

Os dilemas da definição sexual: como proceder com a criança nascida com graves alterações genitais?

Ivani Novato Silva
Joaquim Antônio César Mota
Edson Samesima Tatsuo
Clécio Piçarro
Eugênia Ribeiro Valadares
Ana Cristina de Carvalho Fernández
Ana Amélia O. Reis de Paula
Daniela de Freitas Marques
Fátima Oliveira

Resumo O nascimento de uma criança, habitualmente um evento festivo, pode se transformar em grande sofrimento quando a mesma apresenta alterações genitais que inviabilizam a imediata atribuição do sexo social e de criação. Algumas vezes, crianças do sexo masculino com alterações anatômicas graves e a impossibilidade de construção cirúrgica de um pênis são, fenotipicamente, transformadas em mulheres, conduta que vem sendo questionada, especialmente, por membros da sociedade civil. A partir de um caso concreto em recém-nascido com o diagnóstico de extrofia de cloaca, as dificuldades e questionamentos éticos que envolvem as decisões para a definição do gênero são discutidos, neste artigo, sob o ponto de vista de vários especialistas, envolvidos direta ou indiretamente na abordagem dessas crianças.

Palavras-chave: Anormalidades congênitas. Genitália. Criança. Identidade de gênero.

Na maioria dos casos, crianças do sexo masculino com alterações anatômicas significativas da região genital, que inviabilizam a construção cirúrgica de um pênis, são fenotipicamente transformadas em mulheres. Progressivamente, essa posição vem sendo criticada, inclusive por associações civis de pessoas com intersexo. Ao lado de argumentos como a necessidade de definir precocemente o sexo social e psicológico, surgem outros tais como: por que para a definição do sexo é necessário haver órgãos sexuais externos definidos?

Uma criança geneticamente masculina (46,XY), mas sem falo, encaminhada a um serviço de atenção terciária, colocou os profissionais de saúde frente a um dilema: o que fazer? Transformá-la, anatomicamente, em menina, ou preservar suas gônadas masculinas?

O recém-nascido de sexo masculino, geneticamente definido (cariótipo 46,XY), nasceu a termo de parto normal. Apresentou malformação congênita grave da área genital, com testículos normais, mas ausência de falo e outras

Ivani Novato Silva

Pediatra, graduada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), doutora em Endocrinologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), professora associada do Departamento de Pediatria da FM-UFMG e coordenadora da Divisão de Endocrinologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Brasil

Joaquim Antônio César Mota

Pediatra, graduado e doutor em Pediatria pela FM-UFMG, professor associado do Departamento de Pediatria da FM-UFMG e pediatra do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Brasil

Edson Samesima Tatsuo

Cirurgião pediátrico, graduado e doutor em Cirurgia pela FM-UFMG, professor associado do Departamento de Cirurgia da FM-UFMG e coordenador do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Brasil

malformações do sistema renal e gastrointestinal, compatíveis com o diagnóstico de *extrofia de cloaca*, quadro muito raro. Foram realizados os procedimentos clínicos e cirúrgicos necessários, mas o problema adicional era a definição do sexo da criança. Em reunião dos profissionais responsáveis com a família ficou definido, atendendo à decisão familiar, que a criança seria criada no sexo feminino. Fez-se necessário que sua mãe, adolescente de 16 anos, tomasse todas as decisões assistida pelos responsáveis legais, sendo então enviado um documento médico ao cartório para que a criança fosse registrada como menina.

Dois aspectos dessa situação clínica motivaram a apresentação deste artigo. Primeiro, quanto mais complexa a situação mais necessária é a participação de profissionais de formações diferentes, com olhares diversos, para escolher junto com a família a alternativa a ser buscada. Segundo, que uma das funções da ética é perguntar sempre, buscar no usual algo insólito, questionar o estabelecido. Como diz um texto do dramaturgo alemão Brecht: *Não diga nunca, isso é natural. Sinta-se perplexo ante o cotidiano. Sob o familiar, descubra o insólito. Sob o cotidiano, desvele o inexplicável. Que tudo que é considerado habitual, provoque inquietação. Na regra, descubra o abuso.* Procurar o insólito, inquietar-se ante o cotidiano e não considerar nada do ser humano como determinado pela natureza constituem o cerne da reflexão ética – que só é ética se for plural.

Ponto de vista do pediatra

Um recém-nascido a termo de parto normal, com pré-natal e parto sem intercorrências, apresentou ao nascimento malformação congênita compatível com o diagnóstico de extrofia de cloaca: extrofia de hemibexigas, ureteres exteriorizados bilateralmente, ânus imperfurado, prolapso ileal, onfalocele, bolsa escrotal bilateral com testículo palpável à esquerda, falo rudimentar bífido mais visível à esquerda e alargamento de sínfise púbica. Seu cariótipo é 46 XY e sua



Clécio Piçarro

Cirurgião pediátrico, graduado e doutor em Cirurgia pela FM-UFMG, professor adjunto do Departamento de Cirurgia da FM-UFMG e membro do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Brasil



Eugênia Ribeiro Valadares

Pediatra, geneticista, graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG), doutora em Medicina pela Johannes Gutenberg Universitaet Mainz, Alemanha, professora associada do Departamento de Propedêutica Complementar da FM-UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

dosagem de testosterona basal, 183 ng/dL (valor de referência para recém-nascidos masculinos: 75 a 400 ng/dL). Foram realizadas a correção de onfalocele, o fechamento da placa vesical, uma enteroanastomose e uma colostomia.

A extrofia de cloaca clássica consiste da presença de onfalocele, ânus imperfurado, extrofia de duas hemibexigas, entre as quais se prolapsa o íleo terminal, e genitália ambígua. Pode se associar, ainda, diástase púbica, má-formações renais e de coluna vertebral. Trata-se da má-formação mais grave da parede abdominal inferior, com incidência de 1:200.000 a 1:400.000 nascimentos¹. Devido à presença de falo muito rudimentar e a impossibilidade, até o momento, de realizar uma reconstrução peniana, discute-se as possibilidades de definição de sexo fenotípico para a criança: masculino, porém sem pênis; ou feminino, após gonadectomia e construção futura de uma vagina.

