# XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

### **BIODIREITO**

LIZIANE PAIXAO SILVA OLIVEIRA
RIVA SOBRADO DE FREITAS
SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA

### Copyright © 2015 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

### Diretoria - Conpedi

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - Mackenzie

#### **Conselho Fiscal**

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG / PUC PR

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches - UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

#### Secretarias

Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

**Diretoras de Eventos** - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira - UNINOVE

#### B615

Biodireito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS;

Coordenadores: Riva Sobrado de Freitas, Liziane Paixão Silva Oliveira, Simone Letícia Severo e Sousa. – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-030-5

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO, CONSTITUIÇÃO E CIDADANIA: contribuições para os objetivos de

desenvolvimento do Milênio.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. I. Encontro Nacional do CONPEDI/UFS (24. : 2015 : Aracaju, SE).

CDU: 34



## XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS BIODIREITO

### Apresentação

(O texto de apresentação deste GT será disponibilizado em breve)

### O MODELO DA AUTONOMIA DIANTE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A QUESTÃO DA CRIANÇA INTERSEXUAL

### THE DOCTOR-PATIENT AUTONOMY MODEL: DEALING WITH THE INTERSEX CHILD

Andréa Santana Leone De Souza Roxana Cardoso Brasileiro Borges

### Resumo

O presente artigo visa a analisar a aplicação do modelo da autonomia na relação médicopaciente na perspectiva dos responsáveis de crianças em situação de intersexo. Para tanto, o
Direito precisa apoiar-se na bioética para acompanhar as discussões de cunho existências que
perpassam esta temática, para a garantia da dignidade da criança intersexual. Adotou-se
metodologia de natureza qualitativa: revisão de literatura e entrevistas semiestruturadas. A
partir das discussões da bioética principiológica, o modelo da beneficência deu lugar ao
modelo da autonomia. Apesar desta evolução teórica, a partir da análise das entrevistas
realizadas com os familiares de crianças em situação de intersexo, constatou-se a prevalência
da autoridade médica diante da necessidade de definição do sexo de criação da criança em
situação de intersexo, que se justifica pelo histórico paternalismo na relação médico-paciente
diante do conhecimento técnico científico.

Palavras-chave: Intersexualidade, Bioética, Autonomia, Beneficência

### Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to analyze the application of the doctor-patient autonomy model from the perspective of parents/guardians of intersex children. The Law needs to be based on bioethics to keep up with the existential discussions on this topic, to guarantee the dignity of the intersex child. A qualitative methodology was used: a literature review and semi-structured interviews. Discussions of bioethics principles led to a change from the beneficence model to the autonomy model. Despite this theoretical evolution, analysis of the interviews of relatives of intersex children showed the power of the doctor regarding the need to define the sex of the intersex child, which is explained by the history of paternalism in the doctor-patient relationship when dealing with technical scientific knowledge.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Intersexuality, Bioethics, Autonomy, Beneficence

### 1 Introdução

O presente artigo visa a analisar a aplicação do modelo da autonomia na relação médico-paciente na perspectiva dos responsáveis de crianças em situação de intersexo.

No âmbito das ciências sociais aplicadas, o tema "criança com intersexo" ainda não tem sido discutido amplamente. O interesse em tratar do tema surgiu a partir da constatação, depois de aprofundado levantamento de artigos, de que os trabalhos publicados abordam a temática a partir de perspectivas diversas das que privilegiam a aplicação do modelo da autonomia na relação médico paciente na perspectiva da criança intersexual.

A partir desta constatação emergiu o seguinte problema de pesquisa: o modelo da autonomia vem sendo aplicado na relação médico-paciente na perspectiva dos responsáveis de crianças em situação de intersexo?

Para isso, adotou-se um método com abordagem de natureza qualitativa de forma a buscar o fortalecimento da compreensão sobre a temática eleita (MYNAIO, 2006). Optou-se por diversos procedimentos, tais como revisão de literatura, levantamento de bases legislaA tivas e entrevistas semiestruturadas.

A revisão de literatura foi feita com base em artigos, livros, periódicos sobre a temática criança, intersexo, Anomalia do Desenvolvimento Sexual (ADS), Desordens do Desenvolvimento Sexual (DDS) e bioética.

Procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas<sup>1</sup> que, como menciona Triviños (1987), parte de alguns questionamentos básicos que interessam à pesquisa, dos quais podem surgir outras interrogativas à medida que são recebidas as respostas dos entrevistados, aos responsáveis de crianças e/ou adolescentes intersexuais.

Assim, foram selecionados e entrevistados cinco responsáveis de crianças intersexuais, sob o seguinte critério: responsáveis que tinham filhos/tutelados que realizaram a cirurgia de definição do sexo antes dos 12 anos completos, cadastrados no Ambulatório de Genética do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES). Essa unidade ambulatorial é da esfera pública e é a responsável pelo atendimento das crianças com intersexo no Estado da Bahia.

Os responsáveis tiveram os seus nomes suprimidos e substituídos por pseudônimos no intuito de preservar suas identidades e manter o sigilo dos mesmos. Todas as entrevistas

391

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Estas entrevistas fazem parte do projeto de pesquisa "Direitos da personalidade e autonomia privada: a questão da criança com intersexo" avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (CAAE n°: 40341115.6.0000.0049).

foram devidamente gravadas e transcritas e os dados foram analisados mediante a identificação de categorias analíticas, a partir do estudo da bioética principiológica.

