



UNICAMP

ADRIANO MORAD BLEY

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES COM
DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL:
UMA ABORDAGEM QUALITATIVA**

Campinas
2009



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

ADRIANO MORAD BLEY

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES COM
DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL:
UMA ABORDAGEM QUALITATIVA**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Tereza Matias Baptista

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, Área de concentração em “Saúde da Criança e do Adolescente”

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO ADRIANO MORAD BLEY E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA TEREZA MATIAS BAPTISTA

Assinatura do Orientador

**Campinas
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

B617a Bley, Adriano Morad
Aspectos psicológicos de pacientes com distúrbios da
diferenciação sexual: uma abordagem qualitativa. / Adriano
Morad Bley. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Maria Tereza Matias Baptista
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbios da diferenciação sexual. 2. Pesquisa
qualitativa. 3. Psicanálise. I. Baptista, Maria Tereza
Matias. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Psychological aspects of patients with disorders of
sexual differentiation: a qualitative approach**

Keywords: • Disorders of sexual differentiation
• Qualitative research
• Psychoanalysis

TITULAÇÃO: MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Matias Baptista

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Spinola e Castro

Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

DATA DA DEFESA: 27- 02 - 2009

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador:

Profa. Dra. Maria Tereza Matias Baptista

tm Baptista

Membros:

1. Profa. Dra. Angela Maria Spinola e Castro

AN Spinola

2. Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

M. E. C. Pereira

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27 de fevereiro de 2009

AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos das entrevistas, pela legitimidade de seus discursos.

Ao Prof. Dr. Gil Guerra Júnior, por me haver convidado a realizar este trabalho junto ao GIEDDS (Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação Sexual) e a todos os membros do Grupo.

À Profa. Dra. Sofia Helena Valente de Lemos Marini, por permitir o acesso às pacientes com Hiperplasia Adrenal Congênita, nascidas com ambiguidade genital, operadas e tratadas nos primeiros meses de vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Tereza Matias Baptista, pelo espírito amplo e pela paciência que demandei como “temposujeito”.

Aos membros da banca pela prontidão de sua participação.

Aos membros da Escola de Psicanálise de Campinas, Maria Teresa Guimarães Lemos; Mariângela Máximo Dias e Marta Togni Ferreira, pela interlocução e leitura do capítulo Discussão, deste trabalho.

Ao amigo Giovanni Pitoli, artista plástico, por abrir-me as portas das artes visuais e, por isso, ter-me mantido são neste período.

À minha família e especialmente meus pais, por permitirem minha inserção no mundo.

À CAPES, pela institucionalização deste trabalho.

“...o homem deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seus próximos e à sua comunidade” (Albert Einstein)

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO	14
ASPECTOS CLÍNICOS	16
DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XX.....	16
HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)	16
DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XY	17
DISGENESIA GONADAL MISTA	18
DISGENESIA GONADAL PARCIAL.....	19
DEFEITOS DA SÍNTESE DE TESTOSTERONA.....	19
HOMEM 46,XX	21
INSENSIBILIDADE ANDROGÊNICA.....	21
REVISÃO DOS TERMOS, CONCEITOS E MÉTODO.....	22
OS MÉTODOS QUALITATIVOS.....	44
CONSIDERAÇÕES SOBRE NORMAL, NORMALIDADE E NORMATIVIDADE – MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE – TESTES PARAMÉTRICOS.....	46
JUSTIFICATIVA.....	51
OBJETIVOS.....	52
SUJEITOS E MÉTODO	53
A ENTREVISTA.....	55
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	57
ENTREVISTAS	58
ANÁLISE DE ALGUNS TRECHOS DAS ENTREVISTAS.....	73
DISCUSSÃO	84
CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS À LITERATURA.	
EM RELAÇÃO AOS TERMOS, CONCEITOS E MÉTODO	84
EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46,XX	89
EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XY	96
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE.....	111
CONCLUSÕES	117

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXO 1 - APRESENTAÇÃO PARA A ENTREVISTA	127
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129
ANEXO 3 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	131
FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DE PRADER.....	133
TABELA 1 – SUJEITOS, SEXO DE CRIAÇÃO, IDADE NA OCASIÃO DA ENTREVISTA, ENTREVISTADO, DIAGNÓSTICO MÉDICO E IDADE NA MUDANÇA DE REGISTRO.....	134