O tratamento é longo, consistindo em vários procedimentos cirúrgicos². As principais etapas são: colostomia/ileostomia, vesicostomia e correção de onfalocele (ao nascimento); tentar tornar a criança continente fecal e urinária (idade pré-escolar); construção ou aumento da vagina (adolescência). A continência urinária é obtida em grande parte das crianças. A continência fecal é mais difícil, sendo necessária, muitas vezes, a colostomia/ileostomia definitiva.

As três maiores casuísticas mundiais publicadas perfazem o total de 112 crianças, sendo 54 do sexo masculino, dos quais 43 foram castrados e transformados, fenotipicamente, em mulheres. Apesar da opção por castração na grande maioria dos casos, recentemente este procedimento tem sido questionado pois, frequentemente, os pacientes mantêm comportamento masculino¹⁻³.

Mantendo-se a criança no sexo masculino, se preserva sua fertilidade, não interferindo na natureza biológica e hormonal (testosterona) que já atuam desde a vida intrauteri-

**Ana Cristina de Carvalho
Fernández**

Médica especialista em Pediatria, graduada pela FM-UFMG, médica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Ana Amélia O. Reis de Paula

Psicóloga, graduada em Psicologia pela UFMG, membro do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas/UFMG, Belo Horizonte, Brasil



Daniela de Freitas Marques

Graduada em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais, doutora em Ciências Penais pela Faculdade de Direito da UFMG, professora adjunta do Departamento de Direito e Processo Penal da UFMG. Juíza de Direito da Justiça Militar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Fátima Oliveira

Feminista, médica, graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

na. Mas esta pessoa se verá como homem frente à sociedade, não tendo pênis? Optando-se pelo sexo feminino, com a realização de gonadectomia precoce, construção de uma vagina e reposição de hormônio feminino a partir da puberdade, surgem novos questionamentos. Esta opção elimina a capacidade reprodutiva do indivíduo. O comportamento dessa *nova mulher* seria ditado pelo *imprinting* da testosterona presente no período pré e pós-natal ou pelos fatores do ambiente familiar e social?

A literatura relata que a maioria das crianças do sexo masculino transformadas em mulheres apresenta comportamento masculino na fase escolar². Outra observação é que crianças do sexo masculino que não apresentam pênis de tamanho e/ou função adequada são insatisfeitas, tendo sido relatado, inclusive, suicídio^{2,3}.

Ponto de vista do cirurgião

A extrofia de cloaca é uma anomalia rara, inicialmente descrita por Littre em 1709¹. Cerca de pouco mais da metade dos pacientes são geneticamente do sexo masculino, apresentando testículos no escroto ou criptorquia. É característica a presença de um hemipênis rudimentar de cada lado, geralmente inadequados para uma reconstrução fálica satisfatória. Recém-nascidos com extrofia de cloaca do sexo feminino geralmente têm uma vagina de cada lado.

A sobrevida dos recém-nascidos portadores desta malformação era incomum no passado, quando era considerada doença mórbida terminal, com reduzida esperança de sobrevida e sem perspectivas de se conseguir padrões mínimos de qualidade de vida para esses pacientes, mesmo após tratamentos de reconstrução anatômica adequadamente conduzidos. Em 1960, Rickham relatou o primeiro tratamento com sobrevida do paciente⁴. Entretanto, a mortalidade pós-operatória continuou elevada, só havendo melho-

ra considerável dos resultados a partir de 1980^{1,4}. Atualmente, a taxa de sobrevivência, relatada em algumas casuísticas internacionais, chega a atingir quase 100% dos casos¹.

Apesar da sensível melhora dos resultados alcançados na atualidade, ainda existem muitos desafios e controvérsias na condução do tratamento desses pacientes. Devido à própria natureza complexa da malformação, que atinge múltiplas estruturas do organismo, o tratamento também é complexo, com múltiplas cirurgias reconstrutoras que, por consequência, implicam em diversas hospitalizações do paciente. Para alcançar o objetivo de uma cirurgia bem-sucedida é fundamental que os familiares tenham compreensão real e completa do problema, o que exige dos profissionais de saúde paciência, perspicácia e sensibilidade para orientar e esclarecer suas tormentosas e aflitivas dúvidas. Essa abordagem deve ser multidisciplinar, envolvendo uma equipe de profissionais de saúde qualificada e especializada.

Em toda malformação na qual se evidencia genitália ambígua é imprescindível a avaliação criteriosa dos seguintes aspectos: definição adequada do sexo, indicação da cirurgia genital e esclarecimento aos familiares. Cada um desses aspectos deve ser encarado como um processo, e não algo realizado pontualmente.

A definição adequada do sexo da criança deve ser realizada o mais precocemente possível, pois essa identidade pode reduzir a ansiedade e angústia dos pais. É evidente que aspectos culturais e sociais exercem papel relevante nesse contexto, especialmente numa socieda-

de heterossexual focada no caráter reprodutivo (essencial para a sobrevivência do indivíduo) e na aparência externa da genitália.

Geralmente, o recém-nascido do sexo masculino com extrofia de cloaca tem um hemipênis rudimentar de cada lado. Devido às reduzidas dimensões e a ampla distância entre essas partes, na grande maioria dos casos a reconstrução de um falo adequado é extremamente difícil, ou mesmo impossível, para as condições técnicas atuais. Recentemente, têm sido descritas técnicas de reconstrução fállica, unindo os dois hemipênis⁵. Porém, ainda não existem avaliações funcionais confiáveis do real valor desse procedimento. Por essa razão, a maioria dos cirurgiões que trata desta rara malformação prefere optar pela orquiectomia e adaptação precoce dessas crianças para o sexo feminino.

