



NATUREZA E NORMA SOCIAL NAS CIRURGIAS GENITAIS EM CRIANÇAS INTERSEXUAIS: A PROPOSTA DE DIAMOND

Raquel Lima de Oliveira e Silva

Diamond sempre foi um problematizador da relação entre as noções de *norma* e *natureza*¹, crítico à teoria de John Money e ao itinerário terapêutico seguido usualmente pelo Johns Hopkins, baseou sua teoria sobre o caráter psicosexual flexível dos intersexuais em estudos desenvolvidos com outros mamíferos, sob a argumentação de que estes indivíduos seriam geneticamente ou endocrinologicamente desequilibrados². Apesar do reconhecimento do papel dos hormônios e da genética na determinação psicosexual dos indivíduos, Diamond não se considera um autor que acredita na base hormonal da identidade de gênero (Diamond, 2006), mas defende que a natureza e a norma culturalmente estabelecidas devem ser contempladas em interação para o entendimento do desenvolvimento sexual.

No âmbito do atendimento, Diamond, enquanto professor da Universidade de Louisville, Kentucky, conheceu pacientes que não se adaptaram tão bem quanto o exposto por Money ao sexo determinado. Os anos 70 e 80 trouxeram ainda mais interesse de médicos, psicólogos e sociólogos pela teoria de John Money. Publicações questionavam a assertividade da equipe do Johns Hopkins (Colapinto, 2006). Milton Diamond e John Money entraram em uma série de discordâncias teóricas, perbebidadas através de publicações e falas em congressos³. Logo, Mickey Diamond⁴ se tornou o principal rival acadêmico de John Money.

Na segunda metade da década de 90, Diamond procurou Brenda Reimer para saber o que teria acontecido com os famosos gêmeos idênticos de sexos diferentes e encontrou David Reimer, um homem depressivo, casado há algum tempo e absolutamente amargurado com a feminilidade imposta a ele na infância. Já professor da Universidade do Havaí, Milton Diamond publicou em parceria com Keith Sigmundson, um psiquiatra de Vittoria, Columbia Britânica e, inclusive, um dos médicos que acompanharam Branda Reimer na infância, o artigo *Sex Reassignment at Birth: Long*

¹ O par de oposição utilizado pelo autor nos textos originais é *nature* e *nurture* (2008)

² O autor utiliza o termo *imbalance* (Colapinto, 2006: 44)

³ Em relato para Colapinto (2006), Diamond descreve um encontro em 1973 em que, questionado sobre a ausência dos dados brutos dos casos dos gêmeos, Money foi agressivo: ‘I was sitting with some people over at one end of the room, and Money was sitting over in another part of the room with Anke Ehrhardt. All of a sudden he gets up and shouts at the top of his voice: ‘Mickey Diamond, I hate your fucking guts’ “. (Colapinto, 2006: 77)

⁴ Diamond assina suas publicações como Milton Diamond e seus emails pessoais como Mickey. Colapinto(2006) dá a entender que, no início de carreira, Diamond respondia por Mickey Diamond. Não encontrei qualquer referência que explique esse duplo nome.



*term Review and Clinical Implications*⁵, no *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, em que questionava o caso dos gêmeos, mostrando o resultado encontrado com a visita feita a David Reimer. A publicação causou certo reboiço na sociedade médica, colocando em cheque a teoria de Milton Diamond e a validade do caso dos gêmeos idênticos, até então publicado como um sucesso.

Diamond continua ativo nas publicações sobre redefinição sexual em intersexuais e transexuais, assim como dialoga com as categorias de *norma* e *natureza*. Fez parcerias com autores médicos, psicólogos e até mesmo juristas na problematização das questões de circundam a sexualidade. Foi em parceria, mais uma vez com Sigmundson, que foi escrito o *Management of Intersexuality*, documento aqui trabalhado com um manual médico para o manejo da intersexualidade.

Publicado também no *Archives of Pediatrics an Adolescent Medcine*, no mesmo ano que o *Sex Reassignment at Birth*, 1997, o guia tem como subtítulo *Guidelines for Dealing With Persons With Ambiguous Genitalia*⁶. As orientações são divididas em 25, problematizadas e explicadas didaticamente. O uso do imperativo e de estruturas que sugerem *conselhos* é claro: expressões como *is best; must be; convey*, além do imperativo em si, são recorrentes.

Em primeiro lugar, os autores condenam terminologias que remetam às idéias de distúrbio, desordem, doença ou, em contraste, de *normalidade*. Para substituir o uso de *normal*, são sugeridos termos como *mais freqüentes, típicos, usuais*. Evitar o uso de termos negativos, por sua vez, deve repousar sobre a noção de que as condições consideradas intersexuais são biologicamente inteligíveis, apesar de incomuns. Assim, o intersexo seria, sim, *normal*, porém *atípico* (Diamond & Sigmundson, 1997a).

