

## Bioética e intersexualidade: algumas reflexões

### Bioethics and intersexuality: some remarks

Anibal Guimarães\*

#### Resumo

Propõe-se, à luz da bioética, uma reflexão quanto à legitimidade das intervenções médico-cirúrgicas em recém-nascidos e crianças portadoras da chamada “genitália ambígua” - também conhecidos como “intersex” -, em face de seu questionamento e condenação por parte de alguns estudiosos e entidades profissionais representativas das mais variadas áreas do conhecimento e, também, dos movimentos de ativistas em direitos humanos. A proposta da Resolução CFM nº 1664, de 2003, de que a equipe multidisciplinar proceda à “definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável”, contrasta frontalmente com os relatos de sofrimento de adultos que sofreram intervenções, sendo corroborados pela pouca consistência (ou inexistência) de estudos longitudinais. Alguns autores questionam a compulsoriedade com que se dá a promoção e o ajuste ao sistema binário sexo-gênero heteronormativo em que se fundam estas terapêuticas. Mantido o modelo interventivo vigente, conclui-se que não são respeitados os princípios bioéticos da maleficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Palavras-chave: intersex, anomalias do desenvolvimento sexual, genitália ambígua, bioética, direitos humanos

#### Abstract

This article aims to offer some concerns, under the perspective of Bioethics, on the legitimacy of medical and surgical procedures in newly-born and infants diagnosed with ambiguous genitalia – also known as intersex. These very procedures have been the target not only of some researchers and professional associations but of human rights activists as well. In Brazil, the Federal Medicine Council, regulates the issue through its *Resolução CFM 1664* (year 2003). Nevertheless its recommendation that a multiprofessional team “shall rationally define the most recommendable sex of raising” the intersex child, there are no consistent long-term follow-up studies that ensure its positive results. The narratives of intersex people whom have undergone several medical and surgical procedures, for their suffering, seem to offer unequivocal refutation to that same directive. Some authors argue how compulsory it is the promotion and adjustment to the heteronormative sex-gender binary system on which those same therapeutics are funded.

Keywords: intersex, disorders of sexual development, ambiguous genitalia, bioethics, human rights

#### Resumen

Desde la perspectiva bioética se propone en este artículo reflexionar acerca de la supuesta legitimidad que tienen las intervenciones médico-quirúrgicas en recién nacidos y niños diagnosticados como portadores de genitales ambiguos – también conocidos como intersex. Estos mismos procedimientos son objeto de cuestionamiento por parte no solamente de investigadores y asociaciones profesionales como, también, por activistas internacionales de derechos humanos. En Brasil, el Consejo Federal de Medicina ha regulado el tema (*Resolución CFM 1664*, del 2003). No obstante su recomendación de que al equipo multiprofesional procederá, “de manera racional, a definir el sexo más aconsejable para la crianza del niño”, no hay estudios de seguimiento a largo plazo que demuestren que los resultados pretendidos son positivos. Las narrativas de sufrimiento de las personas intersex sometidas a estos procedimientos refutan la Directiva. Algunos autores discuten la compulsoriedad que caracteriza la promoción y el ajuste al sistema binario sexo-género heteronormativo sobre el cual se apoyan estas terapéuticas.

Palabras Clave: intersex, trastornos del desarrollo sexual, genitales ambiguos, bioética, derechos humanos

---

\* Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz), Mestre em Ciências (Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz) e especialista em Ética Aplicada e Bioética (Instituto Fernandes Figueira, IFF/Fiocruz). nblguimaraes@yahoo.com

## 1. Introdução

No campo da intersexualidade, muitas vozes buscam se fazer ouvir: há aquelas que se posicionam em favor da manutenção das intervenções médico-cirúrgicas na vida de recém-nascidos e de crianças diagnosticadas como intersex, há vozes que clamam pela postergação destas mesmas intervenções até que a própria pessoa intersex possa oferecer seu consentimento esclarecido, e há, também, aquelas que expressam absoluta condenação quanto à qualquer intervenção, de caráter irreversível, que não tenha o risco à própria vida como justificativa para sua realização. Como se procurará demonstrar, a intersexualidade representa um tema bastante delicado para expressiva parcela do corpo médico, suas corporações e associações – como é o caso da *American Medical Association* e da *American Academy of Pediatrics*, considerada por Elizabeth Reis (2010) como a “suprema autoridade na saúde de crianças” – para diferentes instituições governamentais com poder normatizador e disciplinador – é o caso, por exemplo, nos Estados Unidos, do *National Institutes of Health* (NIH) e, no Brasil, do Conselho Federal de Medicina (CFM) – e, também, para estudiosos e pesquisadores, sejam eles e elas pessoas intersex ou não.