Historicamente, a preferência de transformação para o sexo feminino era consensual na literatura médica. Porém, estudos mais recentes têm enfatizado evidências de efeitos de hormônios androgênicos na diferenciação sexual do cérebro na fase pré-natal. Tal fato parece explicar, em parte, a inadequada transição e adaptação para o sexo feminino, de alguns pacientes geneticamente masculinos. Estes retêm um *imprint* masculino em seus corpos, hábitos e comportamentos sociais, e não conseguem atingir uma adaptação confortável. Da mesma forma, há relatos de pacientes submetidos à reconstrução peniana, criados como meninos, porém extremamente insatisfeitos com a inadequação de seus pênis a partir da puberdade.

Além da dificuldade (ou impossibilidade) de reconstrução peniana adequada, existem ainda outros desafios cirúrgicos no tratamento de pacientes com extrofia de cloaca, relacionados com a incontinência urinária e fecal após o reparo cirúrgico, decorrentes da ausência de boa musculatura esfíncteriana local. A maioria desses pacientes necessita de procedimentos cirúrgicos de derivação urinária continente, para cateterismo vesical intermitente, ou estoma fecal permanente ou derivação fecal para uso de clister intestinal. Tais procedimentos têm trazido maior conforto aos pacientes, mantendo-os secos sem uso diário de fraldas e com melhora da qualidade de vida. A reconstrução da vagina, em crianças geneticamente masculinas, é feita quando for conveniente, ou então no início da adolescência.

Na maioria dos casos geneticamente masculinos, a transformação para o sexo feminino parece ser ainda a melhor opção. Entretanto, essa decisão permanece difícil, devendo-se avaliar as particularidades de cada caso, em conjunto e com o consentimento da família após os esclarecimentos necessários. Nesse aspecto, é extremamente importante transmitir aos familiares, em linguagem acessível, todas as informações importantes para que possam compreender a proposta terapêutica a ser definida e implementada subsequentemente. É fundamental esclarecer que a decisão tomada, qualquer que seja, pode não produzir os resultados desejados, pois não há ainda, em termos técnicos, solução consensual para o problema.

Na verdade, persistem até hoje muitos aspectos controversos, não tendo sido encontrada a

solução para este dilema. As opiniões são diferentes e muitas vezes conflitantes, mesmo entre os centros mais especializados no tratamento desta malformação. A perspectiva é de que alterações de estratégia terapêutica continuarão ocorrendo à medida que se introduzam novos avanços técnico-cirúrgicos para a reconstrução de pênis, se aprofundem os conhecimentos sobre a etiofisiopatologia da doença e se acumulem mais experiências com o seguimento biopsicossocial dos pacientes a longo prazo.

Ponto de vista da endocrinologista e da psicóloga

Uma das situações de manuseio mais difícil na área de endocrinologia pediátrica é a genitália ambígua (GA), não somente porque são vários os diagnósticos do ponto de vista médico, mas, principalmente, devido ao componente emocional envolvido.

É incontestável que a primeira pergunta feita após o festivo acontecimento do nascimento de um bebê seja: *é menino ou menina?* É essa é uma das razões que tornam o nascimento de uma criança com GA uma situação de *emergência*. A família precisa dessa resposta. Necessita inserir essa criança na sociedade e ser *cidadão* implica em ter o sexo social definido. Estamos, portanto, frente ao dilema de decidir, com a ajuda da família, o que será melhor para aquela criança no futuro.

Considerando todos os lados do problema, a influência sobre a decisão familiar é grande: somos os detentores do *conhecimento* sobre

algumas das possibilidades futuras para aquela criança. O dilema se materializa no caso de um recém-nascido de sexo masculino, geneticamente definido, testículos normais e malformação da área genital com ausência de falo. À luz do conhecimento e técnicas cirúrgicas atuais é considerado praticamente impossível que a reconstrução do falo permita adequada função sexual masculina para essa criança, no futuro. E no futuro, isso será possível? Motivo de discussão é, portanto, a consideração de que o correto seria deixar que a própria criança decidisse, quando fosse capaz, o que seria melhor para ela. Mas como deixar uma criança chegar à adolescência *sem nome* e sem um lugar definido entre as outras crianças?

Em paralelo, nos últimos anos há evidências cada vez mais fortes de que a exposição intrauterina do feto a elevadas concentrações de androgênios como a testosterona, secretada pelos testículos fetais desde a 9^a-10^a semana gestacional, deixaria *marcas* no sistema nervoso que poderiam ser responsáveis por comportamento masculino após o nascimento ⁶. Como saber, assim, qual a parcela de responsabilidade dessas possíveis *marcas* e das atitudes da família em relação a essa criança?

Quando se procura respaldo da literatura científica observa-se que o comportamento de indivíduos adultos que tiveram definição sexual nessas circunstâncias é bastante variado: alguns se adaptam perfeitamente ao sexo que lhe foi atribuído, outros se rebelam e às vezes demandam redefinição ^{7,8}. Não há, portanto, uniformidade nos achados. Observações feitas a partir da avaliação desses indivíduos mos-

tram que o grau de desinformação a respeito de seu problema pode ser muito grande: 50% não se consideravam informados, em estudo realizado na Johns Hopkins University, publicado em 2003 ⁹.

Ante tantas incertezas, como responder às indagações que surgem ao se discutir o problema da genitália ambígua? O que é ser homem? O que é ser mulher? Até que ponto os pais têm o direito de decidir o sexo de seu filho? O médico deve intervir com a cirurgia, ou qualquer outro procedimento, definindo o sexo? Deve-se deixar essa decisão para mais tarde, quando o próprio paciente poderá fazer sua escolha? Que outros problemas de ordem psicossocial poderiam ser ocasionados pela indefinição do sexo?