LISTA DE ABREVIATURAS

Def. 5alfa red 2 – Deficiencia da enzima 5-alfa-redutase tipo 2

DDS 46, XX – Distúrbio da diferenciação sexual 46, XX

DDS 46, XY - Distúrbio da diferenciação sexual 46, XY

HV - DDS ovotesticular

DGM - Disgenesia Gonadal Mista

DHT - Diidrotestosterona

GIEDDS – Grupo Interdisciplinar de Estudos de Determinação e Diferenciação
do Sexo

HAC – Hiperplasia Adrenal Congênita

HAM – Hormônio Anti-Mülleriano

SRY – Sex determining Region on the Y chromosome

RESUMO

A história do diagnóstico e tratamento do indivíduo com Distúrbio da Diferenciação Sexual (intersexo) é relativamente recente dentro da história médica. A testosterona foi descoberta e disponibilizada para uso clínico no final da década de 1940 e os corticosteróides em 1950.

As linhas gerais de diagnóstico e tratamento foram estabelecidos no Hospital Johns Hopkins, pela equipe do psicólogo John Money e do endócrino-pediatra Lawson Wilkins, permanecendo basicamente as mesmas até hoje.

Alguns aspectos destas recomendações têm sido questionados por alguns autores. Diamond e Sigmundson, inspirados em casos relatados de mudanças da genitália e de registro civil, cuja demanda partiu dos próprios pacientes organizados em grupos (Sociedade Intersexo da América do Norte; Associação de Suporte à Hiperplasia Adrenal Congênita; Grupo de Suporte à Síndrome da Insensibilidade a Andrógenos dos Estados Unidos, etc.), requerem maior participação nas decisões feitas pelos pais e médicos em fase tenra de suas vidas.

Neste estudo, foram entrevistados 16 pacientes, de julho de 2004 a abril de 2007. As entrevistas ocorreram no ambulatório do GIEDDS (Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo), na Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

As entrevistas duraram, no mínimo, uma hora e todas foram gravadas e digitadas após. Foram selecionados trechos do discurso dos pacientes e, a

partir de sua escuta e leitura, foi realizada discussão de seus possíveis significados.

Após exposição do desenvolvimento embriológico e das principais entidades etiológicas dos Distúrbios da Diferenciação Sexual, segue-se uma revisão de literatura que mistura genes, hormônios, receptores hormonais, masculinidade, feminilidade, sexo social e práticas sexuais. Uma vez que se propõe uma mudança de olhar em relação a este tipo de pesquisa, incluindo uma perspectiva qualitativa, precedendo a exposição e discussão dos discursos dos pacientes apresentam-se as bases filosóficas e científicas desse método.

A identidade constitui-se pela somatória das metáforas e metonímias que o sujeito produz sobre si mesmo.

Palavras-Chave: Distúrbios da Diferenciação Sexual, Entrevista Semi-Estruturada; Abordagem Qualitativa; Psicanálise

ABSTRACT

The management of the Disorders of Sex Development (intersex) has a relatively recent history within medical data. It follows the same guidelines established by John Money and Lawson Wilkins and cols. at Johns Hopkins since 1950.

Testosterone was first synthesized and market for clinical use by the end of 1940s and corticosteroids at 1950s.

Some aspects of these guidelines are being recently questioned by Diamond, Sigmundson and others, based on case reports of late sex reassignments and Intersex Groups, which demand more personal participation in decisions made for them by their parents and doctors during their first years of life.

In this study 16 patients were interviewed, from July 2004 to April 2007. These interviews took place at GIEDDS - Interdisciplinary Study Group on Determination and Differentiation of Sex, at State University of Campinas - UNICAMP. They had duration of one hour each, at least. All of them were tape recorded and keyed in later. Slices of patients' speeches were selected and, from their listening and reading onwards, discussion of possible meanings of patients' words was made.

An exposition of normal embryological development and the main etiological entities of Disorders of Sex Development are followed by a revision of vast material mixing genes, hormones, endocrine receptors, masculinity, femininity, social sex and sex practices.