Com a pressa que caracteriza as emergências no ambiente hospitalar, médicos de diferentes especialidades são urgentemente convocados para tentar elucidar a “verdade” sobre aquele sexo que – por apresentar uma nova possibilidade de variação para o padrão homem-pênis e mulher-vagina – não é inteligível. Diagnosticada, enfim, a situação de intersexualidade, a intervenção médico-cirúrgica é considerada primordial. Neste sentido, Fausto Sterling (2000) afirma que existe uma crença, sustentada pelo dogma científico, de que, sem cuidados médicos adequados, crianças intersex estão fadadas a uma vida miserável. Contudo, avança a bióloga norte-americana, são poucos os estudos empíricos que sustentam esta ideia.

De acordo com a percepção médica, existe algo errado no corpo intersex, o qual deve ser urgentemente reparado, porque “anormal”. A não intervenção representaria uma ameaça ao equilíbrio

natural entre os sexos e os gêneros. Afirmando os médicos que participam do processo de tomada de decisões que, contrariamente às afirmações populares de que “a criança que nasceu sem sexo” (Machado, 2006:15), existe, sim, naquele corpo um sexo, o qual, embora oculto à primeira vista – e, dentro dessa mesma lógica, algumas outras tantas vistas –, ao final, será por eles encontrado.

Por outro lado, Kessler (1998) aponta que, a despeito do imperativo médico-interventor que se apresenta nos casos de genitália ambígua, ao final, o alegado equilíbrio que justificaria a realização de intervenções médico-cirúrgicas 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 em seus corpos. Em resumo, a existência de possibilidades genitais outras que não apenas aquelas referendadas pelo poder médico, ameaça e afasta a ditadura heteronormativa. Daí, a urgência em se corrigi-las.

Para que o leitor melhor compreenda a problemática em torno da existência de outras possibilidades genitais, faz-se necessário que se aponte que nem mesmo existe consenso quanto à adoção de uma nomenclatura única para o seu diagnóstico. Como se procurará demonstrar, a intersexualidade – ou “anomalias do desenvolvimento sexual” (ADS) – tem sido alvo de disputas quanto às propostas para seu gerenciamento (Machado, 2008a). Com frequência, têm sido contestadas as alegadas evidências científicas quanto à eficácia das recomendadas intervenções médico-cirúrgicas em corpos de recém-nascidos e de crianças diagnosticadas como portadores de genitália ambígua (Hurwitz, 2011).

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 – pessoas intersex, inclusive – bem como numerosos estudiosos (Diamond & Beh, 2006), médicos, entidades privadas (*Intersex Society of North America*, *Accord Alliance*) 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 Resolução nº 1664, de 2003) e pesquisadores (Damiani & Guerra-Júnior, 2007), dentre outros.

## 2. A metamorfose da terminologia

Para o senso comum, é ainda bastante frequente que se chame de “hermafrodita” a pessoa que – acreditam – reúna igualmente em seu corpo uma genitália que seja, ao mesmo tempo, masculina e feminina, e também completamente funcional. A mitologia exerceu papel importante neste sentido: Hermes e Afrodite, por exemplo, teriam dado origem a um ser – o hermafrodita – que reuniria as características genitais de ambos, sendo metade homem e metade mulher. Na área médica, a concepção de uma genitália que não seja amplamente inteligível quanto a seu gênero exclusivamente masculino ou feminino fez crer, para muitos, que a esta ambiguidade se poderia denominar de hermafroditismo, ainda que a sua existência – e, sobretudo, a sua dupla funcionalidade – represente uma impossibilidade médica.