### 2 A Bioética Principiológica: o surgimento do modelo da autonomia

Diante da complexidade dos fatos sociais, cada vez mais, tem sido objeto de discussão pela ciência questões de cunho moral. No entanto, o que se percebe é que as diversas áreas do conhecimento, dentre elas, medicina e direito, ainda apresentam um olhar técnico para as discussões subjetivas, limitando o avanço da sociedade. Neste sentido, a bioética tem se destacado nas discussões de cunho subjetivo, acompanhando os avanços sociais (CELA-CONDE,1999, p. 59; LUNA, 2008; PUYOL, 2012).

Diversos são os modelos teóricos que alicerçam os diferentes entendimentos sobre a bioética; dentre eles, destaca-se o principialismo, que "trata-se de um modelo dedutivista, individualista e linear, que, em vista de um conflito moral, decide o problema a partir de princípios éticos previamente definidos" (ARAUJO, 2004, p. 49).

A escola principialista foi criada pelos professores da Universidade de Georgetown, em Washington, vinculados ao Instituto Kennedy de ética. Esta escola foi pensada com o objetivo de garantir à comunidade científica respaldo teórico para a resolução de questões de natureza ética, que pudessem ser questionada no futuro (AGUIAR, 2013).

Em outras palavras, esse modelo teórico tem como objeto definidor para a resolução de problemas éticos e morais a utilização de princípios, os quais se consagram em quatro tipos na literatura bioética, a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (ARAÚJO, 2004; BORGES, 2012).

Em breves palavras, Borges (2012, p. 150) pontua que:

Segundo o princípio da autonomia, a pessoa tem domínio sobre sua própria vida e sua intimidade de deve ser respeitada. O princípio da beneficência determina que o profissional de saúde ou o pesquisador promova o bem do paciente. O princípio da não maleficência proíbe o profissional de fazer o mal, de prejudicar a saúde da pessoa. O princípio da justiça orienta à distribuição equitativa e universal dos benefícios das pesquisas científicas.

A bioética principialista, corrente proposta por Beachamp e Childress (2002), analisa o princípio da autonomia a partir de três perspectivas: o da autonomia plena; o do julgamento substituto; e o dos melhores interesses.

O modelo da autonomia plena tem como objetivo atender a vontade do agente e as suas expectativas, para tanto, o entendimento deste modelo é de que, ainda que no momento da decisão este agente não esteja no exercício da sua capacidade, será analisada a sua decisão quando se encontrava no exercício da sua capacidade (AGUIAR, 2010).

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 199), o modelo da pura autonomia "se aplica exclusivamente a pacientes que já foram autônomos e que expressaram uma decisão autônoma ou preferência relevante". De acordo com esse modelo, faz-se imperioso o respeito por decisões anteriores de agentes que não mais se encontram no exercício de sua capacidade.

Diferentemente do supracitado modelo, o modelo dos melhores interesses tem como objetivo uma escolha ponderada entre o interesse do paciente e os riscos, desta conduta, que será definida pelo médico. A ideia basilar é optar por uma conduta que possua mais benefícios do que riscos, visando à saúde deste paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)

Aindo sobre o modelo dos melhores interesses, ensina Aguiar (2010, p. 401) que "é decidido por outrem o que mais se adequaria aos interesses em disputa, ainda quando não seja o paciente incapaz". Essa autora atesta que, apesar das mudanças do Código de ética médica, ao médico ainda é permitido escolher o que possui, em termos de técnica, menos riscos para à saúde do paciente, em detrimento da vontade deste.

Apesar de destacar Beauchamp e Childress (2002) que no julgamento dos melhores interesses, ao avaliar os riscos e benefícios para a pessoa envolvida, o julgador também deverá analisar a preferência pessoal do agente. Esses autores ainda pontuam que este modelo por objetivar a escolha que traga a melhor expressão de bem estar, considera, ainda que de forma indireta, a autonomia do agente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O referido modelo foi utilizado pelos responsáveis de menores e incapazes, em uma época em que a lei entendia que os responsáveis legais agiam no melhor interesse dos filhos/tutelado, e que o Estado não deveria interferir a não ser em circunstâncias extremas. Porém, atualmente, com a aplicação da autonomia e da privacidade aos incapazes e menores, este pensamento foi mitigado. Assim sendo, tal modelo passou a ser recomendado "para pacientes que nunca foram capazes e para pacientes anteriormente capazes cujas preferências precedentes não podem ser determinadas de maneira confiável" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 206).

Apesar dos avanços da bioética, a posição que predomina entre os juristas é que, em se tratando de crianças e adolescentes, o titular do poder familiar, responsável pela representação ou assistência jurídica da criança, é quem decide sobre como deve ocorrer o exercício dos direitos da personalidade, refletindo no modo de proteção de sua dignidade (BORGES, 2012).

No modelo do julgamento substituto, "alguém, normalmente da família, é chamado para decidir pelo paciente que é incapaz para fazê-lo". Pelo prisma civilista, isso é perfeitamente possível, diante do instituto do poder familiar, positivado pelo art. 1630 do CC/2002 (AGUIAR, 2010).