Essas perguntas nos remetem a outras questões fundamentais e que podem orientar as possíveis respostas: como uma criança se constitui? A partir de quê e de que maneira? Como a questão do sexo se apresenta para uma criança? Temos indicações importantes a partir do estudo de Freud, no texto *Projeto para uma psicologia científica* ¹⁰. Neste trabalho, Freud afirma que o bebê, ao nascer, encontra-se em situação de desamparo. necessita de um outro experiente, que responda às suas necessidades básicas. Isto diferencia o bebê humano dos outros animais. Essa dependência fundamental da mãe, que interpreta para o bebê o que ele necessita, já o distancia do estado natural, instintivo, lançando-o em outro campo, que Freud vai chamar de *pulsão*. O conceito de *pulsão* por ele formulado se opõe ao de *instinto*. O que significa

dizer que tudo o que chega ao bebê será mediado pela interpretação do que a mãe faz, estando aí implicados sua significação, seu desejo. Assim, a mãe ou quem ocupe este lugar já está, desde o início, implicada na constituição do pequeno bebê.

Uma vez estabelecido este laço, a criança passa a dirigir suas demandas ao outro, supondo que este possui um saber sobre ela. O *outro primordial* passa a ser para a criança um lugar privilegiado para endereçar o saber: para a criança é a mãe. Em se tratando da diferenciação sexual, sabemos que não é diferente. A criança terá de, para além da observação da anatomia, *significantar*; ou como comenta Zaidel, *além das determinações biológicas, se trata da implicação subjetiva do sexo, que seria a assunção. Esta assunção proposta por Lacan é bem diferente do que se chama “sair do armário”, lançado nos EUA, como a “transformação psicológica do self”, mas o que Lacan denominou de “sexuação”; que é por um lado inscrever-se em relação ao significante e por outro, trata-se também de um assunto do corpo. Ou seja: a significantização é, então, o encontro do corpo e o significante. Opera em dois registros: primeiro permite significar a diferença evidente dos sexos a partir da observação; a presença ou ausência dos caracteres sexuais primários e secundários está determinada pela imagem prevalente do falo, que permite nomear o corpo enquanto corpo sexuado. Segundo, como todo significante, o falo produz uma significação, a partir da qual ser homem ou mulher quer dizer algo, ainda que não se saiba o que.*

Portanto, parece equivocado pensar que a escolha do sexo possa ser definida tardiamente – talvez na adolescência –, a partir do entendimento de que o sujeito seria capaz de tomar sua decisão a despeito de tudo o que viveu anteriormente. O que se sabe, ao contrário, é que a decisão que o sujeito faz ao eleger seu sexo foi construída desde cedo e está intimamente relacionada à sua história, às relações que estabeleceu com o outro primordial, a partir do qual se constituiu¹¹. Assim, se o médico intervém ou não, isto também fará parte da história do sujeito, diante da qual ele deverá se posicionar. A intervenção médica será importante se puder contribuir para que o sofrimento desse sujeito seja minimizado, ou à medida que favorecer sua inserção social.

Finalmente, é importante salientar que a criança nasce em determinada época, país, família, sociedade, com uma raça e condição econômica específicas, que condicionam situações que ela não escolheu, pois já determinadas e anteriores a seu nascimento. Essas determinações são situações contingenciais que farão parte da existência deste sujeito e diante das quais deverá se posicionar.

Ponto de vista da jurista

Oh! Paisagens minhas de antanho... Velhas, velhas... Nem vivem mais... A lírica de Cecília Meireles poderia ser aplicada ao sistema jurídico que, em sua estrutura hierática e hierarquizada, apega-se às imutabilidades – quer em razão da buscada e simbólica segurança social, quer em razão das mudanças e das transformações relativamente lentas de outrora. Ao

contrário, os novos espectros das escolhas éticas e morais acarretados pelo crescente conhecimento científico demonstram o descompasso das condutas prescritas e proibidas no sistema jurídico com o mundo da vida.

As normas jurídicas disciplinam a realidade corrente e comum – *id quod plerumque accidit*: “aquilo que normalmente acontece”. Por essa razão ou a despeito dela mesma, os *vazios normativos* são frequentes no sistema jurídico, em vista da árdua compatibilização entre a ética, a moral e o direito. Além do mais, no sistema jurídico há que se atender não apenas ao valor da *regra*, mas também ao da exceção. Compreende-se imediatamente a importância da exceção no campo do direito, posto que este governa a conduta dos homens, e cada homem é, na verdade, uma exceção. Se o direito é um instrumento da justiça, nem a técnica nem a ciência bastam para saber manejá-lo.

No estudo do caso em questão, as normas jurídicas nada dispõem, nada prescrevem, nada ordenam. Na verdade, trata-se, na perspectiva carneluttiana¹², de uma *exceção*, cuja pedra de toque é a *dignidade da própria criança*: de lhe ser atribuída toda a plenitude de garantias por sua *unidade, irrepitibilidade e individualidade* perseguindo a sua realização pessoal na infância, na juventude, na vida adulta, na maturidade e na velhice. Por conseguinte, toda a estrutura principiológica e normativa com a qual se trabalhará centra-se na perspectiva de que todas as respostas são falíveis e humanas. Outrora, Henrique Vaz escreveu que *o fio condutor de nosso itinerário foi o*

*que denominamos o motivo antropológico*¹³. Hoje, repita-se com ele, o fio condutor do nosso itinerário é a saúde da criança.

