. Aquilo que se acreditava serem os lábios de sua vagina era, na verdade, o escroto bipartido e, na opinião do médico, continha “pelo menos um testículo”. Se faltava a Sophie a densa penugem facial que tinham os homens de sua idade, tampouco lhe faltava os esperados sinais de feminilidade. Não tardou para que Sophie confessasse ao médico que “os seios de seu marido eram muito maiores” que os dela, o que o fez concluir que a impossibilidade do ato penetrativo por parte do casal se dava ao fato de que Sophie “não tinha uma vagina”.

Era grande a incredulidade de Sophie ao que lhe dizia o médico. Contudo, para ele, o problema da paciente “não era a sua anatomia mas, sim, a sua compreensão de anatomia”. Na apresentação do caso a uma revista científica de então, seu autor, o médico Dandois, menciona que, por ocasião do nascimento de Sophie, houve algum questionamento por parte dos familiares a respeito de seu sexo. Levada a um médico, esse não conseguiu esclarecer “a coisa” o suficiente e pediu que a criança lhe fosse trazida de volta algum tempo depois. Com medo de que o médico pudesse, “acidentalmente, machuca-la ou até mesmo mata-la por conta de suas investigações”, os familiares preferiram não seguir sua recomendação e lá não voltaram mais. Por conta própria, os familiares decidiram que o bebê deveria ser uma menina – à época, “seus genitais pareciam bem femininos” – e assim a criaram. Com 20 e poucos anos, Sophie desenvolveu o que pensou ser uma hérnia e, desde então, passou a usar bandagens como forma de conter o agravamento do problema.

Se, como diagnosticou o médico, aquela “hérnia” era um testículo que descera, e Sophie estava casada com um homem, como se deveria proceder? A resposta, diz Dreger, pareceu “bastante simples” para o médico: “se Sophie tinha testículos e um pênis, ela era certamente um homem. Então, independentemente do que ela, marido, familiares e amigos

pensassem àquele respeito, ela não poderia estar casada, pois não existe casamento verdadeiro ou legal entre dois homens. Ela deveria ter seu *status* civil formalmente alterado para o gênero masculino, seu casamento oficialmente anulado, e deveria começar a agir em conformidade a seu ‘verdadeiro sexo’. Sophie era um homem”, estava decretado pela autoridade médica, e tal diagnóstico logo seria chancelado pela autoridade judiciária competente.

Uma vez que a solução do problema de Sophie parecera simples para aquele médico, igualmente simples era o raciocínio da paciente depois de ouvi-lo. Diz Dreger: “Sophie se sente como mulher, se veste como mulher, e sempre foi mulher. Que diferença faria se parte de sua anatomia parecia pouco usual? Ela era mulher. Ela era casada com um homem a quem amava como marido, o qual, por sua vez, a amava como esposa. Sophie pensou que o referido médico haveria de estar louco, equivocado, confuso ou, para dizer o mínimo, não merecia atenção, visto que ela não tinha interesse em, repentinamente, se tornar um homem”. Como ressaltado anteriormente, para o médico, a questão não era “tornar-se um homem”, afinal, para ele, Sophie “sempre” o fora. O problema de Sophie era, simplesmente, “aceitar a verdade da carne”.

Se, como visto, algumas vezes o sexo “verdadeiro” representava uma revelação surpreendente para a pessoa que ia ao consultório em busca de uma solução para um problema de saúde seu qualquer, outras vezes, era a própria pessoa quem procurava a autoridade médica porque esperava ter ratificada sua identidade sexual, a qual, embora fosse motivo de dúvida para alguns curiosos, não representava qualquer constrangimento para si. Assim, de um lado, tínhamos a pessoa que se oferecia ao médico para que a examinasse e, do outro, se colocava o médico, a quem cabia ratificar ou refutar aquela dúvida e que, ao fazê-lo, asseguraria indubitavelmente sua autoridade profissional e cultural. Situações como esta, sugere Dreger, demonstram a qualidade e os significados dos interesses então em jogo e apontam a existência de um regime de cooperação que se impunha entre sujeitos e médicos.

Segundo Dreger, médicos frequentemente se viam “perturbados” diante da “bagunça conceitual e prática da vida amorosa de hermafroditas”. Mesmo que concepções “científicas” de anatomia e fisiologia orientassem suas práticas, para eles, algumas situações com que se deparavam cotidianamente em seus consultórios não eram de fácil interpretação e resolução. Não que fossem muitos os casos de hermafroditismo diagnosticados; a questão que mais lhes chamava a atenção era a sua possível repercussão.

Assim, preocupados em “evitar que a desordem sexual [resultante do hermafroditismo] se espalhasse”, médicos resolveram atribuir a si a responsabilidade de “ordená-la”.

Por esse motivo, explica a autora, é importante que se compreenda como, e porquê, na França e na Inglaterra do final do século XIX, médicos e cientistas, obstinados a encontrar “uma definição de masculinidade, feminilidade e hermafroditismo que fosse, [ao mesmo tempo], rigorosa, convincente e permanente”, decidiram atribuir às gônadas essa responsabilidade. Não obstante, para Dreger, buscar definir o sexo de uma pessoa a partir da exclusiva observação da anatomia de suas gônadas – isto é, ovários ou testículos - significou limitar a “um único traço” toda a sua complexidade, e fez desse “um sistema de classificação sexual extraordinário e uniforme”. Não sem razão, a interpretação do exercício da sexualidade de hermafroditas, ou seja, seus desejos e atos, mais do que esclarecer a Medicina para a diversidade que lhes era apresentada, representou um desafio. Foi nesse ambiente que o tratamento conceitual e prático de hermafroditas por parte de cientistas e médicos, explica Dreger, passou a ser ancorado na assunção de que a heterossexualidade era “a única forma natural, normal e moral de sexualidade”.

Contudo, se na segunda metade do século XIX a Medicina estava obstinada com o estabelecimento de critérios que servissem para definir o que era um “homem”, uma “mulher” e um “hermafrodita”, Dreger revela que tampouco havia unanimidade entre seus profissionais quanto ao que estava em disputa. A rigidez de critérios pretendida desafiava alguns médicos, dadas as suas discordâncias quanto às “essências e significados de feminilidade e masculinidade” a partir do que sua prática médica revelava. Ao invés de estar restrito a um pequeno espaço de tecido e rigidamente delimitado, como pretendia a Medicina, “o sexo parecia escorregar e deslizar por todo o corpo”, aponta Dreger ao comentar as variadas percepções médicas de então. Não surpreende, portanto, que as discussões que eram travadas indicassem “uma ativa negociação” quanto a “quais atributos e partes do corpo são, essencial e significativamente, masculinas e femininas” e demonstrassem, ao final, a “variedade de opiniões [médicas] e possibilidades que daí resultaram”.

Em sua obra “*Bodies in doubt*”, Elizabeth Reis (2009) estende, para além do discurso médico, sua análise sobre o hermafroditismo nos Estados Unidos da América desde o século XVIII até os dias atuais, e passa também ao exame da literatura popular que ali floresceu. Para a autora, “a prática médica não pode ser compreendida fora do contexto cultural em que se encontra”, na medida em que suas respostas são “profundamente

influenciadas por [determinados valores e] preocupações sociais a respeito [, por exemplo,] de casamento e heterossexualidade”. Acredita Reis que os “valores e ansiedades da sociedade em geral conferem ao manejo médico, mais do que um esforço científico, um significado cultural”. Dentro dessa lógica, Reis considera que a “ansiedade quanto à incerteza” que, de modo geral, corpos “ambíguos” provocavam entre a população contribuiu significativamente para que, ao final, fosse conferida à Medicina autoridade para definir e sustentar, continua e indefinidamente, “um sistema baseado na fixidez de normas de sexo e gênero”.

Na América de então, relata Reis, muitos médicos e populares não acreditavam na existência, entre humanos, da figura do hermafrodita, na forma como essa era então definida, afinal, “jamais se havia encontrado um ser humano que reunisse [no mesmo corpo] um conjunto perfeito de órgãos masculinos e femininos. Tecnicamente, os médicos estavam certos. A figura mitológica grega do hermafrodita não tinha sua contrapartida/parte no mundo humano”. Segundo a autora, “manuais de jurisprudência médica e tratados de ginecologia do século XVIII duvidavam da existência de hermafroditas ‘perfeitos’ e, em seu lugar, afirmavam que muitas mulheres assim consideradas eram simplesmente mulheres com clitóris aumentados”. Para algumas “autoridades médicas”, tais erros diagnósticos resultavam da “ignorância da anatomia humana, particularmente a feminina”. Muitos que diagnosticavam como “grande” o tamanho de um determinado clitóris acreditavam que esse era um “presságio” de uma condição sexualmente perigosa, a qual poderia resultar em “dois males”: (i) dificuldade no coito heterossexual, de caráter monogâmico, no âmbito do casamento, e (ii) a promoção de relações sexuais entre mulheres.

A perspectiva legal e médica do hermafroditismo no ambiente colonial norte-americano extrapolava o âmbito da anatomia. Desconhecendo a “existência de hormônios e cromossomos”, e tecnicamente impossibilitados a realizar a “inspeção interna das gônadas”, médicos e ministros da religião viam no nascimento de “monstros” sinais da providência divina ou, então, do diabólico. Mães eram frequentemente culpabilizadas pela anatomia monstruosa de seus bebês dado que, no imaginário popular, seria a natureza do pensamento materno durante o período da gestação a responsável em provocar o surgimento destas “anomalias de nascimento”. Acreditavam as pessoas, de maneira geral, que o mero desejo da gestante de comer determinado alimento, quando não satisfeito, poderia, por exemplo, provocar determinados “defeitos” no bebê, os quais seriam

imediatamente a ele associados. É o caso da mulher que, durante a gestação de seu filho, desejava comer galinha, mas não teve atendido seu desejo; ao nascer, seu filho ostentava uma espécie de “rabo” que, aos olhos das demais pessoas, lembrava a referida parte da ave<sup>17</sup>. Outras vezes, o pronunciamento de médicos e parteiras a respeito do sexo da criança a quem assistiam eram tão poderosos que, no âmbito da sexualidade e da privacidade, serviam para solucionar polêmicas a respeito da suspeita de ilegitimidade de filhos, impotência do pai, confirmar ou negar acusações de estupro sofrido, ou consubstanciar procedimentos de divórcio.

Reis sugere que “corpos intersexo sempre foram marcados como ‘outro’: monstruoso, sinistro, ameaçador, inferior e infeliz”. Consequentemente, abominação e suspeição eram alguns dos sentimentos com que determinados médicos no século XIX enxergavam seus pacientes hermafroditas. Segundo a autora, apenas em período posterior é que os médicos começaram a demonstrar empatia pelos dramas e sofrimentos que lhes eram confiados, e passaram a se preocupar em acertar nas decisões que tomavam para os tratamentos oferecidos.

Antes de se lançar a relatar os resultados de sua investigação, Reis aponta para a relevância que, neste contexto, tem a pergunta: “o que significa ser humano?”. Consciente da complexidade que aí se encerra, e sem pretender esgotar a questão, a autora avança parte da resposta ao dizer que “é o sexo um dos atributos essenciais da humanidade”. Prosseguindo em seu esforço, acrescenta que “ser humano é ter um sexo físico e um gênero cultural”<sup>18</sup>, na medida em que, ao longo da história, “as sociedades dividiram os humanos em homens e mulheres, baseados na natureza de seus corpos, e estruturaram a vida social a partir desses elementos”. Entretanto, salienta Reis, “nem todos os corpos [de humanos] são claramente masculinos ou femininos”. Ao invés de considerar a suposta “anomalia” que representa o desajuste de corpos às categorias “masculina” e “feminina”, em seu trabalho, Reis enfatiza precisamente a “anomalia das relações sociais na América colonial e nos Estados Unidos da América” para “manejar, com maior flexibilidade e aceitação a diversidade corporal de seus membros”.

---

<sup>17</sup> No Brasil contemporâneo, existe uma crença, amplamente disseminada, de que o “desejo” da gestante de ingerir determinado alimento deve ser atendido, jamais negado. Crença cultural trazida pelos colonizadores portugueses, ou simpatia, esta vem sendo repetida *ad infinitum* ao longo das gerações. Se existe mesmo receio de que o “mal” poderia daí advir, não há como se saber.

<sup>18</sup> No original, “*to be human is to be physically sexed and culturally gendered*”. Sua mais próxima tradução para o Português resultaria em “ser humano é ser fisicamente sexuado e culturalmente generificado”. Dada a inexistência em nossa língua do adjetivo “generificado”, e de modo a evitar absurdos no esforço de traduzir “*gendered*”, preferi ajustar a frase da autora, preocupado, contudo, em não lhe retirar o sentido.

Questão relevante na pesquisa de Reis é a preocupação cultural da América de então quanto à interseção entre raça e o hermafroditismo, a qual influenciava a opinião médica. Durante o século XIX, muitos artigos médico-científicos sobre casos de hermafroditismo que eram publicados “sugeriam que monstruosidade e negritude caminhavam lado a lado”. A inquietante perspectiva de que indivíduos “poderiam, repentinamente, mudar de sexo – como, aparentemente, era o caso de alguns hermafroditas -” estabelecia um paralelo com a “preocupação anterior da Nação”, isto é, a questão da “classificação racial” e, por extensão, a possibilidade de uma “identidade racial mutável”. A insistência que, no século XIX, teve a Medicina em, afinal, não mais afirmar a ambiguidade do sexo de um indivíduo mas, apenas, afirmar a sua certeza, contribuiu para disseminar a ideia de que o sexo, assim, como a raça, eram coisas “descomplicadas, permanentes, de fácil determinação”. Para Reis, tal posição contribuiu para o asseguramento do *status* legal de homens e mulheres. Como bem sugere Dreger, “pode-se atribuir ao interesse médico difuso a manutenção de fronteiras bem reforçadas - desobstruídas, distintas e ‘naturalmente’ justificadas - do sexo social”. Com razão, tecnologias diagnósticas desenvolvidas nos últimos 100 anos possibilitaram, e levaram a algumas redefinições. Contudo, neste ambiente científico, especialistas deveriam estar prontos a frequentemente alterar suas definições para as categorias trabalhadas, se quisessem se manter sempre à frente da eventual possibilidade de se comprovar a existência de hermafroditas “verdadeiros”.

A exposição nesta seção de alguns casos médicos observados no século XIX, bem como a revelação e análise do diário de Herculine Barbin por Foucault, sugere a necessidade de se refletir a respeito de algumas das mazelas e dilemas em torno da intersexualidade. Afinal, em seguida a seu diagnóstico pelo médico, deve ele, ou não, revelar sua ocorrência ao próprio sujeito e a sua família? Em caso afirmativo, a quem e quando deve o sujeito assim diagnosticado informar seu “novo” *status* civil? O que se pode socialmente esperar a partir da revelação da verdade sobre um corpo que, contrariamente ao que afirmava, encerrava “oculto” um “outro” sexo? Se tal fato implica a existência de uma “fraude”, existem culpados e cúmplices? Como classificar o desejo da pessoa hermafrodita em relação a alguém de seu “mesmo sexo”? Quais os eventuais desdobramentos erótico-sexuais e afetivos daí decorrentes? Como enfrentar judicialmente o problema da indefinição e/ou da eventual necessidade/vontade de ajuste da subjetividade e da anatomia da pessoa hermafrodita? Qual a natureza dos eventuais empecilhos à autonomia da vontade e ao consentimento livre e esclarecido da pessoa intersexo para as

diferentes intervenções em seu corpo que lhes são propostas? Enfim, quais questões de ordem moral são efetivamente trazidas à tona com este caso?

O diário de Herculine Barbin, assim como os demais casos médicos aqui apresentados, apontam para os fundamentos do “sistema sexo-gênero” (Bento, 2006), os quais se baseiam na inequívoca e absoluta diferenciação entre os dois gêneros. De maneira bastante simplificada, pode-se dizer que é assim que o mesmo está estruturado: homens *são* homens, mulheres *são* mulheres. Homens têm pênis, mulheres têm vagina; homens são masculinos, mulheres são femininas. Homens são ativos e devem penetrar mulheres, de modo a demonstrar seu poder; mulheres devem ser passivas e submissas aos homens, todos os homens, não importam quem sejam esses homens. Pênis devem ser longos e, para fins de prazer e reprodução, devem ter preservada sua capacidade penetrativa em uma vagina; clitóris devem ter dimensões mínimas, de modo a não interferir com o ato penetrativo masculino, nem representar uma possibilidade de funcionar como instrumento de penetração – o pênis feminino - em homens e mulheres. O *phallus* feminino não deve jamais ser comparado, em sua eventual potência, ao *phallus* masculino. Da mulher e do homem se espera exclusivamente o sexo de natureza heterossexual, no formato peniano-vaginal, com fins de procriação. Mais do que qualquer outra coisa, mulheres devem ter preservada sua função reprodutiva e sua vagina deve estar pronta para receber em seu interior o pênis masculino. Assim como um homem deve parecer homem, ter atributos físicos, personalidade e caráter exclusivamente masculinos, uma mulher deve igualmente parecer mulher, isto é, ter atributos físicos, personalidade e características exclusivamente femininas. Enfim, ser homem é *não* ser mulher.

É precisamente a comprovação de que é possível a ocorrência em um só corpo humano de alguns elementos “típicos” de um e de outro sexo - e que isso, *per se*, não constitui uma anomalia -, o que desestabiliza o sistema sexo-gênero binário – e, por consequência, a matriz heterossexual - e autoriza a biologia a afirmar que existe uma espécie de *continuum* entre machos e fêmeas, e que negar sua fluidez é equivocado.

Em sua tentativa de esquematizar a história médica do hermafroditismo, Rosario (2007, p.264), considera como as cinco principais abordagens de sexualização dos corpos: (a) a anatomia genital externa, a qual, segundo textos clássicos, prevalecentes até o século XIX, era determinada pelo equilíbrio (segundo Hipócrates e Galeno) ou por oposição (segundo

Aristóteles) de suas essências/substâncias; b) o comportamento de gênero, inclusive orientação sexual, entre os séculos XVIII e XIX<sup>19</sup>; c) a histologia gonadal, no século XIX; d) a genética, no século XX; e) o “gênero ideal” (“*optimal gender*”), na década de 1950.

Segundo o mesmo autor, tais abordagens “não são historicamente discretas; diversos elementos dessas perspectivas gerais são muitas vezes incorporados em alguma teoria e tratamento particular de intersexo”. Como exemplo, Rosario aponta que, no caso de “deliberações a respeito da melhor designação de sexo para neonatos, o comportamento e a identidade de gênero em adultos continua a ser um fator nas deliberações quando considerado o paradigma de tratamento ‘gênero ideal’” (“*optimal gender*”).

Como ensina Dreger (Dreger, 1998), até meados da década de 1950, o modelo proposto de intervenção médico-cirúrgica para a designação de gênero em crianças portadoras da chamada GA estava baseado na predominância das gônadas. A observação da anatomia interna do sujeito era crucial para a atribuição de seu “sexo”, sendo de menor relevância a sua aparência genital. Contudo, ao que parece, esse modelo não era capaz de explicar determinados “desajustes” verificados entre o papel de gênero, identidade sexual e as redesignações de sexo realizadas em crianças e adolescentes assim diagnosticadas.

Nos anos imediatamente seguintes à 2ª Guerra Mundial, o governo dos Estados Unidos da América (EUA), preocupado com a necessária retomada internacional do crescimento econômico e as possíveis repercussões que os crescentes movimentos pela emancipação feminina e liberdades civis poderiam acarretar à estabilidade social mundial de maneira geral, ofereceu enormes incentivos às pesquisas científicas na área da sexualidade para melhor tentar compreender sua dinâmica e, quiçá, interferir em sua “lógica”. Inúmeros centros de pesquisa em todo o país foram criados e receberam maciços investimentos federais. Questões como a retomada da estabilidade dos papéis sexuais e de gênero de homens e mulheres, de certa forma esgarçados e/ou questionados durante o esforço de guerra, eram fonte de crescente preocupação da, então, mais poderosa nação militar e econômica que emergia do pós-guerra. Como bem sugere Fausto-Sterling (2000, p.46), “no pós-2ª Guerra, o ideal da vida familiar nos subúrbios [norte-americanos] foi estruturado estritamente no entorno da divisão de papéis de gênero”.

Neste ambiente, alguns pesquisadores se destacaram: Alfred Kinsey, na Universidade de Indiana, se dedicou a observar a sexualidade humana e, já em 1948, produziu “*Sexual*

---

<sup>19</sup> Cabe ressaltar que a noção de gênero e orientação sexual referida por Rosario é posterior (século XX).

*Behavior in the Human Male*”<sup>20</sup>, um estudo inovador sobre a sexualidade masculina; na Universidade Johns Hopkins, o psicólogo John Money aos poucos se tornou um dos principais estudiosos de então para a questão da definição de papéis sexuais e de gênero. É seu um modelo que sugeria, em humanos, a plasticidade do gênero quando observadas determinadas regras. Dito de outro modo, acreditava Money que, em termos de desenvolvimento e fixação de uma dada identidade de gênero, a biologia teria revogadas suas leis quando lhe fosse oferecido um ambiente no qual o gênero cirurgicamente designado não fosse contrariado. Money, que vinha aos poucos testando suas hipóteses, formulou um modelo de abordagem para crianças que, por razões congênitas ou de traumatismos genitais, apresentavam deformações em sua genitália.

Sugere Fausto-Sterling (2000, p.45) que “há muito em jogo” na “batalha” que, desde os anos 1950, “psicólogos, sexólogos e outros pesquisadores” travam em relação às origens da diferença sexual, identidade de gênero, papéis de gênero e orientação sexual. Para a bióloga, nossas concepções quanto à natureza da diferença entre os gêneros “moldam, mesmo quando refletem” os modos com que estruturamos nosso sistema social. Complementando sua ideia, diz Fausto-Sterling que “em nenhum outro lugar isso é tão claro quanto nos debates a respeito da estrutura e reestrutura dos corpos que exibem ambiguidade sexual” (2000, p.45).

Fausto-Sterling informa, em sua análise crítica da prática contemporânea de se “reparar” bebês intersexo “imediatamente após seu nascimento”, que tal modelo tem sua origem em “teorias de gênero surpreendentemente flexíveis”. A aparente impossibilidade de se decifrar as justificativas para a suposta diferenciação entre machos e fêmeas acaba por mobilizar diferentes campos do saber e lançar pesquisadores e cientistas em tarefas cada vez mais complexas. Machado (2008b, p.138) sugere que a Medicina, em seu esforço para elucidar a “verdade” oculta quanto ao gênero de um determinado corpo, cada vez mais recorre à sofisticada parafernália biotecnológica existente. Este aparato possibilita o exame de tecidos e órgãos em níveis moleculares, genéticos e cromossômicos. Contudo, autoras como a bióloga Anne Fausto-Sterling (2000, p.31) afirmam que, proporcionalmente ao refino investigativo da “verdade” na definição de um ou de outro sexo, mais se revela a precariedade de sua exata distinção. De maneira resumida, uma espécie de *continuum* entre os gêneros parece impossibilitar a afirmação da existência de fronteiras rígidas e intransponíveis entre eles: “em termos biológicos - diz Fausto-Sterling - existem muitas

---

<sup>20</sup> KINSEY, Alfred. 1948. *Sexual Behavior in the Human Male*. Bloomington: Indiana University Press.

gradações entre o ‘masculino’ e o ‘feminino’” (1993, p.21). Contrariamente ao que, até então, se buscou reiterar como “verdade”, homens e mulheres são muito mais parecidos entre si.

### 3. O caso David Reimer

Causa ainda surpresa a algumas pessoas as reiteradas referências na literatura científica estrangeira e nacional a um caso clínico específico que, embora não envolva nenhuma criança diagnosticada com genitália malformada – ou seja, a criança referida não pode ser considerada intersexo -, é considerado, pelas comunidades médica e acadêmica, “um clássico” para o estudo da questão da intersexualidade (Beh *and* Diamond, 2000, p.20). Trata-se do caso de Bruce/Brenda/David Reimer. Contudo, tal estranhamento não há de persistir depois de se melhor conhecerem seus principais aspectos. Divulgado nos anais da Medicina com o título de *John/Joan*, seu relato pelo psicólogo John Money acabou por torná-lo um dos casos mais famosos da história médica. Depois de passado um quarto de século da sua publicação original em 1972, a verdade finalmente emergiu em 1997. Com isso, desmoronou o modelo teórico elaborado por Money e sua equipe na Clínica de Identidade de Gênero da Universidade Johns Hopkins. Esse modelo de “plasticidade do gênero” estabelecia a primazia do ambiente (“*nurture*”) sobre a biologia (“*nature*”) como fundamento para prescrever terapêuticas nos casos de neonatos portadores de genitália ambígua e, igualmente, de traumatismo genital em crianças que não apresentavam anomalias congênitas. Em decorrência da refutação científica desse modelo, teve início uma série de debates quanto à moralidade que suas muitas questões éticas suscitam até hoje, as quais extrapolam o âmbito da Medicina.

No caso específico da proposta desta tese, o caso *John/Joan* aponta para as inimagináveis repercussões que, no plano pessoal, decorrem da instabilidade com que a Medicina proclama algumas de suas “verdades” e, também, para o próprio processo de consolidação dessas mesmas “verdades” no ambiente científico, sua disseminação e consideração acrítica por pares.

No ano de 1967, o bebê Bruce Reimer – então com oito meses de idade - teve seu pênis carbonizado e gangrenado depois de ser submetido à circuncisão em um hospital público na cidade de Winnipeg (Canadá). A família do bebê, sem saber como proceder diante da

magnitude do acidente de que seu filho fora vítima, decidiu procurar o psicólogo John Money, no Hospital da Universidade Johns Hopkins (Baltimore, EUA), então, um dos principais estudiosos para a questão da definição de papéis sexuais e de gênero. Com base no modelo teórico que formulara, Money concluiu que, se estritamente observadas suas recomendações terapêuticas, o trauma que o bebê sofrera poderia ser minimizado, e sua estabilidade psicológica rumo a um futuro menos problemático estaria assegurada.

Money recomendava para Bruce um tratamento extenso, o qual haveria de ser desenvolvido em diferentes etapas ao longo de sua infância e adolescência. A “troca de sexo”, considerada crucial, era uma das cirurgias propostas. Assim, aos dois anos de idade, Bruce foi submetido à cirurgia feminizadora e teve removidos os testículos. O objetivo central de Money era “fixar” no bebê seu novo gênero. O segredo quanto aos procedimentos médico-cirúrgicos realizados em Bruce - agora registrado como Brenda - e também a mudança para outra cidade - onde ninguém conhecesse a verdade e pudesse ameaçar aquela estratégia médica – eram algumas das condições para o êxito do tratamento proposto.

Para poder comprovar sua teoria de que o gênero de Brenda havia sido ajustado graças aos esforços que seu tratamento desenhara, John Money contava com a existência de Brian, o irmão gêmeo monozigótico de Bruce, o qual não havia sido submetido à circuncisão e era criado como menino. Brian era o caso controle ideal para seu experimento. Como diz John Colapinto (2001, p.13), “se os gêmeos crescessem como crianças ajustadas e felizes de sexos opostos, seria a inegável prova de domínio do meio-ambiente sobre a biologia na diferenciação dos sexos”.

Em seus relatos sobre o caso, Money alardeava a felicidade da mãe de Brenda ao vê-la crescer, adorando “usar vestidos, fazer penteados em seus cabelos, e [detestando] ficar suja [como os meninos]”. De acordo com Fausto-Sterling (2000, p.67), a experiência com Brenda permitiu a Money concluir que era “extraordinário o quão influentes são os padrões dimórficos de gênero para a criança ao longo de sua criação, para que possa formular sua diferenciação psicosssexual e alcançar uma identidade de gênero masculina ou feminina”. Em um relato particularmente entusiasmado sobre o caso *John/Joan*, Money chegou a compará-lo ao mito de Pigmaleão quando disse que “da argila, se pode modelar um deus ou uma deusa” (Fausto-Sterling, 2000, p.67). Como bem aponta Fausto-Sterling (2000, p.67), não demorou para que a teoria de desenvolvimento psicosssexual de Money fosse considerada como a “mais progressista” pela comunidade científica.

Porém, contrariando as expectativas médicas em geral, e todos os esforços de Money, não foi exatamente assim que as coisas aconteceram. Brenda jamais se conformou com o papel de gênero que lhe foi imposto. Sua resistência ao gênero feminino era enorme. A família, embora extremamente preocupada com o quadro que se desenrolava diante de seus olhos, resistia e se mantinha fiel ao que preconizava o psicólogo John Money. A notoriedade e o reconhecimento da autoridade do psicólogo na comunidade médica e científica parecem ter constrangido enormemente a família Reimer.

A insurgência de Brenda às determinações de Money provocava inúmeras discussões com seus pais. A mãe, sentindo-se culpada e impotente, entrou em depressão; o pai tornou-se alcóolatra. Um dia, depois de novamente discutir com Brenda, seu pai, bastante infeliz, sentindo-se acuado e desesperado, decidiu contar-lhe toda a verdade. A notícia parece não lhe ter causado qualquer surpresa. Brenda sempre desconfiou que trazia consigo uma identidade masculina muito forte, a qual em nada correspondia à identidade feminina que a incentivavam a manifestar. Sua rejeição ao papel feminino e a seus marcadores típicos eram muito fortes. Quando perguntada porquê insistia em “brincar de menino”, Brenda dizia que é porque ela era “de fato, um menino”. Não obstante, suas crescentes desconfianças de que havia algo de errado consigo eram insistentemente negadas pelos médicos com quem se consultava ao longo dos anos. Se o segredo era parte essencial do receituário de Money, aquela família obedecia e reiterava o seu discurso.

Conta Fausto-Sterling (2000, p.68) que, em 1970, o psiquiatra Bernard Zuger publicou um artigo, no qual relatava diversos estudos clínicos em que adolescentes e adultos intersexo, rejeitando o sexo em que foram criados, insistiam em trocá-lo. Zuger também relatou que indivíduos intersexo por ele atendidos insistiam em afirmar que “ouviam uma voz interior que lhes dizia que, [em relação a seu sexo], as pessoas em posição de autoridade a seu redor estavam todas erradas”. Ainda que “os médicos insistissem em afirmar que eles eram mulheres, removessem seus testículos, lhes injetassem estrogênio, e lhes providenciassem uma vagina cirúrgica, eles sabiam que eram homens” (Fausto-Sterling, 2000, p.69). Segundo Fausto-Sterling, embora Money tenha ficado “furioso” com esta “ousada” publicação, suas repercussões no meio científico foram pequenas.

Após tomar conhecimento de seu histórico clínico, Brenda resolveu “voltar” a ser um menino. Tinha início então seu périplo médico para tentar, de todas as formas, reverter seu gênero. Brenda - agora não mais Bruce, mas David Reimer, seu novo nome – se submeteu à hormonioterapia masculina e a inúmeras outras cirurgias genitais. Seus esforços não

conseguiram atender à sua vontade e necessidade fundamental: restituir-lhe a condição masculina anterior à circuncisão. O sofrimento de David ante sua impotência para solucionar aquele problema acabou por levá-lo ao suicídio, em 2004, aos 37 anos de idade. Em 2002, Brian, seu irmão e caso-controle do experimento de Money, usuário de drogas, já havia se suicidado.

Embora a teoria de Money ganhasse rapidamente a atenção de médicos em todo o mundo e, como destaca Fausto-Sterling (2000, p.67), seu modelo orientasse prescrições terapêuticas para crianças que apresentassem mutilação genital e malformação congênita, nem todos viam sentido em seus achados. É o caso do médico Milton Diamond. Desde 1965, o médico Diamond, que recém terminara seu curso de doutorado, acompanhava as pesquisas que Money e sua equipe desenvolviam desde a década de 1950. Para os pesquisadores de Johns Hopkins, a designação cirúrgica do sexo em um hermafrodita adulto, conjuntamente com o sexo de sua criação, seriam capazes de determinar com “mais precisão” seu papel de gênero e orientação sexual “do que qualquer outro aspecto de seu sexo biológico”:

Teoricamente, nossas descobertas indicam que são inadequadas as doutrinas que pregam as origens dos gêneros como estritamente hereditárias ou ambientais. Por um lado, é evidente que orientação e papel de gênero não são determinados de maneira inata, instintiva e automática por agentes físicos como cromossomos. Por outro, é também evidente que o sexo [cirurgicamente] atribuído e o sexo de criação tampouco determinam, de maneira automática e mecânica, o papel de gênero e a orientação [sexual]. (Money, J; Hampson, JG; Hampson, JL. 1957. *Imprinting and the Establishment of Gender Role*. American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry 77 : 333-36. *apud* Fausto-Sterling, 2000, p.67).

Se Money e equipe, de fato, acreditavam que sua hipótese, formulada através do estudo de crianças intersexo, representaria “uma teoria geral, possivelmente universal, de desenvolvimento psicosssexual”, a chegada do bebê Bruce Reimer a Johns Hopkins seria a oportunidade que tanto esperavam para testá-la, como sugere Fausto-Sterling (2000, p.66).

Em resumo, Diamond contestava as formulações de Money de que, em humanos, o gênero seria neutro por ocasião de seu nascimento. Embora Diamond concordasse quanto ao fato de que “para hermafroditas, é possível assumir papéis opostos a seu sexo genético, morfológico”, suas maiores discordâncias se davam quanto às conclusões mais gerais de Money. Para Diamond,

[...] assumir que o papel sexual representa uma elaborada questão, quase que exclusivamente cultural, não sujeita aos tabus e potentes mecanismos de

defesa que se sobrepõem a uma prepotência biológica ou organização e potenciação prenatal, parece injustificável e, com bases nos dados apresentados, não parece [devidamente] substanciada. (*apud* Fausto-Sterling, 2000, p.67).

Dito de outra forma, mesmo que Money e equipe interpretassem “corretamente” o desenvolvimento intersexual, seu trabalho “não lançava luz sobre o que chamavam de ‘normais’”, sugere Fausto-Sterling (2000, p.68).

Com a divulgação em 1972 do caso *John/Joan*, Diamond reiterou suas dúvidas a respeito do que já afirmava Money: para o médico, aquele era o único caso de um “normal” cuja “exposição prenatal aos hormônios” fora “vencida” pela sua criação. Conta Fausto-Sterling (2000, p.68) que Diamond passou a propor seu próprio modelo de “predisposição psicosssexual”, o qual sugeria que, inicialmente, o potencial de desenvolvimento psicosssexual de embriões machos e fêmeas é “relativamente amplo, embora se sobreponha parcialmente”. Contudo, à medida em que decorre seu desenvolvimento pré e pós-natal, aparecem “limites e restrições a sua total capacidade, sob a forma de [alternativas] sexuais cultural e biologicamente aceitáveis”.

Money, em seguida à publicação do relato de Zuger, escreveu sua resposta:

[...] o que me preocupa, até mesmo me aterroriza, no artigo de Zuger não é apenas uma questão teórica, [mas o fato de que o mesmo] será utilizado por médicos inexperientes e/ou dogmáticos como uma justificativa para impor a uma criança uma redesignação [cirúrgica] de sexo equivocada, e omitindo - porque considera irrelevante - uma avaliação psicológica, até que, por fim, seja arruinada a vida do paciente. (*apud* Fausto-Sterling, 2000, p.69).