Vale-se ressaltar que, no caso da transfusão de sangue, de pais testemunhas de Jeová, agindo como julgadores substitutos, esses escolheriam pela religião, e diante deste quadro, entende Aguiar (2010) que faz-se mister a utilização do modelo dos melhores interesses, em que o médico, determinará qual será a melhor opção a partir do sopesamento entre os benefícios e riscos envolvidos. Esta mitigação do poder familiar deverá ser feita mediante prévia autorização judicial, quando houver tempo hábil para tanto (AGUIAR, 2010, p. 402).

Ainda sobre o modelo do julgamento substituto, ressalte-se que, apesar de ser dado a outrem o poder de decidir por aquele agente, este julgador não poderá se utilizar dos seus valores pessoais para escolher a conduta mais adequada, deverá sim, utilizar os valores pessoais daquela pessoa em nome de quem está agindo para garantir a esta à efetivação da sua autonomia (AGUIAR, 2013).

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 196-8) "o julgamento substituto parte da premissa de que as decisões sobre tratamentos pertencem propriamente ao paciente incapaz ou não autônomo, em virtude dos direitos à autonomia e à privacidade". Esses autores ainda salientam que o modelo do julgamento substituto deve ser rejeitado para pacientes que nunca foram capazes, pois sua autonomia não está envolvida.

A autonomia é o princípio basilar da bioética, seu principal objetivo é "fazer respeitar a liberdade individual da pessoa (do paciente), por se considerar que a própria pessoa sabe o que é melhor para si" (BORGES, 2012, p. 161). Para a citada autora, este princípio impõe aos agentes de saúde o dever de informação fiel e acessível, bem como o respeito às escolhas pessoais dos pacientes, que são componentes que fortalecem a construção da personalidade e garantem a noção de dignidade da pessoa humana.

Evidenciam Beauchamp e Childress (2002, p.138-141) que a "autonomia, portanto, não é um conceito unívoco nem na língua comum nem na filosofia contemporânea". Estes autores entendem que também pode ser uma expressão da autonomia, a vontade do agente de

se submeter a determinadas regras ou condutas, desde que esta escolha seja fruto de um processo de esclarecimentos e seja uma opção do agente livre de influências externas.

No entendimento de Bueso (2012), a autonomia do paciente deriva do direito à integridade física e moral, pontuando a importância da garantia da autonomia do paciente, através do acesso à informação das técnicas que poderão ser utilizadas no caso, bem como os riscos inerentes as mesmas, visando, empoderamento do paciente, e por consequência lógica uma escolha de procedimento consciente.

Beauchamp e Childress (2002) reforçam ainda que, no contexto médico, enfrentam-se muitos problemas de autonomia, que se justifica diante do conhecimento técnico, da posição de autoridade profissional e, por conseguinte, da condição de vulnerabilidade do paciente. Destaca Aguiar (2010) que no campo biomédico é possível perceber a contínua colocação do paciente na condição de vulnerável, diante do entendimento de que autonomia e capacidade não são fatores associáveis.

A Constituição Federal de 1988 incorporou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, evidencia Wanssa (2011, p. 109) que, associada a esta incorporação, na "VII Conferência Nacional da Saúde, foram estabelecidos os direitos da população não só ao acesso aos diferentes níveis de assistência à saúde, mas também a sua participação na formulação das prioridades da saúde por mecanismos legais." Nesse contexto, de afirmação do paciente enquanto sujeito autônomo, participante do processo como um todo, mitigando o modelo da beneficência e dando lugar ao modelo da autonomia que o Código de ética Médica foi readaptado, e também nesta perspectiva foi instituído o Código de Defesa do Consumidor, estes Códigos adotaram a importância do esclarecimento ao paciente sobre as possíveis condutas adotadas, para a efetivação da autonomia.

Este direito à autodeterminação questiona a tradicional atitude paternalista do médico, que diante do conhecimento técnico-científico, sempre teve o papel de decidir o que seria melhor para o paciente (WANSSA, 2011). Wanssa (2011) acentua que, para a efetivação deste novo formato da relação médico-paciente "cabe ao médico prover a informação, assegurar a compreensão e garantir a livre adesão do mesmo ao tratamento proposto".

Nesta esteira, o supracitado autor diferencia o respeito a um "ser autônomo" de um respeito a um "agente autônomo", em suas palavras: "respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais". Para este autor, não é necessário apenas uma atitude

respeitosa, mas uma ação respeitosa que empodere o paciente ao alcance da sua autonomia (WANSSA, 2011, p. 143).

No entanto, afirmam Beauchamp e Childress (2002) que na bioética princiológica a autonomia não é o único valor levado em consideração. Destacam estes autores que, ainda nos dias atuais, é perceptível a utilização da autoridade médica em detrimento da promoção da autonomia do paciente, e ressaltam que, muitas vezes, o próprio paciente se coloca neste papel de dependência, que se justifica pelo processo histórico de submissão ao modelo de beneficência.