O caso de Herculine Barbin – “hermafrodita” francês do século XIX –, revelado por Michel Foucault (1980) através da publicação de seu diário, não apenas trouxe à tona todo seu sofrimento psíquico, físico e social como, também, chamou a atenção para as dificuldades do Judiciário no enfrentamento das questões ligadas a gênero. O caso de Herculine acabou por expor toda a complexidade da questão biológica, ainda que, à época, os avanços da biotecnologia fossem modestos e bastante limitados os resultados estéticos e funcionais possíveis de serem alcançados por meio de uma intervenção médico-cirúrgica.

Dada a importância do pensador francês, a divulgação do caso de Herculine contribuiu significativamente para expor as mazelas e os dilemas em torno da intersexualidade, os quais não perderam sua atualidade: deve-se, ou não, revelar sua

ocorrência? Se se decide por revelar a verdade, a quem e quando se deve/pode fazê-lo? O que se pode socialmente esperar a partir da revelação da verdade sobre um corpo “ininteligível” em sua morfologia genital? Como classificar o desejo da pessoa intersex em relação a alguém que tenha a sua mesma expressão de gênero, assim como os eventuais desdobramentos erótico-sexuais e afetivos decorrentes deste mesmo desejo? Como enfrentar judicialmente o problema da indefinição e/ou da eventual necessidade/vontade de ajuste da subjetividade e da anatomia da pessoa intersex? Qual a natureza dos eventuais empecilhos à autonomia da vontade e ao consentimento livre e esclarecido da pessoa intersex para as diferentes intervenções em seu corpo que lhes são propostas? Quais questões de ordem moral são efetivamente trazidas à tona com este caso?

O diário de Herculine Barbin aponta para a absoluta necessidade que tem o regime heteronormativo de assegurar a diferenciação entre os gêneros masculino e feminino. De maneira bastante simplificada, pode-se dizer que é assim que aquele regime funciona: homens são homens, mulheres são mulheres. Homens têm pênis, e mulheres têm vagina; homens são masculinos e mulheres são femininas. Homens são ativos e devem penetrar mulheres, de modo a demonstrar sua força física e 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; clitorís devem ter dimensões mínimas, de modo a não interferir com o ato penetrativo masculino, nem representar uma possibilidade de servir como instrumento de penetração – o “pênis feminino” – em homens e mulheres. O *phallus* feminino não deve jamais ser comparado ao *phallus* masculino. Da mulher e do homem se espera exclusivamente o sexo de natureza heterossexual. 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. Enfim, “ser homem” é “não ser mulher”.

Em relação à questão da intersexualidade, o espectro da homossexualidade – 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, 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 (1993:21), 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).

Em 1876, as chamadas “anomalias genitais” foram objeto da especial atenção de Theodor Albrecht Edwin Klebs quando, através de seu *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, buscou lhes atribuir uma nomenclatura própria. Ensinam Damiani & Guerra-Júnior (2007:1014) que, para isso, Klebs limitou-se inicialmente a investigar a natureza das gônadas presentes, e classificou os casos em três grupos básicos: pseudo-hermafroditismo

masculino (PHM - genitália ambígua com testículos), pseudo-hermafroditismo feminino (PHF - genitália ambígua com ovários) e hermafroditismo verdadeiro (HV - testículo e ovário com ou sem genitália ambígua). A partir da descoberta dos cromossomos, prosseguem os autores, 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”.

Em relação à terminologia “genitália ambígua”, Damiani & Guerra-Júnior ensinam que esta 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” (Damiani & Guerra-Júnior, 2007:1014).

Assim, 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” (Damiani & Guerra-Júnior, 2007:1014). 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 (Damiani & Guerra-Júnior, 2007:1014). Para os autores, a terminologia 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” (Damiani & Guerra-Júnior, 2007:1014).