Sem indicar qual teria sido a eventual resposta de Zuger ao manifesto de Money, Fausto-Sterling (2000, p.69) diz apenas que a determinação de Diamond em refutar as afirmações de Money era “comparável” àquela do inspetor Javert em “Os Miseráveis”, de Victor Hugo. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, conta Fausto-Sterling, Diamond escreveu “pelo menos mais cinco artigos contestando a visão de Money”. Em 1982, Diamond chegou a escrever um artigo em que narrava como a Psicologia e os estudos feministas haviam se apropriado do caso *John/Joan* para “apoiar a tese” de que “papéis sexuais” e “identidade de gênero” seriam “basicamente ensinados”<sup>21</sup>. Até a grande mídia norte-americana igualmente reproduziu as ideias da “doutrina social-constitutivista” de Money

---

<sup>21</sup> Fonte: DIAMOND, Milton. *Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up*. Archives of Sexual Behavior, 11(2), 181-185. Disponível em <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/1961to1999/1982-sexual-identity.html> (acesso em 02/08/2012).

quanto à “plasticidade” do gênero. Contudo, cada vez mais, Diamond (1982, p.2) reiterava sua visão de que “a natureza impõe limites à identidade sexual e à preferência por parceiros, e é dentro desses limites que as forças sociais interagem e os papéis de gênero são formulados, [o que constitui] uma teoria de interação bio-social”.

No final da década de 1970, a rede britânica BBC demonstrou interesse no tão famoso caso *John/Joan* e procurou John Money e Milton Diamond para participarem de um programa sobre o tema. O convite foi por eles aceito. Dado o seu anterior e frequente questionamento quanto à qualidade dos argumentos e à metodologia utilizada na análise dos resultados por Money, Diamond foi indicado para atuar como consultor do projeto e, também, apresentar seus argumentos contrários à tese defendida por Money. Contudo, ao longo do desenvolvimento do projeto da BBC, surgiram algumas evidências de que, contrariamente ao que alardeava Money, era considerável a dificuldade de Brenda em se ajustar à identidade de gênero feminina que lhe havia sido imposta. Procurado pelos jornalistas da BBC para ser informado sobre o que estava acontecendo, Money recusou o encontro e anunciou a retirada de seu apoio àquele projeto. Por fim, em 19/03/1980, o programa foi exibido na Grã-Bretanha. Apresentando a transcrição literal de diferentes entrevistas com alguns psiquiatras familiarizados com o caso, o referido programa jamais foi exibido nos Estados Unidos. (Diamond, 1982).

Conta Fausto-Sterling que, após a exibição desse programa, Milton Diamond decidiu, em 1982, escrever novamente a respeito do caso *John/Joan* na esperança de que, dessa vez, “na América do Norte, os fatos falassem por si” e “a teoria de Money fosse desacreditada de uma vez por todas”. Contudo, mesmo depois de publicado, o artigo não provocou o “estardalhaço” que ele desejara. Sem desistir, Diamond mudou sua estratégia e, através de anúncio colocado em um periódico (*American Psychiatric Association Journal*), começou a procurar “os psiquiatras que haviam assumido o caso *John/Joan*, para que a verdade fosse revelada”. Keith Sigmundson, o psiquiatra que supervisionara o tratamento psiquiátrico em Brenda, logo que recebeu o telefonema de Diamond, disse-lhe que sempre imaginou “que esse dia chegaria”. De acordo com Fausto-Sterling (2000, p.70), Sigmundson “morria de medo” de Money e não imaginava “o que ele era capaz de fazer” à sua carreira se chegasse a revelar alguns fatos. Colapinto, em “Sexo Trocado”, conta que, inicialmente, Sigmundson “tentou escapar” de Diamond, mas, diante de sua insistência, acabou contando que “tinha sido prevenido por colegas que [ele] era um fanático” (Colapinto, p. 234) e, depois de ler sua produção científica, logo “se convenceu do contrário”. Segundo Colapinto,

Sigmundson compreendeu que “Diamond era um pesquisador sério e um sujeito cuidadoso, que realmente acreditava que a teoria de Money tinha provocado e continuava a causar grande dano às crianças”. Dentre as revelações do caso *John/Joan* que sua condição de supervisor lhe permitira conhecer, Sigmundson contou que “[já] em 1980, [David] tivera seus seios removidos, mais tarde teve um pênis reconstruído, se casou e vivia com uma mulher, de cujos filhos ele atuava como pai”.

Foi em seu primeiro encontro com Diamond que David Reimer “soube de sua fama na literatura médica e como o sucesso de seu caso tinha provocado centenas de alterações de sexo que haviam sido e continuavam sendo feitas”. Só depois que Diamond lhe disse que outras pessoas “vão passar pelo que você passa todo dia e estamos tentando parar com isso”, é que ele decidiu “cooperar” com o médico. Diz Colapinto que Reimer deu mais uma justificativa para seu gesto acolhedor: “Diamond era uma pessoa que não considerava meu sofrimento algo distante e meramente clínico”. Depois de passar um ano entrevistando David, sua mãe e sua mulher, e juntar esses dados aos registros clínicos que acumulara, Diamond começou a escrever o artigo científico que ele e Sigmundson assinariam. Em seu trabalho, os autores se referiram à história de David Reimer como o caso Joan/John e não mais *John/Joan*, como o fizera John Money 25 anos antes. Nele, o nome do psicólogo foi mencionado uma única vez. Disse Diamond que não queria que seu trabalho fosse visto “como um argumento ad hominem, mas uma discussão teórica”.

Como se poderia imaginar, o artigo de Diamond e Sigmundson levou dois anos para ter sua publicação aceita em um periódico. “Muitos jornais recusaram [o artigo] por acharem o assunto muito polêmico como [foi o caso do] *The New England Journal* e o *The Journal of the American Medical Association*. O texto foi finalmente aceito pelos *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, da Associação Médica Americana”. Conta Colapinto que, até a sua publicação, Diamond e Sigmundson “ficaram bem preocupados, esperando a bomba estourar”, afinal, “estávamos dizendo a todos os médicos que eles tinham agido errado nos últimos 30 anos. Sabíamos que íamos criar problema para muita gente”, conta Sigmundson. Alguns críticos, tentando desqualificar o artigo, disseram que aquela era uma questão de rivalidade médica; contudo, um médico “que viu a prova do texto”, pareceu concordar com suas conclusões. Era William Reiner, um “experiente pediatra com especialização em urologia infantil” que “tinha passado os 18 primeiros anos de sua carreira médica na Califórnia, realizando cirurgias genitais ‘normalizantes’ em crianças andróginas”. Segundo Reiner, era essa sua rotina até quando, em 1986, “encontrou um paciente que mudou sua

vida”: uma adolescente, “biologicamente ele – um ser masculino, 46XY, que tinha uma rara disposição de cromossomos que impede a diferenciação masculina dos genitais. Reiner realizou [nela] uma cirurgia de mudança de sexo e a ex-menina assumiu, sem qualquer esforço, o sexo marcado em seu DNA”.

De acordo com Colapinto, esse caso serviu para confirmar em Reiner o que ele “desconfiava há anos: que a base psicológica da identidade psicosssexual não é anulada tão facilmente pelo ambiente e pela educação, como ele e outros pediatras com sua mesma especialização, endocrinologistas, psiquiatras e psicólogos aprenderam”. Com isso, prossegue Colapinto, “Reiner chegou à desconfortável conclusão de que tinha errado em sua carreira de cirurgião, ajudando crianças andróginas a terem um sexo definido”. Ao final, prossegue Colapinto, “depois de 18 anos como cirurgião”, Reiner “deixou o bisturi [e] passou a se dedicar à psiquiatria infantil, especializado em desenvolvimento psicosssexual e estados andróginos”. Reiner critica o modelo proposto por Money e seus colegas, o qual impõe à criança uma “identidade sexual” através “de uma ordem categórica dos médicos e as pessoas que cuidam dela se negam a esclarecer qualquer dúvida ou confusão que a criança demonstre”. Para o médico, esse modelo “precisa de uma reavaliação - Temos de aprender a ouvir a criança. Ela nos dirá o que é melhor fazer” (Colapinto, 2001, p.241).

Apesar de todas as evidências contrárias, Money jamais admitiu ter se equivocado, ou mal interpretado os dados apresentados à comunidade científica durante os trinta anos que se seguiram à chegada do bebê Bruce em seu consultório de Johns Hopkins. Ainda que sua teoria estivesse repleta de “furos evidentes” e “questões inconclusivas”, como sugere Diamond, Money raras vezes foi objeto de questionamento por seus pares, sendo frequentemente saudado como um vitorioso, um pioneiro, alguém que havia contribuído decisivamente para estabelecer “verdades” sobre a formação dos papéis de gênero.

Não obstante todo o mal-estar provocado pela revelação da verdade sobre o experimento de John Money, aponta Suzanne J. Kessler (1998) que os médicos que tratam de crianças intersexo continuam a se basear nos escritos de Money para delas tratar, e permanecem “insensíveis” à farsa do psicólogo. Para esta autora, é merecedora de extensa análise a razão que fez com que os pares de Money não tenham apresentado qualquer questionamento quanto a seu método. Segundo Kessler, tal atitude revela “a qualidade e a natureza do debate científico”, da forma como este se encontra estabelecido. Kipnis & Diamond (1998) fazem coro a Kessler. Para os autores, as famílias dessas crianças, impotentes diante do poder médico, não sabem como oferecer resistência à pressão por

seu consentimento às intervenções médico-cirúrgicas que se anunciam como uma “urgência biológica e social”.

Sugere o médico Timothy F. Murphy (2006) que, pelos mais diferentes motivos, não é possível saber o número total de experimentos que, com base no modelo de Money, foram realizados em outras crianças, ao longo de, pelo menos, 30 anos. Na medida em que tais resultados não são divulgados, acredita Murphy, médicos continuam a afirmar que, em determinadas circunstâncias, “benéficos” maiores que “riscos” os autorizam a prosseguir em suas ações. Como diz Colapinto (2001, orelha), sua obra *Sexo Trocado* “impressiona pela arrogância dos médicos”.

#### 4. As narrativas de pessoas intersexo

As narrativas das pessoas intersexo que, divulgadas a partir da década de 1990 na Europa e América do Norte, deram visibilidade à questão da intersexualidade têm o mesmo potencial destabilizador que os relatos médicos sobre “hermafroditas” ocorridos nos séculos XVIII e XIX, na França, Inglaterra e Estados Unidos, e que foram investigados por Alice Dreger e Elizabeth Reis. O caso de Herculine Barbin, tornado conhecido através de Michel Foucault em 1978, é um magnífico exemplo do drama a que estavam sujeitas as pessoas assim diagnosticadas pela Medicina. Se a investigação desses casos levou médicos e pesquisadores do século XIX a confirmar a existência de hermafroditas – fossem eles “falsos” ou “verdadeiros” – e a colocar em dúvida o dimorfismo sexual sobre o qual se sustentaria o sistema sexo-gênero, o século XX se caracteriza pela tentativa de apagar traços de sua existência revelada para, assim, confirmar a existência de “apenas” dois sexos inconfundíveis entre si: o “homem” e a “mulher”.

A principal diferença entre esses dois momentos históricos é o lugar que neles ocupam as pessoas intersexo: de seu papel auxiliar nos relatos médicos até o início do século XX – quando sua voz, pensamento e atitudes eram filtrados e ‘traduzidos’ pelo médico que as examinava - ao protagonismo que buscam no final do século XX - quando demandam o reconhecimento da legitimidade de suas vozes e questionam a hegemonia do saber médico em decidir e determinar sobre seus corpos. É conturbada essa trajetória, embora curtíssimo o período transcorrido entre o surgimento, nos Estados Unidos, dos primeiros grupos organizados de defesa dos direitos das pessoas intersexo e a reação do *establishment* às suas

críticas e demandas, o que resulta na sua crescente visibilidade na cena política internacional.

Quando o caso de David Reimer foi tornado público através da publicação do artigo dos médicos Milton Diamond e Keith Sigmundson<sup>22</sup> em março de 1997, começou a ruir a teoria sobre o desenvolvimento de gênero que, até então, John Money sustentava e alardeava junto à comunidade científica internacional. Como visto anteriormente, a teoria da plasticidade do gênero desenvolvida pelo psicólogo era amplamente aceita pela Medicina, e fundamentava as prescrições terapêuticas para os casos de mutilação genital e de crianças intersexo com GA. Revelado finalmente o drama de David Reimer, sua repercussão foi enorme. De acordo com o psiquiatra Vernon A. Rosario (2009, p.21), “a realidade era muito mais turbulenta e trágica”.

Na análise do jornalista John Colapinto, “o relatório [de Diamond e Sigmundson] provocou ondas de espanto nos círculos médicos mundiais, causando debates inflamados sobre a prática de mudança do sexo de bebês (método mais comum do que um leigo poderia imaginar)”. Mesmo depois de sua publicação, prossegue Colapinto, “a história de David continuava a ter ampla cobertura na imprensa” no verão e outono daquele ano (2001, p. 243). Por fim, em dezembro de 1997, Colapinto publicou reportagem de 44 páginas sobre o caso *John/Joan* na revista norte-americana *Rolling Stone*, a qual tem como foco política e cultura popular. Essa matéria jornalística serviu para revelar ao grande público um segredo que, até então, estava restrito aos círculos científicos<sup>23</sup>. Assim como fizeram Diamond e Sigmundson, o pedido de Reimer para ter sua identidade preservada também foi atendido por Colapinto.

Diz o jornalista que: “quando [a matéria] foi para a gráfica, já estava claro que a vida de David e as tramas científicas que tiveram uma participação tão importante nela tinham complexidade, peso científico e drama humano suficientes para serem contados detalhadamente em livro”. Segundo Colapinto, o encontro redentor com o médico Milton Diamond e a oportunidade de narrar sua história ao jornalista, acabaram por estimular

---

<sup>22</sup> Diamond M, Sigmundson K. *Sex Reassignment at Birth: Long-Term Review and Clinical Implications*. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151:298-304.

<sup>23</sup> A reportagem de John Colapinto, publicada na edição de dezembro de 1997 da revista norte-americana *Rolling Stone*, se chama “*The True Story of John/Joan*” (“A Verdadeira História de *John/Joan*”) e, é claro, por seu título, alude, ironicamente, ao caso que, sob o mesmo nome, foi amplamente divulgado como um sucesso na literatura médico-científica internacional por John Money. Disponível em <http://www.healthypace.com/gender/inside-intersexuality/the-true-story-of-john-joan/> (acesso em 22/02/2014).

David Reimer a escrever um livro a esse respeito. A condição estipulada por Reimer era que fosse Colapinto o seu colaborador; por sua vez, para o jornalista, bastava que Reimer “tirasse a máscara de *John/Joan*”. Na análise de Colapinto, foi a partir das entrevistas que concedeu a Diamond e Sigmundson no início de 1993 e para ele próprio, o que fez com que David Reimer fosse “saindo aos poucos das sombras da vergonha e sigilo em que vivia”. E mais: “na época em que sugeri que largasse a máscara de *John/Joan*, ele já tinha percorrido um longo caminho. Depois de discutir o assunto com sua mulher, com os pais e o irmão e de passar uma noite pensando, David me disse que estava pronto para assumir seu verdadeiro eu”, revela Colapinto.

Decidido a não esconder nada e responder a tudo o que Colapinto lhe perguntasse para “refazer seu passado”, mais de 100 horas de entrevistas foram gravadas com David Reimer ao longo de 1 ano. Reimer autorizou legalmente Colapinto a “consultar uma série de documentos legais, anotações de terapia, relatórios da clínica de orientação infantil, testes de Q.I., diagnósticos médicos e avaliações feitas por psicólogos, papéis que tinham se amontado durante sua marcada infância”. Na opinião do jornalista, o principal ao longo desse processo foi que David o ajudou “a conseguir entrevistas com toda a sua família, inclusive o pai, que, num assunto tão delicado, não tinha comentado nada com ninguém em mais de 20 anos. Foi graças à rara sinceridade da família Reimer que toda a história de *John/Joan* pode ser contada”.

Para Colapinto, se revelar a verdadeira identidade de Reimer implicava em “descrever em detalhes o meio sociocultural no qual David foi criado”, significava também falar a respeito de “sua experiência de viver os dois gêneros sexuais” e do que significou para “o jovem casal que, mal saído da adolescência, teve de tomar a difícil decisão de submeter um de seus bebês a essa experiência inédita e profundamente marcante na engenharia psicosssexual”. É impressionante a forma com que David Reimer resume o drama que seus pais enfrentaram: “[eles] se sentem muito culpados, como se fosse tudo por causa deles. Mas não foi. O que eles fizeram foi por *carinho*, amor e desespero. Quando você está desesperado, nem sempre faz a coisa certa”, lembra Colapinto sobre o que lhe disse Reimer em seu primeiro encontro. (grifo no original).

As repercussões para aquela “bomba” não demoraram a surgir. Rapidamente se dissipava uma espessa cortina de silêncio em torno das intervenções médico-cirúrgicas realizadas nos corpos de alguns recém-nascidos. Para um número inimaginável de pessoas em diferentes partes do planeta, começaram a fazer sentido seus diagnósticos médicos

imprecisos, repletos de lacunas e incongruências, os alertas quanto à necessidade de seguirem uma rotina de exames e medicamentos, até então, injustificáveis e, acima de tudo, a confusão que sentiam por uma espécie de conflito entre seus sentimentos quanto ao papel de gênero que lhes era esperado desempenhar socialmente e sua inegável identidade de gênero. Para essas pessoas, agora adultas, foi inevitável relacionar às cicatrizes em seus corpos sua alegada insensibilidade genital, intenso sofrimento psíquico e físico, desajuste social, baixa autoestima, incoerência entre o gênero medicamente fixado e sua subjetividade, silêncio e dissimulação por parte de familiares e médicos que as haviam acompanhado ao longo de suas vidas.

Publicados o artigo de Diamond e Sigmundson e a reportagem de Colapinto, não demorou para que se começasse a falar sobre cirurgias genitais em bebês, um tema até então ausente das discussões leigas mais “progressistas” em torno da sexualidade: “eram as vozes dos andróginos nascidos depois da publicação dos textos de Money, em 1955, pessoas que tinham entre 30 e 40 anos e que quando bebês sofreram cirurgias genitais e mudanças de sexo e agora podiam falar sobre suas vidas”, revela Colapinto. Quatro anos antes (1993), Cheryl Chase, ativista intersexo residente em San Francisco, vinha tentando reunir pessoas assim diagnosticadas para discutir “mudanças no tratamento de andróginos”, lembra o jornalista. Embora não tivesse conseguido avançar muito nesse período inicial, “as coisas mudaram do dia para a noite quando [, em 1997,] surgiu o caso *John/Joan*”, diz Chase.

As repercussões que teve para a opinião pública a revelação da verdade sobre o caso *John/Joan* não se limitaram a seu aspecto supostamente sensacionalista. De acordo com o psiquiatra Vernon A. Rosario (2009, p.22), além da enorme visibilidade para a questão intersexo e o tratamento cirúrgico que lhe era prescrito, a ampla divulgação do caso provocou muitos outros desdobramentos. Primeiramente, para a imprensa popular, “o caso de Reimer foi apresentado não apenas como o fracasso da teoria de Money mas, de maneira ainda mais abrangente, como o fracasso das abordagens sócio-construcionistas de gênero e dos estudos feministas”. Na compreensão do psiquiatra, as teorias desenvolvidas por Money foram “influentes para muitas feministas da década de 1960”, em especial porque, ao fazer “a distinção teórica entre sexo e gênero”, foram centrais ao argumento de que “biologia não é destino”<sup>24</sup>, isto é, “o sexo biológico não determina os traços

---

<sup>24</sup> No original, “*biology is not destiny*”. ROSARIO, VA. *The New Science of Intersex*. The Gay & Lesbian Review Worldwide, p. 22.

psicológicos”, e “o gênero é moldado, de maneira importante, por fatores sociais”<sup>25</sup>. A publicidade que, ao final, o caso angariou serviu para reforçar

[...] contra-argumentos de que o sexo biológico é determinante do papel de gênero, do comportamento de gênero, e das diferenças psicológicas entre os sexos. A imprensa conservadora também se utilizou do caso para, através desse aparente triunfo do determinismo biológico sobre o construtivismo social, atacar determinados estudos gays e lésbicos: a orientação sexual, assim como o gênero, devem ser biologicamente determinados. (VA Rosario, 2009, p.22).

Em segundo lugar, diz o psiquiatra, o próprio surgimento do movimento organizado de defesa dos direitos das pessoas intersexo<sup>26</sup>, para além da discriminação que caracterizava, até então, a postura de alguns grupos de apoio a pessoas intersexo e seus familiares, representa uma guinada no enfrentamento da questão da intersexualidade. Esses grupos de apoio restringiam sua atuação a questões diretamente relacionadas ao tratamento médico de diagnósticos específicos, como é o caso da hiperplasia adrenal congênita e da síndrome da insensibilidade aos andrógenos. E só. Entretanto, quando em 1993 foi fundada a *Intersex Society of North America* (ISNA) sob a liderança de Cheryl Chase, um novo tipo de ativismo intersexo tinha início. Foi então que se começou a formalmente exigir uma explicação para a insistência médica na realização das cirurgias genitais em crianças intersexo diagnosticadas com GA. De acordo com Rosario,

[...] depois de décadas lutando para descobrir detalhes de seu próprio diagnóstico e tratamento para hermafroditismo verdadeiro, Chase seguiu as [mesmas] táticas políticas das feministas, das pessoas LGBT e dos ativistas [da questão] da AIDS: passou a [exigir] maior visibilidade pública, um amplo enquadramento político dos diagnósticos de intersexualidade, e a promover ação direta através de protestos em conferências médicas. Mais do que o apoio individual, a ISNA buscou mostrar [à opinião pública] a situação vivida pelas pessoas intersexo, e mudar a abordagem de cirurgões quanto à alteração de genitálias atípicas, sob risco de [, através do corte,] eliminar a sensação erótica. (2009, p.22).

Sugere o psiquiatra que a ISNA foi bem-sucedida em desenvolver suas táticas e, com a mesma rapidez, conseguiu “reunir aliados” em torno de sua causa. Rosario, ele próprio, se inclui neste grupo: entre os anos de 2002 e 2005 integrou a conselho administrativo da ISNA e foi presidente de seu conselho consultivo médico. Segundo Hegarty (2000, p.117),

---

<sup>25</sup> No original, “*gendered behavior is shaped primarily by social factors*”. ROSARIO, VA. *The New Science of Intersex*. The Gay & Lesbian Review Worldwide, p. 22.

<sup>26</sup> No original, “*intersex advocacy movement*”. ROSARIO, VA. *The New Science of Intersex*. In The Gay & Lesbian Review Worldwide, p. 22.

a ISNA foi a maior entidade voltada para a defesa dos direitos da pessoa intersexo em todo o mundo.

A pluralidade – e o alcance - de discursos em torno da intersexualidade resulta, em parte, do lugar social que ocupam as pessoas que se pronunciam a esse respeito. As teses de doutorado de Morgan Holmes (2000) e Iain Morland (2005) tratam, na primeira pessoa, da questão da intersexualidade e, através da combinação entre teoria e narrativa pessoal, representam expressivo instrumental para o aprimoramento de argumentos favoráveis ao questionamento médico da alegada beneficência que sustenta as intervenções em GA de recém-nascidos intersexo. A produção científica desenvolvida nos últimos anos pelos dois autores é expressiva e consistente. Há também teses, dissertações e trabalhos muito bons sobre intersexualidade realizados por pesquisadores estrangeiros de diversos campos de saber, inseridos ou não em universidades e centros de pesquisa que, até onde se saiba, não são, ou pelo menos não se dizem, intersexo. É o caso, por exemplo, de Alice Dreger, Anne Tamar-Mattis (2012), Katrina Roen (2009), Jemima Repo (2011), Ellen K. Feder (2009), Katrina Karkazis (2012), dentre outros. Como traço comum a esses trabalhos, tem-se a discussão sobre o caráter ético das propostas ditas terapêuticas formuladas por Money. Médicos, por sua vez, das mais diferentes especialidades, além de profissionais da área de saúde mental, têm igualmente contribuído com suas experiências e críticas. É o caso, por exemplo, de William G. Reiner, um ex-cirurgião que durante 18 anos se dedicou à realização de cirurgias normalizantes em genitálias ambíguas, atualmente dedicado à pediatria, com especialização em urologia infantil, e de Timothy Murphy, também médico.

Longe da rigidez científica exigida pelo espaço acadêmico, é igualmente significativo o trabalho de ativistas intersexo como os do filósofo argentino Mauro Cabral e de Hida Viloría, por exemplo. No Brasil, são desconhecidos relatos espontâneos de pessoas intersexo, ou a existência de grupos organizados de defesa dos seus direitos. Existe uma produção acadêmica ainda muito pequena em nosso país sobre o tema – embora de inegável qualidade e com tendência a se expandir em seu quantitativo. A maior parte da produção científica nacional ainda é de autoria médica, e enfatiza a perspectiva interventora como “terapêutica”. Há trabalhos interessantes nesse sentido, embora, de alguma forma, criticáveis. É o caso, por exemplo, de pesquisas que mais parecem desenhadas para confirmar hipóteses que, *a priori*, justificaram as indicações terapêuticas realizadas. Salvo melhor juízo, questões éticas delicadas surgem neste contexto: se é imperativa a isenção dos pesquisadores, como é possível que profissionais responsáveis pela aplicação de

determinadas terapêuticas – sobretudo aquelas conduzidas no longo prazo – coordenem, eles próprios, pesquisas que pretendem avaliar os serviços e tratamentos que prescrevem?

Por conta da crescente visibilidade que a questão da intersexualidade adquiriu nos últimos anos e, em especial, pela pujança do movimento organizado internacional em defesa dos direitos das pessoas intersexo, centenas de pessoas se sentem encorajadas e estimuladas a narrar em autobiografias suas experiências físicas e psíquicas. A internet reúne considerável número dessas narrativas. A intersexualidade tem igualmente sido objeto de reportagens televisivas, documentários e filmes. Em comum, verifica-se o drama e o sofrimento intermináveis decorrentes da submissão às cirurgias genitais. Nesta tese, em lugar de se reunir ainda mais narrativas, decidiu-se que pode ser mais interessante repisar o percurso dos e das fundadoras do movimento organizado, pois da forma sintética como são apresentadas, é possível que melhor sejam compreendidas as questões médicas e políticas em jogo. De qualquer forma, são essas as principais questões trazidas nas narrativas pelas pessoas intersexo que conseguiram romper o silêncio que lhes é imposto após o diagnóstico e as reiteradas intervenções realizadas em seus corpos:

- em sua grande maioria, relatam sofrimento e desajuste psicossocial;
- para esse segmento, tais procedimentos cirúrgicos seriam determinantes de seu drama;
- a suposta beneficência que, à época, serviu à Medicina como justificativa para a realização das cirurgias genitais em seus corpos, se contrapõe a seu próprio sentimento, isto é, as referidas cirurgias resultaram em inequívoca maleficência;
- algumas pessoas que apresentam o mesmo diagnóstico de GA e não foram submetidas a cirurgias genitais para a conformação de sua genitália atípica, relatam não sofrer os mesmos desajustes que aquelas que sofreram as referidas cirurgias;
- é comum o clamor pela moratória da realização das cirurgias em GA, sobretudo porque, como dizem, as mesmas não visam questões graves de saúde ou risco de vida.

As teses de Morgan Holmes (2000) e Iain Morland (2005) merecem atenção especial pela perspectiva ética pioneira que oferecem. Holmes<sup>27</sup>, através de abordagem interdisciplinar, argumenta que “a intersexualidade, *per se*, não é uma condição médica” e que as terapêuticas-padrão, comumente prescritas para os casos, contradizem a ética e a legalidade quanto ao necessário cuidado com as crianças. Em sua concepção, Holmes

---

<sup>27</sup> Michelle Morgan LeFay Holmes. *The Doctor Will Fix Everything. Intersexuality in Contemporary Culture. Tese de Doutorado. The Humanities Doctoral Programme.* Concordia University. Montréal, Québec, Canada. 2000.

acredita que toda forma de narrativa inscrita na cultura contemporânea - seja o discurso médico, a ficção ou a autobiografia – cria e contesta os significados da intersexualidade. Para Holmes, não é possível “estruturar textos médicos ou científicos em oposição às narrativas e à ficção”, visto que “as narrativas científicas são produtos culturais tanto quanto o são a ficção e os relatos pessoais”. Em sua avaliação, “os textos científicos são meramente formas específicas de produtos culturais”.

Para Morland<sup>28</sup>, “o atual debate sobre o tratamento da intersexualidade – isto é, condições de ambiguidade sexual – está estruturado por uma distinção entre cirurgia e narrativa”. Segundo o autor, os defensores do tratamento convencional consideram a cirurgia como uma forma “efetiva e eticamente correta” de impedir as narrativas, as quais são por eles consideradas “danosas a pacientes e seus familiares”. Por outro lado, sugere Morland, narrativas que visam, por exemplo, ao aconselhamento de pacientes são considerados pelos críticos da Medicina como “um aspecto benéfico e valioso” do manejo da intersexualidade. Por conseguinte, afigura-se nessa lógica que a divergência sobre a gestão da intersexualidade poderia ser resolvida se “a resposta correta” para o problema fosse apenas “decidir entre a cirurgia ou a narrativa”. Morland discorda desse embate e apresenta sua posição: “por razões éticas importantes”, a distinção entre narrativa e cirurgia “é falsa”. O autor alega que “as cirurgias sempre foram uma forma de narrar a intersexualidade”, e que “a qualidade narrativa da cirurgia é precisamente o que permite a ocorrência da crítica do tratamento tradicional”. Segundo Holmes, “tornar correto o tratamento da intersexualidade não significa ter que escolher entre a realização da cirurgia ou da narrativa mas, sim, ter que fazer uma releitura e reescrita do significado da ética - um processo que sempre ocorre dentro da narrativa”.

Cheryl Chase (agora, Bo Laurent), ativista intersexo norte-americana, fundadora da ISNA, se diz uma “mulher nascida com hiperplasia congênita da suprarrenal e um clitóris que conferia uma aparência masculina à sua genitália”. Ela foi registrada como um menino de nome Brian e não sofrera, até então, qualquer intervenção médico-cirúrgica. Aos 18 meses, seus pais, ainda preocupados com a aparência de sua genitália, consultaram um segundo médico, o qual concluiu ser seu “pênis” um “clitóris com dimensões não condizentes com uma menina”, e sugeriu a sua excisão. Realizado este procedimento, seu nome foi então retificado para Bonnie e sua família se mudou para outra cidade onde

---

<sup>28</sup> Iain Carlyle Fraser Morland. *Narrating Intersex. On the Ethical Critique of the Medical Management of Intersexuality, 1985-2005*. Doctoral Thesis. Royal Holloway, University of London. 2005.

ninguém os conhecesse. Aos 10 anos de idade, seus pais lhe contaram que ela nascera com um “clitóris aumentado”. (Hegarty, Peter) “quando lhes perguntei o que era um clitóris eles me disseram que era uma coisa que, se eu tivesse nascido menino, poderia ser um pênis, mas como sou menina, eu não precisaria dele”.

À medida em que entrou na puberdade, Chase começou a notar que alguma coisa não estava bem consigo. Preocupada, se lançou à leitura de livros sobre sexo, tentando entender porque se falava tanto em “sensações prazerosas nos genitais”, mas não conseguia percebê-las. Aos 19, finalmente entendeu que não conseguia se masturbar nem tampouco atingir o orgasmo. Contudo, a confusão de sentimentos em que vivia desde a adolescência fez com que suas “crenças fossem contraditórias”: “embora soubesse que meu clitóris fora removido, continuava a acreditar que seria capaz de encontra-lo [escondido] em meu corpo”. Ainda quando tinha 10 anos de idade, seus pais a levaram a uma psiquiatra. Sem jamais mencionar diretamente sua condição intersexo, a médica simplesmente lhe disse que “seu caso era famoso nos círculos médicos e que constava de diversos livros”. Dessa vez, Chase começou a ler livros médicos, tentando entender seu problema:

Inicialmente, cismei que tinha um determinado diagnóstico e, por isso, meu risco de desenvolver câncer cervical seria elevado. Procurei um ginecologista e lhe solicitei meu histórico médico que estava arquivado em um determinado hospital. Quando voltei a seu consultório para conhecer meus dados, o médico me disse que o hospital ainda não lhe havia enviado seu pedido. Resolvi eu mesma ir até o hospital em Nova York. Quando lá cheguei, de posse do pedido assinado pelo ginecologista, eles se recusaram a me entrega-lo, sem explicar o porquê. Depois de muito reclamar e ameaçar processá-los, recebi como resposta: ‘pois, faça-o!’. Caí em prantos. Mais tarde, soube que aquele mesmo ginecologista me havia mentido e recebera o histórico a tempo. Indignada, resolvi procurar a psiquiatra que me atendia durante minha infância, Ela me disse que era inútil conhecer meu histórico médico e me perguntou se eu tinha um namorado. Respondi que não tinha clitóris e que não consegui atingir o orgasmo. Ela me disse que ‘isso é infantilidade, mulheres adultas preferem orgasmo vaginal’. Novamente, saí da consulta aos prantos. Inconformada, decidi mudar para San Francisco, pois ouvira dizer que lá havia lésbicas e eu me percebera como tal desde muito jovem. Lá, dois anos depois que me estabelecera, procurei uma ginecologista e solicitei meu histórico médico. Depois de receber um sumário de 3 páginas, ela me disse: ‘parece que, inicialmente, seus pais não sabiam ao certo se você era um menino ou uma menina’. Naquele histórico estava muito claro que, social e legalmente, eu fora um menino durante os primeiros 18 meses de minha vida. Saí atônita do consultório. Tinha 21 anos. Só voltei a falar a esse respeito quando tinha 35 anos. Vivía em uma cidade com forte comunidade lésbica, na qual o seu separatismo era popular, e se acreditava que os homens encarnavam o mal. Como poderia, nesse contexto, explicar para outra lésbica que não tinha clitóris porque

tinha sido um menino durante 18 meses? Impossível! Mais tarde, [em minhas investigações], soube que essa mesma ginecologista enviara uma carta para o hospital parabenizando sua equipe pois, segundo ela, eu estava OK com meu ‘sexo verdadeiro, isto é, feminino’”. (Hegarty, 2000, p.120).

Os relatos trazidos por Cheryl Chase contribuem significativamente para a compreensão familiar, social e médica da questão da intersexualidade, sobretudo por expressar as bases sobre as quais se fundamentam as terapêuticas que lhes foram prescritas. Chase relata que a menor importância que médicos dão às alegações de sofrimento físico e psíquico por parte de pessoas intersexo que sofreram cirurgias genitais em sua infância se deve ao fato de que essas são consideradas como “ex-intersexo”. Ou seja, “feita a cirurgia, acaba-se a condição de intersexualidade. Não existem, portanto, sequelas”, sublinha Chase. Sem ver um fim a seu sofrimento, Chase mudou-se para o Japão, onde desenvolveu uma carreira bem-sucedida. Contudo, não demorou e seus problemas retomaram a dimensão que tinham quando ainda morava nos Estados Unidos.