A necessidade de busca por melhor entendimento da condição é frisada, é necessário um completo histórico médico e físico da criança de da família. A atenção para a inspeção genital ao nascimento também é destacada, sob a arfumentação de que muitos casos passam despercebidos. Ainda que se reconheça a importância da rapidez das deisões a serem tomadas, recomenda-se que seja levado o tempo necessário para que os itinerários terapêuticos sejam definidos com segurança. Muitos consideram a intersexualidade como uma emergência médica, mas o autores consideram que todas as dúvidas devem ser sanadas antes de qualquer determinação definitiva.

A sinceridade com os familiares durante todo o processo é considerada como crucial. Pais e responsáveis devem entender que a condição intersexual é uma variação sexual *natural*, apesar de

⁵ *Long term review* passa a idéia de uma teoria ou de resultados revisitados e novamente analisados depois de um grande epaço de tempo: eu traduziria como *um novo olhar depois de um longo tempo*.

⁶ Aqui traduzo como “Orientações para o tratamento de pessoas com genitália ambígua”



rara. Não é, portanto, desconhecida. A possibilidade de uma vida futura feliz e produtiva da criança deve ser exposta e a condição da criança não deve ser motivo de vergonha, apesar de não dever ser exposta displicentemente.

A determinação sexual deve ser baseada na natureza do diagnóstico e não na funcionalidade do falo. Os autores acreditam que o sistema nervoso é envolvido na sexualidade do adulto futuro, podendo ter influências genéticas. Ainda que a determinação social do sexo possa ser baseada no tamanho do falo, as interferências cirúrgicas devem aguardar uma maturidade de corpo e do indivíduo, de forma que ele mesmo possa decidir sobre suas características físicas.

Enquanto a definição sexual fica a critério dos médicos, a administração dos hospitais deve esperar a definição do nome para que seja liberado o registro. Para os casos em que a definição sexual é muito incerta, apesar de necessária, é interessante a adoção de nomes considerados neutros, que contemplem qualquer desejo futuro do paciente⁷.

Grandes cirurgias devem ser realizadas com propósitos exclusivamente funcionais, relacionados à manutenção da saúde física. Deve ser explicado a pais e reponsáveis que a aparência incomum da genitália na infância pode ser menor importante do que sua funcionalidade da vida adulta, em especial considerando a sensibilidade erótica genital. As decisões sobre cirurgias estéticas devem ter a participação consciente e madura do paciente. O uso prolongado de hormônios também deve ser submetido ao consentimento esclarecido dos intersexuais. Os autores baseiam essa orientação no fato de que pessoas que tiveram o sexo determinado medicamente expuseram o sentimento de não terem sido consultadas ou informadas sobre os efeitos do uso prolongado de esteróides. A possível malignização de estruturas disfuncionais, como testículos ou ovários atrofiados, não é clara para os autores. O acompanhamento cauteloso destas estruturas seriam, portanto, o ideal e evitaria a realização de cirurgias desnecessárias.

Dicas sobre como prever e lidar com situações sociais envolvendo outros familiares- avós e irmãos, por exemplo-babás, ou quaisquer outros indivíduos que possam questionar a aparência da genitália da criança. Situações que promovam este tipo de questionamento devem ser evitadas. Se acontecerem, no entanto, devem ser contornadas com respostas do tipo “é diferente, mas é normal. Quando ela/ele crescer, vai decidir com os médicos o que fazer a respeito”. Os médicos devem ser claros sobre as possibilidades da criança se desenvolver com uma personalidade mais ou menos masculinizada, expondo, inclusive o possível desejo futuro de mudança de sexo. A orientação sexual ou a identificação com o sexo determinado para o paciente não são consideradas pelos

⁷ Deve-se lembrar que esse tipo de orientação é mais facilmente seguida em lugares que não possuem línguas oficiais neo-latinas. Para o inglês, os autores sugerem Lee; Terry, Kim, Francis, Lynn, etc.)



autores como fruto da criação conduzida para as crianças. Ao contrário, são definidas pela interação entre as forças biológicas, psicológicas, sociais e culturais a que os intersexuais são submetidos.

Os pacientes devem ser especialmente orientados para lidar com situações desafiadoras vindas de familiares, colegas ou estranhos. É importante manter em mente que vão precisar de apoio e nem todos os pais serão compreensivos e funcionais na luta contra o preconceito social. A interação com colegas, em todas as fases da vida, pode ser cruel. Desta forma, os intersexuais devem ser fortalecidos e a interação considerada positiva deve ser facilitada e encorajada.