Tomando-se uma das pontas desse fio nos deparamos com a família da criança e a questão que envolve o consentimento livre e esclarecido. Todo o procedimento adotado pelos profissionais de saúde deve fundamentar-se, primordialmente, na compreensão, no apoio e no consentimento *livre e esclarecido* da família. Vale lembrar que, neste caso específico, a mãe da criança, solteira e com apenas 16 anos de idade, deve tomar todas as decisões assistida pelos responsáveis legais, conforme o disposto no art. 4º, inciso I, do Código Civil brasileiro [*Os maiores de 16 e menores de 18 anos*]¹⁴. Em razão da excepcionalidade e da especificidade da situação, faz-se necessária autorização judicial. Na verdade, a autorização judicial constitui respaldo e garantia, seja em relação à equipe profissional envolvida, seja em relação à família da criança ou em relação à própria criança, porque, ao fim e ao cabo, *o juiz diz o direito que é* (o conceito nem é original, nem novo no sistema jurídico: a assertiva é corrente no direito anglo-saxônico).

A definição do sexo e as necessárias e diversas intervenções cirúrgicas, inclusive envolvendo a mutilação do falo rudimentar da criança, demonstram a necessidade de amplo acompanhamento e de profundas discussões, em razão de fundamentar a definição sexual quanto a ser *homem ou mulher*. Tanto na vida cotidiana quanto no *cosmos* jurídico, a definição sexual é sempre dual: o gênero ou é *masculino* ou *feminino*. No fundo cristão-helenístico, base

de toda a civilização ocidental, vê-se que a perspectiva da dualidade de sexo reside no conjunto de mitos, lendas e narrativas sobre a criação, inclusive em relatos bíblicos.

Por ora, estabelecem-se distinções entre a *definição sexual*, *identidade sexual* e *orientação sexual*. A *definição sexual* ou *definição de sexo* é a situação de pertinência ao gênero: masculino ou feminino. Por conseguinte, dessa definição primeira decorrem, dentre outros, o direito ao nome, a igualdade de direitos entre homens e mulheres e as prerrogativas constitucionais em relação às mulheres, as diferenciações de tratamento de gênero em relação às normas penais.

A *identidade sexual* é a visão da pessoa sobre si mesma – como *homem* ou como *mulher* –, independentemente da imagem refletida no espelho, do gênero da pessoa ou, inclusive, da própria situação que lhe é atribuída pelo sistema jurídico. Por fim, a *orientação sexual* é a inclinação afetiva e sexual *pelos iguais* – homossexualismo masculino ou feminino – ou *pelos diferentes* – heterossexualismo. Na verdade, a orientação sexual é resguardada por um sistema jurídico justo que, em hipótese alguma, poderá condenar a inclinação afetiva e que nunca poderá intervir na expressão livre e consciente do desejo de pessoas autônomas. A orientação sexual é considerada a pedra de toque para a formação da personalidade e das posturas pessoais assumidas ante a vida.

A escolha por uma definição sexual incumbirá a outrem: *família*, *equipe médica*, *função judiciária*. Apesar da inegável falibilidade e incerteza próprias da vida humana, essa escolha

deverá ser feita tão logo quanto possível. A alternativa, necessariamente, irá contemplar ou a possibilidade de crescimento de uma pessoa do sexo masculino com falo rudimentar, que em linguagem comum seria *um homem sem pênis* ou *com o pênis diminuto*, ou a mutilação do falo rudimentar e a conseqüente definição *aparente* do sexo feminino. No caso de definição sexual – optando-se pela intervenção cirúrgica em favor do sexo feminino – poderia ser aplicado, com as devidas proporções, o mesmo raciocínio e fundamentação da *cirurgia de mudança de sexo*.

As conseqüências do *deixar de escolher* seriam desastrosas para a dignidade da própria criança – sadia formação psíquica e social – e, inclusive, ela seria submetida aos *etiquetamentos* e às *rotulações* do próprio sistema jurídico, o qual, por sua veia assaz formalística, poderia constituir-se como fonte reflexa de vexames em sua vida futura. Evidentemente, mesmo tomados todos os cuidados para a definição sexual da criança, não existe indevidade alguma de inexistência de conflitos em seu futuro: a alma humana, por si só, é labirinto inextrincável. Vezes haverá em que os caminhos da alma serão claros e retos; outras, serão meandros escuros e tortuosos e, àquele que se perdeu, resta dizer: *não sinto o espaço que encerro. Nem as linhas que projeto: se me olho a um espelho, erro. Não me acho no que projeto* ¹⁵.

Quanto ao direito à definição de sexo, a Resolução 1.664/03 do Conselho Federal de Medicina (CFM) ¹⁶ poderia ser aplicada em relação às orientações e diretivas a serem adotadas

pelos profissionais de saúde envolvidos no caso. Na verdade, o direito à saúde da criança concerne à definição sexual prematura, *definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil*, para que lhe seja assegurado o gênero aparente, tão importante para a sua inserção na vida social. Nesse primeiro momento, a definição de sexo implica na *identidade jurídica* da criança e, necessariamente, importará na visão futura sobre si mesma.

No tortuoso caminho das normas jurídicas, os marcos fundamentais são a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, respectivamente consagrados no art. 1º, inciso III, e no art. 196, ambos da Constituição de 1988¹⁷. Escolhida a intervenção cirúrgica mutiladora, ela será lícita no sistema jurídico, em razão da intenção e do ânimo que a orientam – intenção terapêutica e o ânimo de curar e cuidar da criança.

A argumentação jurídico-penal para esse tipo de caso é abundante: *adequação social*, conforme a primitiva acepção de Hans Welzel¹⁸; *exercício regular do direito*; *inexigibilidade de conduta diversa*. No mesmo sentido, no âmbito jurídico-civil, o art. 13 do Código Civil brasileiro preceitua que: *salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes*¹⁴.

Se, inicialmente, parece haver no Código Civil permissão jurídica para a intervenção cirúrgica mutiladora na criança, há na formulação do texto duas questões que precisam ser respondidas:

1. A intervenção cirúrgica mutiladora pode ser vista como *exigência médica*? Vale lembrar que a perspectiva sempre deve ser o direito ao desenvolvimento de uma vida digna e plena;
2. A expressão *contrariar os bons costumes* poderia assumir o significado e o sentido preconceituoso, moralista e retrógrado que, por si só, evoca? Ou, ao contrário, deve vincular-se às realidades mutáveis e cambiantes da vida, referindo-se, portanto, ao sentido que lhe é hodiernamente atribuído de respeito à alteridade?