Sentindo-me profundamente deprimida, logo percebi que minha vida jamais teria sentido se não a submetesse a uma reviravolta radical. Uma vez mais, procurei ajuda de um psicoterapeuta. A experiência não foi nada boa, pois ela nem mesmo sabia lidar com minha condição de lésbica. As coisas só pioraram quando lhe disse que nem mesmo me sentia uma mulher. Tentando fazê-la entender do que eu falava, recorri à metáfora da luva. Disse-lhe que saíra para comprar um par, mas nenhuma servia em minhas mãos. Ela não demorou a responder: ‘ah, o mesmo acontece comigo. Sou pequena, e todas elas parecem muito grandes para meu tamanho’. O que ela não conseguia, de fato, entender é que eu sofrera uma mudança de sexo [involuntária], que não conseguia me masturbar, que o sexo era algo sempre emocionalmente difícil para mim, e que, ao final, minhas parceiras sempre me abandonam. Mais uma vez, ela retrucou: ‘ah, todos temos nossos altos e baixos’. Outra terapeuta que procurei tampouco conseguiu atender às minhas necessidades. Não sabia mais o que fazer. Pensei em me matar, pensei em cortar meu pescoço e, ao pensar sobre como fazê-lo, decidi que deveria ser na frente do cirurgião que havia me mutilado. Mas, pensei melhor e achei que precisava trabalhar de maneira dura se, de fato, queria me ajudar. Procurei outros terapeutas nos Estados Unidos e acabei indicada a um especializado em sexualidade. Durante alguns meses, consultei-me com ele diversas vezes por semana. E me foi útil. Embora ele nada soubesse especificamente sobre a intersexualidade, ele não negou minhas experiências, que meus pais tinham cumprido sua responsabilidade de cuidar de mim. Decidi seguir em frente para saber de tudo o que me haviam feito. Os registros disponíveis sobre meu caso não descreviam o que pensavam e como se sentiam essas pessoas que decidiram por mim. Procurei minha mãe e lhe fiz muitas perguntas. Fiquei profundamente frustrada com a forma que ela me respondeu: ‘não fora doloroso, nem chocante ou embaraçante’, que ela ‘não tinha nada a ver com o que fizeram’, que ‘eram os médicos os únicos responsáveis’ e que ela ‘jamais pensara duas

vezes nessa questão'. Acho que tudo era ainda tão doloroso para ela que nem mesmo lhe era possível reconhecer o fato. Ah, tem uma coisa que ela acabou me dizendo: 'depois de voltar do hospital, parecia que nada havia acontecido com você, exceto por uma coisa: você, que já tinha um bom vocabulário aos 17 meses de idade, você se esqueceu delas todas e parou de falar pelos 6 meses seguintes'. Hoje, minha mãe é falecida; logo depois desse ocorrido, ela rompeu o contato comigo. Meu pai também é falecido e minhas duas irmãs não falam comigo. Decidi, ao final, voltar a viver nos Estados Unidos. Passei a contactar especialistas em intersexualidade, mas sua ignorância era chocante. Uma cirurgião chegou a me dizer que eu recebera 'cuidados excelentes' [em minha genitália]. Para ela, o que importava é que não haviam tentado remover meus ovários. Perguntei a outro médico se ele me indicaria um psicoterapeuta. Ele me disse que não, mas se eu fosse capaz de encontrar algum, que tratasse de me 'agarrar' a ele. Na verdade, ele não queria saber de terapia para adultos intersexo. Tampouco ele poderiam me dizer qualquer coisa a respeito de função sexual. Percebi que os médicos não haviam mudado nada em relação ao que eram na década de 1950. (Hegarty, 2000, p.122).

Ao analisar a questão das cirurgias genitais realizadas em crianças intersexo, Chase diz que, até o início da década de 1970, as mesmas eram denominadas "clitoretomia". Atualmente, devido à "sua equiparação a barbarismo, abuso infantil e mutilação", o mesmo procedimento é chamado de "redução clitoral", "recessão clitoral" ou "clitoroplastia". Contudo, prossegue Chase,

[...] os médicos continuam a remover extensa porção de tecido. Ectomia significa cortar. Se você corta alguma coisa, pratica uma ectomia, remova 100% ou menos de tecido. As clitoretomias realizadas na África, assim como as cirurgias genitais em crianças intersexo, não removem integralmente a estrutura. A distinção entre a 'clitoretomia' africana e a 'clitoroplastia' ocidental é puramente política". (Hegarty, 2000, p.124).

Chase diz que, em termos médicos, a feminilidade da criança intersexo portadora de GA é definida pela ausência de masculinidade: "diante de alguém cuja masculinidade não é suficiente, basta cortar suas partes o suficiente; o que sobrar é mulher". Nessa lógica, prossegue a ativista, "conserta-se a pessoa, não a categoria" (Hegarty, 2000, p.125). De acordo com Chase, seus pais se deixaram convencer pelo médico a realizar a cirurgia porque ele lhes prometeu que isto faria com que ela fosse "uma mulher heterossexual, bem-ajustada e comum, como todas as outras mulheres de sua idade". Contrariamente, diz Chase (Weil, 2006), ela cresceu "extremamente solitária, com constantes crises depressivas, socialmente inepta, e lésbica". Para a ativista, pelo fato de que algumas cirurgias em crianças intersexo aparentam bons resultados cosméticos, pais e médicos "complacentemente ignoram o sofrimento emocional a que são submetidas". Suicídios não

são incomuns, da mesma forma como frequentemente ocorrem novas cirurgias de transgenitalização para se tentar reverter o gênero dessas pessoas, resume Chase (Weil, 2006).

## Capítulo II: Verdades instáveis da ciência médica

### 1. Consensos e dissensos em torno da intersexualidade

O objetivo deste item é chamar a atenção para a instabilidade que resulta da absoluta falta de consenso no âmbito da Medicina quanto à definição e conceituação do que, afinal, constitui a intersexualidade. Esta instabilidade é explicitada na literatura médico-científica e nas diversas abordagens que diferentes associações profissionais, corporações e entidades governamentais no estrangeiro fazem quando se referem ao tema e, dentre outras coisas, aponta para a falta de evidências quanto a algumas das justificativas para determinadas terapêuticas comumente prescritas. A existência de relatos de pessoas intersexo que foram submetidas a cirurgias genitais irreversíveis e alegam sofrimento físico e psíquico parece justificativa razoável para que, ao menos, seja interrompida a sua prescrição e tenha início o processo de sua revisão crítica. Da mesma forma, é preocupante que questões de natureza ética não tenham sido, ainda, objeto de pronunciamento da comunidade médica no Brasil e, até onde se saiba, não ensejaram, por parte do CFM, a discussão de propostas/diretrizes terapêuticas “consagradas”.

No Brasil, a nomenclatura “anomalias da diferenciação sexual” (ADS), tal como adotada pelo CFM no texto da R1664<sup>1</sup>, veio a substituir aquilo que, destacam Damiani & Guerra-Júnior<sup>2</sup> (2007), era até então referido na literatura inglesa como “intersexo”. Desenvolvida por Klebs em 1876, o termo intersexo abrangia os diagnósticos de hermafroditismo verdadeiro e pseudo-hermafroditismo masculino ou feminino.

Ao se referir ao procedimento cirúrgico recomendado para os casos de intersexualidade com diagnóstico de “genitália ambígua”, a R1664 não utiliza os termos “redesignação sexual”, “designação sexual” ou “transgenitalização” mas, simplesmente, “definição sexual”, ainda que tal procedimento vise igualmente à reconstrução da genitália humana. Como aponta Machado (2008a), é possível que, mais do que uma preocupação conceitual, a justificativa para tal opção terminológica se deva à lógica médica que - contrariamente às afirmações populares de que “aquela criança não tem sexo” - insiste em afirmar que naquele corpo já existe um sexo, o qual “deverá ser descoberto” por eles.

A R1664 expressamente recomenda, em seu artigo 4º, que se deve proceder à “definição final” e “adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação”. Como ressalta Machado (2008a), ante o questionamento de suas “verdades”, algumas instituições têm, cada vez mais, se organizado para manter o controle sobre a patologização da

intersexualidade e demais identidades heterodiscordantes. Para a autora, este é um bom exemplo da reação do poder médico. De qualquer forma, a análise quanto à atuação destas três vertentes – academia, militância e institucional - é fundamental para que melhor se compreenda a problemática da intersexualidade.

A R1664 enumera as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes diagnosticados como portadores das ADS. Sem repisar a sua conceituação, seu texto apenas as relaciona. Destarte, tem-se que “são consideradas [ADS] as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambiguidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras”. A aparente ‘economia’ no texto da R1664 pode, por um lado, evidenciar a tensão que existe na Medicina quanto à imprecisão conceitual e falta de consenso sobre quais condições, de fato, constituem a intersexualidade; do outro, revela a preocupação em não encerrar sob seu guarda-chuva todas as condições, dada a possível inclusão de outras patologias em decorrência de avanços tecnológicos na realização de diagnósticos, a exemplo do que ocorreu no início do século XIX, na Europa, quando a utilização do microscópio permitiu o desenvolvimento da histologia.

Observa-se, contudo, que a adoção do termo ADS pelo CFM revela desacordo com a forma mais corrente utilizada na literatura científica internacional. A partir de 2006, a categoria “intersexualidade” passou a ser denominada como “distúrbios do desenvolvimento sexual” (DDS; “*disorders of sexual development*” - DSD, em Inglês). Em parte, a anterioridade do texto da R1664 pode servir para justificar tal divergência. A julgar pela adoção do termo ADS na R1664, pode parecer imprecisa, ao menos em nosso país, a utilização do termo DDS, não obstante o seu uso consagrado na literatura científica internacional e em diferentes teses acadêmicas aqui produzidas desde 2006.

Os *National Institutes of Health* (NIH, 2006) dos EUA não apenas reconhecem que “as anomalias congênitas dos órgãos sexuais” confrontam médicos com a necessidade de “atribuir sexo e realizar a reconstrução cirúrgica apropriada” em crianças intersexo como, também, admitem que, atualmente, existe uma “crise no manejo clínico” dessas mesmas crianças. Em documento tornado publicado em seu portal na internet, os NIH (2006:53) justificam assim sua posição: “primeiramente, inexistem dados suficientes para orientar a família e os médicos quanto à atribuição de gênero; em segundo lugar, a recomendação quanto à sua realização permanece pouco clara quanto às intervenções e à idade da criança”.

A Associação Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics* - AAP, em Inglês), por sua vez, em documento que propõe avaliar as terapias propostas para recém-nascidos portadores de GA aponta que, antes de se estabelecerem os casos que, de fato, merecem investigação, “são necessários critérios clínicos bem definidos”. Destacando “arbitrariedade” no estabelecimento de critérios para a conceituação dos diferentes DDS, a AAP oferece um exemplo significativo: “[dentro desse arcabouço teórico], mesmo o mais leve grau de hipospádia pode ser considerado como um exemplo de masculinização incompleta”. Ao se considerar a irreversibilidade das atuais propostas de intervenção cirúrgica, parece razoável imaginar que tal incerteza de critério diagnóstico pode resultar em consequências físicas e psíquicas inimagináveis e indesejáveis para os sujeitos em questão.

Para Machado (2008a, p.118), a inexistência de um protocolo de avaliação único para o “manejo médico” das ADS que possa ser aplicado a todas as circunstâncias se deve “ao ‘amplo espectro de achados e diagnósticos’ envolvidos”. Contrariamente ao paradigma da “teoria das doenças” – a qual produz as “doenças como categorias diagnósticas cujos protocolos de avaliação e ação possam ser estabelecidos de forma estável e homogênea” –, a intersexualidade e o domínio quanto ao que se considera “desenvolvimento sexual” representam imensos desafios à medicina. Assim, complementa Machado, “qualquer tentativa de estabelecer um protocolo padrão torna-se insuficiente”.

Para Machado (2008a, p.118), a inexistência de um protocolo de avaliação único para o “manejo médico” das ADS que possa ser aplicado a todas as circunstâncias se deve “ao ‘amplo espectro de achados e diagnósticos’ envolvidos”. Contrariamente ao paradigma da “teoria das doenças” – a qual produz as “doenças como categorias diagnósticas cujos protocolos de avaliação e ação possam ser estabelecidos de forma estável e homogênea” –, a intersexualidade e o domínio quanto ao que se considera “desenvolvimento sexual” representam imensos desafios à medicina. Assim, complementa Machado, “qualquer tentativa de estabelecer um protocolo padrão torna-se insuficiente”.

Não obstante as atuais pesquisas terem como foco identificar mutações e outras variações genéticas que possam impactar no desenvolvimento do sistema reprodutivo de pessoas intersexo, autores como Houk & Lee sustentam que

[...] permanece inadequada a compreensão científica das questões relacionadas aos DDS [o que acaba por comprometer o desenvolvimento] de linhas de cuidado [*guidelines*] sólidas para o enfrentamento de suas questões mais controversas. Persiste a necessidade de mais estudos, de modo a que médicos possam ter esclarecida uma resposta para a questão mais premente que lhes é apresentada: qual é a relação entre a decisão por eles tomada no tocante à realização de cirurgias genitais e

redesignação sexual e a futura qualidade de vida e adaptação das pessoas intersexo. (2012, *summary*).

Para os autores, a proposta de revisão das controvérsias e questões atuais aponta, na maioria dos casos, o quão “pouco clara” continua a justificativa com que as atuais técnicas cirúrgicas de feminização e masculinização são utilizadas.

A Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association* - APA, em Inglês) reconhece a “discordância, muitas vezes, de especialistas quanto ao que pode ser considerado como uma condição de intersexualidade”. Documento publicado em seu portal na internet reitera, de maneira simples e objetiva, que é “coletivamente” denominada como “intersexualidade” a “variedade de condições que conduzem ao desenvolvimento atípico de características sexuais físicas. Estas condições podem incluir anormalidades dos genitais externos, dos órgãos reprodutivos internos, dos cromossomos sexuais, ou estarem relacionados aos chamados hormônios sexuais”. Em outro exemplo da imprecisão na definição do que sejam os DDS, Reiner (2004) afirma que extrofia da cloaca “não é uma condição intersexo”; para os autores, afalia e inadequação fállica seriam “anomalias estruturais”. Entretanto, documento emitido pelos NIH (2006) lista extrofia da cloaca como uma das “anomalias congênicas da diferenciação sexual”.

A APA (2006) aponta que “em geral, não é medicamente necessária a imediata realização de cirurgia [na genitália] de modo a torná-la reconhecidamente masculina ou feminina”. Tal assertiva coloca em xeque a justificativa médica comumente utilizada, isto é, a realização da cirurgia seria *conditio sine qua non* para o ajuste psicossocial de crianças intersexo desde seus primeiros meses de idade, como forma de se assegurar, no futuro, uma adolescência e vida adulta “saudáveis”, supostamente evitando-se o seu sofrimento e isolamento.

A psicóloga Suzanne Kessler (1998) – uma das precursoras dos estudos em psicologia sobre a intersexualidade – sugere que, a despeito do imperativo médico-interventor que se apresenta aos casos de GA, ao final, o alegado equilíbrio físico que justificaria a realização de intervenções médico-cirúrgicas tampouco é alcançado, uma vez que a sua manutenção é precária e somente se dá à custa de recorrentes e artificiais intervenções, “não se apagando” a ambiguidade em seus corpos. E mais. Os resultados do estudo de coorte com indivíduos geneticamente masculinos submetidos à cirurgia de redesignação sexual em sua infância apresentados por Reiner (2004) deixam em aberto as seguintes questões: em um modelo terapêutico que prescreve o segredo absoluto em relação à realização das cirurgias de troca

de sexo, como, no futuro, reagirão os indivíduos que, depois de permanecerem no sexo feminino, vierem a saber a verdade sobre seus históricos clínicos? Tal informação pode ser mantida em segredo?

Não deixa de ser curioso que, como destaca Haas (2004), John Money, nas pesquisas que realizou ao longo da década de 1940 para a elaboração de sua tese de Doutorado, tenha observado que “adultos intersexo que não foram submetidos à cirurgia de reconstrução genital apresentavam identidade de gênero comparável a outros adultos de sexo masculino e feminino”. Lamentavelmente, ressalta Haas, “tais pesquisas jamais foram publicadas”.

Dadas as controvérsias observadas nesse campo, os NIH decidiram consultar algumas das mais importantes entidades profissionais da área da saúde nos EUA como forma de tentar promover maior consenso não apenas quanto à conceituação das ADS mas, também, para delimitar suas propostas terapêuticas. Na exposição de motivos endereçada à Sociedade Americana de Endocrinologia (*Endocrine Society*) pelos NIH em dezembro de 2013, por exemplo, é reconhecido que

[...] pouco se sabe em relação aos efeitos no curto e longo prazo das atuais intervenções médicas ou psicossociais para os casos de DDS em crianças e em suas famílias nos diferentes períodos de seu desenvolvimento, as quais podem ter importantes implicações no tocante a se determinar a idade mais adequada [para a cirurgia] e, também, a natureza dos cuidados clínicos e psicológicos necessários. A multiplicidade de variáveis que afetam o desenvolvimento dessas crianças e a heterogeneidade de condições compreendidas pelos DDS representam desafios metodológicos para o estabelecimento de evidências científicas em relação às questões críticas observáveis nesse período, não apenas para elas, mas também para suas famílias e médicos envolvidos.<sup>29</sup>

O referido processo de consulta<sup>21</sup> se encerra em fevereiro de 2014<sup>30</sup>. Dada a hegemonia que tem a Medicina norte-americana para a disseminação em todo o mundo do conhecimento científico ali produzido e, também, o esperado aprimoramento de técnicas e tecnologias daí resultantes, é razoável que se dedique a máxima atenção aos desdobramentos dessa iniciativa dos NIH.

---

<sup>29</sup> Fonte: NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). 2013. *Request for Information (RFI): Invitation to Comment on Critical Issues in Child Development for Children and Families Affected by Disorders of Sex Development (DSD)*. Notice Number: NOT-HD-13-019. Disponível em <http://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-HD-13-019.html> (acesso em 23/12/2013).

<sup>30</sup> Fonte: ENDOCRINE SOCIETY. *NIH Requests Society Suggestions for DSD Workshop*. Disponível em <https://www.endocrine.org/membership/email-newsletters/endocrine-insider/2014/january-8-2014/nih-requests-society-suggestions-for-dsd-workshop> (acesso em 11/01/2014).

Hurwitz (2011), em artigo que reconhece os enormes avanços alcançados no campo da cirurgia plástica feminizante para pacientes com ADS, é enfático em suas críticas. Reconhece o autor que

[...] encontram-se agora disponíveis conhecimento e técnicas para a realização de genitoplastias bem-cuidadas e bem-sucedidas, o que inclui a preservação de sensação no clitóris, a exteriorização da vagina, com técnicas capazes de minimizar as chances de estenose, tornando seu resultado cosmético tão natural quanto possível. (2011, p.171)

Contudo, ressalta Hurwitz (2011, p.171), “falta padronização e rigor metodológico” na apresentação de resultados convincentes para justificar as intervenções preconizadas.

Precisamente em relação aos estudos longitudinais, esclarece o autor que, salvo quando comprovada a anatomia pré-operatória destas crianças, os resultados cirúrgicos apresentados são confusos:

Deve-se igualmente relatar as diferentes [ADS] de maneira individual, e não agrupá-las para relatar resultados supostamente favoráveis à tese pretendida. O rigor metodológico quanto à uniformização e escalas descritivas é essencial para se proceder à avaliação dos resultados anatômicos e funcionais alegados. O mesmo se pode dizer quanto à necessidade de validação dos questionários utilizados para a avaliação da autoimagem e do status psicossocial da pessoa intersexo. É essencial que, no longo prazo, seja feita em adultos a avaliação da globalidade das decisões tomadas, e também dos tratamentos e intervenções sofridas. O mesmo deve ser dito quanto à perspectiva do paciente adulto para a avaliação de resultados anatômicos e funcionais (Hurwitz, 2011, p.171).

Questões conceituais e metodológicas também repercutem diretamente no cotidiano da clínica da intersexualidade. O efetivo exercício das equipes multidisciplinares voltadas para o enfrentamento das diferentes questões que o diagnóstico de ADS em recém-nascidos suscita para os diversos atores envolvidos, tal como preconizada pelo CFM no texto de sua R1664 encontra determinados entraves já desde seu processo de formação. Para Moran & Karkazis (2012), tal fato representa um importante dilema, com sérias repercussões para o futuro dos cuidados dos DDS, uma vez que

[...] não se encontra disponível orientação capaz de preencher a lacuna existente entre [um dado] grupo de profissionais, afinados no tocante à compreensão das referidas questões, desejosos de melhorar o seu manejo, e uma equipe multidisciplinar [com diferentes perspectivas para o problema (2012, *abstract*).

Ao que parece, os NIH (2006) reconhecem o problema, na medida em que constatarem que “poucos profissionais na área de saúde mental detêm a expertise específica para participar no cuidado e na pesquisa clínica interdisciplinar”. *Mutatis mutandis*, a composição dos comitês de ética existentes nos diferentes centros de pesquisa clínica enfrenta o mesmo

problema quando reúne em torno das questões que lhes são submetidas membros com diferentes formações, perspectivas e crenças, sejam eles representantes de usuários, médicos, pesquisadores da área e de outros campos, quando não teólogos.

Machado (2008a) sugere que, no enfrentamento da questão da intersexualidade, não apenas o corpo médico, suas associações, corporações e também pesquisadores não é unânime quanto à sua abordagem como tampouco as próprias pessoas intersexo, pelos mais diferentes motivos, o são. Dentre as inúmeras questões que permanecem controversas e - por serem centrais ao bem-estar físico e psíquico das pessoas intersex - representam uma fonte aparentemente insolucionável de conflito, pode-se citar, por exemplo, se se deve, ou não, intervir no âmbito médico-cirúrgico; em caso afirmativo, quando e em que idade; se se deve revelar à própria pessoa o seu diagnóstico e os procedimentos a que será, ou que já foi, submetida; se se deve aguardar, ou não, a sua capacidade de consentir ou se é suficiente o consentimento de seus pais ou responsáveis.

## **2. A metamorfose da terminologia**

Para o senso comum, é ainda bastante frequente chamar de “hermafrodita” a pessoa que imaginam reunir no corpo uma genitália, ao mesmo tempo, masculina, feminina, completamente funcional. A mitologia – como já vimos - exerceu papel importante neste sentido: Hermes e Afrodite, por exemplo, teriam dado origem a um ser – o hermafrodita - metade homem e metade mulher. Como visto no subitem XXX, a ideia de uma genitália ambígua não inteligível quanto a seu gênero *exclusivamente* masculino ou feminino, fez crer, para muitos, que se estaria diante da materialização da figura mítica do hermafrodita, ainda que a sua existência – e, sobretudo, a sua dupla funcionalidade – jamais tenha sido verificada através da literatura médico-científica.

Contudo, se o hermafrodita é popularmente imaginado como um ser “com os dois sexos”, é remota a possibilidade de esse mesmo segmento o reconhecer, isoladamente, como “um homem” ou “uma mulher”. Para algumas pessoas, por exemplo, a própria “transformação” de um homem em uma mulher – através da cirurgia de transgenitalização - enseja a ideia de que esse homem “já era mulher”, ainda que apresentasse alguns traços masculinos. Nessa lógica, o “efeminado”, além de trazer consigo a “alma de mulher”, de alguma forma, também apresentaria essa mesma conformação de “hermafrodita” em sua

genitália. Mesmo que, em geral, a imagem do hermafrodita possa remeter à ideia de “confusão”, “impossibilidade”, “engano”, “dúvida” e, talvez, até mesmo, “fraude”, para algumas pessoas, a sua “existência” pode parecer mais comum e naturalizada do que se imagina. Da mesma forma, algumas mulheres transexuais imaginam que aumentam suas chances de aceitação social se disserem que são “hermafroditas de nascença”, e que a cirurgia de transgenitalização que fizeram, ou vão fazer, visa, na verdade, reparar um “equivoco” da natureza. Neste sentido, a concepção de que não são admissíveis “dois sexos em um só corpo” favorece a aceitação social da “correção” cirúrgica de sua genitália.

Valendo-se da invenção do microscópio, Thomas Albrecht Edwin Klebs se lançou a investigar as chamadas “anomalias genitais”. Através de seu *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, publicado em 1876, Klebs atribuiu-lhes uma nomenclatura própria. Segundo Damiani & Guerra-Júnior (2007, p.1014), Klebs limitou-se inicialmente a investigar a natureza das gônadas presentes e classificou os casos em três grupos básicos: pseudohermafroditismo masculino (PHM - genitália ambígua com testículos), pseudohermafroditismo feminino (PHF - genitália ambígua com ovários) e hermafroditismo verdadeiro (HV - testículo e ovário, com ou sem genitália ambígua). Como sugere Fausto-Sterling (2000:38), para Klebs, “as gônadas eram o único fator capaz de definir o sexo biológico de uma pessoa”. Na compreensão da bioeticista e historiadora Alice Dreger, a concepção desenvolvida por Klebs dá início ao que ela denomina de “a era das gônadas”. A partir de então, em lugar do recurso ao “senso comum”, microscópio e novos métodos de exame tornaram-se as principais ferramentas da ciência para identificar o “verdadeiro” sexo de um indivíduo. Conta Fausto-Sterling que “rapidamente, imagens dos corpos de hermafroditas desapareceram dos periódicos médicos, sendo substituídos por fotografias abstratas de porções de tecido gonadal, finamente fatiadas, cuidadosamente coloridas”. Essas imagens, dada a precariedade das técnicas cirúrgicas do final do século XIX, eram conseguidas “apenas após a castração ou investigação de *causa mortis*”. Se, aparentemente, os hermafroditas se tornaram mais raros para a ciência, tal fato não pode ser atribuído a seu efetivo “desaparecimento” mas, tão somente, ao fato de que, a partir de então, “métodos científicos os classificavam como inexistentes”, diz Fausto-Sterling (2000:39).

Contudo, a partir da década de 1930, a ênfase nas gônadas foi sendo paulatinamente descartada. Como sugere a bióloga Anne Fausto-Sterling, graças à disseminação da anestesia e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a “supressão cirúrgica e hormonal” da intersexualidade transformou-se, para a Medicina, em uma nova perspectiva de seu

enfrentamento. A esse período, “ainda menos flexível” que o anterior, Fausto-Sterling denomina “era da conversão”. De acordo com sua *ratio*, “era imperativo que médicos não deixassem ‘escapar’ pessoas que, no momento do nascimento, apresentassem o ‘sexo misturado’; através de quaisquer meios necessários, médicos deveriam convertê-las para ‘machos’ ou ‘fêmeas’”, sugere Fausto-Sterling (2000, p.40). A partir da descoberta dos cromossomos, ensinam Damiani e Guerra-Júnior (2007, p.1014), os casos de PHM foram definidos como “ambiguidade genital em presença de um cariótipo 46, XY”, os de PHF como “ambiguidade genital em presença de um cariótipo 46, XX”, e para os diagnósticos de HV foi mantida a “anatomia gonadal”.

No final de 2005, realizou-se na cidade de Chicago (EUA) um encontro para o qual foram convidados 50 especialistas representantes de *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* (LWPES) e *European Society for Paediatric Endocrinology* (ESPE), as mais importantes entidades do campo da endocrinologia pediátrica norte-americana e europeia, respectivamente. Seu objetivo, apontam os médicos Damiani e Guerra-Júnior (2007, p.1014), era “atenuar problemas decorrentes da nomenclatura bem como estabelecer normas de conduta diagnóstica e terapêutica” para os casos da então denominada intersexualidade. No encontro, buscou-se (i) eliminar “termos que pudessem causar dúvidas e/ou dar a conotação de o indivíduo ser ou estar sendo criado em um sexo incompatível com o seu diagnóstico”, e (ii) substituí-los por termos que fossem “mais bem ‘aceitos’ pelos pacientes e pela sociedade em geral e não [fossem] tão confusos aos profissionais de saúde”. Fazia-se necessário encontrar uma alternativa à terminologia “confusa e estigmatizante” até então utilizada para os casos de intersexualidade. Termos como “hermafroditismo” e “pseudo-hermafroditismo” criavam, segundo eles, “constrangimento” e “muita confusão e incerteza na cabeça do próprio paciente e de seus familiares”, sobretudo quando se constata “uma especificação de sexo (masculino ou feminino) que nem sempre está de acordo com o gênero assumido para aquele paciente”. Para os autores, a conotação que têm esses termos é “um tanto pejorativa da situação clínica” e os mesmos são “confusos”. Damiani e Guerra-Júnior demonstram assim o seu posicionamento (2007, p.1014): “já há vários anos, abolimos o termo intersexo dos diagnósticos, preferindo a expressão ADS, já que intersexo denota um sexo intermediário ou um terceiro sexo, o que não é adequado para os

pacientes”. O documento que sintetiza as deliberações dos 50 especialistas é conhecido no meio médico como “Consenso de Chicago” (CdC)<sup>31</sup>.

A preocupação com a precisão diagnóstica é recorrente no CdC. Dizem Damiani e Guerra-Júnior que, de acordo com sua orientação, deve-se preferir o “diagnóstico específico” - o qual “pode ser refinado com a explicitação do tipo de defeito” - a um diagnóstico genérico. Como exemplo, os autores comentam: “o [novo] diagnóstico ADS 46,XY para uma insensibilidade androgênica parcial” deve ser “refinado com a explicitação do tipo de defeito do receptor androgênico, tal como ‘insensibilidade androgênica parcial por mutação..... do receptor androgênico’”. Contudo, os médicos apresentam suas críticas a alguns dos aspectos ali tratados. Para os autores, a proposta inicial de “atenuar problemas decorrentes da nomenclatura” e eliminar “termos que [possam] causar dúvidas e/ou dar a conotação de o indivíduo ser ou estar sendo criado em um sexo incompatível com o seu diagnóstico” não foi alcançada satisfatoriamente:

[...] o grupo que estabeleceu a proposta de consenso parte do princípio de que os cariótipos 46,XX e 46,XY são “códigos secretos” para os pacientes e para seus familiares, o que não é verdade. Com o amplo acesso aos meios de comunicação e de informação, qualquer um passa a relacionar 46,XX como um cariótipo do sexo feminino e 46,XY, do sexo masculino. Muitas das decisões a respeito do gênero de criação não serão condizentes com tal interpretação. Por exemplo, numa insensibilidade completa a andrógenos, o novo diagnóstico fica sendo “ADS 46,XY” e o paciente é criado no sexo feminino. Acrescentar o cariótipo ao nome da disfunção não nos parece adequado pois cria os mesmos problemas que o Consenso tenta resolver. Damiani e Guerra-Júnior (2007, p.1015).

Em outra crítica, os médicos sinalizam para uma espécie de possível retrocesso no CdC quanto à avaliação diagnóstica das ADS. É essa também a opinião de outros pesquisadores, como a bioeticista e historiadora Alice Dreger. Para ela, em lugar de se promover o retorno à “era das gônadas”, deve-se promover a chamada “era da ética” (1999). De acordo com Damiani e Guerra-Júnior (2007),

[...] substituir-se Hermafroditismo Verdadeiro [HV] por “ADS ovotesticular” acaba sendo a persistência da proposta de Klebs, em que se

---

<sup>31</sup> Lee, Houk et al. são os autores do artigo que sintetiza as deliberações havidas, em 2005, no encontro em Chicago. O título original do artigo é “*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*”, o que pode ser livremente traduzido como “Declaração de Consenso sobre o Manejo dos Transtornos Intersexo”. Embora, à primeira vista, possa parecer estranho que um documento que se propõe a alterar a terminologia empregada no manejo das condições de intersexualidade empregue em seu título o próprio termo que deseja ver substituído, é isso o que, de fato, acontece. Por fim, o documento ficou conhecido no Brasil como o “Consenso de Chicago”. *Pediatrics* 2006;118:e488-e500.

leva em conta o tipo de gônada para definir-se o diagnóstico. Fica claro que “ovotesticular” tem implicações de ovário e testículo. Um paciente com HV criado no sexo feminino acharia estranho que o nome de sua disfunção traz o termo “ovotesticular”. Talvez chamarmos a condição de “ADS verdadeira” poderia resolver o problema e não criar novos estigmas pela nomenclatura. Quanto aos pacientes “Homens XX” ou sexo reverso, a proposta “ADS 46,XX testicular” cria uma automática conotação de gênero de criação (masculino) e devemos lembrar que, enquanto 80% dos casos são homens fenotípicos e serão criados no sexo masculino, 20% apresentam genitália ambígua e podem, eventualmente, ser criados no sexo feminino. Voltamos, então, à difícil e constrangedora situação de uma menina ter no nome de seu diagnóstico um cariótipo “feminino” ao lado do nome da gônada masculina. Aliás, esta foi a razão por que a terminologia “insensibilidade androgênica” substituiu “testículo feminizante” (2007, p.1015).

Neste trecho específico da nomenclatura, os autores insistem: “o consenso não resolveu totalmente os problemas a que se propôs e deveria ser revisado antes de sua pretendida aceitação” (2007, p.1015). Como visto pela redação final do documento, a crítica dos autores não é comungada por seus revisores.

No tocante à “investigação e manuseio das ADS”, Damiani e Guerra-Júnior informam que

[...] foi decisão do Consenso que alguns conceitos gerais no cuidado de pacientes com ADS devem ser aplicados: (a) a atribuição de gênero deve ser evitada antes da avaliação de especialistas, (b) a avaliação e o manuseio a longo prazo devem ser feitos num Centro Médico com equipe multidisciplinar experiente, (c) todos os indivíduos devem receber um gênero, (d) uma via de comunicação fácil entre pais e equipe de saúde é essencial e encoraja-se a participação da família nos processos de decisão, (e) as preocupações dos pacientes e dos familiares devem ser respeitadas e tratadas num ambiente de confiança. A importância de grupos de apoio tanto para os familiares quanto para os próprios pacientes não deve ser descartada. (2007, p.1015).

A apresentação da mesma questão (atribuir/receber um gênero) em dois quesitos diferentes (“a” e “c”) pode, à primeira vista, suscitar dúvidas quanto à posição do CdC no tocante à manutenção da perspectiva interventora. Contudo, essa questão é esclarecida mais à frente. Em relação à GA - especificamente, os casos de micropênis e clitoromegalia – diz o documento: “os dados disponíveis apoiam a criação de meninos com micropênis”, tendo-se em conta “a mesma satisfação que meninos e meninas têm com o sexo que lhes foi atribuído, [quando não há] necessidade de realização da cirurgia genital e existe potencial de fertilidade”. Quanto aos casos de clitoromegalia, o CdC reconhece inicialmente que

“atualmente, nos casos menos severos, os pais parecem menos inclinados a autorizar a cirurgia”, e depois apresenta sua própria posição: “a cirurgia deveria ser considerada apenas nos casos de virilização severa<sup>32</sup> e, quando apropriado, deve ser realizada em conjunto com o reparo do sino urogenital em comum”. De acordo com o CdC, dado que “a função orgásmica e a sensação erétil podem ser comprometidas pela cirurgia no clitóris”, tal procedimento deve se orientar “para preservar função erétil e enervação do clitóris”. Dito de outra forma, “a ênfase [do procedimento] deve ser no seu resultado funcional, ao invés da [sua] preocupação estritamente cosmética”.