A adoção de uma nova nomenclatura – ADS –, em detrimento ao termo “intersexualidade”, foi decidida durante a reunião de um grupo internacional de especialistas e de membros da *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* (LWPES) e da *European Society for Paediatric Endocrinology* (ESPE), realizada na cidade de Chicago, no final do ano de 2005 (Lee, Houk, Ahmed et al., 2006). O documento que sintetiza suas deliberações se chama “Consenso de Chicago”. Ensinam Damiani & Guerra-Jr. que, neste encontro de especialistas, se buscou

“elaborar um consenso a respeito [da intersexualidade], eliminando 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, enfocando também aspectos relacionados ao manuseio, evolução ao longo prazo e propondo estratégias para futuros estudos” (2007:1014).

Em sua tese de doutorado, Paula Sandrine Machado (2008b:4) analisou os elementos que estariam em jogo nas decisões envolvendo a “determinação” do sexo em crianças intersex 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:4).

Em artigo que trata do “Consenso de Chicago”, a análise de 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: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:111). Para Machado, o encontro também significou “uma reação à visibilidade do movimento político intersex, sobretudo norte-americano, e às questões que este vem colocando às intervenções médicas sobre os corpos intersex desde os anos de 1990” (2008a: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:111).

A análise do “Consenso de Chicago”, segundo Machado (2008a: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:110) o direito a seu gerenciamento.

No tocante à participação de ativistas intersex 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” (*support groups*, no original), 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 intersexualidade” (2008a:117). Barbara Thomas (2005), intersex alemã, em seu relatório sobre o encontro de Chicago, aponta que apenas ela e Cheryl Chase - fundadora e então diretora da ISNA (*Intersex Society of North America*) – representaram o segmento internacional de pessoas intersex no evento. A análise retrospectiva dos desdobramentos daquele encontro para o movimento internacional de ativistas intersex faz supor que, ante o incômodo que para o *establishment* passou a representar a articulação e legitimidade de sua militância anti-intervenção, a máxima *divide et impere* orientou a seleção de seus representantes. A participação de Barbara Thomas se deu por convite, e ela diz desconhecer os critérios de sua elegibilidade. No total, foram convidados 50 *experts*, representando 10 países.

A única brasileira presente ao evento foi Berenice Bilharinho Mendonça, endocrinologista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Cabe também salientar que, com vistas à realização da reunião que originou o “Consenso de Chicago”, as indústrias farmacêuticas Pfizer (Endocrine Care), Novo Nordisk, Ferring e Organon, sob a rubrica *unrestricted educational grant support* - no original – nela injetaram recursos financeiros “irrestritos” (Lee, Houk, Ahmed et al., 2006:497). 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 parece inequívoca a existência aqui de um conflito de interesses. Lamentavelmente, dado o escopo deste trabalho, não é possível aqui aprofundar esta análise.

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: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: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 LGBTT” (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

### 3. O caso David Reimer

É possível sugerir que a gênese do movimento contemporâneo de ativistas intersex encontre sua raiz no exato momento em que, no ano de 1967, o bebê Bruce Reimer – então com oito meses de idade - teve seu pênis carbonizado depois de ser submetido à circuncisão em um hospital público na cidade de Winnipeg (Canadá). De maneira bastante resumida, a família do bebê Bruce foi aconselhada a acatar a sugestão de John Money, psicólogo do Hospital Universitário Johns Hopkins (Baltimore, EUA) e, então, um dos principais estudiosos para a questão da definição de papéis sexuais e de gênero. Money recomendava que Bruce fosse submetido a uma cirurgia de troca de sexo, de modo a se “fixar” seu novo gênero. A receita de êxito desse tratamento, dizem Diamond & Sigmundson (1997), exigia o segredo quanto aos procedimentos médico-cirúrgicos realizados em Bruce - agora registrado como Brenda Reimer - e também a mudança de cidade, onde ninguém conhecesse a verdade e pudesse ameaçar aquela estratégia médica.

Para poder comprovar sua teoria de que o gênero de Brenda havia sido ajustado aos esforços empreendidos no tratamento por ele prescrito, John Money contava com a existência de Brian, o irmão gêmeo idêntico de Bruce, o qual não havia sido submetido à circuncisão e estava sendo criado como menino. Brian era o caso controle ideal para seu experimento. Como diz John Colapinto (2001:13), “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”. O

caso foi inicialmente relatado nos anais da moderna Medicina como um sucesso estrondoso. Mas, contrariando as expectativas médicas e 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. Aos 14 anos de idade, após tomar conhecimento de seu histórico clínico – o qual, reiterar-se, lhe havia sido insistentemente negado pelos demais médicos e, também, pela própria família – 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 a inúmeras outras cirurgias genitais, bem como à hormonioterapia. 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, já havia se suicidado.