Por fim, para concluir as reflexões sob o ponto de vista legal cabem ainda alguns questionamentos de cunho ético-jurídico, os quais, ainda que não possam ser respondidos de imediato, precisam ser colocados aos familiares da criança, caso escolham a intervenção cirúrgica mutiladora: deverá a criança conhecer a verdade acerca do seu caso clínico? Ou, ao invés disso, tal circunstância deve ser ocultada? A verdade, as meias-verdades ou a não verdade poderão afetar o curso sadio de sua vida? Teria ela o direito de não conhecer integralmente a verdade? Esses e outros questionamentos similares constituem problemas fundamentais que devem ser enfrentados pela família com vistas ao bem-estar psicossocial da criança.

Ponto de vista feminista

Não há no movimento feminista opinião consensual sobre o caso descrito (criança do sexo masculino com extrofia de cloaca). Podemos dizer que é um debate ainda não realizado no feminismo, o que provavelmente significa que

tenhamos diferentes opiniões feministas sobre o assunto.

Várias teóricas feministas se opõem à presença de transexuais MTF (homem para mulher) nos meios feministas¹⁹. O caso relatado traz à tona o debate sobre sexo genético (cromatínico), sexo gonadal (hormonal ou endócrino), sexo morfológico (anatômico), sexo psicológico (comportamental, emocional e cognitivo), sexo social, sexo jurídico, papel sexual, orientação sexual e parafilias. Também nos obriga a buscar entender o real significado das palavras, sobretudo daquelas cujo envolvimento com a sexualidade é explícito, por exemplo, intersexuais, gays, lésbicas, bissexuais, transformistas, travestis, transexuais, transgêneros, gênero, identidade de gênero/identidade sexual, expressão de gênero e orientação sexual. Sem tal esforço são impossíveis uma conversa minimamente civilizada e um entendimento razoável de que a variabilidade de sexualidades exige a elaboração de um discurso contrário à teoria de gênero consolidada em sua vertente sociológica.

O caso apresentado é de uma criança com sexos genético e endócrino masculinos e sem órgãos genitais externos. Portanto, qualquer intervenção cirúrgica no sentido de redesignação do seu sexo será uma transgenitalização que poderá resultar em uma transgenerização iatrogênica. Há indícios de que a definição artificial do sexo reforça a estigmatização das diferenças. Em paralelo, as dimensões do respeito à diferença, em especial quanto à diversidade de identidades, ainda não são bem

compreendidas. Intersexuais nascem com órgãos genitais femininos e masculinos, ou com uma anatomia que mescla atributos masculinos e femininos (um ovário e um testículo, pênis malformado ou incompleto ou testículos no abdome). O caso em discussão não se enquadra como de intersexualidade, muito menos de transexualidade. A intervenção cirúrgica, esta sim, pode caracterizá-lo como sendo de *mudança de sexo*. O que não é claro é se, em si, essa intervenção seria caracterizada como lesão corporal grave, já que a lei brasileira prevê, em caráter experimental, a mudança de sexo apenas para casos, comprovados, de transexualidade²⁰, o que, obviamente, não se aplica.

É temerário seguir a tradição: transformar em mulher todos os meninos em situações similares. É imperioso que os profissionais de saúde busquem entender que a sexualidade comporta amplo leque de variabilidades, o que implica em multiplicidade de identidades sexuais como padrões de normalidade. Portanto, o ético é buscar o consenso possível (contrato social e ético) para que sejam socialmente aceitas. É indispensável saber entender o olhar e o desejo da mãe e do pai da criança e, sobretudo, estabelecer as melhores condições para que ambos possam entender, sofrer, ter dúvidas, opinar e decidir, considerando a diversidade de identidades sexuais. Não esquecendo que o direito à diferença é uma ideia que precisa ser compreendida pelos profissionais de saúde para que possam repassá-la devidamente para os pais da criança cuja história de vida está começando em meio a tantas dificuldades.

Profissionais de saúde precisam levar em conta o processo de contestação civil do poder médico nessa área, como o da Sociedade Norte-Americana de Intersexuais e Hermafroditas com Atitude (EUA), que tem acusado pediatras norte-americanos de mutilação de crianças intersexuais, que se tornam não adaptadas ao sexo escolhido pelos médicos. Os movimentos de defesa dos intersexuais defendem que qualquer cirurgia só seja feita em pessoas adultas. São contra qualquer cirurgia de mutilação sexual de crianças.

Há um relato doloroso de caso similar. Em 1973 o sexólogo norte-americano John Money divulgou que recomendara que o menino David Bruce Reimer fosse criado como menina, pois o mesmo teve o pênis amputado, aos oito meses, acidentalmente, durante uma cirurgia de fimose. Aos 12 meses a criança teve seus testículos extirpados, recebeu uma vagina, hormônios femininos e terapia. Durante alguns anos, Money divulgou resultados satisfatórios. Mas a contraprova surgiu aos 14 anos: o paciente desistiu de viver como menina, teve o pênis reconstruído e, alguns anos depois, casou e adotou filhos. Porém entrou em depressão, o seu casamento terminou e em 2004, aos 34 anos, suicidou-se ²¹.

Há mais de 30 anos foi demonstrado que os hormônios pré-natais têm papel fundamental não apenas no desenvolvimento das características sexuais físicas e na aparição dos órgãos genitais, mas também no sexo mental. Há estudos de 1938 feitos com filhas de usuárias de dietilestilbestrol durante a gravidez que nasceram com órgãos genitais masculiniza-

dos e desde a infância agiam como se fossem meninos ²². Os andrógenos (hormônios masculinos) e estrógenos (hormônios femininos), tanto exógenos quanto endógenos, podem alterar o desenvolvimento das funções do cérebro. Muitas das características relacionadas ao sexo são determinadas hormonalmente durante um intervalo definido no decorrer dos estágios iniciais do desenvolvimento e podem ser influenciadas por pequenas variações no equilíbrio hormonal. As evidências sugerem que, uma vez determinadas, as características relacionadas ao sexo podem ser irreversíveis ²³.