Como destacado por Damiani e Guerra-Júnior, o Consenso estabeleceu os seguintes “critérios” como sugestão de diagnóstico de ADS:

(a) clara ambigüidade genital (exemplo, extrofia cloacal), (b) genitália com aparência feminina com aumento clitoriano, fusão labial posterior ou massa inguinal ou labial, (c) genitália com aparência masculina com criptorquidia bilateral, micropênis, hipospádia perineal isolada ou hipospádia leve com testículos não descidos, (d) história familiar de ADS, tal como insensibilidade androgênica completa, (e) discordância entre a aparência genital e o cariótipo pré-natal. (2007, p.1016).

Contudo, de acordo com os autores, o CdC chama a atenção

[...] para o fato de que, embora a maioria dos casos seja reconhecida no período neonatal, apresentações em crianças maiores ou adolescentes incluem ambigüidade genital não reconhecida previamente, hérnia inguinal em meninas, puberdade atrasada ou incompleta, virilização em meninas, amenorréia primária, desenvolvimento mamário em meninos, hematúria cíclica em meninos. (2007, p.1016).

Nesse sentido, os médicos brasileiros acrescentam observações advindas de sua prática clínica:

Importante salientarmos que micropênis isolado ou hipospádia leve com testículos não descidos devem ser incluídos como ADS e merecem investigação, dada a grande falta de associação entre distúrbios graves da determinação gonadal ou da diferenciação sexual com alterações “mínimas” na genitália externa. Nunca perder de vista que muitas crianças que nos procuram devido a “criptorquidia bilateral” são, na verdade, meninas completamente virilizadas portadoras de hiperplasia congênita de supra-renal. (2007, p.1016).

---

<sup>32</sup> Ou seja, níveis Prader III – V. (p. e491). LEE, Peter; HOUK, Christopher P.; AHMED, S. Faisal et al. *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*. Pediatrics 2006;118:e488-e500. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/e488> (acesso em 20/10/2009).

Em sua tese de doutorado, Paula Sandrine Machado (2008b, p.4) analisou os elementos que estariam em jogo nas decisões envolvendo a “determinação” do sexo em crianças intersexo e o “gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade”. Para a autora, era necessário, de um lado, compreender “as perspectivas, as práticas e os discursos de profissionais de saúde e, de outro, aqueles das famílias e jovens intersex” (2008b, p.4). Em artigo que analisou o “Consenso de Chicago”, Machado contribui significativamente para que melhor se compreenda o contexto acadêmico e político que o orienta. Para a autora, ao lado de uma possível “motivação mais formal, comum à elaboração de qualquer consenso na área médica” (2008a, p.110), pode-se pensar que o mesmo revela “a necessidade de se criar termos supostamente mais técnicos, a fim de serem partilhados por um público ‘iniciado’ e, portanto, mais ‘restrito’” (2008a, p.111). Para Machado, o encontro também significou “uma reação à visibilidade do movimento político intersex, sobretudo norteamericano, e às questões que este vem colocando às intervenções médicas sobre os corpos intersex desde os anos de 1990” (2008a, p.111). Neste artigo, a autora propõe “apontar para algumas implicações relacionadas aos usos de termos que se propõem a descrever determinadas características corporais”, dado que considera “a nomenclatura como um locus privilegiado de análise acerca de uma discussão específica que entrelaça as categorias de ciência, intervenção, movimento político e cotidiano das relações médico-paciente” (2008a, p.111).

A análise do “Consenso de Chicago”, segundo Machado (2008a, p.112), não apenas aponta para “o importante papel desempenhado pela genética e pelos conhecimentos em biologia molecular nas tomadas de decisões, nas discussões e nas produções científicas em torno da intersexualidade” como, também, representa “o esforço no sentido de uma classificação calcada em termos cada vez mais ‘técnicos’ e com códigos muito complexos e específicos”. Em sua compreensão, tal decisão por um grupo de especialistas acabaria por afastar do senso comum a interpretação da intersexualidade, reservando, portanto, aos “atores sociais considerados mais legítimos” (2008a, p.110) o direito a seu gerenciamento.

No tocante à participação de ativistas intersexo na reunião que culminou no “Consenso de Chicago”, é bastante significativa a análise de Machado. Sugere a autora que o seu reconhecimento, no documento final, como “grupos de apoio”<sup>33</sup> implica que “a legitimidade do ativismo intersex não passou pelo caráter político nem pela discussão ética que os diferentes grupos suscitam em relação à prática médica voltada ao gerenciamento da

---

<sup>33</sup> “*support groups*”, no original.

intersexualidade” (2008a, p.117). Barbara Thomas (2005), ativista intersexo alemã, em seu relatório sobre o encontro de Chicago, aponta que apenas ela e Cheryl Chase - fundadora e então diretora da extinta ISNA, a mais importante entidade de defesa dos direitos das pessoas intersexo – representaram no evento o segmento internacional de pessoas intersexo. A análise retrospectiva dos desdobramentos daquele encontro para o movimento intersexo faz supor que, ante o incômodo que para o *establishment* passou a representar a articulação de sua militância anti-intervenção, a máxima *divide et impere* orientou a seleção de seus representantes. A participação de Barbara Thomas, por exemplo, se deu por convite, e ela diz desconhecer os critérios de sua elegibilidade. No total, foram convidados 50 especialistas, representando 10 países. A única participante brasileira no evento foi Berenice Bilharinho Mendonça, endocrinologista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O fato de o encontro de Chicago ser uma iniciativa da área da endocrinologia-pediátrica sugere não apenas sua hegemonia neste debate como, também, que as ADS são uma questão endócrina.

Não obstante os melhores esforços das referidas entidades, e contrariamente ao que se propôs, a realização da reunião em Chicago não significou, para o movimento social, por exemplo, o fim das controvérsias até então existentes quanto ao manejo da intersexualidade. Por se recusar a acatar o que considera como a insistência na “medicalização” de sua conformação física, ensina Dreger (2009), parte do movimento continua a se auto-referir como pessoas “intersexo”; a outra parte, contudo, aderiu à nova nomenclatura, acreditando que ela representa uma mudança de paradigma das propostas terapêuticas até então oferecidas. Nesta perspectiva, seu foco agora seria “o paciente”, e não mais “o diagnóstico”. Cabe destacar que expressiva parcela de pesquisadores acadêmicos, fora do ambiente da Medicina, adota uma postura crítica em relação à nova terminologia adotada em Chicago e, em seus trabalhos científicos, mantém o uso dos termos “intersexo” e “intersexualidade”.

Cabe também salientar que, com vistas à realização da reunião que originou o CdC, as indústrias farmacêuticas *Pfizer (Endocrine Care)*, *Novo Nordisk*, *Ferring*, e *Organon*, sob a rubrica “apoio educacional irrestrito”<sup>34</sup>, nela injetaram recursos financeiros “irrestritos”

---

<sup>34</sup> No original, “*unrestricted educational grant support*”. Embora seja comum o financiamento de eventos científicos por entidades privadas, chama a atenção fato de que o mesmo recebeu recursos “irrestritos”. Pesquisa na internet a respeito dessa modalidade de “apoio” a eventos científicos indica que se trata do “financiamento direto de apoio a programa educacional, sem quaisquer restrições à forma como os recursos serão gastos, entendendo-se, porém, que os mesmos se limitarão a gastos educacionais” (“*This involves direct*

(Lee, Houk, Ahmed et al., 2006, p.497). Esta informação relativa ao financiamento do referido evento, *per se*, conclama que se investigue, com a profundidade necessária, as suas repercussões para a própria medicalização da intersexualidade, uma vez que é crônico o tratamento de todas as pessoas assim diagnosticadas e, salvo melhor juízo, parece inequívoca a existência aqui de um conflito de interesses.

Por último, sugere Machado que o “Consenso de Chicago” funciona como

[...] um marcador que torna visível uma série de tensões e conflitos no contexto da própria militância: a intersexualidade está na ordem da biologia? É uma categoria identitária? É uma má formação? Quais as consequências éticas e políticas de se passar a utilizar um termo como [ADS]? (2008a, p.118).

Não deixa de ser curioso que, quando em 1993 Cheryl Chase fundou a ISNA, sua “missão” era a “mudança sistêmica para se pôr fim à vergonha, ao segredo, e às cirurgias genitais indesejadas para as pessoas nascidas com uma anatomia que, decidiu-se, não corresponderia ao padrão masculino ou feminino” (ISNA). Em março de 2008, Chase fundou a *Accord Alliance* e a ISNA teve encerrada suas atividades. Como desdobramento da participação da própria Cheryl Chase no encontro de especialistas em Chicago, tem-se agora que a missão desta nova entidade - *Accord Alliance* - é “promover uma abordagem ampla e integrada de cuidados para o incremento da saúde e bem-estar das pessoas e famílias afetadas pelas ADS, através da colaboração de todas as pessoas interessadas”. Neste sentido, Machado (2008a, p.116) se vale das palavras de Emi Koyama para analisar a divisão dentro do movimento ativista de intersex: a defesa e utilização do termo ADS – com todos os significados políticos que o mesmo encerra – seria “um reflexo do fato de que o termo ‘intersex’ não se estabeleceu como categoria identitária eficaz, capaz de reunir muitos adeptos para o movimento, ao contrário do que ocorreu no contexto das comunidades LGBTTI” (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

É relevante que se aponte que, ao contrário do que prega o CFM em sua R1664, em momento algum o CdC considera como uma “urgência biológica e social” o nascimento de uma criança intersexo. Ao contrário, em sua introdução, o referido documento afirma, logo na primeira frase, que “o nascimento de uma criança intersexo [requer] uma estratégia de manejo de longo prazo, a qual envolve inúmeros profissionais, trabalhando [em conjunto]

---

*funding given to support the educational program without restriction as to how the funds will be spent, with the understanding that they will be expended on educational expenses only”*, no original).

Fonte: <http://www.clinicalvirologysymposium.org/index.php/exhibits/exhibitor-information/87-2014/exhibits/for-exhibitors/118-commercial-support-opportunities> (acesso em 21/02/2014).

com a família”. E mais. Ao reconhecer que houve “progresso no diagnóstico, técnicas cirúrgicas, compreensão das questões sociais, e a aceitação do lugar da *advocacy* dos pacientes”, o CdC considera que é chegada a hora de se “revisar o manejo dos transtornos intersexo a partir de uma perspectiva ampla, avaliar a evolução no longo-prazo dos resultados, e se formular propostas para futuros estudos”. O atual reconhecimento, por parte dos NIH, da existência de uma “crise no manejo clínico” das ADS sugere o questionamento de muitos dos fundamentos que foram objeto de deliberação no CdC em 2005. Assim, parece razoável que se somem a esse mesmo estranhamento as críticas à R1664, sobretudo quando confrontadas pela RMP.

No tocante ao significado que teria o nascimento de crianças intersexo, Damiani e Guerra-Júnior assumem posição contrária àquela preconizada no CdC, e reiteram as considerações da R1664. Para os médicos, “todo paciente com [ADS] constitui uma emergência, tanto no sentido de risco de vida (em situações de perda de sal, por exemplo, nas hiperplasias adrenais congênitas) quanto no sentido da integridade psico-social”. Avançando em seus argumentos, os autores insistem:

[...] tudo que puder ser feito para minimizar o sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares é bem-vindo e este é o mote que norteia todos que trabalham neste complexo campo da Endocrinologia, e foi o objetivo do Consenso de Chicago. No entanto, alguns objetivos não foram cumpridos, persistindo uma terminologia dúbia e estigmatizante, e é isto que pretendemos seja revisto nas futuras edições deste Consenso (2007, p.1016).

É importante que se conheçam as opiniões de Damiani e Guerra-Júnior, pois são esses alguns dos poucos médicos brasileiros que divulgam e produzem conhecimento a respeito das ADS. Sua posição muito contribui para a melhor avaliação do que pensa a classe médica - seja individualmente, seja através do CFM - em nosso país.

### **3. Considerações bioéticas sobre a R1664**

A proposta de se examinar criticamente a R1664 implica na compreensão das circunstâncias que cercam a sua elaboração e aprovação pelo CFM. Da mesma forma, sua análise à luz da bioética requer o conhecimento minucioso do documento que lhe deu origem, isto é, a Recomendação nº 001091/01-8 (RMP), da Promotoria de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) e, sobretudo, das razões que levaram à sua cassação a partir de impugnação do Conselho Regional de Medicina do

Distrito Federal (CRM-DF). Embora a R1664 se revista de legalidade, são preocupantes muitas de suas considerações e determinações.

Com propósito didático, a apreciação crítica nesta tese dos dois documentos - a RMP e a R1664 - se dá em ordem cronológica inversa à ocorrência dos fatos: da elaboração e aprovação da R1664 pelo CFM em 2003, volta-se ao ano de 2001, quando o MPDFT, cumprindo seu papel constitucional, encaminhou uma Recomendação aos serviços de saúde localizados no Distrito Federal, a respeito da realização das cirurgias genitais em crianças diagnosticadas como intersexo, a qual foi posteriormente cassada.

Depois de aprovada em sessão plenária extraordinária do CFM em 11 de abril de 2003, a R1664 foi publicada no Diário Oficial da União em 13 de maio do mesmo ano. Nos termos de suas atribuições legais, o objetivo da R1664 é definir “as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”. Nota anterior<sup>35</sup>, publicada no portal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), informa que o referido documento “dá aos médicos um amparo técnico e legal para o encaminhamento dos casos” de genitália ambígua (GA). É relevante destacar que, até então, o tema das “anomalias da diferenciação sexual” (ADS) não havia sido, ainda, alvo de nenhuma outra normativa do CFM<sup>36</sup>.

A R1664 é fruto de diversos debates havidos entre as Sociedades Brasileiras de Pediatria (SBP), de Saúde Mental (ABRASME), de Cirurgia Infantil<sup>37</sup>, de Genética (SBG), e de Endocrinologia e Metabologia (ENDOCRINO), as quais, reunidas, participaram de uma Câmara Técnica constituída pelo CFM. De acordo com nota publicada no portal da SBP, “o trabalho da Câmara se baseou no material produzido em reunião promovida pela [própria Sociedade], com a participação da Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e da Juventude (ABMP)”<sup>38</sup>.

Em momento anterior à constituição daquela Câmara Técnica pelo CFM, foram reunidos, no dia 15 de outubro de 2002, os departamentos científicos de endocrinologia pediátrica, genética, saúde mental, neonatologia e bioética da SBP e a representante da

---

<sup>35</sup> “CFM prepara Resolução sobre Anomalias da Diferenciação Sexual”. Disponível em [https://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=65&id\\_detalhe=1215&tipo\\_detalhe=s](https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1215&tipo_detalhe=s) (acesso em 16/03/2013).

<sup>36</sup> Informação prestada em 13/02/2014 pelo SEBRB, biblioteca do Conselho Federal de Medicina (protocolo de consulta nº 1330/2014).

<sup>37</sup> Não foi possível localizar na internet o portal da referida Sociedade Brasileira de Cirurgia Infantil mas, sim, o portal da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (<http://www.cipe.org.br/>, acesso em 16/02/2014). Chegou-se às siglas e aos endereços eletrônicos das demais sociedades aqui citadas a partir da sua própria menção no texto.

<sup>38</sup> <http://www.abmp.org.br/> (acesso em 16/02/2014).

ABMP, juíza Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima. Ao final, foi redigido um documento que, referindo-se ao princípio do “interesse superior da criança” e a diversos instrumentos legais nacionais e internacionais, expressa, de maneira bastante genérica, a posição conjunta das duas entidades “em face do tema relativo à má formação congênita de genitália ambígua”<sup>39</sup>. Dentre seus principais pontos, pode-se destacar (sem grifo no original):

a) seu empenho “na afirmação e na defesa do direito da criança e do adolescente à saúde e à proteção integral segundo a Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança de 20 de Novembro de 1989”;

b) seu reconhecimento da “necessidade de continuar assegurando os direitos deste segmento populacional, especialmente o direito à vida, à saúde e a todos os direitos humanos, sempre em absoluta prioridade, nos termos do art. 227, caput, da Constituição Federal”;

c) sua atenção “ao conteúdo afirmativo da normativa internacional relativa à infância e, em particular, à saúde infanto-juvenil consubstanciada nos artigos 2.1; 25.1 e 25.2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948; no Preâmbulo e nos Princípios I; III; IV; IX da Declaração dos Direitos da Criança de 1959; Nos artigos 2.1; 12.3; 19.3b; 21; 22.2; 24 e 26 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e Protocolo Facultativo ao Pacto de Direitos Civis e Políticos de 1966; Nos artigos 2.2; 10.3; 12.1 e 12.2d do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966; Nos artigos 1.1; 11 e 12.3 da Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) de 1969; Nos artigos 10a; 10d; 11b; 19 a e 22b da Declaração sobre o Progresso e o Desenvolvimento no Social de 1969; No Preâmbulo e nos artigos 2.1; 7.1; 17; 23.2; 24; 24.1; 25; 32.1; 39 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989; Nos itens 10; 12; 14; 20.II; 20.IV da Declaração Mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança (Nações Unidas) de 1990”;

d) sua atenção “aos dispositivos da Lei no. 8069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente, particularmente nos artigos 7o a 14”;

e) que “identificam no princípio do **interesse superior da criança** e do adolescente o vértice da convergência de todas as ações das diferentes áreas do saber e da prática, incluindo aquelas da medicina e da área jurídica”;

f) “que especial atenção deve ser garantida a todas as crianças portadoras de má formação congênita para lhes assegurar todos os meios ao alcance do conhecimento humano a fim de que sejam examinadas, assistidas,

---

<sup>39</sup> No portal da SBP consta: “Texto Elaborado por Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, Juíza de Direito, Representante da Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e da Juventude Junto à Sociedade Brasileira de Pediatria Após Reunião do Dia 15 de Outubro de 2002”. Disponível em [https://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=89&id\\_detalhe=1082&tipo\\_detalhe=S](https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=89&id_detalhe=1082&tipo_detalhe=S) (acesso em 16/03/2013).

acompanhadas, tratadas e submetidas, **segundo protocolo específico de caráter científico**, a todos os procedimentos éticos visando a proteção prioritária das crianças em circunstâncias difíceis e especiais”.

Em 21 de maio de 2001, o promotor de Justiça e coordenador do Pró-Vida (Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT), no âmbito de suas competências, elaborou a Recomendação nº 001091/01-8 (RMP), a qual versa sobre a realização de procedimentos “em crianças nascidas com genitália ambígua (...), com necessidade especial de designação cirúrgica do gênero”. Esse documento foi encaminhado “aos diretores e médicos de hospitais, clínicas e congêneres, públicos e privados, localizados no Distrito Federal”. É provável que a RMP represente a primeira tentativa, em nosso país, de se estabelecer um debate sobre o manejo médico-institucional das ADS, com especial foco na GA.

A referida Recomendação representa os esforços do MPDFT para enfrentar os desafios que lhe foram colocados por dois processos instaurados naquele órgão alguns poucos meses antes. De maneira sucinta, são esses os fatos que, relatados no texto da RMP, aludem aos dois processos<sup>40</sup>: duas crianças de famílias diferentes, nascidas no Distrito Federal, foram diagnosticadas como portadoras de ADS devido à sua GA. Nascidas nos anos de 1982 e 2000, apresentam, respectivamente, cariótipo XY e XX. A primeira, JCS, aos 4 anos de idade, foi submetida a uma cirurgia genital que lhe designou “uma genitália compatível com o gênero feminino”. Embora tenha sido registrada como sendo do sexo feminino – seu nome passou a ser LCS -, desenvolveu na puberdade “todas as características físicas e psicológicas do sexo genético (masculino)”; a segunda, IRA, com menos de 1 ano de idade, teve suspensa - por determinação do MPDFT, que ordenou a realização de “exame médico-legal” -, sua submissão à cirurgia genital que iria transformá-la em menina. Por apresentar diagnóstico de “hermafroditismo verdadeiro com predomínio do fenótipo masculino”, IRA acabou sendo registrada como menino. Nesse segundo caso, buscou-se evitar a repetição do mesmo erro havido no primeiro caso (JCS/LCS); assim, tal como é informado na Recomendação, se esperará até que a mesma apresente “desenvolvimento suficiente” para decidir.

---

<sup>40</sup> Dado o caráter sigiloso dos processos a que alude a Recomendação nº 001091/01-8, do Pró-Vida, os mesmos são referidos apenas por seu “inteiro teor”. Assim, todas as informações a que tive acesso e concernem às duas crianças cujos pais instauraram processo naquele órgão estão reproduzidas no corpo dessa tese.

A excepcional oportunidade que significa conjugar o conhecimento da temática da intersexualidade com o exame cauteloso da RMP leva às seguintes questões: como trazer à tona as diversas camadas de informação contidas neste documento, a exemplo do trabalho de natureza arqueológica<sup>41</sup>? Quais informações aí contidas são efetivamente relevantes para a apreciação crítica do manejo médico-institucional de GA em crianças intersexo? Qual é o potencial dessas mesmas informações ‘reveladas’?

Pela afinidade entre o conteúdo da RMP e o mais progressista e atual pensamento acadêmico de compreensão da questão da intersexualidade fora do âmbito hegemônico da Medicina – especialmente por seu foco em GA – e, também, por sua harmonia com o discurso dos movimentos sociais pelo reconhecimento de direitos para as pessoas intersexo, o referido documento encerra um enorme potencial para fortalecer a legitimidade do pensamento crítico não-hegemônico.

Embora alguns pesquisadores critiquem a proposta de a Promotoria estabelecer o chamado “controle prévio” para decidir, caso a caso, a realização de cirurgias genitais - e, no caso de sua autorização, condicioná-la à sua “expedição (...) de habilitação escrita com tal recomendação” -, essa espécie de “moratória” relativa – “a intervenção desta Promotoria poderá retardar a intervenção” - das cirurgias genitais pode, indiscutivelmente, ao final, evitar a maleficência das crianças intersexo portadoras da GA. E mais. Até que a Medicina defina um conceito menos instável para a intersexualidade, a estratégia inicial da Promotoria, nos termos de sua RMP, pode suprir a lacuna que significa, em termos de política pública, a ausência de um protocolo específico fixado pelo Ministério da Saúde para os casos de GA.

Para efeitos da análise aqui proposta, são esses os principais argumentos considerados na Recomendação (sem grifos no original):

**a ambiguidade genital não põe em risco a vida nem a saúde da criança, não havendo padrões absolutos para que se possa indicar a designação de gênero nos primeiros anos de vida, não se justificando,**

---

<sup>41</sup> É proposital a referência a Michel Foucault quando utilizo o termo “arqueológico”. A esse respeito, Roberto Machado comenta: ‘se pode ser considerada um método, a arqueologia caracteriza-se pela variação constante de seus princípios, pela permanente redefinição de seus objetivos, pela mudança no sistema de argumentação que a legitima ou justifica’ (Roberto Machado. Foucault, a ciência e o saber. 2006. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. p. 51) Também, aponta Judith Revel (Foucault. Conceitos Essenciais. 2002. São Carlos: Editora Claraluz. p. 16-17), “como lembra o subtítulo de “As palavras e as coisas”, não se trata de fazer a arqueologia, mas uma arqueologia das ciências humanas: mais do que uma descrição paradigmática geral, trata-se de um corte horizontal de mecanismos que articulam diferentes acontecimentos discursivos – os saberes locais – ao poder”. A arqueologia visa, na verdade, ao presente: “se eu faço isso, é com o objetivo de saber o que nós somos hoje”, dizia Foucault.

**portanto, os riscos irreversíveis de uma cirurgia prematura [e desnecessária];**

**o papel do médico, nos casos de GA, é de procurar identificar o gênero e não o de construir um gênero com hormonoterapia ou cirurgia;**

**a designação prematura do gênero é uma solução que não visa ao bem-estar da criança, alheia à ambiguidade nos primeiros anos de vida;**

**a prematura designação sexual é realizada para atender aos interesses dos pais, que, num desejo exacerbado de ter a definição de um gênero para a criança, não têm espaço psicológico suficientemente liberto para debater com objetividade questões éticas, médicas e jurídicas envolvidas na designação, confundidas que estão com sua verdadeira pretensão, que é a definição de um gênero social;**

**os pais necessitam ser orientados para administrar de forma eficiente a ambiguidade genital até que se possa, com segurança absoluta, indicar e efetivar a designação cirúrgica;**

**a posição do Ministério Público, nestes casos, deve visar efetivamente ao bem estar da criança – princípio da interpretação mais amiga da criança -, uma vítima de circunstâncias as mais diversas, inclusive o destino (CPC, art. 82, I);**

**que a intervenção desta Promotoria de Justiça no processo de designação de gênero poderá retardar a cirurgia – o interesse virtual – confirmando a marca da atuação preventiva/inibitória do Ministério Público e talvez uma das formas mais eficientes e eficazes de sua intervenção;**

**[a ocorrência de] danos morais e materiais provocados pela designação sexual mal indicada;**

**que esses danos, se provocados por funcionário público, constituirão prejuízo ao patrimônio público da União ou do Distrito Federal (CPC, art. 82, III);**

**[que] a designação cirúrgica do sexo, nos casos tratados nesta recomendação, concerne à definição do estado de pessoa, sendo obrigatória a intervenção do Ministério Público, independente de processo;**

**que a Constituição Federal conferiu ao Ministério Público ampla legitimidade ativa e interventiva para a defesa de interesses individuais indisponíveis e sociais e, de outros interesses difusos e coletivos (CF, arts. 127 e 129, III).**

Em seguida às considerações feitas, a Recomendação determina que (sem grifos no original):

**[constatada a ocorrência de GA] em qualquer hospital, clínica, consultório médico ou congênere, público ou privado, localizado no Distrito Federal, independente do local de nascimento, os pais deverão ser encaminhados imediatamente à Promotoria de Justiça, antes de realizarem o registro civil da criança;**

**[a DNV] não deverá ser emitida enquanto os pais e a instituição médico-hospitalar não receberem orientação por escrito da Promotoria de Justiça;**

**[a DNV] será emitida com a indicação do sexo genético, após a realização do exame cariotípico;**

**a partir desta data [21/05/2001], nenhuma cirurgia de designação de gênero – nos casos de genitália ambígua – será realizada sem o controle prévio desta Promotoria de Justiça, independente da idade da criança ou da anuência dos seus pais. A realização da cirurgia será feita após a expedição, pela Promotoria de Justiça, de habilitação escrita com tal recomendação;**

**em quaisquer dos casos acima mencionados, as equipes médicas deverão encaminhar os pais ao Ministério Público, munidos de cópia integral do prontuário médico da criança, incluindo os exames genéticos, hormonais, imagenológicos e outros realizados e disponíveis, **indicando-se, quando apurada, a causa da ambiguidade genital**, como, por exemplo, a hiperplasia adrenal congênita;**

**[esta recomendação também se aplica] aos pacientes adultos com genitália ambígua;**

**o dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado e proteção ao paciente; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado criminoso; c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado;**

**a responsabilidade criminal por erros e omissões é individual do médico ou de outro profissional responsável pelo resultado que esta recomendação busca prevenir, mas a responsabilidade administrativa é do diretor da unidade hospitalar pública;**

**a equipe médica encarregada direta ou indiretamente do atendimento à criança ou adulto, ou outro profissional de saúde destinatário desta recomendação, quando julgar conveniente, poderá se dirigir à Promotoria de Justiça para discutir casos concretos ou hipotéticos. A Promotoria de Justiça, quando julgar conveniente, poderá solicitar conferência com as equipes médicas, visando à melhor solução para o paciente, em casos concretos;**

ao final de 90 dias desta recomendação, será realizada avaliação das atividades desenvolvidas no âmbito dos seus objetivos, das dificuldades enfrentadas e das sugestões de melhoria, que poderão ser apresentadas a esta Promotoria de Justiça.

Por fim, passados quase dois anos de sua vigência no Distrito Federal, a RMP foi objeto de impugnação pelo CRM-DF, o qual alegou em seus motivos que aquele mesmo documento, por seu teor, “expunha a risco a vida das crianças”. À época, como bem explica o então promotor de justiça, Diaulas Costa Ribeiro,

[...] a Câmara de Revisão da Ordem Jurídica Cível, um colegiado do Ministério Público, tinha competência para rever decisões. O CRM-DF, com argumentos de autoridade, invocou [também] ofensa à autonomia do médico. A Câmara [de revisão] aceitou seus motivos [e a revogou] <sup>42</sup>.

Nesta tese, não se pretende, em absoluto, criticar gratuitamente a conduta dos médicos. Muito pelo contrário, é inegável reconhecer o valor de sua atuação. A reflexão que é aqui proposta diz respeito, especificamente, à posição, muitas vezes, intransigente e pouco flexível da Medicina como saber hegemônico em temas relacionados à saúde. Por exemplo, a irreversibilidade das cirurgias genitais que o CFM preconiza para as crianças intersexo é razão precisa e suficiente para que as mesmas sejam suspensas, uma vez que não lhes acarretam qualquer beneficência. Como bem salientado no texto da RMP, e consensuado por diferentes pesquisadores e instituições de saúde, *per se*, a GA não implica em risco de vida ou à saúde da criança intersexo. Desse modo, como se pode admitir que o CFM preconize a realização de procedimentos desnecessários se – como bem apontam a RMP e diversos estudos – os mesmos são irreversíveis?

A rigidez da Medicina para reafirmar as “verdades” que constrói significa, de algum modo, (i) dificuldade em reconhecer legitimidade (ou será receio de reconhecer suas falhas?) nas narrativas de seus pacientes intersexo, sobretudo quando se reportam às consequências físicas e psíquicas que supostamente resultam da experiência de intervenção que sofreram em suas genitálias consideradas “malformadas”; (ii) sua insistência em classificar como “anomalia” a genitália de aparência não-conforme com o padrão típico para o seu reconhecimento como “masculina” ou feminina”; (iii) resistência a admitir que falta qualidade e consistência aos resultados de pesquisas apresentadas, as quais, supostamente, deveriam reunir evidências capazes de sustentar a manutenção das terapêuticas comumente prescritas para esses pacientes.

---

<sup>42</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa (Procurador de Justiça): comunicação eletrônica (17 e 18/02/2014).

Assim, é certo que se diga que não é típico dos médicos a desatenção ou má-fé na condução dos procedimentos indicados a seus pacientes. Sua conduta é pautada pelo acolhimento incondicional dos pacientes, a aplicação de seus melhores conhecimentos aos casos que lhes são encaminhados, e a observação da máxima *primum non nocere*. Como bem aponta Machado, após as pesquisas de campo que realizou com médicos em hospitais na França e no Brasil para acompanhar o processo decisório nos casos de intersexualidade em crianças e neonatos, “os médicos, no seu cotidiano, são chamados a tomar decisões muito difíceis e o fazem com muita seriedade”. (2005, p.281).

No exame das considerações e dos artigos que constituem o texto da R1664, é oportuna a crítica a sua “exposição de motivos”, na medida em que estão ali reunidos os fundamentos que orientaram os seus formuladores na redação do referido documento. Sob esse aspecto, é significativo observar a centralidade que é dada à GA no texto e na “exposição de motivos” da R1664. Dito de outra forma, a R1664 é monotemática – ou seja, somente aborda a questão da GA -, contrariamente ao que afirma seu cabeçalho quanto ao objetivo da normativa: “definir as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”. Essa obsessão com a GA é explicitada através de seu art. 1º, quando insiste em afirmar que

[...] são consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, **entre outras**. (sem grifo no original).

A impressionante sinonímia empregada no referido artigo para reiterar a GA como foco da R1664 parece atender ao seu maior objetivo: que não sejam excluídas da consideração dos especialistas qualquer de suas diferentes denominações médicas. Desse modo, é surpreendente concluir que as demais condições de ADS, *não obstante a gravidade e os comprovados riscos de vida e à saúde da criança intersexo que representam*, estão contidas na expressão “entre outras”. É, portanto, preocupante essa centralidade que tem para médicos a questão da GA - a qual, reitera-se, *per se*, não implica em risco de vida -, sobretudo quando são irreversíveis as cirurgias genitais prescritas, e essas são consideradas desnecessárias. As razões para essa “obsessão” da Medicina com a aparência da genitália têm sido abordadas por diversos autores.

De início, a “exposição de motivos” da R1664 chama a atenção por certa confusão entre diferentes ideias, concepções e diagnósticos a respeito das ADS. É o caso, por

exemplo, de se reunir em um parágrafo de menos de 7 linhas – na verdade, o primeiro parágrafo - termos pouco esclarecedores, que podem confundir e impedir uma melhor avaliação da situação, como é o caso de “muitos transtornos”, “causas”, “efeitos”, “grave risco de vida”, “drama”, “atraso do diagnóstico”, “graves transtornos”, “erro na definição sexual”, determinação de “caracteres sexuais secundários opostos ao do sexo previamente definido”, e “degeneração maligna das gônadas disgenéticas”.

Até certo ponto, a imprecisão ali observada se justifica, na medida em que, como reiteradas vezes foi apontado ao longo desta tese, persistem indefinidos os critérios diagnósticos do que constituem as chamadas ADS. Contudo, talvez fosse mais prudente se a R1664 apontasse, *tout court*, a dificuldade que, em todo o mundo, representa para a Medicina o estabelecimento de critérios precisos para as ADS, o quanto isso dificulta a própria prescrição das terapêuticas e, de não menor importância, a falta de evidências para os resultados que essas mesmas terapêuticas prescrevem. Um documento que se propõe a normatizar a conduta médica deve se orientar pela clareza, transparência e objetividade de seus principais pontos, se, de fato, pretende justificar e legitimar as posições que preconiza. A depender de quem sejam os destinatários dessas informações, seus efeitos podem ser catastróficos. Seriam esses destinatários os familiares ou responsáveis pelas crianças intersexo? Seria a própria classe médica? Ou, simplesmente, seria uma espécie de resposta a terceiros, como o Ministério Público que, através do Pró-Vida, é autor da Recomendação que ensejou a sua elaboração? Possíveis respostas a essas questões levam a muitos outros questionamentos.

No texto da R1664, a denominada “urgência biológica e social” atribuída ao “nascimento de crianças com o sexo indeterminado” pode soar alarmista, ainda que não corresponda, de fato, à realidade do que informam as evidências e as pesquisas científicas. Afinal, como bem aponta a própria RMP, “a ambiguidade genital *não põe em risco a vida nem a saúde da criança*, não havendo padrões absolutos para que se possa indicar a designação de gênero nos primeiros anos de vida, não se justificando, portanto, os riscos irreversíveis de uma cirurgia prematura” (sem grifo no original).