Once this study proposes a turn of mind in relation to this kind of research, including a qualitative point of view, a presentation of the bases of this method precede the exposure and discussion of patients' speeches.

Identity may be constituted by the total of metaphors and metonymies the subject products from its own.

Key words: Disorders of Sexual Differentiation; Qualitative Research; Psychoanalysis.

INTRODUÇÃO

Uma vez que se considera desejável ter uma interlocução mais ampla com os diversos profissionais interessados nesta área, faz-se necessária uma revisão dos elementos biológicos da determinação e diferenciação do sexo, seguida de breve descrição e revisão da bibliografia dos Distúrbios da Diferenciação Sexual XX e XY.

ASPECTOS CLÍNICOS

O estabelecimento do sexo genético ocorre no momento da fertilização de um óvulo por um espermatozoide contendo um cromossomo X ou Y (Maciel-Guerra & Guerra-Junior, 2002).

É o cromossomo Y, especificamente uma região denominada SRY (Sex-determining region on the Y chromosome), que exerce papel fundamental na determinação do testículo a partir da gônada indiferenciada. Esta região foi descrita na década de 1990 e é com a ajuda do estudo molecular que muitos passos da diferenciação e determinação do sexo estão por ser desvendados.

A diferenciação sexual masculina ocorre por volta da 7ª semana intra-útero, iniciando-se pelas células de Sertoli. Estas são responsáveis por promover a regressão dos ductos de Müller, que na mulher darão origem ao desenvolvimento do útero, tubas uterinas e porção superior da vagina.

As células de Sertoli exercem sua ação parácrina, através do hormônio anti-mülleriano (HAM), ou seja, é local e dependente do testículo de cada lado.

Se, entretanto, a exposição dos derivados de Müller ao hormônio anti-mülleriano não ocorrer até a 8ª semana, a diferenciação em genitais internos femininos ocorrerá mesmo na presença deste hormônio. Daí também se depreende que uma gônada diferenciada em masculina de um lado, e ambígua do outro, ocasionará a involução de genitais internos femininos de um lado, mas não do outro.

As células intersticiais derivadas do mesênquima, as células de Leydig, serão responsáveis pela produção de testosterona a partir da 8ª ou 9ª semanas. A testosterona estabiliza os ductos de Wolff e permite sua diferenciação em epidídimos, canais deferentes, vesículas seminais e ductos ejaculatórios. Esta ação também é parácrina.

A testosterona é convertida nos tecidos alvo em diidrotestosterona (DHT) pela ação da enzima 5 α -redutase tipo 2 e, sob efeito da DHT, os rudimentos genitais externos - tubérculo genital, pregas genitais, saliências labioescrotais e seio urogenital - diferenciam-se respectivamente em glândula e corpo do pênis, pênis em torno da uretra, bolsa escrotal e uretra peniana, entre a 9ª e 12ª semanas. Na ausência de SRY as gônadas permanecem no estágio indiferenciado até o final da 10ª semana, quando ocorre a diferenciação sexual feminina. Como não há hormônio anti-mülleriano, os ductos de Müller diferenciam-se em útero, tubas uterinas e porção superior da vagina. A não

produção de andrógenos resulta em fragmentação dos ductos de Wolff, que persistem como vestígios embrionários.

Na ausência de DHT, o tubérculo genital, as pregas genitais, as saliências labioescrotais e o seio urogenital diferenciam-se respectivamente em clitóris, pequenos lábios, grandes lábios e porção inferior da vagina.

Assim, o termo determinação refere-se à gônada (testículo no homem e ovário na mulher) e o termo diferenciação refere-se aos processos que se seguem após a determinação.

DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XX

A literatura sobre os Distúrbios de Diferenciação Sexual 46, XX engloba o que havia na nomenclatura prévia sob os diagnósticos de pseudohermafroditismo feminino, virilização numa mulher XX e masculinização numa mulher XX.