Apesar de todas as evidências contrárias, Money jamais admitiu haver forjado 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, Money jamais 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. Contudo, desde o início da divulgação de seus experimentos – e por mais quase 30 anos -, apenas o médico Milton Diamond fora enfático ao apresentar, em público, suas desconfianças para aquilo que era amplamente alardeado e jamais havia sido objeto de refutação por parte da comunidade científica internacional<sup>1</sup>. A partir

do encontro de David Reimer e Milton Diamond, confirmaram-se as desconfianças deste quanto ao propalado “sucesso” das intervenções propostas por Money, e um artigo, relatando o caso, foi finalmente escrito. Não sem grande resistência por parte dos principais periódicos científicos para aquela “bomba” que lhes era apresentada, Diamond & Sigmundson (1997) acabaram publicando esse artigo, o qual, finalmente, revelava a verdade sobre o histórico clínico de David Reimer e tornava pública a farsa de John Money.

A relevância do caso de David Reimer para a questão da intersexualidade se deve à sua utilização como a principal referência para justificar a realização de inúmeras outras intervenções médico-cirúrgicas não apenas em crianças que haviam sofrido diferentes traumatismos genitais mas, também, em crianças e recém-nascidos diagnosticados como intersex, especialmente quando portadores da chamada “genitália ambígua”. Afinal, como pretendia John Money, se a fixação do gênero seria o resultado da cultura/ambiente a que a criança fosse submetida e do absoluto segredo que se mantivesse a esse respeito, todas as intervenções médico-cirúrgicas haveriam de ser instrumentais à sua tese.

Um pênis que, pelos padrões médicos, fosse considerado demasiadamente diminuto, ou um clitóris excessivamente grande, deveriam ser “corrigidos”, isto é, transformado, o primeiro, em uma vagina – porque, como pênis de dimensão “inferior” ao “padrão mínimo aceitável” para um homem, sua capacidade penetradora em uma vagina, com finalidade procriativa, seria “impossível” – e em um pênis, o segundo, depois de ser submetido à maciça ingestão de hormônios masculinos para afastar sua tendência feminilizante original e

---

seus argumentos contrários à tese de Money. Contudo, ao longo do desenvolvimento daquele projeto da BBC, surgiram algumas evidências de que, contrariamente ao que alardeava Money, havia uma considerável 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, também, anunciou a retirada de seu apoio àquele projeto. Por fim, o programa com a transcrição literal de diferentes entrevistas com alguns psiquiatras familiarizados com o caso foi exibido na Grã-Bretanha em 19/03/1980. (DIAMOND M. 1982. Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up. Archives of Sexual Behavior, 11(2), 181-185)

1 No final da década de 1970, a rede britânica BBC demonstrou interesse no tão famoso “caso dos gêmeos” e procurou John Money e Milton Diamond para participarem de um programa a esse respeito. O convite foi por eles aceito. Dado o seu anterior e frequente questionamento quanto à cientificidade dos argumentos e resultados sustentados por Money, coube a Diamond não apenas atuar como consultor do projeto mas, também, apresentar

fazê-lo se aproximar, da melhor maneira possível, de um pênis “de verdade”. Foi assim que Money fez escola ao longo das três décadas seguintes e, de maneira inquestionável, consolidou a teoria de formação dos papéis de gênero. São incontáveis as cirurgias que foram realizadas com base em sua concepção. Para Money, o gênero seria o resultado da educação recebida e do contexto social, e não da biologia.

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 intersex continuam a se basear nos escritos de Money para delas tratar, e permanecem intocados/insensíveis pela 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 se encontra estabelecido. Kipnis & Diamond (1998) fazem coro a Kessler. 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”.