Da mesma forma, a afirmação de que o “nascimento de crianças com o sexo indeterminado” representa uma “urgência biológica” porque “*muitos* transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida” não é, em absoluto, o mesmo que afirmar que *todas* as ADS constituem “grave risco de vida”, tal como visto no parágrafo anterior. Como visto anteriormente, a inexistência de “grave risco de vida” em

GA já fora objeto do texto da RMP. Entretanto, afirmar que a ocorrência de GA representa “grave risco de vida” pode acabar levando pais ou responsáveis a clamar pela realização das cirurgias genitais sem que quaisquer outras questões relevantes, de fato, sejam consideradas na discussão com a equipe multidisciplinar. A preocupação com a precisão no uso de termos adequados e, também, o alcance que os mesmos podem ter não são questões desprezíveis quando se trata de GA em crianças intersexo. A irreversibilidade que caracteriza tais procedimentos reitera a necessidade de clareza e objetividade nas informações disponibilizadas aos pais e/ou responsáveis da criança intersexo.

Ainda em seu primeiro parágrafo, é afirmado que a urgência de se enfrentar a GA é “social” porque o “drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos”. Ante a força de que pretende se revestir tal assertiva, resta saber: de que “drama” especificamente trata a R1664? De que ordem seriam esses alegados “graves transtornos”? Legais? Psíquicos? Físicos? Sociais? Ao final, o que verdadeiramente constituiria um “drama”: as eventuais consequências decorrentes da irreversibilidade da cirurgia genital ou os “graves transtornos” supostamente vividos pelos familiares dessas mesmas pessoas?

No tocante à alegação de que é, também, de caráter “social” a urgência na realização das cirurgias genitais, a RMP apresenta os seguintes contra-argumentos: (i) “a designação prematura do gênero é uma solução que não visa ao bem-estar da criança, alheia à ambiguidade nos primeiros anos de vida”; (ii) “a prematura designação sexual é realizada para atender aos interesses dos pais”, os quais, ansiosos pela “definição de um gênero para a criança”, não conseguem “debater com objetividade questões éticas, médicas e jurídicas envolvidas na designação, confundidas que estão com sua verdadeira pretensão, que é a definição de um gênero social”. O exemplo trazido por Machado (2008b) em seu trabalho de campo em um hospital gaúcho é exemplar da resistência familiar à sua tentativa de convencimento, por parte da equipe multidisciplinar, para a realização de cirurgia genital em um neonato diagnosticado com “micropênis”.

Quando, ainda em seu primeiro parágrafo, a “exposição de motivos” da R1664 considera que “um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido”, parece existir aqui uma contradição em seus próprios termos. Ou seja, salvo melhor juízo, tal afirmação contribui para refutar seus argumentos favoráveis à intervenção cirúrgica em GA. Em se considerando a perspectiva

médica que preconiza a intervenção em GA, o que poderia levar ao “erro”? Não seria esse “erro” justamente o resultado da ação prematura dos médicos, quando se precipitam em definir cirurgicamente um gênero para a criança intersexo portadora de GA? Se a própria prescrição de intervenção – desnecessária e irreversível - admite a possibilidade de “erro”, por que insistir nesse tipo de procedimento?

Ainda mais grave que o aparecimento de “caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido” é a questão, não considerada na “exposição de motivos”, da identidade de gênero que contraria o gênero que foi cirurgicamente designado. É admissível se tentar “corrigir” a identidade de gênero que esse ser venha a desenvolver? A possibilidade de se verificar a sua incongruência com o sexo cirurgicamente designado não é motivo suficiente para se interromper, de vez, a sua realização? Os casos de ADS que podem ensejar no “aparecimento de caracteres sexuais secundários opostos” são, em geral, aqueles em que meninos com micropênis são transformados em meninas, e aqueles em que meninas, diagnosticadas com hiperplasia adrenal congênita, por apresentarem clitoromegalia, acabam cirurgicamente designadas como meninos. Uma vez mais, o horror revelado pelo caso *John/Joan* deve servir como referência para se questionar as intervenções em GA.

Ao afirmar que “um dos problemas mais controversos pertinentes às intervenções na criança é a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos”, a R1664 perde a oportunidade de explicar que essa mesma controvérsia resulta do acirrado debate entre o *establishment* médico favorável às cirurgias genitais e o movimento internacional organizado de pessoas intersexo, o qual, em sua maioria, se posiciona contrário à sua realização, posição a qual também se filiam diversos pesquisadores e médicos. O CFM também deixa de explicar que (i) a cirurgia visa, na verdade, à normalização anatômica da genitália de morfologia atípica; (ii) a falta de evidências científicas para sustentar a manutenção dos procedimentos que prescreve coloca em xeque a sua própria justificativa “terapêutica”. Por outro lado, a julgar pelos motivos que reúne na defesa de sua posição, o CFM resiste em reconhecer (i) legitimidade às narrativas das pessoas intersexo que foram submetidas a esses mesmos procedimentos e alegam supostos sofrimentos psicosssexuais daí resultantes; (ii) que essas narrativas de sofrimento servem para questionar a alegada beneficência dessas mesmas “terapêuticas”. Em resumo, como salientado anteriormente, o CFM resiste a reconhecer a futilidade de seus argumentos pró-intervenção em GA, mesmo que se reitere que, *per se*, a ocorrência de GA não implica em risco de vida ou à saúde do neonato.

A R1664 sugere a existência de um problema sério quando observa que “ninguém pode garantir que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a [auto] definição sexual tardia [e resultante do livre-arbítrio] dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida”. De sua leitura, depreende-se que, para a Medicina, a eventual inconformidade do sujeito intersexo ao sistema sexo-gênero – isto é, homens e mulheres seguindo a prescrição da heteronorma – representa, efetivamente, um problema. Contudo, é preciso ressaltar que a ocorrência do que se considera um descompasso entre a “definição sexual tardia” e o que lhe foi cirurgicamente determinado pode, na verdade, significar uma reação positiva desse mesmo sujeito à violência que representa a própria cirurgia genital. Dito de outra forma, para o sujeito que teve seu gênero definido através da cirurgia genital, e que, não obstante sua eventual contrariedade psíquica, foi obrigado, durante certo tempo, a se conformar ao correspondente papel de gênero, pode ser terapêutico assumir essa mesma inconformidade que preocupa o CFM. Naturalmente, a não submissão à realização de cirurgia genital seria o ideal, na medida em que significaria se evitar tal sofrimento desnecessário.

Por outro lado, é oportuno refletir a respeito do que, nesse ponto preciso, o CFM revela em sua “exposição de motivos”. A princípio, não representa um problema o suposto descompasso entre a “definição sexual tardia” e o que lhe foi determinado “no início de sua vida”, ou seja, a designação de um sexo por meio da cirurgia genital. Isso tanto é fato que heterossexuais, ou mesmo homossexuais, podem, a qualquer momento de suas vidas, no exercício de seu livre arbítrio, assumir orientação sexual ou identidade de gênero oposta àquela com que se identificaram ao longo de suas vidas. Da mesma forma, podem reorientá-las novamente, ou fazer coexistir em seu desejo todas as possibilidades afetivas e sexuais resultantes da assunção de qualquer orientação sexual e/ou identidade de gênero. Assim, parece razoável que se diga que o suposto problema alegado na R1664 não é uma exclusividade de pessoas intersexo que tiveram seu gênero cirurgicamente designado na infância e, portanto, não representa um problema de verdade.

A mesma lógica acima utilizada se aplica quando a R1664 afirma que

[...] também não se pode generalizar, por **situações isoladas**, que a definição sexual só possa ser feita em idades mais tardias. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa. (sem grifo no original).

A exata compreensão desse trecho da “exposição de motivos” pressupõe, contudo, o conhecimento do conteúdo da RMP à SBP. As chamadas “situações isoladas” a que se

refere a R1664 são, na verdade, os casos das crianças LCS e IRA, objetos de denúncia de seus pais ao Ministério Público, e que resultaram na instauração dos processos e na consequente Recomendação à SBP por parte do Pró-Vida. Como mencionado anteriormente, é inútil que a R1664 se refira a “situações isoladas” como forma de avançar em seus argumentos, se essa imprecisão só faz confundir o leitor. Dito de outro modo, a imprecisão que, sob diferentes formas, se observa na condução médico-institucional das ADS contribui significativamente para reforçar o questionamento da legitimidade daquilo que a R1664 preconiza como terapêutica para os casos de GA. Da mesma forma, quando afirma a existência de “rigor” nos “critérios” que preconiza, cabe que o CFM esclareça em que consiste o alegado “rigor” e, também, quais são os “critérios” utilizados no processo decisório que culmina na cirurgia genital. Salvo melhor juízo, esse parágrafo sintetiza o esforço do CFM em ampliar, ao máximo, todas as questões que sua própria prescrição não consegue prever. Talvez sejam esses os maiores problemas da R1664: imprecisão conceitual e frouxidão em um amarrado de ideias soltas que pretende ordenar e harmonizar para, assim, tentar conferir sentido àquilo que preconiza como terapêutica. O resultado, como se procura demonstrar, é muito pouco convincente. Ante a irreversibilidade e a gravidade dos procedimentos que preconiza, a R1664 representa uma inegável afronta aos interesses da criança.

Ao afirmar que

[...] há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido [.]

a R1664 confunde dois falsos problemas. Em primeiro lugar, tal como se pode depreender da leitura da RMP, o que a literatura médico-científica aponta é exatamente o oposto do que afirma a R1664: inexistem, nos estudos apresentados, evidências que demonstrem inequívoca beneficência às pessoas que sofreram intervenções em suas genitálias. Ou seja, as mesmas intervenções que o CFM preconiza através da R1664 não são sustentadas por evidências. Em segundo lugar, ao se reivindicar a “não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente” não significa, em absoluto, que essa mesma pessoa será deixada à margem do sistema dicotômico de classificação dos gêneros, como uma espécie de ‘punição’ por sua condição. Muito pelo contrário. Significa, sim, que essa pessoa não será ‘punida’ por sua condição intersexo através da definição cirúrgica de seu gênero. Como

resultado, ser-lhe-á possibilitado desenvolver livremente sua própria identidade de gênero, seja ela masculina ou feminina, ou, até mesmo, que permaneça ‘indefinida’, se for o caso de não se identificar com esse mesmo sistema dicotômico que só admite a existência de dois gêneros distintos, cada qual manifestado através de um único corpo.

A preocupação na R1664 a respeito da existência de alguém que “não se definiu sexualmente” e “viveu anos sem um sexo estabelecido”, longe de sugerir despropósito, merece reflexão: seria o caso de, através da alusão à figura mítica e monstruosa do hermafrodita, a Medicina tentar convencer os pais quanto aos supostos benefícios que resultariam da cirurgia genital? Afinal, o monstro, personificado na figura do hermafrodita, é alguém que reúne em sua genitália elementos pertencentes aos dois sexos; alguém cujas funções são típica e simultaneamente masculinas e femininas - por isso a dificuldade de ela própria precisar o seu gênero, o que acaba por provocar nas pessoas a seu redor um misto de terror e confusão. Talvez, por isso, a Medicina acredite que a sua ocorrência deve ser evitada, mesmo que através de procedimentos irreversíveis.

Diferentemente de se afirmar que “não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido”, cabe perguntar se, de fato, existem relatos científicos sobre pessoas que viveram “anos sem um sexo estabelecido”. Ademais, a julgar pela exigência legal de, através da DNV, se informar ao Estado o nascimento e o sexo de toda criança e, também, o que determina a Lei de Registros Públicos quando regulamenta esse procedimento, como seria possível existir alguém que consegue viver à margem desse sistema de reconhecimento social da cidadania de todo indivíduo que é a afirmação do gênero em cada ser humano?

Em seus “motivos”, a R1664 afirma que “diante desses dois extremos, há necessidade de uma avaliação multidisciplinar, onde todos os aspectos sejam discutidos e analisados, para que a possibilidade de insatisfação seja mínima”. A se julgar a referência, no parágrafo precedente, a casos de intervenção cirúrgica, de abstenção da realização de procedimentos cirúrgicos, e sua própria admissão de que existe, ainda que “mínima”, a “possibilidade de insatisfação” da pessoa intersexo, a R1664 evidencia novamente a inconsistência naquilo que preconiza, isto é, a intervenção cirúrgica, tal como aponta a RMP.

Por sua vez, a afirmação no parágrafo seguinte de que “o maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável” deve ser

traduzida para os seguintes termos: a “definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável” a que pretende chegar a equipe multidisciplinar visa especificamente à fixação cirúrgica naquele corpo do gênero supostamente definido. Em resumo, não se pretende oferecer àquela criança e seus familiares um gênero – de certa forma provisório – ao qual poderão todos se referir ao longo de seu desenvolvimento, mas inscrevê-lo, de maneira indelével, em seu próprio corpo. Uma vez mais, parece sensato que, no caso de GA, os médicos não procedam à cirurgia genital e se limitem a apenas indicar o gênero *mais provável* daquela criança, para fins de sua criação.

Quando menciona que “além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima”, a R1664, uma vez mais, não consegue esclarecer em quê consiste a “interação” que preconiza, nem tampouco porquê ela é considerada “importantíssima”. É fato que a “interação” entre equipe médica e familiares da criança intersexo deve ser estimulada ao máximo. Contudo, deve-se reiterar que o verdadeiro objetivo desta “interação” não pode ser o convencimento dos familiares para as “razões” médicas, nem estar limitado à mera obtenção de consentimento para a realização dos procedimentos cirúrgicos que a R1664 preconiza. É responsabilidade da equipe multidisciplinar compartilhar com os familiares da criança intersexo portadora de GA informações capazes de orientar o processo decisório para o enfrentamento de questões que não necessariamente tenham como meta a cirurgia genital.

Embora a R1664 insista em afirmar que o momento de diagnóstico da GA significa uma “urgência biológica e social”, isso não pode representar a supressão de instâncias necessárias à assimilação, por familiares, da questão que lhes é apresentada. Como bem relata Machado em sua tese, a decisão final sobre quais procedimentos devem, ou não, ser adotados, é exclusiva dos pais. Por esse motivo, a interação entre equipe multidisciplinar e familiares é objeto da máxima preocupação bioética. E mais. A qualidade e o conteúdo das informações trazidas aos familiares pela equipe multidisciplinar devem ser esclarecedores, sem deixar margem para que se produzam ainda mais dúvidas, e a questão acabe transformada em um drama. Nesse sentido, a formação e afinidade da equipe multidisciplinar quanto à mesma percepção da questão da GA são alguns dos requisitos essenciais para se afastar, ao máximo, a maleficência de algumas propostas terapêuticas. Eventuais discordâncias entre membros da equipe multidisciplinar são prejudiciais não apenas ao serviço mas, sobretudo, à própria criança.

A coleta de assinatura dos pais ou responsáveis tampouco visa transferir para terceiros a responsabilidade da equipe multidisciplinar pelas intercorrências a que toda proposta terapêutica está sujeita, sugere a enfermeira e bioeticista Márcia Oliveira<sup>43</sup>: “a autorização para a realização de qualquer procedimento faz parte de um processo educativo; não se pode resumir-lo a um momento apenas”. Em sua opinião, a tentativa de o profissional de saúde se valer da situação de “urgência” para extrair do responsável pela criança a assinatura naquele documento representa, na verdade, um “severo prejuízo” para este. Afinal, as questões que, efetivamente, merecem ser abordadas não surgirão com a mesma naturalidade e espontaneidade que, por exemplo, ao longo de um processo educativo genérico, o qual deve ser antecipadamente planejado pela equipe multidisciplinar para os eventuais casos de GA que lhe forem encaminhados.

Da mesma forma, deve ser estimulada a interação entre esses familiares e os familiares de outras crianças em semelhante situação. O conhecimento das questões práticas que resultam do diagnóstico de GA deve circular entre esse público, sem se restringir à esfera médica. Para que, de fato, qualquer decisão dos pais, ou responsáveis, signifique a manifestação inequívoca da sua autonomia em decidir, “é necessária a superação da assimetria de poder na sua relação com o profissional de saúde, o qual detém o saber”, sugere Oliveira. Isso é ainda mais evidente quando se reconhece que “os familiares são reféns não apenas de sua impotência e constrangimento diante do saber médico mas, muitas vezes, de sua própria ignorância quanto aos aspectos técnicos que informam a linguagem médica naquele momento específico”, complementa a enfermeira e bioeticista. Mais até do que em relação aos aspectos legais, a preocupação da equipe multidisciplinar em sua prática clínica deve ser quanto aos aspectos éticos que a mesma enseja.

Em sua “exposição de motivos”, é informado que a R1664 visa “proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nestas circunstâncias”. Contudo, resta que o CFM esclareça: de quê e de quem os pacientes devem ser protegidos? O quê está em jogo e em risco quando se pretende protegê-los? Qual o sentido dessa proteção pretendida? Qual é, efetivamente, o risco? É possível evitá-lo? Em caso afirmativo, como fazê-lo?

Neste ponto, após a realização de extensa apreciação crítica do referido documento, é pertinente reiterar que (i) no cabeçalho, a R1664 afirma que seu objetivo é definir “as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”; (ii) ao mesmo tempo, nota publicada no portal da SBP informa que o

---

<sup>43</sup> de OLIVEIRA, Márcia Silva: comunicação eletrônica e telefônica (diversas datas).

referido documento “dá aos médicos um amparo técnico e legal para o encaminhamento dos casos” de GA; também, (iii) como destacado no parágrafo anterior, a R1664 reitera em sua exposição de motivos que visa “proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nestas circunstâncias”; (iv) por fim, é relevante apontar que, até a edição da R1664, o tema das ADS não havia sido, ainda, alvo de nenhuma outra normativa do CFM. Dito de outra forma, diante do aparecimento dos casos de GA, “operava-se, e pronto!”<sup>44</sup>. Contudo, se rearranjados os quesitos apresentados neste parágrafo, resulta claro que o objetivo central do CFM quando editou a R1664 não foi “proteger os pacientes” mas, exclusivamente, salvaguardar o exercício médico de eventuais responsabilizações criminais por parte de familiares, ou do próprio indivíduo que foi sujeitado aos aludidos procedimentos e não consegue reconhecer neles qualquer beneficência que lhe foi prometida. Do contrário, se de fato fosse a proteção de crianças intersexo portadoras de GA o objetivo da R1664, o conteúdo da RMP não teria sido integralmente descartado em detrimento da reafirmação da autoridade médica que se insurge contra aquilo que considera ingerência do Ministério Público em seu exclusivo campo de atuação. Não sem surpresa, a R1664, ao término da exposição de seus “motivos”, considera justificada “a necessidade de uma resolução sobre o assunto”. Contudo, dado que a atuação do MP no caso em questão visou exclusivamente à preservação dos inequívocos interesses da criança, cabe reconhecer que é precisamente a R1664, de autoria do CFM, que expõe a risco, por meio de cirurgias irreversíveis e desnecessárias em sua genitália, a vida e a saúde psicosssexual de crianças intersexo.

Em resumo, a irreversibilidade das cirurgias genitais que o CFM preconiza na R1664 é o mais importante motivo para se questionar, eticamente, a sua elaboração, aprovação, e vigência.

---

<sup>44</sup> Um informante anônimo resume, com essa curta frase, a postura médica que comumente observava nos centros cirúrgicos em que trabalhava, por ocasião do nascimento de crianças intersexo portadoras de genitália ambígua.

### Capítulo III: A questão da genitália ambígua à luz da bioética

A relevância que emerge das questões éticas e jurídicas envolvidas no tratamento da intersexualidade sugere que se repense a apropriação acrítica feita pelo Direito do conceito médico de sexo, especialmente no tocante a sua suposta fixidez e imutabilidade. As narrativas de pessoas intersexo, como visto, sugerem que o domínio e a aplicação da melhor técnica médica são insuficientes para dar conta de suas “especificidades e singularidades” (Almeida, 2013). Neste sentido, a hegemonia da Medicina para estabelecer “verdades” e “certezas” que fundamentam algumas terapêuticas e normas pode representar uma espécie de limite à sua própria eficácia; afinal técnica, tecnologia e regulamentação não asseguram que princípios bioéticos como, por exemplo, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça sejam, de fato, observados.

Neste primeiro subitem são abordados alguns dos principais problemas éticos e jurídicos que, do nascimento até a entrada na vida adulta, afligem as pessoas intersexo em seu cotidiano e, também, alguns profissionais envolvidos em sua atenção. Inicialmente, são apresentadas a autocrítica e as reflexões *a posteriori* de alguns médicos e psicólogos que, durante muito tempo, estiveram envolvidos na atenção à saúde de crianças intersexo. Merece especial destaque a fala do psicólogo John Money, sobretudo porque esta foi sua primeira manifestação pública após a revelação, pelo médico Milton Diamond, da verdade sobre o famoso caso *John/Joan*. Em seguida, passa-se aos problemas jurídicos.

Dois casos legais são abordados. O primeiro evidencia a urgência de se afastar a crença em uma suposta indiferença absoluta da lei à problemática da intersexualidade. A lacuna que se verifica em nosso ordenamento jurídico para a questão da intersexualidade não impede que se provoque o Judiciário para solução dos problemas jurídicos que não raro se apresentam. O segundo revela a resistência da Medicina em fornecer laudos que permitirão a ‘alforria’ de pacientes intersexo que buscam o reconhecimento de sua real identidade de gênero, frequentemente contrária àquela que lhe foi cirurgicamente atribuída.

De maneira geral, o exame de alguns julgados sobre questões relativas à sexualidade por nossas mais altas cortes sugere sua desejável independência em relação ao saber médico hegemônico. O pretendido rigor científico da Medicina e a inflexibilidade de algumas teorias de gênero por ela endossadas, são questionados por desembargadores e ministros quando, por exemplo, em seus votos, verificam que a alegada dicotomização das identidades travesti e transexual teria como consequência a delimitação do reconhecimento a esses segmentos do direito a terem retificado seu prenome e gênero no registro de

nascimento. Dito de outra forma, tais julgados trazem a ideia de que cancelar o discurso médico nestes casos específicos equivale a negar cidadania e dignidade a esses segmentos. Como se verá, dada a inexistência de jurisprudência que trate da intersexualidade em nossos tribunais e a urgência em se atender tais demandas, é imperioso que, para sua melhor interpretação, se recorra à analogia com a travestilidade e a transexualidade.

## 1. Problemas éticos

Uma vez que já foram relatados o caso e as inimagináveis consequências do drama vivido por David Reimer e sua família, é relevante que se conheça o pronunciamento de John Money, psicólogo-chefe da equipe que prescreveu o tratamento documentado na literatura médico-científica internacional sob o título de *John/Joan*. Em 2003, seis anos depois de tornada pública pelo médico Milton Diamond a verdadeira história de Bruce/Brenda/David Reimer, John Money finalmente rompeu seu silêncio<sup>45</sup>. Foram essas as suas palavras:

Nunca realizei uma circuncisão – cirurgia que classifico como mutiladora -, não realizo experimentos de amputação de genitais em bebês do sexo masculino de modo a cria-los como meninas. Não sou cirurgião. Não realizo cirurgias reconstrutoras. Não realizo cirurgias de redesignação sexual. Não prescrevo hormônios. Não exploro pacientes com propósito de ganhos financeiros ou acadêmicos. Não detenho poder tirânico sobre Johns Hopkins ou qualquer de seus médicos. Sou um psicopediatra e, na medida do possível, meu trabalho é ajudar pessoas em crise (Money, 2003, *apud* Murphy, 2006, p.146).

Para Murphy (2006, p.146), embora não seja falso o que disse Money, é fato que coube a ele atuar como “arquiteto-chefe” do projeto desenvolvido em Bruce Reimer, e sua negação *a posteriori* da responsabilidade que lhe cabe “não é simplesmente crível”. Da mesma forma, prossegue Murphy, ficaremos “sem resposta” quando perguntamos se todas as demais pessoas que participaram das diversas etapas do processo experimentado em Bruce Reimer acreditaram que estavam agindo mesmo em seu melhor interesse. Money faleceu em 2004, apenas um ano depois de dar essa declaração.

---

<sup>45</sup> MONEY, John. 2003. *A First-Person Account of Psychoendocrinology*. New York: Plenum.

Embora tenha sido o psicólogo Milton Diamond o responsável por trazer à tona a verdade sobre o caso de David Reimer, é importante frisar que ele não foi o único profissional, à época, a desconfiar dos relatos ou do modelo elaborado por John Money. Sem alcançar o mesmo destaque, alguns outros estudiosos já o haviam desafiado. É o caso, por exemplo, do psiquiatra Bernard Zuger que, em 1970, conseguiu publicar um artigo relatando diversos estudos clínicos, nos quais adolescentes e adultos intersexo, por rejeitarem o sexo em que foram criados, insistiam em trocá-lo. Segundo Fausto-Sterling (2000, p.69), Money ficou “furioso” com esta publicação; contudo, no meio científico, foram pequenas as repercussões para a ousadia de Zuger.

Sugere o médico Timothy F. Murphy que, pelos mais diferentes motivos, não é possível saber o número total de experimentos que, com base no modelo de Money, foram realizados em outras crianças, ao longo de, pelo menos, 30 anos. Na medida em que tais resultados não são divulgados, acredita Murphy, médicos continuam a afirmar que, em determinadas circunstâncias, “benefícios” maiores que “riscos” os autorizam a prosseguir em suas ações. Contudo, a julgar pelas nefastas consequências observadas em David Reimer, devem ser objeto de nossas mais sinceras preocupações as razões pelas quais, nos anos que se seguiram à divulgação, em 1972, por Money do caso *John/Joan*, os editores dos principais periódicos científicos internacionais resistiram em publicar artigos que questionavam a falta de relatos de sua atualização. Tal atitude provavelmente prejudicou o debate que se tornara necessário. Talvez, com o aprofundamento da questão, o sofrimento de David Reimer poderia ter sido abreviado, e inúmeras outras cirurgias e terapêuticas em diferentes crianças poderiam ter sido objeto de reconsideração médica, uma vez se conseguisse furar o bloqueio dos periódicos científicos ao questionamento das ideias de Money.

Por outro lado, como mencionado abaixo, existem diferentes relatos de médicos que, isolada e independentemente de posicionamentos institucionais oficiais contrários, decidiram mudar substancialmente suas práticas clínicas após compreenderem que eram inconsistentes, ou insuficientes, as evidências científicas que sustentavam determinadas recomendações terapêuticas. Não menos importante para sua tomada de decisão foram as crescentes denúncias de pessoas intersexo, portadoras de GA, que haviam sido submetidas a diferentes cirurgias genitais. Elas relatavam que, contrariamente às justificativas médicas, tais procedimentos não lhes proporcionaram bem-estar psicossocial e, dentre outros alegados danos, também causavam consideráveis prejuízos à sua sensibilidade genital. Por

rejeitarem um modelo consagrado após intensa e extensa prática interventiva, parece-nos prudente ouvir esses médicos.

É o caso de William G. Reiner, originalmente urologista-pediatra em Johns Hopkins. Sensível aos argumentos que Milton Diamond trazia para o debate desde que John Money alardeou o caso *John/Joan*, Reiner, durante 98 meses, se lançou a também investigar uma coorte de 16 crianças diagnosticadas com extrofia da cloaca. Todas as crianças eram geneticamente do sexo masculino. Dada a prevalência do modelo formulado por Money, 14 dessas crianças haviam sido submetidas à cirurgia de redesignação sexual e passaram a viver como meninas. Apenas 2 delas não tiveram a autorização de seus pais para a realização da cirurgia e viviam como meninos. No artigo em que relata o referido estudo, Reiner aponta que o conceito da “plasticidade de gênero” (Murphy, 2006, p.149; Fausto-Sterling, p.283, nota 86) em neonatos e a recomendação da adequada construção de sua genitália, como desenvolvido por Money, “eram especialmente importantes para médicos que tratavam de casos de indivíduos geneticamente masculinos que apresentassem *aphallia*, uma vez que não era viável a construção de um pênis funcional” (Reiner, 2004, p.334).

Dentre os resultados mais surpreendentes encontrados pelo autor podemos destacar: dos 14 que foram submetidos inicialmente à cirurgia, 8 se diziam homens; os 2 que não tiveram autorizada por seus pais a cirurgia permaneciam como homens. Todos aqueles que passaram a viver como meninas relataram dificuldades para se integrar com colegas geneticamente femininas; os que se converteram ao sexo masculino relatam alguns poucos subsequentes problemas com as colegas geneticamente femininas. Em relação à sua integração com colegas geneticamente masculinos, todos os 16 relataram ter poucas dificuldades (Reiner, 2004, p.338).

Reiner (2004, p.340) é enfático quando diz que a eventual redesignação sexual em crianças geneticamente masculinas com diagnóstico de inadequação fállica pode complicar ainda mais condições neonatais que já se mostravam complexas. Para o autor, “intervenções clínicas para tais neonatos deveriam ser reconsideradas à luz [dos resultados apresentados]” (2004, p.340). É pertinente que se reitere que outros autores citados por Reiner (2004, p.339), como Imperato-McGinley<sup>46</sup> (1979) e, também, Bin-Abbas<sup>47</sup> (1999), já

---

<sup>46</sup> IMPERATO-McGINLEY, J; PETERSON, RE; GAUTIER, T; STURLA, E. *Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5 $\alpha$ -reductase deficiency*. N Engl J Med 1979;300:1233-7.

havia apresentado estudos de casos clínicos com resultados que “pareciam refutar [a aplicação do paradigma proposto por Money] em crianças que apresentavam outros diagnósticos”. Cabe ressaltar que Reiner não mais atua como urologista-pediatra, tendo se voltado para a psiquiatria pediátrica.

O médico Timothy F. Murphy, em artigo (2006) que trata das questões éticas que emergem na pesquisa e prática clínica, analisa também algumas das consequências que o caso *John/Joan* teve na disseminação do modelo proposto por John Money. Segundo Murphy, não obstante o “silêncio científico” de que se revestiu Money quando teve comprovado o fracasso de seu experimento, o psicólogo insistia em citá-lo como evidência de suas hipóteses sobre a plasticidade do gênero.

Ao tentar problematizar o caso *John/Joan*, Murphy imagina que a equipe liderada por Money teve como proposta “simplesmente oferecer uma nova forma de cuidado”, ou seja, não tinha como proposta “responder, de maneira definitiva, questões sobre intervenções no gênero”. Contudo, avança Murphy (2006), “se médicos são livres para inovar no cuidado clínico, eles têm uma obrigação ética de acompanhar, de forma sistematizada, os resultados de suas inovações”. Em resumo, a “liberdade clínica” de que trata Murphy não pode implicar em negligência na proteção dos “direitos e bem-estar dos pacientes”.

É relevante que se conheça uma importante reflexão que faz o médico Timothy F. Murphy a respeito de sua atuação profissional. Em 1994, por ocasião dos preparativos para a elaboração de uma enciclopédia de bioética, coube-lhe incluir um verbete sobre “gênero e transtorno de identidade de gênero”. Contudo, para o autor, de todos os trabalhos escritos por ele já realizados, este é o que mais lamenta, uma vez que suas “conclusões dependeram de relatos científicos que se provaram infundados”, haja vista que cerca de 15 anos antes de escrever o verbete, “David Reimer já havia dado fim à sua identidade feminina”. Em resumo, Murphy diz que confiou em relatos científicos cujo autor, Money, já sabia serem incorretos, mas que, mesmo assim, “nada fez para se retratar”. Como Murphy, muitos outros pesquisadores e médicos, que tampouco sabiam que aquele experimento provara ser “um espetacular fracasso”, continuaram a endossar o modelo proposto por Money.

É possível que se alegue que a eventual interrupção das atuais propostas terapêuticas contraria estudos segundo os quais o desenvolvimento psicosssexual adequado da criança

---

<sup>47</sup> BIN-ABBAS B, CONTE FA, GRUMBACH MM, KAPLAN SL. *Congenital hypogonadotropic hypogonadism and micropenis: effect of testosterone treatment on adult penile size — why sex reversal is not indicated.* J Pediatr 1999;134:579-83.

intersexo estaria subordinado à atribuição de um gênero e à consequente normalização de sua genitália ambígua. Contudo, ao se verificar a falta de consenso que existe no tocante à definição e conceituação diagnóstica da intersexualidade na nosologia, e ao se constatar o crescente acúmulo de críticas às atuais propostas terapêuticas por parte de pesquisadores e de alguns médicos, é razoável concluir que restam sem amparo alegações favoráveis à sua manutenção.

## 2. Problemas jurídicos

A “urgência biológica e social” que, nos termos da R1664, representa o nascimento e o diagnóstico de GA em crianças intersexo serve não apenas como incentivo para que se proceda à realização da cirurgia para normalização e ajuste de sua anatomia à morfologia típica de um dos dois únicos gêneros inteligíveis, mas, também, para justificar determinadas decisões que - em regra - devem ser de imediato tomadas, como é o caso, por exemplo, da emissão da declaração de nascido vivo (DNV). Como sugere Barboza (2009), “o assunto é de interesse geral, visto que todas as pessoas têm nome”. Esta declaração, obrigatória, é o documento que, em nosso país, faz conhecer ao Estado a ocorrência do nascimento de uma criança. Contudo, como visto anteriormente, tais decisões dos médicos para declarar o sexo da criança poderão, mais tarde, se revelar equivocadas. Muitos médicos alegam que, mesmo inseguros em dizer para os pais “é menino” ou “é menina”, são pressionados a “esclarecer” o sexo daquela criança que acaba de nascer. No Brasil, o registro de nascimento, através de seu respectivo documento de comprovação - a certidão de nascimento -, é o único instrumento que permite a todo neonato iniciar a construção de sua identidade e consequente cidadania, e sua participação em um regime jurídico no qual direitos e deveres lhe serão reconhecidos desde então. Para Barboza (2009), “o nome civil não é apenas um dos dados de identificação da pessoa, mas um dos tradutores do que ela realmente é, da sua verdade pessoal e como ser social, fato que não pode ser ignorado pelo Direito”. O registro de nascimento de toda criança serve, portanto, para definir quem ela é juridicamente - o que repercute em toda sua vida em sociedade - e, de acordo com a lógica médica, funciona como instrumento de fixação desse mesmo gênero que lhe foi cirurgicamente construído. A esse regime de proteção, que é imposto pela Medicina à criança intersexo e recebe a chancela do Estado, Mauro Cabral denomina “cidadania

cirúrgica” (2010, p.312). Nesta tese, considera-se que resulta numa espécie de “identidade cirúrgica” a submissão da pessoa intersexo a esse mesmo regime.

Contudo, como salienta Barboza (2009),

O direito brasileiro vem passando por profundas transformações a partir da Constituição Federal de 1988, mas ainda não assimilou por inteiro uma nova concepção da identidade civil, que carece, portanto, de legislação adequada apta a tutelar a identidade em todas as suas dimensões. Já é tempo de se reconhecer um novo conceito de identidade civil, complexo e dinâmico, apto a abranger todos os dados identificadores que a constituem, não apenas para estabilidade das relações jurídicas, mas principalmente para proteção da expressão maior da personalidade humana: a identidade.