A revisão a seguir ficou restrita à Hiperplasia Adrenal Congênita, utilizada como modelo para o que interessa a este estudo.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)

As supra-renais sintetizam, a partir do colesterol plasmático, mais de cinquenta tipos de esteróides (Mulaikal, Migeon e Rock, 1987; Marini e Mello, 2002)

Pode haver diversos graus de deficiência das enzimas necessárias para a síntese dos esteróides na HAC, erros inatos transmitidos geneticamente por herança autossômica recessiva.

Mais de 90% dos casos de HAC devem-se à deficiência da 21-hidroxilase. Em porcentagem menor (5%) devem-se à 11 β -hidroxilase, mais raramente à 3 β -hidroxi-esteróide-desidrogenase tipo II e, muito mais raramente, à 17 α -hidroxilase e 20,22 desmolase.

As deficiências enzimáticas são determinadas por mutações, presentes nos genes responsáveis pela síntese da enzima afetada correspondente.

O resultado destas mutações é o nascimento de indivíduos cujo sexo gonadal é 46,XX que apresentam genitália interna feminina, sexo hormonal com predomínio de esteróides masculinos e genitália externa com graus variados de ambigüidade.

DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XY

As principais entidades etiológicas que compõem este grupo eram denominadas: pseudo-hermafroditismo masculino, sub-virilização em um homem XY e sub-masculinização num homem XY.

Estes indivíduos apresentam-se clinicamente com variados graus de ambigüidade genital: desde genitália externa totalmente feminina até

genitália externa masculina com hipospadia (Maciel-Guerra & Guerra Jr, 2002).

DISGENESIA GONADAL MISTA

Associa-se geralmente a cariótipo 45,X/46,XY sempre com algum desenvolvimento de derivados de Müller e presença de gônada vestigial e um testículo disgenético contra-lateral, ou testículos disgenéticos bilateralmente. O cariótipo 46,XY também é possível, no entanto questiona-se a possibilidade de mosaicismo oculto .

A maioria dos casos apresenta-se com genitália externa ambígua com seio urogenital. Porém, a genitália externa pode apresentar-se somente com hipospadia e ou criptorquidia unilateral. Os derivados müllerianos são representados por útero (muitas vezes rudimentar) e tuba uterina. Uma gônada, que quase sempre corresponde ao testículo, pode ser palpada na região inguinal. Se o sexo de criação escolhido for o feminino, deve-se realizar a retirada das gônadas (devido ao potencial maligno, principalmente das gônadas intra-abdominais), correção das estruturas anatômicas externas e reposição hormonal feminina. Na época oportuna, se o sexo de criação for o masculino, deve-se realizar a gonadectomia pelo mesmo motivo exposto, com a correção cirúrgica dos diversos graus de hipospadia e reposição hormonal masculina.

DISGENESIA GONADAL PARCIAL

Associa-se ao cariótipo 46, XY sem mosaicismo, em indivíduos com diferenciação testicular parcial, derivados do ducto de Müller e ambigüidade genital. A genitália interna apresenta-se igualmente ambígua com derivados de Müller e Wolff. A gonadectomia é necessária pelo risco de malignização.

DEFEITOS DA SÍNTESE DE TESTOSTERONA

A) DEFICIÊNCIA DE 3 β -OH-ESTEÓIDE DESIDROGENASE

Esta deficiência impede a síntese de esteróides, tanto supra-renal quanto gonadal, afetando a produção de glicocorticóides, mineralocorticóides, progesterona, estrógenos e andrógenos. Pode resultar em genitália ambígua devido à inibição da biossíntese de testosterona, tanto em indivíduos que possuem cariótipo 46,XX quanto naqueles com cariótipo 46,XY.

B) DEFICIÊNCIA DE 17 α -HIDROXILASE/17,20 LIASE

Afeta a esteroidogênese supra-renal e gonadal. A apresentação clínica pode ser variável, de acordo com o bloqueio enzimático. Nos indivíduos 46,XY a genitália pode apresentar-se tipicamente feminina ou ambígua. Nos indivíduos 46,XX a deficiência pode notar-se na adolescência, com quadro de hipogonadismo hipergonadotrófico com amenorréia, ausência de desenvolvimento de mamas e pêlos pubianos, alta estatura e proporções eunucóides. Em ambos os sexos observa-se hipertensão arterial e hipocalemia, a última resultante do excesso de mineralocorticóides.