As críticas ao binarismo de gênero se sustentam, sobretudo, no entendimento de gênero como sexo mental ou psicológico que *serve para distinguir a identidade sexual que cada pessoa assume e o que atualmente se chama de 'opção' ou 'preferência' sexual, que não é simplesmente uma opção, mas parte das características com que algumas pessoas vêm ao mundo. As dolorosas experiências de transexuais que insistem em mudar de sexo demonstram que não optaram livremente e espontaneamente por isso, mas que têm fortes inclinações a fazê-lo (...)* É preciso reconhecer que gênero deveria incluir a diversidade de identidades que se assume a partir da sexualidade, não só heterossexuais (mulheres e homens), mas também gays e lésbicas, transexuais, intersexuais e assexuais, porque também há grande número de pessoas que não possuem nenhuma inclinação sexual! Se negarmos esta aceção original de gênero, teremos de inventar um outro vocábulo, pois se tratando de sexualidade não podemos deixar de reconhecer estas variabilidades ²⁴.

O discurso que contradiz o binarismo da teoria de gênero tem como lastro o fato de que os estudos de Money – que supostamente confirmavam o êxito do binarismo do conceito de gênero e que foram usados para demonstrar que gênero é uma construção social, bem como para comprovar que a educação é mais importante que a biologia – se revelaram uma das maiores fraudes da medicina do século passado²⁴. David Bruce Reimer, criado desde os oito meses como menina, sob a orientação vigilante de Money, apesar do uso intensivo de hormônios femininos, cresceu dando demonstrações fortes de masculinidade, de desconforto e tortura no campo psicológico, por ter a sua identidade masculina aprisionada em um corpo e condutas socialmente impostas a meninas. Não deixa de ser paradoxal que o estudo que era o lastro da supremacia da criação sobre a biologia, ao fim e ao cabo seja hoje o exemplo paradigmático de que a biologia não pode ser desprezada, mas é indispensável que seja vista em sua relação dialética e processual com o meio ambiente físico e cultural. São evidências que precisamos incorporar para balizar a nossa prática profissional.

Comentários finais

Não há solução ótima para um problema tão complexo, quer do ponto de vista estritamente médico (cirúrgico e clínico) quer de qualquer outro ponto de vista. Um fator complicador é que a decisão quanto ao sexo a ser atribuído a essa criança, idealmente, deve ser a mais precoce possível, sem que sua opinião seja levada em conta. As consequências dessa decisão permanecerão, no entanto, para toda a vida.

Se, por um lado, por questões cirúrgicas, psicológicas e legais há urgência nessa definição; por outro, o crescente valor dado à autonomia das pessoas e o direito de ser diferente trazem à tona uma inquietante pergunta: serão essas peculiaridades anatômicas aberrações a serem corrigidas ou diferenças a serem aceitas?

Curiosamente, se o problema do ponto de vista dos cuidados de saúde é recente, gerado pelo avanço tecnológico, que possibilitou manter essas crianças vivas e com alternativas cirúrgicas viáveis, essa situação é há muito conhecida. Cremos, inclusive, que uma resposta a esse dilema foi dada há quase cinco séculos. Em um dos seus ensaios, Montaigne relata um caso muito parecido com o aqui discutido. As transcrições de seu relato e reflexões são exemplares: *Acabo de ver um pastor de aproximadamente trinta anos que não possui o menor sinal das partes genitais; tem três orifícios por onde urina sem parar; é barbudo, sente desejo e procura o contato das mulheres. [...] O que chamamos de monstros não o são para Deus, que vê na imensidade de Sua obra a infinidade de formas que nela incluiu; e é de crer que essa figura que nos espanta se ligue e pertença a alguma outra forma do mesmo gênero. De Sua sabedoria absoluta nada sai que não seja bom e normal e regrado, mas não lhes percebemos a harmonia e a relação. [...] Chamamos de contra a natureza o que acontece contra os costumes: tudo que existe está de acordo com ela, o que quer que seja. Que essa razão universal e natural expulse de nós o erro e o espanto que a novidade nos traz*²⁵. Reconhecer e aceitar as diferenças são, hoje e sempre, os pilares de uma atitude ética.

Resumen

Los dilemas de la definición sexual: ¿cómo proceder con niños nacidos con graves cambios genitales?

El nacimiento de un niño, por lo general un acto festivo, puede convertirse en un gran sufrimiento cuando el bebé presenta alteraciones genitales que impiden la asignación inmediata del género social y de educación. A veces, los niños varones con graves cambios en la anatomía y con la imposibilidad de la reconstrucción quirúrgica de un pene, son fenotípicamente transformados en mujer, conducta que viene siendo cuestionada, especialmente por los miembros de la sociedad civil. A partir de un caso concreto de recién nacido con el diagnóstico de extrofia cloacal, las dificultades y los problemas éticos que rodean la decisión de definir el género son discutidos, en este artículo, bajo el punto de vista de varios especialistas, directamente o indirectamente involucrados en el abordaje de estos niños.

Palabras-clave: Anomalías congénitas. Genitales. Niño. Identidad de género.

Abstract

The dilemmas of sexual definition: how to proceed with the child born with severe genital malformations?

The birth of a child, usually a festive event, can become great pain when the baby presents genital malformations that prevent the immediate assignment of gender and social setting. Sometimes, male children with severe anatomical changes and the impossibility of surgical phallic construction are, phenotypically, transformed into women, a procedure under questioning, particularly by civil society members. From a real case of a newborn with the diagnosis of cloacal exstrophy, the difficulties and ethical questions involved in decisions related to gender definition are discussed in this paper, from many experts' point of view, who are directly or indirectly involved in approaching these children.