Neste sentido, o urologista Eloísio Alexsandro da Silva - responsável pelo ambulatório de Cirurgia Reconstructora Genital do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/RJ), coordenador do Grupo de Atenção Integral à Saúde Transexual, e professor de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – revela que, em sua profissão, “a parte mais desafiadora tanto cirurgicamente quanto de abordagem” é o nascimento de crianças intersexo:

[...] a família pergunta se é menino ou menina, o obstetra olha e diz assim “Hummm, veja bem...”. E aí começa o estresse porque é uma emergência, porque juridicamente essa criança não pode ir embora sem que se defina se é menina ou menino. Por outro lado, também não se pode demorar para decidir. Uma vez internamos um recém-nascido para fazer exames e uns quatro dias depois recebo um mandado judicial de um juiz de plantão acionado pelo pai que queria registrar a criança como menina ou menino e não entendia porque ela não tinha alta. Só porque no ultrassom se via um falozinho no bebezinho, foi dado como menino; a família pinta o quarto de azul, dá o nome de Joãozinho, e quando a criança nasce a expectativa não se conforma. É terrível porque aí o juiz interfere. Uma vez um juiz mandou que eu determinasse se era menino ou menina para que o pai pudesse registrar, senão eu iria pagar 5 mil reais de multa para cada dia em que a criança fosse mantida internada para exames. Então, fotocopiei um monte de artigos e mandei para ele, junto com a documentação da nossa assessoria jurídica. (2010, p.342).

Para melhor demonstrar as questões a que estão expostos os médicos em seu processo de tomar decisões irreversíveis nos casos de intersexualidade, Eloísio Alexsandro desabafa: “[as pessoas] não podem imaginar o estresse que é quando uma criança nasce com dois pênis, a pressão de decidir qual retirar, e ninguém fica satisfeito”. (2010, p.342)

A inexistência de mecanismos que autorizem o Registro Civil contemplar, em suas especificidades, recém-nascidos diagnosticados como intersexo – especialmente portadores de GA – representa seríssimo empecilho para as crianças e seus pais, na medida em que a

eventual discordância entre o gênero e a identidade pode significar, no futuro, submeter à apreciação judicial o pedido de sua retificação, sem contudo lhe assegurar o reconhecimento de tal direito. Como visto, a própria DNV - documento que deve ser emitido pelo estabelecimento de saúde onde se deu o seu nascimento –, *per se*, já antecipa o problema que significa a obrigatoriedade imediata de se afirmar não apenas um único gênero para o recém-nascido, mas que esse mesmo gênero seja indubitável para ele próprio, para seus pais, para a sociedade e para o Estado. Por sua vez, a recomendação de alguns médicos para que pais, ou responsáveis, posterguem ao máximo o registro de seus filhos diagnosticados como portadores de GA esbarra em dificuldades não apenas de ordem legal – na medida em que o registro de filhos é obrigatório e deve ser feito em prazo regulado em lei<sup>48</sup> – mas, também, de ordem prática. Embora justificável essa precaução por parte de alguns médicos, resulta que a criança, ao aguardar a “definição” do seu “sexo” sem ser regularmente registrada por seus pais, permanece invisível/inexistente para o Estado – por falta de comprovação de seu nascimento com vida<sup>49</sup> –, e acaba privada de direitos básicos, como é o caso, por exemplo, de acesso à toda a estrutura dos serviços do SUS.

As repercussões decorrentes da *summa divisio* “menino” ou “menina” – que é sacramentada pelo registro civil de nascimento - não apenas estabelecem direitos e deveres como, também, interditos, os quais acompanham essas crianças por toda a sua vida. Para Barboza (2009), “ser ‘homem’ ou ‘mulher’ passa a ser um destino a se cumprir, em decorrência da genitália externa existente na hora do nascimento”. A assimetria existente entre direitos e deveres de homens e mulheres em nosso ordenamento jurídico não permite, portanto, que se minimize a importância que terá, para a vida da criança intersexo, a designação, na certidão de nascimento, de um prenome e de um gênero. Contudo, diante da falta de evidências quanto à fixidez do gênero que lhe for atribuído, resta perguntar: é possível se flexibilizar o registro da criança intersexo? Quais seriam os critérios legais para a admissibilidade desse pedido? Dito de outro modo, em se verificando contrariedade dessa criança à identidade de gênero que lhe foi cirurgicamente imposta, como tornar o Judiciário menos rígido a sua eventual necessidade de ter retificado prenome e sexo no Registro Civil? É preciso aguardar a sua maioridade para que se lhe reconheça capacidade de oferecer consentimento livre e esclarecido para esse tipo de demanda? É razoável se alegar ao

---

<sup>48</sup> Lei de Registros Públicos (Lei nº6.015, de 1973).

<sup>49</sup> Conforme art. 2º do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002), somente a partir do nascimento com vida é que o ser humano passa a ter direitos e obrigações.

Judiciário que a designação de gênero que lhe foi imputada pelos médicos ao nascer resultou equivocada e, por isso, a legitimidade de seu pleito, sem que seja necessário recorrer ao saber *psí* para o fornecimento de um laudo? É, de fato, necessário um laudo médico? Seria esse um caso análogo ao de retificação civil de travestis e transexuais, sem que se dê a obrigatoriedade de condicioná-la à realização de cirurgia de transgenitalização e demais procedimentos? Enfim, não são poucas as questões que emergem do problema e todas merecem atenção, na medida em que podem implicar sofrimento desnecessário para a criança intersexo.

No Brasil, a Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015, de 1973) não prevê em seu texto a questão da intersexualidade. Para além da invisibilidade social que cerca o tema, a intersexualidade também se faz ausente em nosso ordenamento jurídico. Não obstante, faz-se necessário proceder ao exame mais cauteloso da referida Lei para que se verifique a possibilidade de sua aplicação aos casos de intersexualidade com diagnóstico de GA.

O art. 50 determina que o registro de todo nascimento ocorrido no território nacional deverá ser feito dentro do prazo de quinze dias, “ampliado em até três meses para os lugares distantes mais de trinta quilômetros da sede do cartório”. Embora o objetivo do referido artigo seja constituir a prova de seu nascimento com vida, é possível que, na prática, ao menos no caso de crianças com GA, tal medida lhe seja prejudicial. Isso porque, na eventualidade de se fazer necessária a realização de determinados exames mais refinados no bebê - exames esses que podem demandar maior tempo para a obtenção de resultados menos imprecisos -, a imposição de tal prazo poderá, de fato, pressionar a equipe multiprofissional a decidir pelo sexo do bebê, a exemplo do caso trazido pelo médico Eloísio Alexandro. Por outro lado, o art. 54, chama a atenção ao estabelecer uma espécie de hierarquia entre as informações que todo assentamento de nascimento deve conter, isto é, a posição que ocupa “o sexo do registrando” – 2º lugar – é superior àquela atribuída ao “nome e o prenome, que forem postos à criança” – 4º lugar. A se julgar a primazia que têm tais informações para a vida civil de toda pessoa, é o sexo, antes do que o próprio prenome e o nome de família, o que identifica o sujeito. Dito de outra forma, é o sexo, e não o prenome e o nome, o que individualiza a pessoa. Em sendo apenas dois os sexos inteligíveis a que se pode lançar mão para efeito de registro do nascimento de uma criança, e a infinidade de prenomes – com exceção daqueles “susceptíveis de expor ao ridículo os seus portadores” – que podem ser atribuídos a qualquer criança, tal primazia do item “sexo”/gênero sobre o “prenome e nome” não é desprezível para se reafirmar a força que,

em nosso ordenamento jurídico, tem o determinismo genital para assegurar a pretensa imutabilidade do gênero.

Em seu art. 56, a Lei de Registros Públicos faculta ao interessado, “no primeiro ano após ter atingido a maioridade civil [pessoalmente ou por procurador bastante] alterar o nome, desde que não prejudique os apelidos de família, averbando-se a alteração que será publicada pela imprensa”. A eventual alteração de nome após decorrido o prazo de 1 ano de atingida a maioridade – ou seja, quando o sujeito tiver, no máximo, 19 anos de idade - está contemplada no seu art. 57, contudo, esta se dará “somente por exceção e motivadamente, após audiência do Ministério Público, [sendo] permitida por sentença do juiz a que estiver sujeito o registro, arquivando-se o mandado e publicando-se a alteração pela imprensa”. A redação do artigo 58 não deixa margem à dúvida quando determina que “o prenome será definitivo, admitindo-se, todavia, a sua substituição por apelidos públicos notórios”. O art. 110 admite que

erros que não exijam qualquer indagação para a constatação imediata de necessidade de sua correção poderão ser corrigidos de ofício pelo oficial de registro no próprio cartório onde se encontrar o assentamento, mediante petição assinada pelo interessado, representante legal ou procurador, independentemente de pagamento de selos e taxas, após manifestação conclusiva do Ministério Público.

Neste caso específico, merece que se esclareça que o legislador refere exclusivamente à correção de erros materiais, o que afasta, por exemplo, a possibilidade de que o oficial de registro, após exame visual, pudesse confirmar a existência de suposta incongruência entre a genitália da pessoa intersexo, adulta ou não, e o sexo no seu registro de nascimento<sup>50</sup>.

A ideia inicial de reunir nesta tese jurisprudência que trate da questão da intersexualidade em nossos tribunais se revelou inexequível. Em sua grande maioria, processos que tratam dos chamados direitos personalíssimos tramitam em segredo de justiça, o que inviabiliza o acesso às informações nos portais eletrônicos dos tribunais da justiça. A exemplificar essa dificuldade, tem-se que, ao pesquisar “troca de nome” e “troca de sexo” – ou qualquer de seus correlatos que possam ensejar o mesmo resultado –, as eventuais respostas obtidas não possibilitam identificar, com certeza, se é esse um caso em que o demandante requer a troca de nome e de sexo por algum problema decorrente do diagnóstico de ADS, ou em decorrência de qualquer outro motivo (homonímia, tratamento

---

<sup>50</sup> Essa questão é trazida na tese apenas a título de argumentação, dado que o oficial de registro não tem competência, nem atribuição, para isso. Mesmo que constatasse qualquer incongruência entre genitália e sexo no registro de nascimento, o oficial não poderia, pela lei vigente, alterar o registro.

vexaminoso, em razão de casamento ou divórcio, sentença judicial decorrente de realização de cirurgia de transgenitalização, etc.).

A lacuna em nosso ordenamento jurídico para as questões que envolvem a intersexualidade, somada à não localização de jurisprudência sobre a matéria, implica em se deixar à sensibilidade do Juízo a compreensão quanto à gravidade do problema que enfrentam as pessoas intersexo. A julgar pela falta de uniformidade em distintas decisões judiciais havidas, por exemplo, nos casos em que travestis e transexuais demandam troca de nome e sexo, verifica-se, muitas vezes, o não atendimento de suas demandas e conseqüente agravamento do seu sofrimento. Há casos em que o julgador condiciona à mutilação da pessoa, isto é, à realização da cirurgia de transgenitalização, a autorização para mudança apenas do nome, independentemente de sua própria vontade de o fazer; em outros, se condiciona a autorização ao exame visual para se aferir a conformidade da travesti/transexual às normas de gênero e à entrevista com equipe de saúde mental para confirmar o laudo prévio; bem como existem decisões que acatam os pedidos sem impor à parte demandante a realização de procedimentos cirúrgicos, apenas com base no laudo médico juntado aos autos<sup>51</sup>.

Fraser e Oliveira Lima (2012), em artigo que tratam do “assentamento civil de crianças intersexuadas”, relatam que no tocante à lacuna existente na Lei de Registros Públicos para os casos de crianças intersexo, alguns operadores do Direito cogitam como possível solução (i) a criação de uma “terceira alternativa”, ou seja, a criação de um terceiro gênero, além de “masculino” e “feminino”; e (ii) a realização do registro legal obrigatório e o ajuizamento, “a qualquer momento”, de uma ação para retificá-lo, procedimento considerado por um de seus entrevistados como “relativamente simples”. O primeiro ponto - a chamada “terceira alternativa” - será analisado adiante; no segundo caso, cabe reiterar que não é apenas para evitar “constrangimentos” que a pessoa intersexo busca a troca de seu prenome mas, também, a retificação do sexo/gênero. Contudo, no Brasil, tal procedimento certamente não será de tramitação simples, especialmente se considerada a falta de previsão legal, tal como demonstrado nos dois exemplos trazidos a exame.

---

<sup>51</sup> Pesquisa realizada em 2009 por Heloísa Helena Barboza em sua tese de Doutorado aponta essa disparidade no Judiciário brasileiro. A pesquisa foi feita na internet, nos sites de todos os tribunais estaduais e superiores, a partir de 1988. Refere-se, portanto, a decisões de segunda instância apenas. Foram utilizados outros descritores, a saber: transexualismo, transexual, sexo, gênero, sexualidade, corpo (direito ao, modificações no, autonomia sobre). Ver referências.

A psicóloga e pesquisadora Shirley Acioly relata, em suas pesquisas no curso de Doutorado<sup>52</sup>, que muitas das dificuldades observadas quando da realização dos procedimentos necessários para se buscar na Justiça a retificação do prenome e sexo de uma pessoa intersexo se devem, por exemplo, à “lentidão” dos profissionais de saúde encarregados de emitir os laudos que instruirão o referido processo. Em sua opinião, alguns membros da equipe multidisciplinar protelam “injustificadamente” seu agir, ainda que a pessoa intersexo em questão seja assistida pelo referido serviço há muitos anos e já se encontrem “reunidas todas as evidências” que confirmam a legitimidade/irreversibilidade de seu pleito. Há casos, por exemplo, em que membros da equipe de saúde mental alegam até mesmo a existência de um quadro de depressão no paciente, não obstante sua vida ativa e produtiva. Em não havendo qualquer restrição objetiva de natureza médica para que o pedido de retificação de prenome e sexo seja juntado aos autos, tal atitude por parte de alguns profissionais, sugere, na opinião de Acioly, “a ideia de que é preciso reter indefinidamente o paciente naquele serviço” e, assim, demonstrar o “poder médico” na interpretação das condutas. Segundo Acioly, a defensora pública encarregada de um caso de pessoa intersexo que ela acompanha se diz “de pés e mãos atados” ante a morosidade do serviço médico para emissão do laudo. Transcorrido mais de 1 ano desde que foi feito o pedido, a referida ação não pode ainda ser ajuizada por falta de provas que a instruem.

Outro caso diz respeito a um processo em tramitação na Justiça do estado do Rio de Janeiro com vistas a obter “alteração de prenome e sexo no registro de nascimento” de uma pessoa intersexo. Na petição inicial, o autor é qualificado através de seu nome social, ou seja, ele se utiliza não de seu nome feminino de registro, mas do nome masculino com que é reconhecido em sociedade. Tal processo tem origem no Núcleo de Defesa da Diversidade Sexual e Direitos Homoafetivos (NUDIVERSIS), órgão da Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro<sup>53</sup>. *Per se*, tal peculiaridade já aponta para a dificuldade que representa para a pessoa intersexo ter suas demandas ouvidas em um órgão público que não tenha como proposta o exclusivo atendimento de pessoas que sofrem cotidianamente a

---

<sup>52</sup> de LIMA, Shirley Acioly Monteiro: comunicação eletrônica e telefônica (diversas datas).

<sup>53</sup> Por sua relevância para a análise dos argumentos utilizados em casos de pedido de retificação de nome e sexo de pessoas intersexo no Judiciário nacional, foi-me fornecida pela defensora Luciana Mota uma cópia da petição inicial do referido processo. De modo a se preservar o segredo de justiça em que o mesmo tramita no Judiciário estadual, foram suprimidos da cópia da petição inicial quaisquer dados que possam identificar as partes, como é o caso, por exemplo, dos nomes, domicílio do autor e de testemunhas, além, é claro, do número do processo e da vara. A cópia do referido documento visa exclusivamente à realização de pesquisa na elaboração desta tese.

discriminação por conta da percepção de sua identidade de gênero e/ou orientação sexual heterodiscordantes. Essa questão é ainda mais pungente quando, no estado do Rio de Janeiro, são cotidianamente relatados pelas pessoas travestis e transexuais inúmeros casos de flagrante desrespeito, por parte de órgãos públicos, à sua utilização do nome social, não obstante decreto estadual<sup>54</sup> autorizar o seu uso por parte desses segmentos. Nos casos em que essas pessoas buscam junto ao poder público amparo para seus dramas, a desconsideração de seu nome social pode constituir mais uma vitimização que experimentam<sup>55</sup>.

A referida “ação de alteração de prenome e sexo”, ajuizada perante vara de família no início de 2013, tem como autor uma pessoa que, por ocasião de seu nascimento, foi declarada como pertencente ao sexo masculino, e foi assim registrada no respectivo Registro Civil. Ocorre que, alguns meses após seu nascimento, exames realizados no bebê o identificaram como portador de hiperplasia adrenal congênita (HAC). Não sem demora, os médicos “estabeleceram que o sexo do requerente deveria ser retificado no registro de nascimento para feminino, eis que, apesar da ambiguidade da genitália, o mesmo seria **geneticamente** pertencente ao sexo feminino” (sem grifo no original). Cerca de um ano depois do diagnóstico de HAC, a petição inicial informa que “o requerente foi submetido à cirurgia reparadora de sexo, para adequação da genitália externa ao sexo feminino”.

Como fundamentos fáticos para o pedido, o juízo é informado de que

[...] conforme foi crescendo, em razão da doença, o requerente foi desenvolvendo naturalmente características físicas externas próprias do gênero masculino, bem como possui identidade de gênero masculina, apresentando-se e sendo reconhecido perante a sociedade como [é informado aqui um nome masculino]. Com efeito, por conta do problema de saúde que possui, o requerente não desenvolveu glândulas mamárias e

---

<sup>54</sup> ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto nº 43.065 de 08 de Julho de 2011, dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na administração direta e indireta do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Art. 1º - Fica assegurado às pessoas transexuais e travestis capazes, mediante requerimento, o direito à escolha de utilização do nome social nos atos e procedimentos da Administração Direta e Indireta do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>55</sup> Em 08/05/2012, foi noticiado na página do *Facebook* da Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro que “o Defensor Público Geral do Estado do Rio de Janeiro, Nilson Bruno, assinou resolução assegurando que transexuais e travestis possam escolher o prenome pelo qual desejam ser tratados em todos os atos e procedimentos promovidos no âmbito da Instituição. Ao preencherem cadastro ou apresentarem-se para o atendimento, os interessados poderão indicar como preferem ser chamados. Defensores Públicos e funcionários da Defensoria terão curso de capacitação para que a resolução seja cumprida e aplicada adequadamente. Pelo texto, todos os que trabalham na Defensoria deverão se dirigir ao assistido pelo nome social escolhido. O prenome anotado no registro civil, porém, deve ser utilizado para os atos que visem emissão de documentos oficiais, sempre acompanhando do nome social”.

possui barba e bigode, os quais nasceram espontaneamente sem que tenha sido feito uso de qualquer medicamento hormonal. Hoje o requerente possui 19 (dezenove) anos de idade e tem plena consciência e vontade de pertencer ao sexo masculino, eis que tanto sua aparência física como sua identidade de gênero lhe fazem ter certeza de ser um homem e não uma mulher. Atualmente, o mesmo continua em tratamento médico, aguardando vaga e autorização médica para realizar a cirurgia de transgenitalização, a fim de adequar seus órgãos genitais à sua real identidade de gênero.

Antes de se passar aos necessários argumentos que subsidiam a defesa dos interesses do assistido, é relevante que se mencione que foi dada ciência ao juízo de que o não fornecimento do número de CPF do autor naqueles autos se deve ao fato de que

[...] quando buscou os órgãos pertinentes para obter a [referida] documentação, de posse de sua certidão de nascimento, [o autor] **obteve dificuldade, justamente por possuir aparência física masculina e dispor de uma certidão de nascimento que o identifica como [alguém do sexo feminino]**. (sem grifo no original).

Toda a jurisprudência juntada pelo NUDIVERSIS para instruir o processo acima se refere a julgados de pedido de retificação de prenome e sexo de transexuais e travestis. Confirma-se desse modo a dificuldade de localizar em nossos tribunais jurisprudência pertinente aos casos que tenham a intersexualidade como sua *causa petendi*.

Ante a lacuna em nosso ordenamento jurídico da proteção específica às pessoas intersexo, a fundamentação da referida ação se dá em torno da interpretação extensiva dos princípios fundamentais da cidadania e dignidade da pessoa humana, tal como elencados nos incisos II e III do art. 1º da Constituição Federal.

Na petição inicial, argumenta-se:

A Constituição Federal, em seu artigo 1º, estabelece como fundamentos da República Federativa do Brasil a cidadania, a dignidade da pessoa humana e o pluralismo político, os quais somente serão possíveis com a concretização dos direitos fundamentais também consagrados constitucionalmente. Nesse contexto constitucional, requer-se uma condição de cidadania concreta e substancial – não mais compreendida e restrita à possibilidade de votar e ser votado –, entendida como o direito a ter direitos, ou seja, a construção de uma noção de dignidade humana que implique na concretização de direitos fundamentais, necessários para que o homem concreto possa reconhecer-se enquanto tal. Um desses direitos é o direito ao reconhecimento de sua individualidade e diferença.

Prossegue a petição inicial,

[...] dos direitos à cidadania e à dignidade humana, decorre a obrigação do Estado, seja no âmbito do Judiciário ou da Administração Pública, de fornecer a proteção necessária à concretização desses direitos e, por

consequência, ao livre desenvolvimento do homem em todas as suas peculiaridades e diferenças, o que se faz claro na presente situação, em que a alteração do prenome se impõe como reconhecimento dessa liberdade de ser e da possibilidade, igualmente reconhecida constitucionalmente, de viver essa diferença dignamente, livre de quaisquer embaraços. Seguindo esse raciocínio, a adequação do prenome à conformação masculina do Autor surge como uma ação de dignidade e de cidadania, em uma atuação positiva do Estado-Juiz que evita constrangimentos no dia-a-dia do autor, mas, principalmente, como obrigação estatal de proteção da personalidade e do seu livre desenvolvimento.

Os argumentos trazidos na inicial avançam no sentido de afirmar a possibilidade de se viver a diferença sob o abrigo do Estado, quando cita o “pluralismo sócio-político-cultural” a que alude o Ministro Carlos Ayres de Brito, do Supremo Tribunal Federal, em trecho do voto-relator da ADI 4277 – a qual reconheceu à união estável homoafetiva os mesmos direitos e deveres decorrentes da união estável heterossexual:

[...] a plena aceitação e subsequente experimentação do pluralismo sócio-político-cultural [é] um dos explícitos valores do mesmo preâmbulo da nossa Constituição e um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (inciso V do art. 1º). Mais ainda, pluralismo que serve de elemento conceitual da própria democracia material ou de substância, desde que se inclua no conceito da democracia dita substancialista a respeitosa convivência dos contrários.

Daí, prossegue em seus argumentos a Defensoria, tem-se a necessidade de

[...] reconhecimento de diferença que se impõe para fazer-se concreta a dignidade do Autor, que é reconhecido e identificado como homem e pleiteia a legitimação jurídica dessa realidade fática, com a alteração do prenome feminino, que tantos constrangimentos e exposições de sua vida privada lhe traz diariamente. É essa vertente constitucional que hoje apresenta-se fortemente imbricada no Direito Privado, possibilitando um tratamento diferenciado dos direitos fundamentais nesse âmbito, com a idéia de que cabe ao Estado intervir para a sua concretização, com atitudes positivas de proteção, garantindo direitos ou evitando a sua violação. É que a dignidade da pessoa humana, consagrada como fundamento da República Federativa do Brasil, impõe o reconhecimento da identidade social do requerente, pois que se lhe é assegurada a possibilidade de expressar as suas características de gênero e livremente viver a sua orientação sexual, com as conformações do seu corpo a formas masculinas, **sendo autorizada, inclusive, a cirurgia de transgenitalização, no caso dos transexuais, seria contraditório negar-lhe o direito à alteração do prenome feminino para o masculino**, como coroação do direito de livre determinação e formação da identidade pessoal, social e de gênero. (sem grifo no original).

A inicial avança seus fundamentos constitucionais ao sustentar que o requerente tem o direito de “buscar a qualidade de vida através da satisfação de seus anseios, concretizando assim o seu direito à liberdade e à dignidade”, visto que

[...] ainda sob o prisma do bem de todos, impossível não se mencionar, também, os direitos sexuais e a proteção do Estado ao seu livre exercício, igualmente assegurados constitucionalmente. Exercício de direito que envolve um movimento pendular: a não ingerência estatal no que tange à liberdade individual e à autonomia para viver a sexualidade e a atuação do Estado positivamente para garantir essa liberdade. E nesse contexto, é necessária visualização da diversidade como percepção do sujeito de direito com suas peculiaridades e necessidade de respostas diferenciadas, protegendo-se o direito à diferença com o necessário reconhecimento de identidades. A adequação do prenome à conformação masculina do Autor surge como uma ação de dignidade e de cidadania, em uma atuação positiva do Estado-Juiz que evita constrangimentos no dia-a-dia do autor, mas, principalmente, como obrigação estatal de proteção da personalidade e do seu livre desenvolvimento. Reconhecimento de diferença que se impõe para fazer-se concreta a dignidade do Autor, que é reconhecido e identificado como homem e pleiteia a legitimação jurídica dessa realidade fática, com a alteração do prenome feminino, que tantos constrangimentos e exposições de sua vida privada lhe traz diariamente.

Em seus fundamentos infraconstitucionais, a inicial contém considerações basilares, a saber:

O Código Civil, no capítulo correspondente aos direitos da personalidade, estabelece a proteção ao nome, incluindo-se o prenome e o sobrenome, conferindo, ainda, igual proteção ao pseudônimo utilizado para atividades lícitas, conforme consta dos seus artigos 16 e 18. Por sua vez, o artigo 21, do Código Civil determina que a vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma. Nesse âmbito, enquadra-se a obrigação do Estado-Juiz de fazer cessar qualquer ameaça ou violação de direito ao livre desenvolvimento da personalidade, assegurado de forma específica no artigo 21 mencionado, sendo o direito ao nome, como identidade social, um dos aspectos desse ser humano que deverá ser protegido. É que parte-se da perspectiva do homem enquanto ser unitário, porém multifacetado, merecendo garantias em seu modo de ser único e particular, que exige a concretização de um complexo de direitos a fim de ver-se plenamente livre para desenvolver-se em sua totalidade. Daí dizer-se que o rol dos direitos da personalidade não é taxativo, por abranger a personalidade humana em todos os seus aspectos.

Ao considerar a questão de que o autor é conhecido no meio social e familiar pelo nome masculino, é juntado o voto a seguir:

REGISTRO CIVIL. TRANSEXUALIDADE. PRENOME. ALTERAÇÃO. POSSIBILIDADE. APELIDO PÚBLICO E NOTÓRIO. O FATO DE O RECORRENTE SER TRANSEXUAL E EXTERIORIZAR TAL ORIENTAÇÃO NO

PLANO SOCIAL, VIVENDO PUBLICAMENTE COMO MULHER, SENDO CONHECIDO POR APELIDO, QUE CONSTITUI PRENOME FEMININO, JUSTIFICA A PRETENSÃO JÁ QUE O NOME REGISTRAL É COMPATÍVEL COM O SEXO MASCULINO. DIANTE DAS CONDIÇÕES PECULIARES, **O NOME DE REGISTRO ESTÁ EM DESCOMPASSO COM A IDENTIDADE SOCIAL, SENDO CAPAZ DE LEVAR SEU USUÁRIO A SITUAÇÃO VEXATÓRIA OU DE RIDÍCULO. ADEMAIS, TRATANDO-SE DE UM APELIDO PÚBLICO E NOTÓRIO JUSTIFICADA ESTA A ALTERAÇÃO.** INTELIGÊNCIA DOS ARTS.56 E 58 DA LEI N. 6.015/73 E DA LEI N. 9.708/98 (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 00394904NRO-PROC70000585836, DATA: 31/05/2000, Sétima Câmara Cível, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, ORIGEM ESTEIO). (sem grifo no original).

Voto da Ministra Nancy Andrighi, do Superior Tribunal de Justiça, por ocasião do julgamento do Recurso Especial - REsp 1008398/SP, em 2009 - não apenas ratificou o posicionamento acima exposto, conforme consta da ementa de julgado a seguir como, também, explicita a bioética como referência principiológica para assegurar a observação da dignidade humana em nosso ordenamento jurídico:

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. TRANSEXUAL SUBMETIDO À CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL. ALTERAÇÃO DO PRENOME E DESIGNATIVO DE SEXO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. **Sob a perspectiva dos princípios da Bioética – de beneficência, autonomia e justiça –, a dignidade da pessoa humana deve ser resguardada, em um âmbito de tolerância, para que a mitigação do sofrimento humano possa ser o sustentáculo de decisões judiciais, no sentido de salvaguardar o bem supremo e foco principal do Direito: o ser humano em sua integridade física, psicológica, socioambiental e ético-espiritual.** A afirmação da identidade sexual, compreendida pela identidade humana, encerra a realização da dignidade, no que tange à possibilidade de expressar todos os atributos e características do gênero imanente a cada pessoa. Para o transexual, ter uma vida digna importa em ver reconhecida a sua identidade sexual, sob a ótica psicossocial, a refletir a verdade real por ele vivenciada e que se reflete na sociedade. **A falta de fôlego do Direito em acompanhar o fato social exige, pois, a invocação dos princípios que funcionam como fontes de oxigenação do ordenamento jurídico, marcadamente a dignidade da pessoa humana – cláusula geral que permite a tutela integral e unitária da pessoa, na solução das questões de interesse existencial humano. Em última análise, afirmar a dignidade humana significa para cada um manifestar sua verdadeira identidade, o que inclui o reconhecimento da real identidade sexual, em respeito à pessoa humana como valor absoluto.** (sem grifo no original).

E mais:

Conservar o “sexo masculino” no assento de nascimento do recorrente, **em favor da realidade biológica e em detrimento das realidades psicológica e social**, bem como morfológica, pois a aparência do transexual redesignado, em tudo se assemelha ao sexo feminino, equivaleria a manter o recorrente em estado de anomalia, deixando de reconhecer seu direito de viver dignamente. Vetar a alteração do prenome do transexual redesignado corresponderia a mantê-lo em uma insustentável posição de angústia, incerteza e conflitos, que inegavelmente atinge a dignidade da pessoa humana assegurada pela Constituição Federal. (sem grifo no original).

Ao encerrar seu voto, a Ministra Relatora reitera, mais uma vez, a relevância que tem a bioética para o enfrentamento de temas típicos da biopolítica<sup>56</sup> – como é o caso da “prática de eugenia social” – e explicita sua crítica à intolerância da Medicina quanto à inconformidade anatômica genital:

De posicionamentos herméticos, no sentido de não se tolerar “imperfeições” como a esterilidade ou **uma genitália que não se conforma exatamente com os referenciais científicos**, e, conseqüentemente, **negar a pretensão do transexual de ter alterado o designativo de sexo e nome, subjaz o perigo de estímulo a uma nova prática de eugenia social, objeto de combate da Bioética, que deve ser igualmente combatida pelo Direito, não se olvidando os horrores provocados pelo holocausto no século passado**. Recurso especial provido. (STJ, REsp 1008398/SP, Min Rel Nancy Andrighy). (sem grifo no original).

A petição inicial do NUDIVERSIS, em seus fundamentos infraconstitucionais, também se socorre de alguns votos proferidos em segunda instância. Em um caso específico, o desembargador Rui Portanova, do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, como que buscando afastar eventuais alegações da primazia do saber médico quanto à medicalização das identidades heterodiscordantes, confirma que não é cabível se distinguir entre as identidades de gênero travesti e transexual para negar o reconhecimento de direitos que dizem respeito à identidade e à dignidade da pessoa. Sua analogia à pessoa intersexo, tal como referenciada na inicial, não parece, portanto, descabida:

APELAÇÃO. RETIFICAÇÃO DE REGISTRO CIVIL. TRANSEXUALISMO. TRAVESTISMO. ALTERAÇÃO DE PRENOME INDEPENDENTEMENTE DA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO. DIREITO À IDENTIDADE PESSOAL E À DIGNIDADE. A demonstração de que as características físicas e psíquicas do indivíduo, que se apresenta como mulher, não estão em conformidade com as características que o seu nome masculino representa coletiva e individualmente são suficientes para determinar a sua alteração. **A distinção entre transexualidade e travestismo não é requisito para a efetivação do direito à dignidade. Tais fatos autorizam, mesmo sem a realização da cirurgia de transgenitalização, a retificação do nome da requerente para conformá-lo com a sua identidade social**. DERAM PROVIMENTO. (Apelação Cível N° 70030504070, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rui Portanova, Julgado em 29/10/2009). (sem grifo no original).

A referida “ação de alteração de prenome e sexo” não tem ainda sentença judicial.

Para Miriam Ventura (2010, p.231), a invisibilidade da intersexualidade em nossos tribunais resulta da inexistência do conflito jurídico, ou seja, independentemente da tramitação em segredo de justiça, não se consegue localizar nos tribunais processos em que

---

<sup>56</sup> “Biopolítica” remete à idéia foucaultiana de uma crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos de biopoder, isto é, o poder sobre a vida.

um autor submeta ao juízo a apreciação de um determinado pleito seu em tema relativo à intersexualidade. Dessa forma, prossegue a professora, “se você não cria o conflito político, você não cria a jurisprudência, você não visualiza o problema”. Avançando em seus argumentos, Ventura sugere que é a existência “[do] próprio protocolo médico [que] neutraliza o conflito”, ou seja, para os médicos prevalece a ideia de que a intersexualidade “é um erro da natureza que nós, homens poderosos, podemos corrigir para que esse ser não sofra”. É possível que o tão falado silêncio das pessoas intersexo também resulte da força que tem o protocolo quando, ao menos nos casos de inconformismo da aparência genital, medicaliza a condição da intersexualidade e preconiza o silêncio a seu respeito.

Não obstante os motivos e o sofrimento dessas pessoas, diz Ventura, é preciso “lembrar que jurisprudência se faz por meio das reiteradas decisões dos tribunais. Quando temos decisões de juízes isolados e não constituímos jurisprudência, fica difícil dar visibilidade ao problema e você não cria o conflito jurídico”. Por sua vez, para Ventura, a existência de farta jurisprudência para os casos de pedido de troca de nome e de sexo de transexuais que se verifica atualmente confirma o fato de que “a jurisprudência deriva do conflito político”. Este conflito é originado na lógica médica que faz crer que “a transexualidade é uma desobediência à natureza, portanto, eu, homem, não posso permitir que esse desobediente da natureza permaneça na Terra”. Nas palavras da professora, esta

[...] é uma ética naturalista que passa o Direito, é uma estratégia naturalizadora do Direito que vem há muitos séculos, tem registros históricos, o Direito se relaciona com essas ‘ciências da vida’ de forma naturalizadora, procurando uma razão segura para a sua fundamentação que é absolutamente política e social. (2010, p.231).