C) DEFICIÊNCIA DE 17 β -HIDROXI-ESTERÓIDE DESIDROGENASE 3

Esta enzima constitui o passo terminal para a síntese de testosterona na célula de Leydig. É doença rara e de herança autossômica recessiva. Os indivíduos 46,XY afetados apresentam-se com genitália externa feminina (com vagina em fundo cego) ao nascimento, apesar da presença de testículos (intra-abdominais) e estruturas derivadas de Wolff. São usualmente registrados no sexo feminino e na adolescência virilizam. Ocorre aumento pronunciado da androstenediona.

D) DEFICIÊNCIA DE 5 α -REDUTASE TIPO 2

Esta é a principal enzima responsável pela diferenciação do trato urogenital masculino e pela conversão nos tecidos alvo da testosterona em seu principal metabólito ativo, a diidrotestosterona (DHT). Os indivíduos têm cariótipo 46,XY e a deficiência de 5 α -redutase 2 resulta de herança autossômica recessiva. O registro civil geralmente é feito no sexo feminino e, de forma semelhante à deficiência de 17 β -Hidroxi-esteróide desidrogenase 3, os indivíduos virilizam durante a adolescência. Nestas duas últimas deficiências, a requisição de alteração de registro civil do sexo feminino para o masculino na época da puberdade é de aproximadamente 40% nos casos da 17 β -OH, nos diversos relatos da literatura, e de até 75% nos casos de 5 α -redutase 2 (Wilson, 2001).

HOMEM 46,XX

É de ocorrência rara (1:20.000 recém nascidos vivos) e apresenta-se com fenótipo semelhante à síndrome de Klinefelter. O motivo da consulta, geralmente na adolescência, é ginecomastia ou hipogonadismo ou, ainda, esterilidade na vida adulta.

INSENSIBILIDADE ANDROGÊNICA

A síndrome de insensibilidade a andrógenos pode ser parcial ou total. Apresenta herança recessiva ligada ao X e constitui a causa mais comum de pseudo-hermafroditismo masculino nas diversas casuísticas.

Os indivíduos são do sexo genético 46,XY e, no caso da insensibilidade total a andrógenos, a genitália externa é totalmente feminina, com vagina em fundo cego e ausência de derivados de Müller, uma vez que as células de Sertoli sintetizam normalmente o hormônio anti-mülleriano que os fragmentam. Quando a insensibilidade é parcial a genitália externa pode ser francamente ambígua, e até com masculinização quase completa, porém com micropênis, diversos graus de hipospadia e criptorquidia. A insensibilidade pode ser leve e a manifestação ser somente infertilidade ou hipospadia discreta. Nos diversos relatos de literatura, indivíduos com insensibilidade completa têm comportamento feminino. Não há relatos consistentes quanto a este aspecto na insensibilidade parcial. (Maciel-Guerra, e Guerra-Junior, 2002).

REVISÃO DOS TERMOS, CONCEITOS E MÉTODO

Após uma breve retomada teórica, passa-se a considerar os termos e conceitos subjetivos de identidade sexual e comportamento sexual ligado ao gênero e o método para produzi-los.

Vale destacar o tratamento dado pela ciência positivista a tais conceitos, incluindo a psicologia comportamental, aplicando a lógica das evidências anátomo-patológicas.

Segundo John Money, que se denomina o primeiro psicólogo especialista em psicoendocrinologia pediátrica no Hospital Johns Hopkins, a diferenciação psico-sexual envolve os conceitos de papel de gênero e orientação amorosa.

Alguns anos mais tarde, ao conceito de papel de gênero, termo cunhado por John Money segundo ele mesmo, veio acrescentar-se o de identidade sexual. (Money, 2002)

A terminologia seria, a partir daí, reproduzida e correntemente usada em produções científicas vindouras.

Apesar de declarar ter evitado “instrumentos lingüísticos” sem justificativa pertinente, não explica porque escolheu “emprestar da filologia e da gramática” o termo “gênero”, e daí “papel de gênero” para significar a ideação de sexo, imagens e práticas conhecidas, por si próprio, internamente, e sinalizadas externamente para outras pessoas em linguagem verbal e corporal.