Key words: Congenital abnormalities. Genitalia. Child. Gender identity.

Referências

1. Lund DP, Hendren WH. Cloacal exstrophy: a 25 year experience with 50 cases. *J Pediatr Surg.* 2001;36(1):68-75
2. Soffer SZ, Rosen NG, Hong AR, Alexianu M, Peña A. Cloacal exstrophy: a unified management

- plan. *J Pediatr Surg.* 2000;35(6):932-7.
3. Mathews R, Jeffs RD, Reiner WG, Docimo SG, Gearhart JP. Cloacal exstrophy improving the quality of life: the Johns Hopkins experience. *J Urol.* 1998;160(6-II):2452-6.
 4. Rickham PP. Vesico-intestinal fissure. *Arch Dis Child.* 1960;35(1):97-102.
 5. Jordan GH. Penile reconstruction, phallic construction, and urethral reconstruction. *Urol Clin North Am.* 1999;26(1):1-13.
 6. Jazin E, Cahill L. Sex differences in molecular neuroscience: from fruit flies to humans. *Nat Rev Neurosci.* 2010;11(1):9-17.
 7. Wisniewski AB, Migeon CJ, Gearhart JP, Rock JA, Berkovitz GD, Plotnick LP et al. Congenital micropenis: long-term medical, surgical and psychosexual follow-up of individuals raised male or female. *Horm Res.* 2001;56(1):3-11.
 8. Migeon CJ, Wisniewski AB, Brown TR, Rock JA, Meyer-Bahlburg HF, Money J et al. 46,XY intersex individuals: phenotypic and etiologic classification, knowledge of condition, and satisfaction with knowledge in adulthood. *Pediatrics.* 2002;110(3):32-6.
 9. Towell DMB, Towell AD. A preliminary investigation into quality of life, psychological distress and social competence in children with cloacal exstrophy. *J Urol.* 2003;169(5):1850-3.
 10. Freud S. A experiência da satisfação: projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. V1. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
 11. Brodsky G. A escolha do sexo: o sexo e seus furos. *Clique - Revista do Instituto Brasileiro de Psicanálise do Campo Freudiano.* 2003;4(2):30-5.
 12. Carnelutti F. Como nasce o direito. 2ª ed. Belo Horizonte: Líder; 2003. p.64-6.
 13. Vaz HCL. Ética e direito. São Paulo: Loyola; 2002. p.236.
 14. Brasil. Código Civil: Lei 10.406, 2002 [internet]. Brasília: Câmara dos Deputados, Centro de Documentação e Informações; 2002 [acesso 21 jan. 2011]. Disponível: <http://www.senado.gov.br/senadores/senador/fatimacleide/Educacao/c%C3%B3digocivil.pdf>.
 15. Sá-Carneiro M. Dispersão: doze poesias por Mário de Sá Carneiro. 2ª ed. Coimbra: Presença; 1939.
 16. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.664, de 11 de abril de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. [internet]. Portal Medico. 2010 [acesso mar. 2011]. Disponível: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664_2003.htm
 17. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 18. Welzel H. Teoria de la accion finalista [Internet]. Astrea: Editorial de Palma; 1951 [acesso 21 jan 2011]. Disponível: <http://www.scribd.com/doc/1837071/Welzel-Hans-Teoria-de-la-Accion-Finalista-www-infoley-blogspot-com>.
 19. Raymond J. The transsexual empire: the making of the she-male. New York, Columbia University, 1979. Chapter theory: transsexuals or pos-trasexuals?

20. Ribeiro DC. Transexuais: a reabolição da escravatura e o Ministério Público [internet]. [acesso 21 jan. 2011] In: Ribeiro DC, 2000 Disponível: http://www.diaulas.com.br/artigos.asp?id=222&p_ch=.
21. Reimer D. The boy who lived as a girl [internet]. CBC News. 2004 [cited 21 jan. 2011] May 10. Available: <http://www.cbc.ca/news/background/reimer/>.
22. Oliveira F. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna; 1997.
23. Oliveira F. Transgênicos: o direito de saber e a liberdade de escolher. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2000.
24. Bedegral TF. El género no debería ser una categoría binaria [internet]. 2007 abr. 28 [acesso mar. 2011] In: Bedegral TF. 2003. Disponível: <http://articulotecafeminista.blogspot.com/2007/04/el-gnero-no-debera-ser-una-categoria.html>.
25. Montaigne M. Os ensaios. São Paulo: Martins Fontes; 2000. Livro II; p.569-70.

Recebido: 2.4.10

Aprovado: 15.2.11

Aprovação final: 21.2.11

Contatos

Ivani Novato Silva - ivanins@medicina.ufmg.br

Joaquim Antônio César Mota - jacmota@medicina.ufmg.br

Edson Samesima Tatsuo - cirpedhcuufmg@hotmail.com

Clécio Piçarro - clecio@ufmg.br

Eugênia Ribeiro Valadares - eugenia@medicina.ufmg.br

Ana Cristina de Carvalho Fernández - anacfernandez@ig.com.br

Ana Amélia O. Reis de Paula - anamelia27@gmail.com

Daniela de Freitas Marques - marfreida@hotmail.com

Fátima Oliveira - fatimao@medicina.ufmg.br

Ivani Novato Silva - Divisão de Endocrinologia Pediátrica do Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Alfredo Balena 190, sala 267, CEP 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Participação dos autores no trabalho

Todos os professores, a psicóloga e a médica pediatra compuseram a equipe responsável pelo cuidado da criança durante sua internação no Hospital das Clínicas. Foram também responsáveis, juntamente com a jurista e a feminista, pela concepção e preparação do manuscrito. Todos participaram das discussões e da revisão da literatura.