Contudo, às oportunas palavras de Miriam Ventura se pode acrescentar que o grande número de ações que tramitam no Judiciário brasileiro para pleitear o reconhecimento do direito de travestis e transexuais à retificação de seu prenome e gênero – bem como a não-uniformidade de julgados - se deve à lacuna em nossa legislação para a sua proteção, não obstante, por exemplo, a autorização para realização de cirurgias de transgenitalização e demais procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Sobre a ambivalência que se verifica no acolhimento de travestis e transexuais junto ao poder público, ver Schramm FR, Barboza HH, Guimarães A. O processo transexualizador no SUS como paradoxo entre o reconhecimento da existência da pessoa transexual e a sua invisibilidade institucional. Apresentação e texto. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero. Universidade Federal Tecnológica do Paraná. Curitiba, abril de 2010. Disponível em [http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo\\_cd/E8\\_O\\_Processo\\_Transsexualizador.pdf](http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_O_Processo_Transsexualizador.pdf) (acesso em 10/02/2014).

### 3. O estado-da-arte da intersexualidade

Nessa seção, pretende-se abordar o estado-da-arte no tocante a diversas questões que envolvem a intersexualidade. De maneira resumida, pode-se dizer que é central ao debate a discussão em torno da suspensão, ou manutenção, da realização das cirurgias como prescrição terapêutica para os casos de GA em crianças diagnosticadas como intersexo. Como exaustivamente demonstrado nos capítulos anteriores, são favoráveis a uma espécie de moratória - ou mesmo a sua completa proscricção - das intervenções em crianças intersexo, ativistas de expressiva parcela do movimento internacional de pessoas intersexo e seus aliados, sejam individuais ou institucionais – sobretudo em questões da defesa, e *enlargement*<sup>58</sup> da compreensão, dos direitos humanos, além da ISNA e *Accord Alliance* –, entidades oficiais governamentais (*National Institutes of Health*, dos Estados Unidos da América), pesquisadores e, também, médicos e demais profissionais da saúde. Por outro lado, apontando para eventuais riscos que a postergação – ou moratória – desses mesmos procedimentos significaria, tem-se o *establishment* médico, representado através de diferentes entidades associativas de categorias profissionais das áreas das ciências biomédicas (*American Academy of Pediatrics*, *American Medical Association*, CFM - através de sua R1664), pesquisadores (Damiani & Guerra-Júnior, 2007) e, também, alguns grupos de defesa dos direitos das pessoas portadoras de determinadas condições intersexo, como é o caso das síndromes de Turner e Klinefelter.

Inicialmente, é apresentada a situação da intersexualidade em nosso país. Em seguida, passa-se ao panorama internacional e, por último, a questões bastante pontuais que sinalizam para o esforço do movimento organizado em questionar judicialmente a suposta legitimidade da hegemonia da Medicina em temas que envolvem princípios caros à bioética, como é o caso da autonomia, da beneficência e maleficência ao considerar determinadas prescrições consideradas terapêuticas.

Embora, à primeira vista, essa espécie de desamparo explícito à intersexualidade em nosso ordenamento jurídico chame a atenção, o recurso à Constituição Federal e à legislação infraconstitucional constitui mecanismo capaz de assegurar a sua proteção. A autoridade emanada dos princípios fundamentais elencados em nossa Constituição Federal contribui significativamente para sanar eventuais lacunas verificadas. É o caso do artigo 1º,

---

<sup>58</sup> “*Enlargement*”: expansão, ampliação (termo típico do campo dos direitos humanos e das Relações Internacionais).

incisos II e III, os quais, respectivamente, estabelecem como fundamentos da República, a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, seu artigo 5º, quando determina que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” e de seu inciso III, quando afirma que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Também, seu artigo 6º determina como direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Na Seção III (Da Saúde), o artigo 196 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Especial destaque deve ser dado ao artigo 227 da Constituição Federal, o qual, adotando a doutrina da proteção integral, incorporou ao ordenamento jurídico brasileiro o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, e deixou expressos seus direitos fundamentais nos seguintes termos:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Como “melhor interesse”, cabe inicialmente apontar que é este “um paradigma que tem norteado tratados e convenções humanitárias, da mesma forma que tem orientado, em todo o mundo, as decisões nos tribunais” (Pereira, 1999). O referido princípio é parte fundamental da Declaração Universal dos Direitos da Criança (ONU, 1989), a qual afirma que

a criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidades e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será **o melhor interesse da criança**. (sem grifo no original)

Em sua incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro, o princípio do melhor interesse da criança é objeto da máxima consideração da Doutrina Jurídica da Proteção Integral, a qual passou a vigorar em nosso país a partir da Constituição Federal de 1988. Ensina Pereira (1999) que suas bases se encontram “no movimento de mobilização do início da década de 80, que fora marcado por um intenso debate sobre os diversos aspectos da proteção da infância da infância e da adolescência”. De acordo com esta Doutrina, ensina Pereira, “a população infanto-juvenil, em qualquer situação, deve ser protegida e seus direitos, garantidos, além de terem reconhecidas prerrogativas idênticas às dos adultos”. Nos termos da Doutrina,

[...] crianças e adolescentes são sujeitos de direito universalmente conhecidos, não apenas de direitos comuns aos adultos, mas além desses, de direitos especiais, provenientes de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, que devem ser assegurados pela família, Estado e sociedade. (Pontes Jr., Felício, 1992, pp.24-25).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n ° 8069, de 1990), dando consecução à diretriz constitucional disciplinou os instrumentos que permitem proteger integralmente a infância e a juventude. Para os efeitos da referida lei “considera-se criança (...) a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (art. 2º). O parágrafo único do artigo 2º determina que, “nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade”. O artigo 3º estipula que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Por sua vez, o artigo 4º indica que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. Dentre os direitos fundamentais que elenca o referido Estatuto em seu Capítulo I (“Do Direito à Vida e à Saúde”), verifica-se no artigo 7º que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”, em seu artigo 10, que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são

obrigados a: (inciso III) “proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais”. O artigo 11 assegura “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Seu parágrafo 2º define que “incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

Ao tratar das chamadas “Medidas de Proteção”, o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe que as mesmas “são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta”. No tocante às chamadas “Medidas Específicas de Proteção”, o Estatuto fixa, em seu artigo 99, que essas “poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo” e, em seu artigo 100, como “princípios que regem a aplicação das medidas”, consta (inciso I): “condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos: crianças e adolescentes são os titulares dos direitos previstos nesta e em outras Leis, bem como na Constituição Federal; e (inciso IV) “interesse superior da criança e do adolescente: a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do adolescente, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto”.

Tratados, pactos e convenções internacionais de que o Estado brasileiro for parte, que tenham como objeto a criança, e sejam pactuados no âmbito do sistema das Nações Unidas - salvo quando não forem autoaplicáveis -, requerem, para sua internalização ao ordenamento jurídico pátrio, o atendimento dos preceitos constitucionais quanto à sua exequibilidade, no atendimento à Constituição Federal<sup>59</sup>. Se, no tocante à intersexualidade, inexistem ainda medidas legais específicas em nosso país, o mesmo não se pode dizer da situação internacional. É o caso, por exemplo, de países como Colômbia, Austrália e

---

<sup>59</sup> Conforme Constituição Federal, art. 5§ 2º: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”, e § 3º: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

Alemanha, os quais dispõem, cada um a sua maneira, de medidas oficiais que preveem o atendimento de determinadas questões relativas à intersexualidade.

Na Argentina, a lei de identidade de gênero<sup>60</sup>, promulgada em 23 de maio de 2012, oferece, através de simples procedimento administrativo, a possibilidade de qualquer pessoa adulta retificar gênero e prenome no registro de nascimento, sem necessidade de laudos médicos. No artigo 1º, a referida lei determina que “toda pessoa tem direito ao reconhecimento de sua identidade de gênero”. Da mesma forma, a retificação não está condicionada à realização de procedimentos cirúrgicos - totais ou parciais -, nem tampouco hormonioterapia, tratamento médico ou psicológico. Em seu artigo 5º estabelece que, para menores de idade (18 anos), a solicitação de retificação deverá ser efetuada por seus representantes legais, com anuência expressa do menor, considerando-se a primazia dos princípios da capacidade progressiva e do interesse superior da criança, na observância dos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e de lei<sup>61</sup> daquele país, a qual trata da proteção integral dos direitos de “meninos, meninas e adolescentes”.

Na Austrália, em documento<sup>62</sup> que trata do reconhecimento de sexo e gênero e foi emitido em julho de 2013, o governo admite que

[...] indivíduos podem se identificar, e serem identificados dentro da comunidade, por um gênero diferente do sexo que lhes foi atribuído por ocasião de seu nascimento ou durante a infância, ou por um gênero e/ou sexo indeterminado, e isso deverá ser reconhecido e constar de seus registros junto às agência e repartições governamentais.

Na prática, isso significa que os indivíduos poderão decidir entre os gêneros “M” (masculino), “F” (feminino) e “T” (indeterminado ou intersexo). Como requisitos para a solicitação de retificação no Registro Geral, é suficiente a apresentação alternada de (i) declaração de médico ou psicólogo; (ii) passaporte válido, com o gênero desejado especificado, ou (iii) certidão de nascimento do estado ou território em que o demandante nasceu, na qual já tenha sido feita sua retificação para o gênero desejado. Em nenhuma situação estará condicionada a retificação à submissão de cirurgia de transgenitalização ou

---

<sup>60</sup> Ley n° 26.743. Disponível em <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle> (acesso em 01/03/2014).

<sup>61</sup> República Argentina. *Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes*. Disponível em <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm> (acesso em 01/03/2014).

<sup>62</sup> Australia. *Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender*. July 2013. Disponível em <http://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.PDF> (acesso em 24/02/2014).

hormonioterapia. Cabe ressaltar que o próprio documento do governo australiano reconhece que há casos em que, por razões de sua própria segurança no estrangeiro, o demandante pode preferir não retificar o sexo/gênero em seu passaporte. Nesse caso específico, o governo australiano admite a exceção de contrariedade entre documentos de uma mesma pessoa. O referido documento não especifica se esse tratamento é extensivo a menores de idade.

A Alemanha é o primeiro país europeu onde, desde 1º de novembro de 2013, é possível deixar em branco os espaços relativos à identificação de gênero existentes no registro de nascimento de crianças diagnosticadas como intersexo. Na prática, isso significa não marcar os espaços reservados aos gêneros masculino e feminino. A justificativa, conforme noticiado pelo semanário alemão *Der Spiegel*, é permitir que, mais tarde, a própria criança intersexo decida qual o seu gênero. Segundo a mesma fonte, esses indivíduos podem também optar por permanecer à margem do sistema binário masculino-feminino. Alguns críticos, como o jornal *Süddeutsche Zeitung* afirmam que, embora tal medida constitua “uma revolução legal”, “permanece não esclarecido como tal medida afetará a atribuição de gênero em outros documentos, como é o caso do passaporte”. A publicação alemã especializada em direito de família FamRZ conclama que seja introduzido naquele ordenamento jurídico a opção “X” para designar uma “terceira categoria”<sup>63</sup>. É possível que a referida lei alemã, embora represente uma possibilidade a mais de enfrentamento da questão inicial que é posta para os pais de crianças intersexo no momento de seu nascimento, signifique mais um fator de sua estigmatização. Dito de outro modo, ao não ter discriminado seu gênero na certidão de nascimento, essa mesma criança poderá ser vítima de diferentes formas de perseguição na escola, por exemplo, e demais ambientes sociais onde se requeira a exibição do referido documento. É possível que tal medida acabe por levar à realização de cirurgias genitais, até então desconsideradas, como forma de acabar com a repercussão social de um gênero “em branco”. Para Sylvain Agius, diretor da *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* (ILGA), se “são limitados os

---

<sup>63</sup> Fonte: SpiegelOnline. *M, F or Blank. 'Third Gender' Official in Germany from November.* Disponível em <http://www.spiegel.de/international/germany/third-gender-option-to-become-availableon-german-birth-certificates-a-916940.html> (acesso em 02/11/2013).

benefícios da referida lei”, a mesma confere visibilidade e consciência social à questão da intersexualidade. Agora, diz Agius, “precisamos de soluções”<sup>64</sup>.

Na Suíça, sua Comissão Nacional Consultiva de Ética Biomédica emitiu em novembro de 2012 um pronunciamento a respeito da questão da intersexualidade<sup>65</sup>. Neste documento, são pedidas desculpas formais pelo tratamento anteriormente oferecido naquele país às pessoas intersexo, e se recomenda “que seja adiado o tratamento até que a criança possa oferecer seu consentimento”. Ao mesmo tempo, o documento considera que sanções criminais sejam aplicadas aos casos em que se contrariem suas recomendações. O documento reconhece que a existência de práticas médicas “do passado”, as quais resultaram no sofrimento de pessoas intersexo, devem ser reconhecidas pela sociedade. De acordo com o mesmo documento, tais práticas refletem “valores socioculturais que não se coadunam com a perspectiva ética atual, nem são compatíveis com os direitos humanos fundamentais, especificamente o respeito pela integridade física e psicológica e o direito à autodeterminação [autonomia]”. O referido documento estabelece que a realização de cirurgias irreversíveis, as quais sejam consideradas postergáveis porque não implicam em danos à saúde, ou de risco de vida, da criança, deve ser decidida pela própria pessoa, quando essa apresentar condições de o fazer. Tal recomendação se aplica igualmente às cirurgias genitais e à remoção de gônadas. Dentre os principais argumentos referidos no pronunciamento está a “ausência de garantia de que a decisão [supostamente] favorável à criança seja considerada como a melhor para esse futuro adolescente ou adulto”.

Na Colômbia, decisão de sua Suprema Corte em 1999 limita significativamente o poder de médicos, pais e responsáveis para autorizar a correção médico-cirúrgica em genitálias de crianças diagnosticadas como intersexo e portadoras da chamada “genitália ambígua”, sob a justificativa de que é o “melhor interesse” dessa criança que deve se sobrepor a seus eventuais “receios e preocupações” quanto às repercussões resultantes do quadro de ambiguidade sexual<sup>66</sup>. Assim, as autorizações para realização dos procedimentos considerados “necessários” são concedidas paulatinamente; a partir da idade de 5 anos, a

---

<sup>64</sup> Fonte: SpiegelOnline. *Third Gender. A Step Toward Ending Intersex Discrimination* <http://www.spiegel.de/international/europe/third-gender-option-in-germany-a-small-step-for-intersex-recognition-a-917650.html> (acesso em 22/08/2013).

<sup>65</sup> Fonte: Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. November 2012. *On the Management of Differences of Sex Development*. Opinion n° 20/2012. Berne. Disponível em <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> (acesso em 11/05/2012).

<sup>66</sup> Colombia, Corte Constitucional, Sentencia SU-337 del 12 de mayo de 1999.

própria criança – conforme o desenvolvimento de sua capacidade cognitiva – também participará desse processo decisório.

Embora tais medidas legislativas e judiciais representem, à primeira vista, avanços consideráveis na atenção de algumas importantes questões enfrentadas pelas crianças intersexo – e, também, seus pais e familiares – não são poucas as críticas que recebem, seja de pesquisadores, seja de ativistas. Por outro lado, chega ao fim o tempo em que o diagnóstico de intersexualidade era tratado por meio da intervenção cirúrgica e considerado um segredo impronunciável e vergonhoso, para, diversamente, reconhece-lo como uma violação dos direitos humanos de crianças.

O recente ajuizamento, nas cortes estadual e federal do estado norte-americano da Carolina do Sul, de uma ação para buscar responsabilizar entidades públicas e privadas pela “realização de cirurgia irreversível e medicamente desnecessária em uma criança [que se encontrava em custódia daquele] estado” é pioneiro e, a depender de suas decisões, poderá representar uma mudança no paradigma médico interventor<sup>67</sup>. Como réus, o departamento estadual de serviços sociais, o hospital onde foram realizados os procedimentos, a universidade de medicina do estado, além de pessoas físicas que contribuíram para aquele resultado. Os advogados responsáveis pela ação argumentam que a cirurgia constitui

[...] uma violação da Constituição federal que médicos, no desempenho de seu trabalho junto ao estado, tenham removido, de uma criança de 16 meses de idade, tecido genital sadio, e tenham provocado sua potencial esterilização, reduzindo enormemente – quando não eliminando – sua função sexual.

São esses os dados da criança referida:

A criança (M.C.) foi diagnosticada com a condição intersexo, isto é, sua anatomia sexual ou reprodutiva não se ajusta às definições típicas [do que se considera como] masculino ou feminino. Médicos o consideram como ‘hermafrodita verdadeiro’. A criança se encontrava sob os cuidados do Departamento de Serviços Sociais da Carolina do Sul quando os médicos, conjuntamente com empregados do serviço social, decidiram pela realização dessa cirurgia medicamente desnecessária. Crianças com as mesmas condições de intersexualidade que M.C. apresentam corpos que não são facilmente [identificados] como masculino ou feminino. (Janet, Jenner & Suggs, 2013).

---

<sup>67</sup> Fonte: JANET, JENNER & SUGGS, LLC. Attorneys at Law. *Groundbreaking Lawsuit Accuses South Carolina, Doctors and Hospitals of Performing Unnecessary Surgery on Infant*. Disponível em <http://myadvocates.com/in-the-news/groundbreaking-lawsuit-accuses-south-carolina-doctors-and-hospitals-of-performing-unnecessary-surgery-on-infant> (acesso em 23/02/2014).

Os chamados Princípios de Yogyakarta (PY) representam um excelente instrumento para o enfrentamento da questão da intersexualidade. Sem que constituam “uma declaração de aspirações ou carta de reivindicações de direitos”, como salienta Corrêa (2009, p.12), os PY nada mais são do que uma espécie de compilação e reinterpretção das “definições de direitos humanos fundamentais consagradas em tratados, convenções, resoluções, e outros textos internacionais de direitos humanos”, aplicáveis em “situações de discriminação, estigma e violência experimentadas por pessoas e grupos em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero”. Desse modo, numa leitura atualizada dos PY, os argumentos favoráveis a uma espécie de moratória podem ser encontrados: (i) na Convenção Internacional dos Direitos da Criança<sup>68</sup> (ONU, 1989); (ii) na decisão da Suprema Corte colombiana<sup>69</sup> (1998); (iii) no Relatório da Comissão de Direitos Humanos da cidade e condado de San Francisco<sup>70</sup> (EUA), de 2005, sobre o processo de “normalização” médica de pessoas diagnosticadas como intersexo, o qual se baseia em evidências científicas e narrativas pessoais, e que por fim condena a realização de tais práticas desnecessárias, sobretudo quando as mesmas têm finalidade estética e se caracterizam pela falta de ética; (iv) na decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos da América, em 1984, para o chamado caso “baby Doe” – a qual estabelece critérios e protocolos específicos para o tratamento de recém-nascidos portadores de anomalias ou que se encontrem severamente doentes, independentemente do desejo de seus pais<sup>71</sup> - ; (v) na legislação australiana<sup>72</sup>; (vi) na nova legislação alemã<sup>73</sup>; e (vii) na “lei de identidade de gênero” na Argentina<sup>74</sup>, cujas

---

<sup>68</sup> Fonte: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1989. Convenção Internacional dos Direitos da Criança. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10120.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm) (acesso em 01/03/2014).

<sup>69</sup> COLÔMBIA. 1999. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-337/99. Disponível em <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm> (acesso em 08/02/2012).

<sup>70</sup> SAN FRANCISCO, CALIFORNIA. 2005. *A Human Rights Investigation into the Medical “Normalization” of Intersex People. A Report of a Public Hearing by the Human Rights Commission of the City & County of San Francisco.* Marcus de María Arana, HRC Staff Principal Author. Disponível em [http://www.isna.org/files/SFHRC\\_Intersex\\_Report.pdf](http://www.isna.org/files/SFHRC_Intersex_Report.pdf) (acesso em 01/03/2014).

<sup>71</sup> Para conhecer o caso, ver ANNAS, George J. *The Case of Baby Jane Doe. Child Abuse or Unlawful federal Investigation.* AJPH July 1984, Vol. 74, No. 7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651662/pdf/amjph00630-0087.pdf> (acesso em 01/04/20014).

<sup>72</sup> Fonte: AUSTRÁLIA. July 2013. *Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender.* Disponível em <http://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.PDF> (acesso em 24/02/2014).

<sup>73</sup> Notícia: SPIEGELONLINE. *M, F or Blank. 'Third Gender' Official in Germany from November.* Disponível em <http://www.spiegel.de/international/germany/third-gender-option-to-become-available-on-german-birth-certificates-a-916940.html> (acesso em 02/11/2013).

<sup>74</sup> Fonte: ARGENTINA. Ley nº 26.743 (“Identidad de Genero”), sancionada em 09/05/2012 e promulgada em 23/05/2012. Fonte: Boletín Oficial de la Republica Argentina. Buenos Aires, 24 de mayo de 2012. Año

possibilidades de reconhecimento às identidades sexuais e de gênero até então marginalizadas são amplas.

Os PY fundamentam-se no pressuposto de que devem ser aplicados os princípios gerais da legislação internacional em direitos humanos existentes – como é o caso da Declaração Internacional de Direitos Humanos e tratados e convenções posteriores –, posto que já foram debatidos e ratificados pelos Estados-membros. Salienta Corrêa que, por adotar como um de seus objetivos estratégicos “tornar explícitas as obrigações dos Estados em termos de implementação de normas gerais por eles aceitas ou ratificadas”, não mais “precisamos produzir definições específicas para coibir violações e proteger os direitos humanos dessas pessoas ou grupos” (2009, p.12).

Em fevereiro de 2013, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, através de seu Relator especial para a tortura e outras formas cruéis, desumanas e degradantes de punição, Juan E. Méndez, divulgou, por ocasião da realização de sua 22ª. sessão, o Relatório<sup>75</sup> sobre os casos apurados no cenário internacional. Em sua apresentação, encontra-se a síntese da proposta: o foco em determinadas formas de abuso no cuidado em saúde, cujas configurações podem resultar em maus tratos equivalentes à tortura ou formas cruéis, desumanas ou degradantes de tratamento. São identificadas ali políticas de saúde que podem ensejar tais práticas e identifica as lacunas existentes para a proteção desses mesmos sujeitos. O Relatório lança luz sobre as formas de práticas abusivas que, muitas vezes despercebidas, ocorrem sob a égide de políticas de saúde, e salienta como certos tratamentos são executados, não obstante a proibição da tortura e de maus-tratos. De acordo com o Relator, os exemplos de tortura e de maus-tratos em saúde reunidos em seu Relatório “provavelmente representam uma pequena fração do problema em escala global”.

No tocante à intersexualidade, o Relatório recomenda que “profissionais de saúde devem ter conhecimento, e se adaptar, às necessidades e especificidades de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexo”. No item 76, ressalta que “são abundantes as denúncias e testemunhos de casos em que pessoas sofrem cirurgias genitais

---

CXX, Número 32.404. Disponível em <http://www.boletino oficial.gov.ar/Inicio/Index.castle> (acesso em 01/03/2014).

<sup>75</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). 2013. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53*. Conselho de Direitos Humanos. Assembleia Geral. 22a. Sessão. Office of the High Commissioner on Human Rights. Agenda Item 3. Disponível em [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) (acesso em 20/01/2014).

normalizadoras à guisa de prescrição terapêutica”. Observa o Relatório que “esses procedimentos raras vezes são medicamente necessários, causando cicatrizes, perda de sensibilidade sexual, dor e depressão crônica, incontinência, além de serem consideradas como não científicas, potencialmente danosas e determinantes de estigma”. O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher<sup>76</sup>, acrescenta o Relatório, por sua vez, “expressa preocupação quanto as mulheres lésbicas, bissexuais, transgênero e intersexo serem ‘vítimas de abuso e maus tratos por profissionais e estabelecimentos de saúde’”. O Relatório reconhece, em seu item 77, que crianças que apresentam “características sexuais atípicas são frequentemente sujeitas à designação irreversível de sexo, esterilização involuntária, cirurgia genital normalizadora involuntária, todas realizadas sem seu consentimento, ou de seus pais, como tentativa de correção de sua genitália, deixando-as com infertilidade permanente e irreversível, causando-lhe severo sofrimento mental”. Por fim, em seu item 78, a observação do ex-Comissário de Direitos Humanos do Conselho da Europa: “a exigência de [esterilização involuntária] contraria o respeito à integridade física das pessoas”.

O médico Milton Diamond, por ocasião da divulgação do referido Relatório, fez o seguinte comentário: “significa uma grande realização o reconhecimento, por parte das Nações Unidas, da importância daquilo sobre o que temos nos debruçado tanto trabalhando”<sup>77</sup>.

#### **4. Cirurgia genital como afronta aos princípios da autonomia e beneficência da criança intersexo**

Como se procurou demonstrar até então, o principal problema que cerca as cirurgias genitais em crianças intersexo diz respeito ao fato de as mesmas serem medicamente desnecessárias e, sobretudo, irreversíveis. As narrativas das pessoas intersexo adultas sugerem que - contrariamente à justificativa de que as mesmas seriam feitas em seu benefício - as mesmas representam maleficência.

---

<sup>76</sup> *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW)*. A/HRC/19/41, para. 56.

<sup>77</sup> Fonte: Pacific Center for Sex and Society. *United Nations speaks out against genital-normalizing surgery without the consent of the subject*. Disponível em: <http://hawaii.edu/PCSS/announce/index.html> (acesso em 23/02/2014).

Na eventualidade de se querer repartir entre responsáveis legais e equipe médica a responsabilidade pela autorização de realização das referidas cirurgias, deve-se reiterar a assimetria que existe entre o poder médico e - como bem salientaram David Reimer e Cheryl Chase - os pais daquela criança, os quais se veem acuados diante de um problema impensado anteriormente, o qual é considerado pela Medicina como uma “urgência biológica e social”. Dito de outra forma, não obstante as formulações e considerações da equipe multidisciplinar quanto a um desfecho que signifique a “descoberta” do sexo que se encontra “oculto” no corpo do bebê, dos pais só se espera, naquele momento, a concordância e a assinatura no termo de autorização para a realização dos procedimentos. Nada mais. O passo seguinte será a observância absoluta da família do receituário médico e social da conduta prescrita pela equipe, de modo a que, ao final, não haja “contrariedades” e “surpresas”.

Quando se busca reiterar a necessidade de que os procedimentos médico-cirúrgicos prescritos como terapêuticos devem ser revestidos de legitimidade, isso significa, à luz da bioética, a primazia da autonomia do paciente, a sua inegável beneficência, e a sua não-maleficência. Contudo, como demonstrado, resulta impossível se obter consentimento de um neonato. Não de menor relevância é a suspeita quanto à legitimidade do consentimento obtido dos responsáveis legais dessa mesma criança. Uma vez que se considere a assimetria entre equipe multidisciplinar e familiares em situação de desespero, sob pressão médica diante de um quadro de “urgência biológica e social” - tal como preconiza a R1664 - é extremamente preocupante que se afirme serem os procedimentos “autorizados”, fruto de “consentimento”.

Os recursos legislativos e judiciais a que, em diferentes países, se tem recorrido como forma de mitigar, ou evitar, maiores danos às crianças assim diagnosticadas, representam, na verdade, paliativos e não atacam efetivamente a raiz do problema, isto é, a concepção de anormalidade de genitálias que contrariam uma suposta tipicidade anatômica genital para a inteligibilidade do que é “masculino” e do que é “feminino”. Os exemplos trazidos da Argentina, Austrália e Alemanha são especialmente úteis por conferirem visibilidade ao drama experimentado por esse segmento. A solução encontrada pela Suprema Corte da Colômbia esbarra na questão do deslocamento da competência da autoridade: da esfera médica, passa-se à esfera judiciária. O caso trazido à discussão nessa tese - do embate entre o MPDFT e o CFM - contribui significativamente para que se compreenda a dimensão e complexidade do problema.

Diante de questões aparentemente insolúveis – ou, pelo menos, de difícil resolução – como é o caso do manejo dos casos de intersexualidade - em especial, a GA -, é possível pensar que a bioética – especialmente, sua vertente denominada por Schramm (2008) como “bioética da proteção” - pode contribuir com sua caixa de ferramentas para esclarecer o que, de fato, está em jogo quando se verifica a vulneração a que se encontram submetidas tais crianças.

A bioética da proteção é definida por Schramm (2008, p.11) como “um subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem”. Para o autor (2008), a bioética da proteção se caracteriza por ser uma “aplicação do corpo teórico-prático da bioética tradicional” transformada e adaptada

[...] aos conflitos em saúde pública na América Latina, considerada como região do mundo que tem problemas próprios, mas que compartilha os demais problemas que se referem à humanidade e ao planeta como um todo, como a exclusão social – que infringe o princípio de justiça – e a destruição ambiental – que infringe tanto o princípio da sacralidade da vida como o princípio da qualidade de vida (2008, p.11).

Avançando em sua concepção de uma bioética de proteção, diz Schramm (2008) que as condições em que prospera a pobreza extrema no mundo em desenvolvimento podem

[...] tornar as pessoas reféns e vítimas da violação de outras liberdades necessárias para realizar seus projetos de vida, ou seja, condições que as privam da competência (*capability*) para ter uma vida objetiva e subjetivamente digna. Assim, a Bioética da Proteção tem seu foco principal nos indivíduos e populações de afetados, vulnerados e excluídos do processo de globalização em curso (2008, p.12).

Visando estabelecer a melhor compreensão do “sentido e contexto” da bioética da proteção, Schramm (2008, p.13) informa que a expressão reúne dois conceitos: o primeiro é a “bioética” propriamente dita, e tem o “significado genérico de ética da vida”; o segundo, “proteção”, remete à ideia de amparar os necessitados, mais especificamente os “vulnerados” – que não devem ser confundidos com os “vulneráveis”, salienta o autor. Num esforço em melhor definir a bioética – de acordo, nisso, com Kottow (2007) - Schramm busca restringir o significado da bioética como “a ética aplicada ao *bios*, à vida humana naquilo que ela teria de específico: a vida moral”, ou seja, “a competência em distinguir entre o bem e o mal”, o que se constituiria, segundo Rita Levi Montalcini (*apud* Schramm, 2008, p.13), “o mais alto grau da evolução *darwiniana*”.

Contudo, prossegue o autor (2008, p.13), deve ser ressaltada a distinção entre ambos os termos – “bioética” e “proteção” -, uma vez que “o campo semântico de cada conceito não é idêntico. Os dois conceitos não podem ser sobrepostos como equivalentes, nem serem subsumidos um ao outro”. Sob esse aspecto, cabe destacar, por exemplo, que no âmbito desta tese, a autonomia que deve reger a vida das pessoas intersexo – como agentes morais cujas condições de saúde não afetam negativamente a terceiros – é pertinente ao campo da bioética, embora não deva ser indistinta a sua submissão a qualquer tipo de proteção, pois isso contradiria a própria definição de autonomia. Nesse sentido, deve-se estar atento, pois - como aponta também Kottow (2007, p.181) - a proteção estatal dos rejeitados pode acabar se reduzindo a mínimos paternalistas que simulam reduzir as cifras dos miseráveis mediante apoios rudimentares que nada mais fazem do que permitir o seu deslocamento estatístico para situá-los como pobres marginalizados.

De modo a se evitar a conversão da bioética em “fonte de frustração”, desprezando-a como “autêntica ferramenta” capaz de contribuir para “a possível solução de conflitos morais no âmbito das práticas que envolvem seres vivos”, diz Schramm (2008, p.14) que é importante frisar que tampouco a bioética da proteção se constitui em uma espécie de *passer-partout* para qualquer problema moral que surja no mundo vital, ou seja, deve-se efetivamente evitar que essa perspectiva teórica se torne uma espécie de “solução mágica”, supostamente capaz de responder a qualquer conflito ético no âmbito das práticas humanas que afetem de maneira significativa e irreversível o mundo vital. Tais soluções geralmente não funcionam ou tendem a ser ineficazes na prática, devido à diferenciação funcional, considerada necessária à gestão das sociedades complexas atuais.

Delineada a bioética de proteção, seu campo de atuação, e estabelecida a diferenciação entre os termos “bioética” e “proteção”, cabe agora fazer uma distinção entre “vulnerabilidade” e “vulneração”, tal como propõe Schramm (2006). Para o autor, a primeira é “uma característica universal de qualquer humano... uma potencialidade” (Schramm, 2008, p.20), e a segunda seria “uma situação de fato... devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou, dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde” (Schramm, 2008, p.20). Deste modo, pode-se e deve-se considerar crianças intersexo, portadoras de GA, como vulneradas e, por conseguinte, demandantes preferenciais da proteção, que deve ser oferecida, mas não imposta, pelo Estado.

O exercício dessa *potestas* estatal de proteção por parte de crianças intersexo, portadoras de GA, está contemplado no âmbito da bioética, definida por Kottow (2005, p.53) como “ferramenta que visa resolver conflitos em campo moral quando tais conflitos resultam de ações humanas que têm, ou podem ter, efeitos significativos irreversíveis sobre outros seres humanos ou sistemas vivos em geral”. Corrobora tal pressuposto a afirmação de Arán e Peixoto (2007) sobre a prática reflexiva e a ação prescritiva da bioética, que deve se estender à problematização de questões relativas à vulneração, como é o caso das cirurgias genitais em crianças intersexo portadoras de GA aqui discutidas:

[S]e os dispositivos de poder nas democracias modernas conjugam estratégias biopolíticas com a emergência da força do poder soberano que transforma a vida em vida nua<sup>78</sup>, é fato que a bioética deve ser um instrumento de proteção das pessoas vulneradas. No entanto, além do território do estado do direito, a bioética também deve poder penetrar nas zonas de indiferenciação, onde soberania e técnica se misturam, profanando a fronteiras biopolíticas e problematizando a própria condição de vulnerabilidade. (Arán e Peixoto, 2007, p.849).

De maneira mais específica, pode-se reportar essa discussão à Bioética da Proteção, uma vez que, segundo Schramm (2006),

[...] esta se aplicaria tão somente a sujeitos que não estão em condições de exercerem sua autonomia ao fazer escolhas que dizem respeito às suas existências. Neste caso de assimetria flagrante nas relações sociais, justificariam-se, em particular, medidas compensatórias.

A caixa de ferramentas oferecida pela bioética da proteção sugere que se clame pela suspensão da realização as cirurgias genitais, uma vez que não se pode desconsiderar (i) a alegação de maleficência trazida pelas pessoas intersexo adultas que foram submetidas às cirurgias genitais, (ii) que inexistem dados robustos que sustentem a beneficência dos procedimentos preconizados pela Medicina, e (iii) que a autonomia da pessoa deve ser o ponto de partida para conferir legitimidade aos procedimentos. Não se pode admitir que cirurgias desnecessárias sejam realizadas, e que as mesmas impliquem a maleficência de seres humanos que não ofereceram o seu consentimento para a sua realização, pela simples crença de que a sua genitália contradiz um dado modelo anatômico consagrado pela Medicina.

---

<sup>78</sup> Resumidamente, a ideia de “vida nua” (“zoé”) - como desenvolvida por Giorgio Agamben em “Homo sacer. O poder soberano e a vida nua I” (2004) - significa a “vida sem nenhum valor”.

A aparente simplicidade dos argumentos que conclamam à interrupção das cirurgias é inversamente proporcional à sua força argumentativa. Considerando a robustez do corpo científico contemporâneo que versa sobre o tema, o movimento internacional que questiona a sua realização – corroborado recentemente pelo posicionamento do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas –, resulta imprudente sustentar a sua manutenção.