Destaque-se que, o consentimento informado foi planejado com o objetivo de possibilitar o empoderamento do paciente para que este possua elementos suficientes para decidir de forma autônoma sobre o seu próprio corpo. No entendimento de Beauchamp e Childress (2002, p. 163) "um consentimento informado é uma autorização autônoma dada por indivíduos para uma intervenção médica ou um envolvimento numa pesquisa". Para tanto, a pessoa deve expressar formalmente a concordância através de um ato de consentimento livre e esclarecido.

Este termo de consentimento fora planejado a partir de duas perspectivas: a primeira visa "à proteção dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa contra danos e ao encorajamento dos profissionais médicos para que ajam de forma responsável nas interações com pacientes e sujeitos de pesquisas"; e a segunda tem como objetivo proteger as instituições que "têm de obter consentimento legalmente válido para pacientes ou sujeitos de pesquisa antes de proceder aos procedimentos terapêuticos ou própria pesquisa" (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 162-4).

Nesse sentido, esses autores salientam a dificuldade vivenciada pelos profissionais da área de saúde em obter um consentimento satisfatório, que consiga expressar o objetivo principal desse termo que é garantir a autonomia do paciente, a partir do esclarecimento sobre as possíveis condutas, ao ponto destes pacientes se sentirem seguros para escolher qual o procedimento que deseja, ou até mesmo não permitirem a realização deste procedimento (id.).

Pode-se categorizar primariamente as principais influências a esse respeito, são elas: a coerção, a persuasão e a manipulação. A primeira influência, a coerção, se dá quando são utilizados instrumentos, a exemplo de uma séria ameaça ou utilização da força para submeter a pessoa a fazer aquilo que seja da vontade de outrem. A segunda, a persuasão, ocorre quando é colocada em prática a estratégia do convencimento pelas razões de mérito. Enquanto que a terceira, a manipulação, deflagra-se quando o manipulador impõe a pessoa a fazer aquilo que

ele quer através de outros meios que não sejam a coerção ou a persuasão (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Essa discussão é vivenciada pelos médicos e pelos familiares de crianças em situação de intersexo, principalmente aquelas que nascem com ambiguidade genitália e por um entendimento biomédico-cultural realizam a cirurgia de definição de sexo biológico no momento do nascimento.

### 3 A criança em situação de intersexo

A intersexualidade constitui-se como resultado de um desequilíbrio entre os fatores que determinam o sexo (SUTTER, 1993).

Dessa forma, os indivíduos apresentam caracteres tanto masculinos quanto femininos. Esse desequilíbrio ocorre de 1 em cada 4.500 nascimentos, sendo fundamental para sua detecção precoce o cuidadoso exame dos genitais de todo recém-nascido (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007; VILAR, 2009).

Atualmente, em termos biomédicos, o intersexo é classificado em quatro grandes grupos: 1. hermafrodismo verdadeiro; 2. disgenesia gonadal mista 3. pseudo-hermafrodismo masculino 4. pseudo-hermafrodismo feminino (VILAR, 2009). Neste último grupo, a hiperplasia congênita adrenal é a causa mais comum da ambiguidade da genitália externa no nascimento (CASTRO; ELIAS, 2005). O pseudo-hermafroditismo feminino é conhecido popularmente, e de forma equivocada, como "hermafrodita".

A palavra hermafrodita tem origem do mito grego "hermafrodito" (CANGUÇU-CAMPINHO e LIMA, 2014). Por muito tempo pensou-se no hermafrodita como um ser monstruoso, por abalar a ordem "natural" (FOUCAULT, 2001, p. 83). Segundo Foucault (2001, p. 91) apenas no século XIX "desaparece, portanto, a monstruosidade como mistura dos sexos", dando espaço para o julgamento moral das condutas, não levando mais em consideração as diferenciações naturais.

A partir do século XX a intersexualidade "sai do campo moral para inserir-se nas másformações; os intersexuais passam a ser percebidos pela sociedade como seres incompletos que devem recorrer, o mais cedo possível, aos cuidados médicos" (CANGUÇU-CAMPINHO, et al, 2009, p.1153). Neste sentido Costa (2012, p.15) anota que "a intersexualidade deslizou do registro da monstruosidade para o do indivíduo passível de correção".

A intersexualidade requer uma reflexão interdisciplinar, para a sua melhor compreensão, pois além de ser um fato biológico, perpassa "pelas concepções sobre o corpo, gênero e sexualidade" (COSTA, 2012, p. 12).

De acordo com o relatório da UNICEF (2013) sobre a situação mundial da criança<sup>2</sup>, a população com menos de cinco anos de idade do Brasil perfaz um total de 14.662 (quatorze milhões seiscentos e sessenta e duas mil) crianças. Com base na proporção apontada por Vilar (2009), é evidente que há uma frequência considerável a demandar maior atenção para este grupo populacional.

Na literatura sobre o tema, o termo "intersexo" já não vem sendo mais usado, porque traz um sentido intermediário ou de um terceiro sexo, o que não seria adequado para o paciente (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR,2007), passando a ser nomeado como Anomalia do Desenvolvimento Sexual (ADS) ou Desordem do Desenvolvimento Sexual (DDS) (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007).