John Money, em seu capítulo “Causality and dualism”, descreve o dualismo da alma e da carne, o dualismo seqüencial, o dualismo da comparação pareada (*matched pair*), o dualismo hermenêutico e o dualismo de julgamento. Descreve-os ora criticando-os, ora emitindo comentários que vão alinhavando seu pensamento. No dualismo espírito/carne afirma:

“Causalidade não biogênica pertence à magia, fantasia e dogma, e é irrelevante para explanação causal científica.”

Cria-se uma categoria de dualismo seqüencial para explicar os traumas de guerra e severo abuso e negligência na infância. Coloca aí a Síndrome de Kaspar Hauser como exemplo do que acontece num estágio de desenvolvimento ser formulado para explicar o que ocorre seqüencialmente, sugerindo assim que os eventos estariam ligados em relação temporal e não causal.

No dualismo hermenêutico faz coincidir horóscopo, leitura de mãos, testes psicológicos projetivos, interpretações de sonhos e afirma:

“Para melhor ou para pior, o dualismo hermenêutico de consciente e inconsciente (ou subconsciente) está difundido tanto no idioma profissional como no vernacular como explicação causal.”

No final da descrição do dualismo de julgamento conta um pouco de sua história pessoal; aproveita para não adotar nenhum dos dualismos descritos, afirmando que mente e hormônios influenciam-se um ao outro, sem primazia. Ao longo de sua obra vê-se que foi forçado a tomar uma posição e

que esta foi claramente cartesiana, sobretudo a medicina baseada em evidências anátomo-patológicas, pelo menos no que tange a seus escritos.

Há um relato de extrema importância histórica no texto referido e nele tem-se uma idéia do que ocorria com o paciente, então intersexo, antes e logo após o início da hormonioterapia:

“Mesmo antes do descobrimento da cortisona, a clínica Wilkins tornara-se o principal centro de referências e seguimento do Johns Hopkins Hospital para os casos de hermafroditismo. Alguns pacientes jovens e adolescentes provaram ser-lhes necessário aconselhamento psíquico e psiquiátrico; alguns dos pais de pacientes eram incapazes de lidar com um filho ou uma criança nascida com defeitos nos órgãos sexuais.”

“Após a descoberta da cortisona e da terapia com cortisol para Hiperplasia Adrenal Congênita, pacientes adolescentes, pacientes mais velhas, algumas na meia-idade, eram bastante repentinamente precipitadas de uma morfologia masculina para uma feminina – um abrupto desenvolvimento de seios e de menstruações após três meses, mas não perda de pêlos de distribuição masculina e voz grave. Estas mudanças poderiam ou não estar em conflito com a imagem corporal...” (*Apud* Money, 2002).

Foi na semana de Natal e Ano Novo de 1949-50 que a cortisona, após sua descoberta e síntese, mostrou-se efetiva no tratamento da hiperplasia adrenal em mulheres.

O deslumbramento histórico-científico desta época (1950) pode ser avaliado pelo uso dos primeiros ensaios hormonais que se tornaram disponíveis para estudo comparativo para se converter homossexualidade em heterossexualidade através da administração de testosterona em homens.

Em 1955 formula-se o conceito de multivariabilidade sexual, com sete diferentes variáveis: sexo cromossômico, sexo gonadal, sexo hormonal endógeno, órgãos internos, morfologia genital externa, sexo de criação e registro, e papel de gênero.

Atente-se para o fato de um psicólogo não haver mencionado um sexo psíquico!

A descrição de uma paciente com genitália ambígua, a quem se atribui uma “aparência psicológica, falando sexualmente” incita-nos aos primeiros problemas desta teoria. Descreve-se o que o médico examinou de sua genitália externa: duas gônadas de 0,5 cm no canal inguinal bilateralmente e falo de 4 cm; o anátomo-patológico revelou testículo somente de um lado. A impressão do médico examinador foi a de se tratar de um paciente com hipospadia marcante e testículos criptorquídicos bilateralmente.