## Considerações finais

O recurso à Bioética para se repensar a natureza do discurso médico pró-intervenção se justifica na medida em que a sua realização, ao menos nos casos de GA, implica em sofrimento evitável, portanto, injustificável. A imposição desnecessária da realização de cirurgias em crianças intersexuais, sem que haja qualquer justificativa da ordem do risco à sua vida deve ser objeto de profunda reflexão. Grande parte dessas cirurgias têm objetivos meramente estéticos e a nada mais servem do que contribuir para afastar o reconhecimento da possibilidade de qualquer variação genital, em especial quanto à sua aparência.

Algumas medidas jurídico-legais ocorridas recentemente em determinados países são objeto de máximo interesse da bioética. Embora não sejam conhecidos os dados que, no longo prazo, permitiriam a sua melhor análise, parece razoável se pensar que é significativo seu impacto no bem-estar das pessoas intersexo.

Não há como deixar de reconhecer que as questões aqui levantadas apontam para a vastidão e complexidade do campo da intersexualidade. Embora inúmeras as controvérsias e a falta de consenso em tantos pontos centrais, uma coisa é inegável: o sofrimento físico, psíquico e social que acomete as pessoas intersexuais que, ao longo de sua existência, foram submetidas às mais diferentes intervenções médico-cirúrgicas deve ser considerado por operadores do Direito e, sobretudo, por todos aqueles envolvidos nas mais diferentes profissões da área da saúde, inclusive por entidades e instituições responsáveis pela normatização e regulação das diretrizes que atuam no gerenciamento da intersexualidade, e especialmente as práticas que lhe são aplicáveis.

É incontestável a legitimidade que têm os sujeitos intersexo para, pelo menos, protestar pela interrupção/moratória das recomendações compulsórias para o tratamento dos casos de GA em que, efetivamente, não exista risco de vida ou de danos significativos à sua saúde. De acordo com o médico William Reiner, a alegada “monstruosidade” da GA de toda criança assim diagnosticada não corresponderia à percepção que ela tem de si própria. Para essa criança, sua genitália não é ambígua, mas é “simplesmente, a sua genitália”. A “ambiguidade”, prossegue o médico, “corresponderia ao sentimento dos adultos para o problema”.

Merece consideração médica o testemunho de pessoas que sofreram em seus próprios corpos as intervenções médico-cirúrgicas prescritas para definição sexual, como Chase (Hegarty, 2000), Holmes (2000), Morland (2005), Cabral (2004), dentre outras. Todas revelam ter sofrido exatamente os mesmos danos que, por exemplo, a R1664 procura

prevenir quando prescreve a intervenção: intenso sofrimento físico e psíquico, insensibilidade genital, desajuste social e baixa autoestima. Parece-nos incontestável a sua legitimidade (ou de seus representantes) para, pelo menos, protestar pela interrupção/moratória das recomendações compulsórias para o tratamento dos casos de GA em que, efetivamente, não exista risco de vida e severo comprometimento funcional. A corroborar a força de tais testemunhos, o relato de Hida Vitoria (2012) é significativo: diagnosticada, desde criança, como portadora de GA, ela não sofreu qualquer intervenção médico-cirúrgica ao longo de sua vida. Segundo Vitoria (2012), isso teria lhe permitido formar uma crença positiva quanto a seu corpo e identidade.

Para Cheryl Chase e Fausto-Sterling, essa espécie de ditadura cosmética da genitália acaba por isolar e estigmatizar ainda mais as pessoas que apresentam tal conformação. De acordo com essa lógica, todas as vaginas devem ser construídas de modo a serem penetradas por pênis grandes – aqueles considerados “mínimos” pelos padrões médicos já teriam sido extirpados e, em seu lugar, vaginas foram escavadas -, em relações unicamente heterossexuais, e o prazer feminino deve se limitar muito mais a dar prazer ao homem do que a buscar alcançá-lo, o que, por exemplo, sugerem Chase e Fausto-Sterling, traz à tona a indesejabilidade da masturbação como prática sexual.

A afirmação de que as intervenções médico-cirúrgicas nos corpos das crianças diagnosticadas como intersexo atende, primordialmente, ao princípio do melhor interesse da criança parece falaciosa e não resiste a um exame minucioso, essencialmente criterioso, como se procurou aqui demonstrar. A insistência na legitimidade - e conseqüente legalidade - deste princípio parece se sustentar, sobretudo, diante da inexistência de estudos de longo prazo com essas mesmas pessoas que sofreram tais intervenções e que, em vida adulta – ou, pelo menos, quando forem capazes de oferecer consentimento e disponham de razoável capacidade cognitiva -, detenham um repertório emocional mínimo que lhes permita avaliar adequadamente as condições de suas vidas, dentro de critérios objetivos e, também, subjetivos, por elas próprias elaborados e reconhecidos como legítimos.

Na medida em que não acontece uma verdadeira revolução na concepção do que é, afinal, a intersexualidade e, mais especificamente, o que constitui a GA, a produção do conhecimento nesse campo corre o risco de se tornar unitemática. Acumulam-se narrativas que questionam a alegada beneficência das prescrições terapêuticas e críticas dos pesquisadores quanto à metodologia das pesquisas que reiteram a necessidade de intervenções mas, ao menos em nosso país, permanece insensível a Medicina, em um

apostura quase dogmática, pouco científica. É preciso que se reconheça que, desse ponto em diante, cabe à esfera política reconhecer a fragilidade dos argumentos que continuam a alegar beneficência nas intervenções médico-cirúrgicas desnecessárias em GA e se proclamar a sua imediata refutação.

Segundo Guerra-Júnior e Maciel Guerra (2007, p. S186), é a “urgência” em se afirmar o seu sexo o que autoriza os profissionais de saúde a recomendarem a sua “correção” cirúrgica. Contudo, para expressiva parcela do movimento social de pessoas intersexo, inexistente “ambiguidade” em suas genitálias, na medida em que – acreditam - a diversidade da aparência genital de uma dada pessoa deve ser reconhecida como “normal”. Para esse segmento, a intersexualidade diz respeito, tão somente, à “anatomia reprodutiva e sexual não condizente com as definições típicas do que se considera masculino ou feminino” (conforme definição da ISNA). Ao que parece, a eventual concordância de pais ou responsáveis com as propostas ditas terapêuticas decorre mais da irresistibilidade que representa a palavra médica do que do seu inafastável convencimento.

Por seu conteúdo, é preocupante a vigência da R1664 em nosso país, não obstante as reiteradas críticas feitas há pelo menos 15 anos por alguns pesquisadores e médicos nacionais e estrangeiros ao modelo de intervenção que a mesma preconiza. Na literatura médico-científica pesquisada – estrangeira, em sua maioria -, inexistem, é claro, críticas específicas à R1664 por parte de pesquisadores e médicos; o que na verdade se critica é o modelo que a R1664 adota e preconiza para o tratamento das ADS. Passados mais de dez anos de sua edição, acredita-se que é oportuno o reexame da R1664 pelo CFM. Tal decisão evidenciará sua preocupação não apenas com o bem-estar físico e psicossocial desses seres vulnerados como, também, a observância ética da conduta de seus profissionais naquilo que preconiza.

Em relação à questão da intersexualidade, o espectro da homossexualidade – como o prova o caso lembrado de Herculine Barbin que, interna em um convento no interior da França, teve relações de natureza erótica, sexual e afetiva com outra interna, do gênero feminino - perpassa toda a discussão. Para Fausto-Sterling (2000), o temor que provoca a mera ideia, ou imagem, de relações entre pessoas do mesmo sexo pode contribuir, de maneira bastante vigorosa, não apenas para a imposição da crença em somente dois sexos, mas que esses dois sexos devem ser complementares. Dentro dessa lógica, a união voluntária – sobretudo, nos planos afetivo e sexual - entre iguais resultaria, portanto, em uma impossibilidade da natureza. Por extensão, a ocorrência involuntária em um único

elemento – o corpo humano - de elementos que deveriam estar dimorficamente apresentados – isto é, o homem e a mulher, o masculino e o feminino – representa uma anomalia que deve ser corrigida o quanto antes.

Ante a imposição de um sistema sexo-gênero binário assim ordenado – homem/mulher, pênis/vagina, macho/fêmea, masculino/feminino, ativo/passivo -, a constatação de diferentes formas de genitália em pessoas intersex – e a inicial impossibilidade de sua inteligibilidade – representa um verdadeiro desafio ao poder estabelecido. Para Fausto-Sterling (1993, p.21), a sua ocorrência serve para demonstrar que é artificial a rigidez de comportamentos de gênero, tal como nos é imposta: “em termos biológicos, existem muitas gradações entre o ‘masculino’ e o ‘feminino’”. Assim, parece razoável supor que o corte cirúrgico que se procura impor às pessoas intersex nos casos de “genitália ambígua” tenha o efeito de dissipar ameaças à hegemonia do sistema binário sexo-gênero. Dito de outra forma, isso significa que vincular o gênero ao biológico é uma importante forma de opressão, e não a possibilidade de divisão do poder (Fausto-Sterling, 1993).

Os consensos e dissensos a respeito da intersexualidade são significativos para que se repense a *ratio* médica que preconiza a realização das cirurgias genitais em crianças. A trajetória do hermafrodita ao longo da história serve para demonstrar a natureza social que sustenta a crença na “anormalidade” da anatomia genital atípica. Pensar que, salvo quando eventuais questões de saúde levavam essas pessoas ao médico e, só então, sua genitália era detectada como um “problema”, as pessoas diagnosticadas como hermafroditas viviam da melhor maneira que lhes era possível, sendo capazes, inclusive, de estabelecer vínculos sociais e afetivos, sugere que a GA, *per se*, pode não ser um problema tão grave quanto o faz crer a Medicina.

Posições tão díspares quanto ao que, de fato, constitui a intersexualidade, implicam a necessidade de se questionar o discurso médico pró-intervenção, especialmente quando se consideram as críticas institucionais e de importantes pesquisadores. Tal reflexão se justifica na medida em que a realização dessas intervenções irreversíveis implica sofrimento evitável, portanto, injustificável, ao menos nos casos de GA.

Diz Kottow (2005, p.116) que “se é o campo de concentração o paradigma onde opera a biopolítica, será ingênuo pensar que a bioética terá alguma influência ou capacidade de regulação”. Contudo - acredita o autor (2005, p.113) - talvez seja esse um dos principais

motivos para reconhecer que “estes testemunhos não possuem a força necessária para alcançarem mudanças efetivas, mas têm a intenção de alertar e orientar ações corretivas”.

É nesse cenário que é pertinente a utilização das ferramentas propostas pela bioética da proteção uma vez que, como bem aponta Schramm (2008), tais ferramentas “visam entender descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem” (p.11). Em outros termos, a bioética de proteção tem “seu campo de ação situado onde uma incipiente biopolítica aventura certas posturas sem, contudo, se haver apropriado do poder” (Kottow, 2005, p.116). Ao mesmo tempo, alerta o autor para o fato de que a aplicabilidade da bioética somente surtirá efeito se esta “se fizer presente em momento anterior a que os indivíduos ou comunidade tenham perdido a capacidade de reclamar seus direitos e agir em prol de seus interesses” (p.118). Não obstante “ter o poder político escassa sensibilidade para os insumos éticos”, aponta o autor a existência de um paradoxo, na medida em que “a bioética desfruta de seu auge em países onde o espectro político é relativamente uniforme, facilitando a convivência que, nas nações do terceiro mundo, continua muito conflituosa” (Kottow, 2005, p.113).

Tendo como condição *sine qua non* para atuação da bioética de proteção a não absoluta tomada do poder pela biopolítica, resulta mais fácil compreender que “a política se move sempre no espaço público, e que a biopolítica se imiscui no espaço privado e o desnuda em público. Nessa correlação, a bioética seria protetora do espaço privado e do indivíduo, protestando quando o [espaço] público produzir dano ao indivíduo (Kottow, 2005, p.116). Assim, tem-se que “a bioética é uma ética persistentemente imersa em assimetrias de poder entre agentes e afetados. A bioética deve ser entendida como uma advocacia em favor dos mais fracos” (Kottow, 2007, p.223). Com propriedade, salienta Cheryl Chase (2000, p.128), “a Medicina deveria servir às pessoas intersexo, ao invés de se constituir em um poder que opera através de nossos corpos de modo a normalizá-los, independente de nossa vontade”.

## Referências

- ABBAGNANO, Nicola. 2007. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes.
- ACCORD ALLIANCE. Disponível em [www.accordalliance.org/](http://www.accordalliance.org/) (acesso em 01/02/2014).
- AGAMBEN, Giorgio. 2004. Homo sacer O poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- ALMEIDA, Marta G.M. et al. 2013. A política de educação em saúde como estratégias desenvolvimento de pessoas no Estado do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no VI Congresso CONSAD de Gestão Pública. Disponível em [http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/835/1/C6\\_TP\\_A%20POL%20C3%8DTICA%20DE%20EDUCA%20C3%87%20C3%83O%20EM%20SA%20C3%9ADE%20COMO.pdf](http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/835/1/C6_TP_A%20POL%20C3%8DTICA%20DE%20EDUCA%20C3%87%20C3%83O%20EM%20SA%20C3%9ADE%20COMO.pdf) (acesso em 03/03/2014).
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Disponível em [www.aap.org](http://www.aap.org) (acesso em 01/02/2014).
- \_\_\_\_\_. July 2000. *Committee on Genetics. Evaluation of the Newborn With Developmental Anomalies of the External Genitalia*. Pediatrics Vol. 106 No. 1.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em [www.ama-assn.org/](http://www.ama-assn.org/) (acesso em 01/02/2014).
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2006. *Individuals with Intersex Conditions*. Brochure. Disponível em <https://www.apa.org/topics/sexuality/intersex.pdf> (acesso em 01/03/2014).
- ANNAS, George J. 1984. *The Case of Baby Jane Doe. Child Abuse or Unlawful Federal Investigation?* AJPH July 1984, Vol. 74, No. 7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651662/pdf/amjph00630-0087.pdf> (acesso em 01/04/20014).
- ARÁN, Márcia; PEIXOTO Jr, Carlos Augusto. 2007. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. Rev Saúde Pública 2007;41(5):849-57.
- ARGENTINA. Ley n° 26.743 (“*Identidad de Genero*”), sancionada em 09/05/2012 e promulgada em 23/05/2012. Fonte: Boletín Oficial de la Republica Argentina. Buenos Aires, 24 de mayo de 2012. Año CXX, Número 32.404. Disponível em <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle> (acesso em 01/03/2014).
- AUSTRALIA. July 2013. *Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender*. Disponível em <http://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.PDF> (acesso em 24/02/2014).
- BARBOZA, Heloísa Helena Gomes. Orientação.

\_\_\_\_\_. 2009. O nome como identidade de gênero: o caso dos transexuais. *Revista Fé Pública*, nº9, nov 2009, pp.26-33. Rio de Janeiro: ANOREG (Associação de Notários e Registradores do Estado do Rio de Janeiro).

\_\_\_\_\_. 2010. Tese de Doutorado. Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

BEH, Hazel Glenn; DIAMOND, Milton. 2006. *David Reimer's Legacy: Limiting parental Discretion*. *Cardozo Journal of Law and Gender*. Vol. 13:101-126.

\_\_\_\_\_. 2000. *An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia?* *Michigan Journal of Gender & Law*, Volume 7 (1): 1-63. Disponível em <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2000-emerging-ethical-dilemma.html> (acesso em 25/02/2011).

BENTO, Berenice. *A Reinvenção do Corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Disponível em <http://bvsalud.org/> (acesso em 03/03/2014).

BLACKLESS, Melanie; CHARUVA STRA, Anthony; DERRYCK, Amanda; FAUSTO-STERLING, Anne; LAUZANNE, Karl et al. 2000. *How Sexually Dirmorphic Are We? Review and Synthesis*. *American Journal of Human Biology* 12:151–166.

BRASIL. Código Civil. (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002).

\_\_\_\_\_. Código Penal. (Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

\_\_\_\_\_. Constituição Federal. 1988.

\_\_\_\_\_. Lei de Registros Públicos. (Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973).

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente. (Lei nº 8.069, de 1990).

\_\_\_\_\_. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. 2011. Notícias STF. “Supremo reconhece união homoafetivas”. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931&caixaBusca=N> (acesso em 04/01/2014).

\_\_\_\_\_. 2011. Ação Direta de Inconstitucionalidade 4277 (Íntegra Petição Inicial). Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=400547&tipo=TP&descricao=ADI%2F4277> (acesso em 04/01/2014).

BUTLER, Judith. 1999. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

CABRAL, Mauro. 2010. Questões conceituais sobre diversidade corporal e os desafios que o tema coloca para os direitos humanos. Mesa de Abertura: Diversidade Corporal, Medicalização e Direitos. Relatoria. In ARILHA M, LAPA TS, PISANESCHI TC (orgs.). Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde. São Paulo: Oficina Editorial.

\_\_\_\_\_. 2004. *La excepción y la regla*. In Radar, Página 12, edição de 21/03/2004. Disponível em <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/radar/9-1316-2004-03-21.html> (acesso em 11/08/2009).

CANGUÇÚ-CAMPINHO, Anna Karina Figueira. 2012. A Construção Dialógica da Identidade em Pessoas Intersexuais: o X e o Y da Questão. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

\_\_\_\_\_. 2008. Aspectos da Construção da Maternidade em Mulheres com Filhos Intersexuais. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

CHAWANSKY, Megan. 2010. *Put me in, Ms. Coach: Sexual Rethoric in the Locker Room*. In Sexual Sports Rhetoric: Historical and Media Contexts of Violence. Linda K. Fuller (ed.). New York: Peter Lang Publishing.

COLAPINTO, John. 2001. Sexo trocado, a história real do menino criado como menina. Rio de Janeiro: Ediouro.

\_\_\_\_\_. Dezembro de 1997. *The True Story of John/Joan*. Rolling Stone. Disponível em <http://www.healthyplace.com/gender/inside-intersexuality/the-true-story-of-john-joan/> (acesso em 22/02/2014).

COLÔMBIA. 1999. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia SU-337/99*. Disponível em <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm> (acesso em 08/02/2012).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). 2003. Resolução nº 1664. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). 1996. Resolução nº 196: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

da SILVA, Eloísio Alexsandro. 2010. A experiência do Ambulatório de Cirurgia Reconstructora do Rio de Janeiro. Mesa: Demandas e serviços específicos: desafios e perspectivas. Relatoria. In ARILHA M, LAPA TS, PISANESCHI TC (orgs.). Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde. São Paulo: Oficina Editorial.

DAMIANI, Durval; GUERRA-Jr, Gil. As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o Que o Consenso de Chicago Contribui para o Estado da Arte? In Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/6.

de LIMA, Shirley Acioly Monteiro. 2010-2014. Comunicação eletrônica e telefônica (diversas datas).

\_\_\_\_\_. 2007. Intersexo e Identidade: História de um corpo reconstruído. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

de OLIVEIRA, Márcia Silva. 2010-2014. Comunicação eletrônica e telefônica (diversas datas).

de OLIVEIRA E SILVA, Raquel Lima. 2010. A existência corporal do indivíduo social: sobre a construção médica do intersexo. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília.

DIAMOND, Milton; SIGMUNDSON, H. Keith. March, 1997. *Sex reassignment at birth: A long-term review and clinical implications*. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151(3):298-304.

\_\_\_\_\_. 1982. *Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up*. Archives of Sexual Behavior, 11(2), 181-185.

DREGER, Alice D.; HERNDON, April M. 2009. *Progress and Politics in the Intersex Rights Movement: Feminist Theory in Action*. In GLQ Journal of Lesbian and Gay Studies. Special Edition. Intersex and After. Volume 15 Number 2. Duke University Press.

\_\_\_\_\_. 1998. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Cambridge, London: Harvard University Press.

DURAND, Guy. 2007. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 2ª edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola.

ELIADE, Mircea. 1991. Mefistófeles e o Andrógino. Comportamentos Religiosos e Valores Espirituais não-Europeus. São Paulo: Martins Fontes.

ENDOCRINE SOCIETY. 2013. *NIH Requests Society Suggestions for DSD Workshop*. Disponível em <https://www.endocrine.org/membership/email-newsletters/endocrine-insider/2014/january-8-2014/nih-requests-society-suggestions-for-dsd-workshop> (acesso em 11/01/2014).

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto nº 43.065 de 08 de Julho de 2011: dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na administração direta e indireta do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. NÚCLEO DE DEFESA DA DIVERSIDADE SEXUAL E DIREITOS HOMOAFETIVOS (NUDIVERSIS). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. 2013. Ação de alteração de prenome e sexo. (por razões de sigilo de justiça, e para preservar sua privacidade, não foi fornecido o nome do autor nem o número do referido processo; sabe-se, contudo, que o mesmo tramita em vara de família).

FAUSTO-STERLING, Anne. 2000. *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.

\_\_\_\_\_. 2000a. *The five sexes, revisited. The emerging recognition that people come in bewildering varieties is testing medical values and social norms.* The New York Academy of Sciences. The Sciences, July/August 2000. Disponível em <http://www.aissg.org/PDFs/Five-Sexes-Revisited-2000.pdf> (acesso em 01/02/2014).

\_\_\_\_\_. 1993. *The Five Sexes. Why Male and Female are not Enough.* The New York Academy of Sciences. The Sciences. March/April 1993. Disponível em [http://www.fd.unl.pt/docentes\\_docs/ma/TPB\\_MA\\_5937.pdf](http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/TPB_MA_5937.pdf) (acesso em 01/03/2014).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 1975. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FOUCAULT, Michel. 1980. *Herculine Barbin: Being the recently discovered memoirs of a nineteenth-century French hermaphrodite.* New York: Pantheon Books.

FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. 2012. Intersexualidade e Direito à Identidade: uma Discussão sobre o Assentamento Civil de Crianças Intersexuadas. *Journal of Human Growth and Development* 2012; 22(3): 358-366.

GUERRA-JÚNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa T. 2007. *The role of the pediatrician in the management of children with genital ambiguities.* *J Pediatr (Rio J)*; 83(5 Suppl):S184-191.

HAAS, Kate. Summer 2004. *Who Will Make Room for the Intersexed?* *American Journal of Law and Medicine.* vol. 30, number 1. pp 41-68.

HEGARTY, Paul. 2000. *Conversation with Cheryl Chase. Intersex Activism, Feminism and Psychology: Opening a Dialogue on Theory, Research and Clinical Practice.* In: *Feminism and Psychology.* Vol. 10(1): 117-132. London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage.

HOLMES, Morgan. (Michelle Morgan LeFay Holmes). 2000. *The Doctor Will Fix Everything: Intersexuality in Contemporary Culture.* Tese de Doutorado. The Humanities Doctoral Programme. Concordia University: Montréal, Québec (Canada).

HOUK, Christopher P.; LEE, Peter A. *Update on Disorders of Sex Development.* *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2012, 19:28–32.

HURWITZ, Richard S. *Feminizing surgery for disorders of sex development: evolution, complications, and outcomes.* *Curr Urol Rep* (2011) 12:166–172.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). Disponível em [www.isna.org](http://www.isna.org) (acesso em 01/02/2014).

JANET, JENNER & SUGGS, LLC (Attorneys at Law). 2013. *Groundbreaking Lawsuit Accuses South Carolina, Doctors and Hospitals of Performing Unnecessary Surgery on Infant.* Disponível em <http://myadvocates.com/in-the-news/groundbreaking-lawsuit-accuses-south-carolina-doctors-and-hospitals-of-performing-unnecessary-surgery-on-infant> (acesso em 23/02/2014).

KOTTOW, Miguel. *Ética de protección: una propuesta de protección bioética.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2007.

\_\_\_\_\_. 2005. *Bioética y Biopolítica*. Revista Brasileira de Bioética. Volume 1, no 2.

KESSLER, Suzanne J. 1998. *Lessons from the Intersexed*. New Jersey: Rutgers University Press.

KIPNIS, Kenneth; DIAMOND, Milton. Winter 1998. *Pediatric ethics and the surgical assignment of sex*. The Journal of Clinical Ethics, Volume 9 (4), pp. 398-410.

LEE, Peter; HOUK, Christopher P.; AHMED, S. Faisal et al. *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*. Pediatrics 2006;118:e488-e500. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/e488> (acesso em 20/10/2009).

LEITE JR., Jorge. 2011. Nossos corpos também mudam. A invenção das categorias "travesti" e "transsexual" no discurso científico. São Paulo: Annablume; Fapesp.

MACHADO, Paula Sandrine. 2008a. Intersexualidade e o Consenso de "Chicago". As vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. In: RBCS Vol. 23 nº 68 outubro/2008.

\_\_\_\_\_. 2008b. O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, abril de 2008.

\_\_\_\_\_. 2005. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. cadernos pagu (24), janeiro-junho de 2005, pp.249-281.

MACHADO, Roberto. 2006. Foucault, a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT). 2001. Recomendação nº 001091/01-8, da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde do Distrito Federal (PróVida). Sobre procedimentos nos casos de crianças nascidas com genitália ambígua (intersexualidade, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo masculino e feminino), com necessidade especial de designação cirúrgica de gênero. (Documento indisponível para consulta *online*; apenas por solicitação escrita). <http://www.mpdft.mp.br/portal/> (acesso em 01/02/2014).

MORAN, Mary Elizabeth; KARKAZIS, Katrina. 2012. *Developing a Multidisciplinary Team for Disorders of Sex Development: Planning, Implementation, and Operation Tools for Care Providers*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389653/> (acesso em 11/01/2014).

MORLAND, Iain. 2009. *What Can Queer Theory Do for Intersex*. In GLQ Journal of Lesbian and Gay Studies. Special Edition. Intersex and After. Volume 15 Number 2. Duke University Press.

\_\_\_\_\_. 2007. *Plastic Man: Intersex, Humanism and the Reimer Case*. Subject Matters, Vol. 3, no. 2/Vol. 4, No. 1, pp- 81-98.

\_\_\_\_\_. (Iain Carlyle Fraser Morland). 2005. *Narrating Intersex. On the Ethical Critique of the Medical Management of Intersexuality, 1985-2005*. Tese de Doutorado. Royal Holloway, University of London.

MURPHY, Timothy F. 2006. *Experiments in Gender: Ethics at the Boundaries of Clinical Practice and Research*. In Ethics and Intersex. Sharon E. Sytsma, ed. Dordrecht: Springer.

\_\_\_\_\_. 1994. *Gender and Gender Identity Disorders*. In Encyclopedia of Bioethics. Warren T. Reich, ed. vol. 2. New York: Macmillan.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). 2013. *Request for Information (RFI): Invitation to Comment on Critical Issues in Child Development for Children and Families Affected by Disorders of Sex Development (DSD)*. Notice Number: NOT-HD-13-019. Disponível em <http://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-HD-13-019.html> (acesso em 23/12/2013).

\_\_\_\_\_. February 2006. *National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases (NIDDK). Strategic Plan for Pediatric Urology (Research Progress Report)*. NIH Publication No. 06-5879. Disponível em [http://www2.niddk.nih.gov/NR/rdonlyres/0FBD6429-3793-4F96-8CB1-628CEB9D3DE7/0/Pediatric Urology Feb 2006 Document.pdf](http://www2.niddk.nih.gov/NR/rdonlyres/0FBD6429-3793-4F96-8CB1-628CEB9D3DE7/0/Pediatric%20Urology%20Feb%202006%20Document.pdf) (acesso em 30/11/2011).

NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH DER HUMANMEDIZIN. November 2012. *On the management of differences of sex development. Ethical issues relating to "intersexuality"*. Opinion No. 20/2012. Berne. Disponível em <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> (acesso em 11/05/2012).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). 2013. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez; A/HRC/22/53*. Conselho de Direitos Humanos. Assembleia Geral. 22a. Sessão. *Office of the High Commissioner on Human Rights. Agenda Item 3*. Disponível em [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) (acesso em 20/01/2014).

\_\_\_\_\_. 1989. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança*. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10120.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm) (acesso em 01/03/2014).

PACIFIC CENTER FOR SEX AND SOCIETY. *United Nations speaks out against genital-normalizing surgery without the consent of the subject*. Disponível em: <http://hawaii.edu/PCSS/announce/index.html> (acesso em 23/02/2014).

PELÚCIO, Larissa. 2009. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume; Fapesp.

PEREIRA, Tânia da Silva. (coord.) 1999. O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar.

PONTES Jr, Felício. 1992. Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente: uma modalidade de exercício do direito de participação política. Dissertação de Mestrado. (pp. 24-25). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/Rio).

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. 2007. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em [www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf).2007. (acesso em 11/05/2008).

REINER, William G.; GEARHART, John P. 2004. *Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth*. N ENGL J MED 350;4.

REIS, Elizabeth. 2010. *Circumcision Deserves Circumspection*. Human Bodies. The Hastings Center Bioethics Forum. 28 Jan 2010.

[http://www.thehastingscenter.org/Bioethicsforum/Post.aspx?id=4436&blogid=140&terms=intersex+and+%23filename+\\*.html#ixzz1fjyj6mL4](http://www.thehastingscenter.org/Bioethicsforum/Post.aspx?id=4436&blogid=140&terms=intersex+and+%23filename+*.html#ixzz1fjyj6mL4) (acesso em 01/12/2011)

\_\_\_\_\_. 2009. *Bodies in Doubt: an American History of Intersex*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

REPO, Jemima. 2011. *The Biopolitics of Gender*. Tese de Doutorado. University of Helsinki.

REVEL, Judith. 2002. Foucault. Conceitos Essenciais. São Carlos: Editora Claraluz.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Comunicação eletrônica (17 e 18/02/2014).

RICH, Adrienne. 1980. *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence*. Signs, Vol. 5, No. 4, Women: Sex and Sexuality. (Summer, 1980), pp. 631-660. Disponível em:

<http://links.jstor.org/sici?sici=0097-9740%28198022%295%3A4%3C631%3ACHALE%3E2.0.CO%3B2-2> (acesso em 03/03/2014).

ROSARIO, Vernon A. 2009. *The New Science of Intersex*. The Gay & Lesbian Review (Worldwide). September-October 2009. Disponível em

<http://www.gltreview.org/article/article-487/> (acesso em 01/05/2010).

\_\_\_\_\_. 2007. *The History of Aphallia and the Intersexual Challenge to Sex/Gender*. In HAGGERTY, George E. and McGARRY, Molly (eds.). *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Studies*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

\_\_\_\_\_. 2006. *“Is it a Boy or a Girl?” Introduction to Special Issue on Intersex*. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, Vol. 10(2).

SAN FRANCISCO, CALIFORNIA. 2005. *A Human Rights Investigation into the Medical “Normalization” of Intersex People. A Report of a Public Hearing by the Human Rights Commission of the City & County of San Francisco*. Marcus de María Arana, HRC Staff Principal Author.

Disponível em [http://www.isna.org/files/SFHRC\\_Intersex\\_Report.pdf](http://www.isna.org/files/SFHRC_Intersex_Report.pdf) (acesso em 01/03/2014).

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha. 2006. Desenvolvimento da Identidade de Gênero em Casos de Intersexualidade: Contribuições da Psicologia. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

SAX, Leonard. August 2002. "*How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling*". J Sex Res. 2002 Aug;39(3):174-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12476264> (acesso em 11/08/2008).

SCHRAMM, Fermin R. 2014. Teoria do conhecimento: estrutura de uma teoria científica, programas de pesquisa, paradigma e revolução científica. Conferência. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz).

\_\_\_\_\_; BARBOZA, Heloísa Helena; GUIMARÃES, Anibal. 2010. O processo transexualizador no SUS como paradoxo entre o reconhecimento da existência da pessoa transexual e a sua invisibilidade institucional. Apresentação e texto. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero. Universidade Federal Tecnológica do Paraná. Curitiba. Disponível em [http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo\\_cd/E8\\_O\\_Processo\\_Transsexualizador.pdf](http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_O_Processo_Transsexualizador.pdf) (acesso em 10/02/2014).

\_\_\_\_\_. 2008. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Conselho Federal de Medicina. Revista Bioética 2008, 16 (1): 11 – 23.

\_\_\_\_\_. 2006. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. Revista Brasileira de Bioética. 2(2): 194. Disponível em [http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20%20htm/biblio/htm\\_RBB/RBB%202-2/Art03.pdf](http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20%20htm/biblio/htm_RBB/RBB%202-2/Art03.pdf) (acesso em 21/07/2008).

SINASC. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde). Disponível em <http://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-dasaude/sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos-sinasc> (acesso em 20/01/2014).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). “CFM prepara Resolução sobre Anomalias da Diferenciação Sexual”. Disponível em [https://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=65&id\\_detalhe=1215&tipo\\_detalhe=s](https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1215&tipo_detalhe=s) (acesso em 16/03/2013).

\_\_\_\_\_. “Texto Elaborado por Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, Juíza de Direito, Representante da Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e da Juventude Junto à Sociedade Brasileira de Pediatria Após Reunião do Dia 15 de Outubro de 2002”. Disponível em [https://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=89&id\\_detalhe=1082&tipo\\_detalhe=S](https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=89&id_detalhe=1082&tipo_detalhe=S) (acesso em 16/03/2013).

SPIEGELONLINE. *M, F or Blank. 'Third Gender' Official in Germany from November.* Disponível em <http://www.spiegel.de/international/germany/third-gender-option-to-become-availableon-german-birth-certificates-a-916940.html> (acesso em 02/11/2013).

\_\_\_\_\_. *Third Gender. A Step Toward Ending Intersex Discrimination.* <http://www.spiegel.de/international/europe/third-gender-option-in-germany-a-small-step-for-intersex-recognition-a-917650.html> (acesso em 22/08/2013).

SPINOLA-CASTRO, Angela. Fevereiro 2005. A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 46 nº 1.

TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. 2013. Dispositivos de dor: saberes-poderes que conformam as transexualidades. São Paulo: Annablume; Fapesp.

THOMAS, Barbara. October 2005 (Publicado em junho de 2006). *Report on Chicago Consensus Conference.* Disponível em <http://www.aissg.org/PDFs/Barbara-Chicago-Rpt.pdf> (acesso em 20/01/2009).

VENTURA, Miriam. 2010. Balanço do Cenário Jurídico Brasileiro em Relação ao Tema. Mesa de Abertura: Diversidade Corporal, Medicalização e Direitos. Relatoria. In ARILHA M, LAPA TS, PISANESCHI TC (orgs.). *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde.* São Paulo: Oficina Editorial.

VILORIA, H. 2012. *Intersex and Medical Treatment.* Disponível em <http://oiiinternational.com/oiiusa/1141/intersex-medical-treatment/> (acesso em 20/02/2013).

WEIL, Elizabeth. *What if It's (Sort of) a Boy and (Sort of) a Girl?* In *The New York Times.* Publicado em 24/09/2006. Disponível em [http://www.nytimes.com/2006/09/24/magazine/24intersexkids.html?\\_r=1&pagewanted=print](http://www.nytimes.com/2006/09/24/magazine/24intersexkids.html?_r=1&pagewanted=print) (acesso em 01/08/2009).

ZUGER, Bernard. 1970. *Gender Role Determination: A Critical Review of the Evidence from Hermaphroditism.* *Psychosomatic Medicine* 32(5):449-63.