O acompanhamento psicológico através de terapia (*counseling*) estendida à família deve ser garantido, principalmente em determinadas fases: ao nascimento, por volta dos dois anos de idade, ao início da vida escolar, durante as mudanças resultantes da puberdade e duante toda a adolescência. Com o amadurecimento do paciente, as sessões devem ser individuais. Ainda que sejam indicadas épocas de vida em que o acompanhamento psicológico é considerado ainda mais importante, a possibilidade de atendimento deve ser garantida às demandas individuais do sujeito intersexual e/ou sua família. A terapia deve acompanhar o ritmo do itinerário terapêutico estabelecido. Não se pode evitar conversas francas sobre sexualidade, ausência ou presença de menstruação, possibilidades de fertilidade ou infertilidade. O terapeuta deve, ainda, prover esclarecimentos sobre contracepção e práticas sexuais seguras. Deve-se discutir possibilidades de experiências sexuais, sejam elas heterossexuais, homossexuais ou tendenciosas para o celibato. As impressões do paciente devem ser ouvidas e o psicólogo não deve demonstrar ressalvas ou julgamentos de valor. A adoção deve ser introduzida como uma forma legítima e não menos desejável de ter filhos. Segundo os autores, esses assuntos devem ser discutidos antes cedo do que tarde: conhecimento é poder e a melhor forma de capacitar os pacientes para estruturarem suas vidas de acordo com seus desejos e expectativas⁸.

O diálogo aberto e respeitoso entre familiares deve ser fomentado. É importante que os pais entendam as necessidades do filho e o paciente deve compreender as preocupações dos pais. Assim que possível, a família deve ser colocada em contato com um grupo de apoio. O contato entre pessoas que compartilham experiências pode ser um dos maiores provedores de encorajamento na trajetória pessoal de um indivíduo intersexual e sua família. Crianças intersexuais devem ser colocadas em contato, de forma e compartilharem seus sentimentos e vivências na ausência dos pais. Grupos de pais também são indicados, adultos também necessitam ter a possibilidade de expor seus sentimentos e receios.

⁸ “Do not obfuscate; knowledge is power, enabling the patients to structure their lives accordingly” (Diamond & Sigmundson, 1997a: 1048)



As inspeções genitais devem ser reduzidas ao mínimo necessário e sempre autorizadas pela criança. É importante que o paciente entenda que seu corpo e sua genitália lhe pertencem e apenas ele, não os médicos ou os pais, detem o controle sobre eles. Visitas de alunos e pesquisadores, assim como se qualquer outra pessoa, nas consultas devem ser autorizadas pelo próprio paciente, ainda que dependam também da liberação legal de seus responsáveis. Os autores indicam que os exames genitais, por si mesmos, já contituem uma grande fonte de trauma e desconforto a longo prazo.

A criança deve crescer e se desenvolver sem maiores intervenções que a forcem a se enquadrar no sexo definido, assim como a atuação médica deve ser restita ou mínimo indispensável. O paciente deve ser ouvido em todas as suas fases etárias e deve ter claro que a ajuda estará disponível sempre que necessária. Os médicos e outros profissionais atuantes no manejo clínico devem ser vistos como amigos e não como ditadores. Com a maturidade, alguns pacientes podem se identificar com a noção de *intersexual*, outros podem se identificar, ou não, com o sexo determinado. A adoção da categoria identitária de *intersexo* não exclui a auto-identificação enquanto homem ou mulher. As questões identitárias devem ser discutidas abertamente como plásticas e adaptáveis à auto-imagem.

Com a aproximação da puberdade, assuntos relacionados às possibilidades cirúrgicas e endocrinológicas devem ser introduzidos. As escolhas devem ser propriamente orientadas, assim como expostos os prós e contras dos tratamentos disponíveis. Os fatores conectados à sensibilidade genital têm que ser levados em consideração, assim como apresentadas possibilidades de práticas sexuais que não sejam referentes apenas ao coito heterossexual, ou seja, à capacidade penetrante ou penetrável dos corpos. Qualquer decisão deve ser tomada com base em um conhecimento claro das expectativas individuais do paciente e das promessas de sucesso das técnicas selecionadas. A maioria dos pacientes indica seus desejos relativos aos tratamentos entre os 10 e os 15 anos de idade, entretanto pode ser interessante esperar o amadurecimento do entendimento sobre as consequências das escolhas possíveis, especialmente relativas à sensibilidade genital. O contato com pessoas que tenham passado pelo procedimento cirúrgico e/ou endocrinológico escolhido é aconselhado.

Segundo os autores, a maioria dos quadros relativos à intersexualidade podem permanecer sem qualquer cirurgia. Mulheres com clotóris hipertrofiado podem ser sexualmente felizes, assim como seus parceiros ou parceiras. Mulheres com canais vaginais atrofiados podem fazer uso de dilataadores para permitir o coito ou optar por práticas sexuais que não contemplem a penetração. Homens com hipospádia podem ter de urinar sentados, mas sua grande maioria tem as funções



sexuais preservadas independente de cirurgias corretivas. Algumas pessoas com micro-pênis podem satisfazer seus parceiros e ser pais sem intervenções medicamentosas. Se a mudança de sexo social/gênero for considerada, os autores recomendam um período de teste em que o paciente viva de acordo com o sexo desejado antes realizar qualquer procedimento cirúrgico.