O presente artigo, porém, dialoga com o modelo social de deficiência, que reconhece o corpo com impedimentos como uma expressão da diversidade humana e não apenas como resultado de um diagnóstico biomédico de "anomalias" (DINIZ; SANTOS, 2009). De onde se entende que as nomenclaturas ADS ou DDS transmitiriam uma ideia de que a intersexualidade seria resultado de "anomalias" ou "desordens", reforçando o estigma sobre as pessoas com intersexo (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007). Optou-se pelo termo "intersexo" em face do tensionamento entre as opções supra, advindas da Endocrinologia Pediátrica.

O estigma em relação às pessoas com intersexo é um assunto delicado. O tratamento médico pode vir a se prolongar, em algumas circunstâncias, durante a existência da pessoa, com a necessidade de realização de exames, da utilização de medicamentos e, em alguns casos, da realização de cirurgias corretivas (GUERRA-JUNIOR; MACIEL-GUERRA, 2007). A pessoa com intersexo ainda tem que enfrentar o preconceito social e cultural perante a sua situação, assim como a ignorância e invisibilidade, que ainda pairam sobre o assunto no meio acadêmico e científico (GUERRA-JUNIOR; MACIEL-GUERRA, 2007).

Os pacientes em situação de intersexo muitas vezes não são bem informados sobre suas histórias médicas e cirúrgicas, o que dificulta o entendimento sobre a sua situação, destacando Migeon et al (2002) que para os pacientes que apresentam ambiguidade externa o impacto é tão grande que contribuiu para alguns relatos de suicídios.

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Disponível em: <a href="http://www.unicef.org/brazil/pt/PT\_SOWC2013.pdf">http://www.unicef.org/brazil/pt/PT\_SOWC2013.pdf</a>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

Na revisão legislativa, foram encontrados documentos essenciais para a proteção da criança com intersexo, quais sejam: a Convenção sobre Direitos da Criança, a Constituição Federal do Brasil (CF), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Código Civil, Resolução nº 1664/2003 do Conselho Federal de Medicina e a Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, que juntos formam uma rede de proteção, tanto no que tange ao seu peculiar estado de desenvolvimento, quanto à necessidade de garantir a efetivação da sua dignidade, a exigir efetivação. Acerca da revisão legislativa de projetos de lei, encontrou-se um projeto que dispõe sob o direito à identidade de gênero e altera o artigo 58 da Lei 6.015 de 1973 (BRASIL, 2013).

A Resolução 1664/2002, emitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), trata do intersexo e propõe, entre outras medidas, que a criança com intersexo seja considerada caso de urgência médica e social, cujo tratamento deve ser buscado em tempo hábil, de forma a garantir a Dignidade da Pessoa Humana, princípio basilar dos Direitos Humanos.

### 4 Da efetivação do modelo da autonomia: análise das entrevistas

Dando continuidade ao metodológica deste artigo, este tópico tem como objetivo analisar as entrevistas aplicadas aos responsáveis legais de crianças em situação de intersexo, sob a perspectiva da efetivação do modelo da autonomia na relação médico-paciente.

Quando questionadas sobre de que forma participaram na definição do sexo de criação, a maioria das famílias indicaram que não fizeram parte do processo de definição, destacando a importância do conhecimento médico sobre o assunto para conduzir da melhor forma a questão.

Aqui eles só informaram a gente: "vai ter que fazer essa cirurgia para corrigir". Foi uma orientação que agente recebeu e aceitou, porque sabíamos que era necessário. [ENTREVISTADO P]

O médico me explicou o que era a cirurgia e que o sexo dela era feminino, porque os exames tinham dado feminino [ENTREVISTADO J]

Não, eu nunca opinei não, porque quando fez exame, os médicos sempre falavam "sua filha é uma menina". Os médicos estavam dizendo, os exames estavam acusando. Teve um exame mesmo que

estava demorando e eu ficava "meu Deus, porque tá demorando tanto?" um exame da boca, tudo estava dando menina, e eu queria uma menina.[ENTREVISTADO I]

Apenas uma família indicou que fez parte do processo "levando e trazendo" a criança para a consulta.

Sim, porque eu "tô" trazendo ela aqui, se eu não trouxer não tem como participar [ENTREVISTADO M]

Esse relato dos familiares dialoga com o posicionamento de Suess (2014, P. 132) que destaca a ausência da família na participação no processo de definição, bem como um crescente silêncio vivenciado entre a família e o médico, apesar da Resolução 1664/2003 garantir a participação da família, bem como do paciente, quando possível.

Esta ausência da família no processo de definição do sexo de criação pode ser explicada pelo histórico paternalismo existente no cotidiano médico-paciente, justificado pelo conhecimento sobre diagnóstico, tratamento e cura (WANSSA, 2011, p. 105/106). Ressalta Wanssa (2011, p. 105) que "a incorporação da racionalidade científica à medicina, nos fins do século XIX, conferiu ao médico autonomia técnica para a tomada de decisão, legitimando seu poder de decisão pelo domínio do conhecimento específico".

Ressalta Guimarães-Júnior (2014, p. 12) que "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". Neste sentido, Machado (2009, p. 35) observa que "os pais depositam total confiança nos médicos, esperando que se cumpra a promessa desses últimos no sentido de restituir a 'normalidade' de seus filhos"

Neste sentido, destaque-se que a resolução nº 1664 do CFM resolveu que, diante do nascimento de uma criança em situação de intersexo, deve ser assegurado ao paciente uma investigação precoce para que seja possível em tempo hábil realizar o tratamento e definir o gênero, consoante arts. 2º ao 4º, in verbis:

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;

Art. 3° - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames

complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos.