Quando se junta o avanço médico e científico - as evidências anátomo-patológicas - para se explicar ou lastrear fenômenos da fala é o que resulta duvidoso:

“A afirmação geral que podemos fazer é que a aparência psicológica da criança, falando sexualmente - sua orientação psico-sexual - é um produto de ou é determinado pelos tipos de experiências de vida que esta criança encontra e do tipo de experiências que ele ou ela efetua.”

Não há referências claras, em seu texto, do que seria “aparência psicológica, falando sexualmente”. E o que e como esta aparência seria determinada pelas experiências? O que, na aparência psicológica, pode ser depreendido do desejo de um sujeito?

Segundo sua teoria o tipo de experiência de vida que uma criança encontra e efetua depende, numa certa medida, do tipo de morfologia corporal que esta criança tem, e a atribuição de gênero que está escrito no certificado de nascimento dependeria de uma inspeção dos genitais.

A questão não dita ou não revelada no texto de Money parece alcançar a luz na descrição de outro caso:

“Não havia absolutamente nenhuma questão na mente de cada entrevistador, mesmo antes dos exames internos revelarem uma vagina e a presença de remanescentes de órgãos müllerianos, que esta criança deveria permanecer vivendo como garota, como ostentam os seguintes testemunhos. Primeiro, ela em seus procedimentos, condutas e comportamento – postura, gestual, posição das pernas quando sentada ou conversando, inflexão ou ritmo do discurso – era inteiramente feminina. Tais maneirismos se tornaram tão profundamente enraizados após dez anos que se tornaram virtualmente não erradicáveis, especialmente quando a pessoa tem um baixo QI. Se esta criança vivesse como homem, estes maneirismos criariam a impressão de um homossexual masculino bastante efeminado...”.

A homofobia norte americana deste período (1957), como ponto de apoio para a criação do termo “gender-role”, fica mais clara em seguida. Ao discutir a cunhagem daquele termo, Money dedica alguns parágrafos para descrever o caso de um paciente considerado como tendo um papel de gênero incongruente. Aponta para as aplicações mais recentes do novo termo

(“gender role”) ao dar um nome “incongruous gender role” a um fenômeno da infância ainda sem nome e define formalmente o termo “gender-role”:

“Cunhei o termo, papel de gênero, e o defini fenomenologicamente para abarcar não somente o introspectivo e privado auto-reconhecimento de ser ele ou ela, mas também da evidência pública deste auto-reconhecimento.”

Em associação com outros autores (Hampson & Hampson, 1955), Money expandiu a definição de “gender role” a:

- maneirismos gerais;
- comportamento e conduta;
- tópicos espontâneos e comentários em conversas casuais;
- conteúdo de sonhos;
- devaneios diurnos e fantasias;
- respostas a inquéritos e testes projetivos;
- respostas pessoais a inquérito direto e pessoal;
- evidências de práticas eróticas.

Wilson (2001) define identidade sexual como a identificação de si próprio como homem ou mulher, ou percepção de si mesmo como homem ou mulher, e envolve a sensação de estar à vontade com e no próprio corpo.

O termo comportamento sexual seria definido como os vários processos pelos quais a identidade sexual é comunicada aos outros. O comportamento sexual, muitas vezes referido como sexo social ou identidade social, envolve a idéia do papel sexual, que significa os aspectos do comportamento nos

quais os homens diferem das mulheres, e vice-versa, na cultura atual de um determinado povo.

Meyer-Bahlburg (2001), acrescenta que no desenvolvimento de gênero, o indivíduo diferencia-se entre identidade de gênero e comportamento de papel de gênero. A identidade de gênero refere-se ao senso básico de pertencer ou ajustar-se dentro do gênero masculino ou feminino ou alguma outra coisa, por exemplo, uma identidade hermafrodita. O comportamento de papel de gênero denota o comportamento típico de um gênero versus o outro num dado tempo histórico e geográfico.

Money postula que a impressão do gênero na personalidade do indivíduo dá-se ao redor de seu primeiro aniversário e até os 18 meses de vida. Na idade de 2 anos o “gender role” estaria definitivamente estabelecido.