Os exames, prontuários e arquivos referentes à terapia devem ser guardados, formando um histórico médico disponível para qualquer demanda futura. Avaliações a longo prazo devem ser feitas, assim como disponibilizado o atendimento psicológico sempre que necessário. Por fim, os profissionais atuantes nos tratamentos devem ser considerados autoridades em prover informações e conselhos, mas não autoritários em suas ações (orientação 25).

A proposta de manejo clínico de Milton Diamond, exposta aqui através das principais idéias contida em seu guia publicado em parceria com Keith Sigmundson é baseada na teoria de que as forças da *norma* e da *natureza*⁹ se combinam na determinação da sexualidade dos indivíduos e em suas personalidades. Estudos neurológicos e endocrinológicos embasam sua crença em características inatas, e possivelmente imperceptíveis ou imensuráveis, que poderiam influenciar na adaptação dos sujeitos a seus sexos, sejam de nascimento, sejam terapeuticamente construídos. As inúmeras possibilidades de cruzamento de categorias como personalidade, identidade de gênero, orientação sexual em vários papéis sociais fariam dos resultados dos manejos clínicos voltados para a intersexualidade possivelmente imprevisíveis. Desta forma, a melhor maneira apontada pelo autor de conduzir o crescimento saudável das crianças intersexuais é o acesso à informação livre de censura de julgamentos morais com base nos valores heteronormativos. O empoderamento dos pacientes para a tomada segura de decisões e o combate ao preconceito social deve ser garantida pelo *aconselhamento*, provido pelo acompanhamento psicológico especializado. As intervenções físicas devem ser autorizadas pelo paciente, que deve ter noção de que é o único responsável pelo controle do próprio corpo.

Dois grandes mal-entendidos são frequentes na interpretação da proposta de Diamond. Em primeiro lugar, ele é comumente visto como um pesquisador que acredita na determinação hormonal da identidade de gênero. Ao contrário, Diamond defende que o comportamento é determinado por fatores pré-natais e pós-natais, sendo uma combinação entre características inatas e influências do meio. Em segundo lugar, muitos sugerem que Diamond acredita na espera para que o paciente defina o próprio sexo, interpretação absolutamente errônea, uma vez que o autor reconhece a necessidade de uma definição sexual mais rápida possível, mas acredita que o paciente deve optar

⁹ *Nature e nurture*



pela realização ou não de cirurgias estéticas e tratamentos hormonais ostensivos, ou seja: o indivíduo deve determinar os caminhos de seu próprio corpo.

Esta abordagem permite uma ressignificação da intersexualidade, não enquanto patologia, mas enquanto variação natural do sexo. A norma e o meio são contemplados na determinação da identidade sexual, mas a conduta não é aplicada ao itinerário terapêutico, pelo contrário, as experiências devem ser vividas de acordo com a vontade e a identificação do sujeito. Os padrões heteronormativos dão lugar a uma sexualidade plástica, descolada da reprodução humana, esta última em caráter socialmente estabelecido, abre as portas para a adoção como método legítimo de aquisição de filhos. Tem-se, portanto, a quebra médica da tríade *sexo-gênero-desejo/sexualidade*.

Referências:

ALVES, Elaine; TUBINO, Paulo. *Pediatria Cirúrgica*. Brasília: Editora UnB, 2003.

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Diamond, M. and H. K. Sigmundson. "Sex Reassignment at Birth: Long Term Review and Clinical Implications." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 151 (March, 1997): 298-304.

DIAMOND, M & SINGMUNDSON, H. K. (1997-b) Management of intersexuality: guidelines for dealing with people with ambiguous genitalia. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151.

Diamond, M. "Pediatric Management of Ambiguous and Traumatized Genitalia." *The Journal of Urology* 162 (1999): 1020-1028.

Diamond, M. "Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different." *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 7(3) (Special Issue, July, (2002): 320-334.

Diamond, M. "Sex, Gender, and Identity Over the Years: A Changing Perspective" in *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Sex and Gender*, editors, M. Diamond and A. Yates. 13 (2004): 591-607.

GUERRA; GUERRA Jr. Menino ou menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo. São Paulo: Manole, 2002

MONEY, J, & EHRHARDT, A . *Man and Woman, Boy and Girl: differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972.

SANTOS, Moara. *Desenvolvimento da identidade de gênero em crianças com diagnóstico de intersexo: casos específicos de hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo masculino e feminino*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 2000.