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 [...] (BRASIL, 2014).

Esta resolução em seu artigo 4º determina que para a definição final do sexo, faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar. Neste sentido, aponta Machado (2005, p. 4-5) que a definição do sexo é tomada a partir do entrelaçamento dos dados apontados pela equipe multidisciplinar e pela família, destacando que:

[...] no que se refere à cirurgia, a principal preocupação é com o resultado 'estético' ou 'cosmético' dos genitais construídos. As técnicas cirúrgicas são empregadas no sentido de tornar a genitália da criança 'o mais próximo possível do normal', de acordo com determinados padrões de tamanho, forma, 'terminação do trajeto urinário' (mais na ponta do pênis para os meninos; mais abaixo nas meninas) e uso (construir vaginas 'penetráveis' e pênis 'que penetrem').

A referia Resolução propõe que, por não existir estudos a longo prazo "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" (BRASIL, 2013), a partir de um estudo multidisciplinar é devida a cirurgia de definição do sexo. Neste sentido, Silva et al. (2011, p. 81) para quem "a definição adequada do sexo da criança deve ser realizada o mais precocemente possível pois essa identidade pode reduzir a ansiedade e a angústia dos pais".

Posição essa confrontada pelo Intersex Society of North America (ISNA)<sup>3</sup>, cuja missão é impedir a "correção" da genitália na criança, por entender ser uma atitude precoce. Afirmando que a justificativa de que, para os pais, seria uma situação mais confortável, demonstra-se fragilizada, uma vez que a angústia, o sentimento evidenciado pelos pais de crianças com intersexo se mantém de qualquer forma.

-

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Intersex Society of North America. Disponível em < http://www.isna.org/>. Acesso em: 8 set. 2013.

Neste sentido, Machado (2009, P. 37) observa que "os medos dos pais e as dúvidas que não deixaram de existir mesmo após os procedimentos denunciam a fragilidade das intervenções enquanto garantia de solução para os jovens intersex e para essas famílias".

Salienta Guimarães Júnior (2014, p. 90) que, em 2001, a promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Direito dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ministério Público do Distrito Federal elaborou a Recomendação nº 0010091/01-8 (RMP) através da qual, dentre outros encaminhamentos, determinava que nos casos em que a ambiguidade não punha risco à vida, só seria possível a realização da cirurgia após a intervenção do Ministério Público.

Esse autor informa que a Recomendação foi objeto de impugnação do Conselho Regional de Medicina sob o fundamento de que a referida recomendação interferia na autonomia do médico e que expunha a risco a vida das crianças — após 2 anos de vigência a RMP foi revogada. Apesar de se tratar de uma medida radical, e de não resolver a questão, pois só transfere o "poder", tal recomendação sinaliza o movimento de preocupação social que questiona a lógica biomédica, objetivando a proteção dos direitos de personalidade da criança intersexual.

Nesse sentido, o 3º Forum Internacional Intersex<sup>4</sup> apontou como demanda por fim às práticas de normalização, tais como cirurgias genitais, e outros tratamentos médicos, garantido às pessoas intersexuais o poder para tomar as decisões que afetam a própria integridade física, autonomia e autodeterminação<sup>5</sup>. Entende Guimãres Júnior (2014, p. 9) que "à luz da bioética laica<sup>6</sup>, não são justificáveis as intervenções médico-cirúrgicas em genitálias ambíguas de crianças diagnosticadas como intersexo quando não houver risco de vida".

Para Canguçu-Campinho et al. (2009, p. 1146), a intersexualidade é tratada, basicamente, pela lógica biomédica e atenta para o fato de que "as práticas ainda estão direcionadas para a doença e não para a saúde. As diferenças orgânicas ou relativas à peculiaridade dessa experiência são quase sempre ressaltadas como limitações e quase nunca como potencialidades."

A propósito da relevância de refletir criticamente sobre os paradigmas que consideram a integralidade da pessoa humana, destaca Ayres (2007) o debate sobre a concepção hermenêutica de saúde. Décadas antes, Canguilhem (2002) já discutia o normal e o

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Disponível em: <a href="http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex\_forum\_2013">http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex\_forum\_2013</a>. > O 3° Fórum Internacional Intersex ocorreu entre 29 de novembro e 1 de dezembro de 2012, em Valleta, Malta.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Neste sentido Beh e Diamond (2005)

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> O autor utiliza a expressão bioética laica para fazer referência àquela bioética não religiosa, que investiga a partir de pilares racionais(Guimarães Júnior, 2014, p. 9).

patológico<sup>7</sup>, assim como as concepções classificatórias que limitam a própria interdisciplinaridade ou a compreensão mais ampla dos fenômenos.

Ressalta Canguçu-Campinho et al. (2009, p. 1147) que em que pese a intersexualidade ainda está fortemente vinculada a um conceito que não privilegia a noção de promoção à saúde integralizada, após a abertura da temática para outras áreas do conhecimento já foi possível verificar alguns avanços que, para a autora, pode ser um exemplo de paradigma para a análise da concepção hermenêutica de saúde, "além disso, suscita a discussão de questões sociais relevantes: relação gênero e corpo e o processo de medicalização".