#### **4. As diferentes posições quanto aos procedimentos**

Quando o caso de David Reimer foi tornado público, não apenas começava a ruir a teoria sobre o desenvolvimento do gênero que, até então, John Money sustentava e alardeava junto à comunidade científica internacional. Para um número impreciso de pessoas em diferentes partes do planeta, começava a fazer sentido a estranheza quanto a seus diagnósticos imprecisos, repletos de lacunas e incongruências, e também a necessidade de se manter uma rotina de exames e medicamentos, até então, injustificáveis. Com a revelação da farsa de Money, levantava-se a cortina de silêncio que pairava sobre as intervenções médico-cirúrgicas nos corpos de recém-nascidos e crianças diagnosticadas como intersex. Foi a partir de en-

tão que se começou a formalmente exigir uma explicação para a alegada insensibilidade genital, o intenso sofrimento psíquico e físico, o desajuste social e a baixa auto-estima, a incoerência entre o gênero medicamente fixado e a sua subjetividade, o silêncio e a dissimulação às perguntas que eram feitas aos familiares e aos médicos que acompanhavam as pessoas intersex ao longo de suas vidas.

No enfrentamento da questão da intersexualidade, como visto até agora, não apenas o corpo médico não é unânime quanto à sua abordagem como tampouco as próprias pessoas intersex, pelos mais diferentes motivos, o são (Machado, 2008a). 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 se submeterá ou a 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.

No tocante ao gerenciamento da intersexualidade, as mais altas instâncias representativas de interesses corporativos e institucionais de diferentes países tampouco oferecem consenso. É o caso, por exemplo, das diretrizes da *American Pediatrics Association*, da *American Medical Association* e do *National Institutes of Health*. Se, para as duas primeiras instituições, a intervenção é a recomendação, para a última, existe uma “crise” quanto ao consenso sobre seu gerenciamento: “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” (NIH, 2006:53).

No caso brasileiro, o CFM, através da Resolução nº 1664, de 2003, 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 “verda-



des”, 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.

Para Machado (2008a: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”.

## 5. A Resolução CFM nº 1664, de 2003

Contrariamente ao que busca afirmar, a Resolução CFM nº 1664, de 2003, traz em seu texto algumas inconsistências. É isso o que, a seguir, se procura demonstrar:

“Art.1º -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”. Comentário: parece razoável que se diga que a proposta de *numerus apertus* aponta para a tentativa crescente de medicalização/patologização de conformações físicas (sobretudo, em genitália), de acordo com critérios pouco claros, ainda não definidos.”

“Art. 2º- Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”. Comentário: o exame da literatura aponta que não existe consenso quanto à necessidade de se proceder à definição adequada de gênero, nem tampouco se, para isso, existe tempo hábil.”

“Art. 4º - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil”. Comentário: tampouco existe consenso quanto ao fato de que as eventuais medidas adotadas por uma equipe multidisciplinar sejam efetivamente capazes de assegurar uma definição final e adoção do sexo daquelas crianças.”

A leitura atenta da própria “exposição de motivos” que fundamenta a criação da Resolução CFM nº 1664, de 2003, nos faz concluir que a mesma pode servir como instrumento de pressão para a equipe multidisciplinar, na medida em que sugere uma situação de “drama” que seria vivido pelos familiares e, também, afirma a existência de uma “urgência biológica e social” que requer intervenção, de modo a se evitar “graves transtornos”.

Curiosamente, não obstante a “urgência biológica e social” que caracterizaria o “drama” da intersexualidade e os “graves transtornos” que se deve buscar evitar através das inúmeras intervenções recomendadas, a “exposição de motivos” deste mesmo documento reconhece que “um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido, bem como a degeneração maligna das gônadas disgenéticas”.

E mais: embora o referido documento admita que “a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos é um dos problemas mais controversos” e propugne pela realização das mais

diversas intervenções médico-cirúrgicas, também reconhece que:

“Ninguém pode garantir que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a definição sexual tardia dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida. 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” (exposição de motivos, Resolução CFM nº 1664, de 2003).

Por fim, o documento afirma 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” (exposição de motivos, Resolução CFM nº 1664, de 2003).