Segundo Bento (2006, p. 41), "as formulações sobre a pertinência de intervenções nos corpos ambíguos dos intersexos e dos transexuais terão como matriz comum à tese da heterossexualidade natural". Assim, a intersexualidade desafia a normalização da identidade, demanda considerar valores culturais e as determinações binárias que nos são impostas (CABRAL, 2001).

Para Cabral (2001) a intersexualidade não é uma doença, mas uma condição de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal. Neste sentido, entende Canguçu-Campinho(2012) que para as ciências sociais, a questão da criança com intersexo já não é tratada como uma patologia, mas como uma diversidade de sexo e gênero.

No âmbito do ativismo, já é possível constatar um surgimento de um movimento com o objetivo de discutir a lógica biomédica às pessoas intersexuais, com o objetivo de abolir protocolos e práticas patologizantes, efetivar a garantia os direitos humanos e abrir espaço para a diversidade corporal e de gênero (SUESS, 2014, p. 130). Esse autor ainda evidencia que:

[...] ante esta situación de limitación de los derechos ciudadanos, situaciones de patologización, discriminación y violenca, vulneración del derecho a La integridad personal y falta de autonomia em el procesos de toma de decisión clínica, a ló largo de lãs ultimas décadas han surgido movimentos y activismos trans e intersex com um discurso crítico sobre el modelo biomédico de La transexualidade e intersexualidad em diferentes partes del mundo, conuna creciente articulación a nível internaciona<sup>8</sup> (SUESS, 2014, p. 132).

.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Na crítica sobre a medicalização e normalização dos corpos destacamos a obra de Focault (1999), A história da sexualidade

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Que diante desta situação de limitação dos direitos humanos, situação de patologização, discriminação e violência, vulnerabilidade no direito de integridade física e falta de autonomia nos processos de tomada de decisão clínica, nas últimas décadas têm surgido um movimento ativista trans e intersex com um discurso crítico sobre o modelo biomédico da transexualidade e intersexualidade em diferentes partes do mundo com uma

Essa autora (id., p. 134) ainda reforça que diante de uma tradicional visão biomédica de teorização sobre os processos de gênero, bem como as conceituações de corpos que diferem da projeção binária de sexo e diante de uma situação de intersexualidade, emerge a necessidade do questionamento da construção biomédica imposta.

Nesse enfoque, a teoria entende que a intersexualidade é o símbolo da ruptura da lógica binária imposta pelo conhecimento biomédico (CABRAL; BENZYR, 2005). Pensamento ratificado por Machado (2009, p.37) para quem "os corpos intersex seguem mostrando a falência da norma que estabelece que existem dois- e apenas dois- sexos, gêneros".

### 5 Considerações Finais

A intersexualidade é um fator biológico em que não é possível definir o sexo biológico da pessoa, por existir características de ambos os sexos. O tratamento médico pode prolongarse por toda a existência da pessoa, tendo em alguns casos a necessidade da realização de cirurgias. As pessoas que nascem em situação de intersexo ainda precisam enfrentar o preconceito social e cultural, bem como a invisibilidade que ainda paira sobre o assunto no meio acadêmico e social.

Ao analisarmos as entrevistas com os familiares, foi possível perceber que, apesar da evolução das discussões bioéticas que mitigou o modelo da beneficência e deu lugar ao modelo da autonomia, na prática observa-se a prevalência da autoridade médica diante da necessidade de definição do sexo de criação da criança em situação de intersexo, que se justifica pelo histórico paternalismo na relação médico-paciente diante do conhecimento técnico científico.

Este estudo não tem a finalidade de exaurir o tema, até porque se trata de um processo evolutivo de mudança cultural, mas acredita-se que a pesquisa científica é responsável pela inovação e é através dela que se pode desmistificar e repensar os axiomas que encontram aceitação social absoluta, mas que não são rediscutidos a fim de verificar seu potencial para orientar ações na prática.

crescente articulação a nível nacional (tradução nossa).

Nesse cenário, é preciso investir em campanhas públicas educativas, para colocar o tema da intersexualidade na "pauta do dia", retirando-o da invisibilidade para que, dessa forma, através do conhecimento técnico, seja possível empoderar os responsáveis para que estes participem efetivamente do processo de definição do sexo de criação bem como, possam ter a sensibilidade de perceber os seus filhos/tutelados como sujeito primordial deste processo.

### 6 Referências

AGUIAR, M. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues (Coords.)..**Temas Relevantes do Direito Civil Contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil**. São Paulo: IDP, ATLAS, 2012.

AGUIAR, M. Respeito à autonomia do direito civil à bioética. In: DIDIER JR. Fredie, EHRHARDT JR, Marcos. **Revisitando a teoria do fato jurídico**. Homenagem à Marcos Bernardes de Mello. São Paulo: Saraiva, 2010.

AGUIAR, M. Modelos de Autonomia e sua (In)Compatibilidade com Sistema de Capacidade Civil No Ordenamento Positivo Brasileiro: Reflexões sobre a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. In: CONPEDI; UNICURITIBA. (Org.). **Modelos de autonomia e sua (in)compatibilidade com o sistema de capacidade civil no ordenamento positivo brasileiro**: reflexões sobre a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. 1ed. Florianópolis: FUNJAB, 2013, p. 208-222.