Em relação aos estudos longitudinais, - frequentemente referenciados como instrumento legítimo para a manutenção da realização das intervenções médico-cirúrgicas nos corpos de recém-nascidos e crianças diagnosticadas como portadoras de “genitália ambígua” - diz Hurwitz (2011) que os mesmos carecem de padronização e rigor metodológico em seu esforço de apresentar resultados convincentes. Para o autor,

“salvo se comprovada a documentação quanto à anatomia pré-operatória destas crianças, os resultados cirúrgicos apresentados como resultados das intervenções efetuadas são confusos. Deve-se igualmente relatar as diferentes ADS (‘anomalias do desenvolvimento sexual’) de maneira individual, e não agrupá-las para relatar supostos resultados 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 auto-imagem e do *status* psicossocial da pessoa intersex. É essencial que seja feita em adultos a avaliação, no longo prazo, 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, 2011:171).

Embora a exposição de motivos no texto da Resolução CFM nº 1664, de 2003, seja enfática quando reconhece que a proposta de “não-intervenção” não encontra estudos “a longo prazo [que apontem] 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”, aquele documento tampouco reconhece que alguns dos mais importantes pesquisadores do campo - como Diamond & Sigmundson (1997) e Hurwitz (2011), por exemplo - alertam para o fato de que os estudos longitudinais existentes - feitos com pessoas que sofreram tais intervenções - não são elucidativos ou conclusivos quanto à sua inafastável recomendação.

## Considerações Finais

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 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.

À força do discurso médico hegemônico – que preconiza a urgência na correção de “corpos defeituosos” de modo a se prevenir danos futuros (“sexualidade ambígua”, “desajuste social”, “baixa auto-estima”, por exemplo, de acordo com a Resolução CFM nº 1664, de 2003) – opõe-se o testemunho de pessoas que – como Chase (entrevistada por Hegarty, 2000), Holmes (2000), Morland (2005), Cabral (2004), dentre outros – sofreram em seus próprios corpos intervenções médico-cirúrgicas e que alegam, como sua decorrência, os mesmos danos futuros que a Resolução CFM nº 1664, de 2003, busca prevenir: “intenso sofrimento psíquico e físico”, “insensibilidade genital”, “desajuste social” e “baixa auto-estima”. Neste caso, não deixa de ser curioso o relato de Hida Vitoria (2012), intersex norte-americana: para ela, o fato de não ter sofrido intervenção médico-cirúrgica permitiu-lhe formar sua própria crença “positiva” quanto a seu corpo e identidade.

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 em certos casos de genitália ambígua, 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 nada mais servem do que contribuir para afastar o reconhecimento da possibilidade de qualquer variação genital, em especial quanto à sua aparência.

Para Cheryl Chase (entrevistada por Hegarty, 2000) e Fausto-Sterling (1993, 2000), essa espécie de ditadura cosmética da genitália acaba por isolar e estigmatizar ainda mais as pessoas que apresentam tal conformação e impõe a heteronormatividade a todas as pessoas. 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 seriam escavadas -, em relações unicamente heterossexuais, e o prazer feminino deveria se limitar muito mais a dar prazer ao homem do que a buscar alcançá-lo, o que traz

à tona a indesejabilidade da masturbação como prática sexual.

Por fim, é incontestável a legitimidade que têm os sujeitos intersex para, pelo menos, protestar pela interrupção/moratória das recomendações compulsórias para o tratamento dos casos de “genitália ambígua” em que, efetivamente, não exista risco de vida. Afinal, a alegada “monstruosidade” de suas genitálias não corresponderia ao que acredita William Reiner, membro do Conselho Médico da ISNA. Para ele, nenhuma criança considera sua genitália *ambígua* mas, “simplesmente, a sua genitália”. A “ambiguidade”, prossegue o médico, “corresponderia ao sentimento dos adultos para o problema” (ISNA).