ARAÚJO, A. F. M. **Fundamentos de antropologia bioética**. São Paulo: Annablume, 2004.

AYRES, J.R.C. M. "Uma concepção hermenêutica de saúde". **Physis**, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&nrm=iso>Acesso em: 28 out. 2014

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BEH, H. G.; DIAMOND, M. David Reimer's legacy: limiting parental discretion. **Cardozo Journal of Law & Gender**, v. 12. 2005, p.5-30

BENTO, B. A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Garmond. Rio de Janeiro, 2006.

BORGES, R. C. B. **Direitos de personalidade e autonomia privada**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BORGES, R. C. B. Conexões entre direitos de personalidade e bioética. In: GOZZO, Débora; LIGEIRA, Wilson Ricardo (Orgs.). **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva,

2012.

BUESO, L. D. La garantia de La autonomia del paciente, **Revista de Bioetica y Derecho**. N. 24, mayo 2012, p.33-44.

CABRAL, M. Pensar la intersexualidad, hoy Dedicado a Mario Perelstein. In: MAFFIA,D.(Org.)"**Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero**". Editorial Feminar ia: Buenos Aires, Argentina 2003, p. 117-126.

CABRAL, M.; BENZUR, G. Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad, Cadernos **Pagu**, 2005, n. 24, p. 283-304.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Trad. Maria Thereza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio FB Leite. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CANGUÇU-CAMPINHO, A. K. F. **A construção dialógica da identidade em pessoas intersexuais**: O X e o Y da questão. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CANGUCU-CAMPINHO, A.K.; LIMA, I. M. S. O. **Dignidade da Criança em situação de intersexo**: orientação para família, Salvador, UFBA/UCSAL, 2014

CANGUÇU-CAMPINHO, A. K.; BASTOS, A. C. S. B.; LIMA, I. M. S. O. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, 2009.

CASTRO, M.; ELIAS, L. L. Causas raras de pseudo-hermafroditismo feminino: quando suspeitar? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo , v. 49, n. 1, Fev. 2005. Disponível em:

<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0004-27302005000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0004-27302005000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev 2015.

CELA-CONDE, C. J. Ética, diversidade e universalismo a herança de Darwin. In: CHANGEUX, J.P. **Uma ética para quantos**? Trad. Maria Dolores Prades Vianna, Waldo Mermelstein. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

COSTA, L. S. A invisibilidade da intersexualidade na saúde pública: reflexões a partir da inserção do psicólogo na saúde. 2012. Monografia. UniCEUB – Centro Universitário de Brasília. Psicólogo da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Lionço.

DAMIANI, D.; GUERRA-JUNIOR, G. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 6, Ago. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302007000600018&script=sci\_arttext >. Acesso em: 11 fev 2015.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R Deficiência, Direitos humanos e Justiça. **Sur**, Revista Internacional dos Direitos Humanos, São Paulo, v. 6, n. 11, dez. 2009.

FOUCAULT, M. **Os anornais** : curso no Collège de France (1974-1975). Trd. Eduardo Brandão. - São Paulo: Martin, Fontes. 2001. - (Coleção Tópicos).

FOUCAULT, M. A História da sexualidade I: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 13ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GUERRA-JUNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa T. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 5, nov. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0021-7557200700070010 >. Acesso em: 11 fev 2015.

GUIMARÃES-JÚNIOR, Á. R. Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de janeiro, 2014.

INTERSEX. **Public Statement by the Third International Intersex Forum**. Disponível em: <a href="http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex\_forum\_2013">http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex\_forum\_2013</a>>. Acesso em: 13 fev. 2915.

LUNA, F. Nuevas dimensiones para La bioética: antropolofia filosica y bioética. **Revista de bioética y derecho**. Numero 14- septiember 2008.pg. 10-17. Disponível em: <hr/>
<h

MACHADO, P. S. 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. (Org). **Antropologia e direitos humanos** 4. ABA, Nova Letra: Gráfica &Ed. Florianópolis, 2009, p.15-56.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIGEON, C. J.; WISNIEWSLI, A. B.; BROWN, T. R.; ROCK, J. A., MEYER-BAHLBURG, H.F.L; MONEY, J.; BERKOVITZ, G. D. 46, XY Intersex Individuals: Phenotypic and Etiologic Classification, Knowledge of Condition, and Satisfaction with Knowledge in Adulthood. Pediatrics. Official **Journal of the American Academy of Pediatrics**. 2002, vol.110, n° 3.

SILVA, I. N. et al. Os dilemas da definição sexual: como proceder com a criança nascida com graves alterações genitais? **Bioética**, 2011, v. 19, nº 1, p. 77-93.

SUESS, A. Cuestionamiento de dinâmicas de patologización y exclusión discursiva desde pespectivas trans e intersex, **Revista de Estudios Sociales**, N. 49, Bogotá, mayo-agosto de 2014 p. 128- 143.

SUTTER, M. J. **Determinação e mudança de sexo: aspectos médicos-legais**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan e editores associados Claudio Elias Kater et al, 2009.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência, **Bioética**, 2011, v. 19, n° 1, p. 105-117.