Data de envio do artigo: 26/02/2013

## Referências bibliográficas

- ACCORD ALLIANCE. ([www.accordalliance.org](http://www.accordalliance.org))
- AAP - American Academy of Pediatrics. ([www.aap.org](http://www.aap.org))
- AMA - American Medical Association. ([www.ama-assn.org/](http://www.ama-assn.org/))
- CABRAL, M. 2004. La excepción y la regla. 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 14/03/2010)
- COLAPINTO, J. 2001. Sexo trocado, a história real do menino criado como menina. Ediouro, Rio de Janeiro
- CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1664, de 2003 ([www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br))
- DAMIANI, D., GUERRA-JÚNIOR, G. 2007. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? Arq Bras Endocrinol Metab 51/6, pp. 1013-107
- DIAMOND, M., B.E.H., HG. 2006. The right to be wrong: Sex and gender decisions. In SYTSM, S. E. Ethics and intersex. Kluwer/Springer, Dordrecht. Disponível em <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2005-right-to-be-wrong.html> (acesso em 13/02/2010)
- \_\_\_\_\_, SIGMUNDSON, H.K. March, 1997. Sex reassignment at birth: A long-term review and

- clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, pp. 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
- FAUSTO-STERLING, A. July/August 2000. The five sexes, revisited. The emerging recognition that people come in bewildering varieties is testing medical values and social norms. *The Sciences*, pp. 19-23
- \_\_\_\_\_. March/April 1993. The five sexes. Why male and female are not enough. *The Sciences*, pp. 20-24
- FOUCAULT, M. 1980. *Herculine Barbin: Being the recently discovered memoirs of a nineteenth-century French hermaphrodite*. Pantheon Books, New York
- HEGARTY, P. 2000. Conversation with Cheryl Chase. *Intersex Activism, Feminism and Psychology: Opening a Dialogue on Theory, Research and Clinical Practice*. *Feminism and Psychology*. Vol. 10(1). Sage, London, Thousand Oaks and New Delhi, pp. 117-132
- HOLMES, M. (Michelle Morgan LeFay Holmes). 2000. *The Doctor Will Fix Everything: Intersexuality in Contemporary Culture*. Tese de Doutorado. The Humanities Doctoral Programme. Montréal, Québec (Canada), Concordia University
- HURWITZ, R.H. 2011. Feminizing surgery for disorders of sex development: evolution, complications, and outcomes. *Curr Urol Rep* 12, pp. 166–172
- ISNA - Intersex Society of North America. ([www.isna.org](http://www.isna.org))
- KESSLER, S.J. 1998. *Lessons from the intersexed*. Rutgers University Press, New Jersey
- KIPNIS, K., DIAMOND, M. Winter 1998. Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. *The Journal of Clinical Ethics*, Volume 9 (4), pp. 398-410
- LEE, P.A., HOUK, C.P., AHMED, S.F. et al. 2006. International consensus conference on intersex. Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics* 118:e488-e500. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/e488> (acesso em 05/10/2010)
- MACHADO, P. S. Outubro/2008a. Intersexualidade e o Consenso de “Chicago”. As vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. RBCS Vol. 23 n° 68
- \_\_\_\_\_. 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
- \_\_\_\_\_. 2006. No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre intersexualidade, (bio) ética e direitos humanos. In GROSSI, M.P., HEILBORN, M.L., MACHADO, L.Z. *Antropologia e direitos humanos 4*. Nova Letra: Blumenau. Pp. 15-56
- MORLAND, I. (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
- NIH - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. (National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases - NIDDK). February 2006. Strategic Plan for Pediatric Urology (Research Progress Report). NIH Publication No. 06-5879. Disponível em [http://www2.nidk.nih.gov/NR/rdonlyres/0FBD6429-3793-4F96-8CB1-628CEB9D3DE7/0/Pediatric\\_Urology\\_Feb\\_2006\\_Document.pdf](http://www2.nidk.nih.gov/NR/rdonlyres/0FBD6429-3793-4F96-8CB1-628CEB9D3DE7/0/Pediatric_Urology_Feb_2006_Document.pdf) (acesso em 30/11/2011)
- REIS, E. 2010. Circumcision deserves circumspections. *Hastings Center Bioethics Forum*. Disponível em <http://www.thehastingscenter.org/Bioethicsforum/Post.aspx?id=4436&blogid=140&terms=intersex+and+%> (acesso em 28/01/2013)
- THOMAS, B. 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)
- VILORIA, H. 2012. Intersex and Medical Treatment. Disponível em <http://oiiinternational.com/oiusa/1141/intersex-medical-treatment/> (acesso em 20/02/2013)