Meyer-Bahlburg e colaboradores (2001) sugerem um limite de idade diferente:

“Há muita incerteza a respeito do tempo decorrido entre o nascimento e a reversão do registro civil para não haver conflito com o senso emergente de identidade sexual na criança e, se suficientemente madura, desejos de gênero. Os dados coletados por Money sugerem um limite de 18 meses, enquanto dados mais recentes o sugerem por volta dos 9 meses.”

Além de avaliar a construção dos termos é importante fazer o mesmo em relação ao método utilizado e o que se pretende com ele.

Mazur (2004) avalia o “gender role behavior” de 5 mulheres adultas (46,XY com genitália Prader 2 a 3 ao nascimento) através de questionário fechado, e pretende acessar as brincadeiras infantis lembradas por elas.

Há uma padronização das brincadeiras em masculinas e femininas e, a seguir, sua parametrização. Relata que as cinco participantes reportaram maior interesse por brincadeiras masculinas comparadas com o grupo estandardizado de mulheres (+1,5 a +3,5 DP). Quando comparadas com os valores normatizados de mulheres homossexuais, quatro de cinco participantes reportaram moderadamente mais interesses masculinos (+0,3 a +1,4 DP).

A proliferação de questionários fechados para a elaboração dos conceitos e questionamentos à sua construção aparece em destaque num artigo publicado por Zucker (2005). Neste trabalho é feita uma revisão de vários artigos com crítica a uma série de parâmetros para designar identidade de gênero, dentre elas a preferência por cor mencionada como sexo-dimórfica. O autor menciona que deseja fazer uma aproximação fenomenológica ou subjetiva, naquilo que reconhece poder existir variação entre culturas e épocas históricas, nos termos em que se define o que é um traço de comportamento masculino ou feminino.

Nas culturas ocidentais contemporâneas, pelo menos na América do Norte, a cor azul tem sido associada com masculinidade, enquanto a rosa com feminilidade (Paoletti, *Apud* Zucker, 2005). E, de fato, há evidências que

muitos jovens garotos preferem a cor azul e muitas jovens garotas preferem o rosa ou púrpura (Chiu, Johnson, Owen-Anderson, Bradley & Zucker, 2004). No entanto, há evidências de que a natureza desta preferência gênero-dimórfica inverteu-se nas duas primeiras décadas do século XX, isto é, azul foi julgado ser estereotipicamente feminino, enquanto o rosa estereotipicamente masculino (Paoletti, 1997).

Como se trata de um artigo de revisão, o autor compara vários autores e os vários questionários e testes concebidos para classificar o comportamento das crianças em feminino, masculino e *tomboyish*, comparados com grupos-controle. Uma parte dos questionários levantados no texto de revisão de Zucker, com os respectivos títulos, autores e data de publicação, são citados a seguir. Merece atenção especial o tempo dispensado para aplicação de cada um dos testes e mesmo a variação deste tempo dependendo do autor.

- “Child Behavior and Attitude Questionnaire” - questionário cuja aplicação era de 15 minutos, realizada com os pais das crianças intersexo [Bates (1973), (1979); Meyer-Bahlburg (1994); Hall (2004)].
- “Games Inventory” - questionário aplicado aos pais e com duração de 15 minutos [Bates (1973); Berenbaum (1995); Bailey (2002); Meyer-Bahlbueg (1994), (2004); Hall (2004)].
- “Pré-School Activity Inventory” - questionário aplicado aos pais, com duração de 10 minutos [Hines (2002); Fane (2002)].
- “Gender Identity Questionnaire for Children” - questionário aplicado aos pais, com duração de 10 minutos [Johnson (2004); Zucker (2003)].

- “Temperament: Extraversion” - questionário aplicado aos pais, com 5 minutos de duração [Bates (1973), (1979)].
- “Temperament: Activity Level/ Extraversion” -questionário aplicado aos pais, com 10 minutos de duração [Zucker (1995), (2003); Pasterki (2002)].
- “Interest in Infants” - questionário de 15 minutos, com os pais [Leveroni e Berenbaum (1998)].
- “Reinisch Aggression Inventory” - questionário de 15 minutos, com os pais [Reinisch (1986); Berenbaum (1997); Bailey (2002)].
- “Playmate and Playstyle Preferences Structured Interview” - teste de 15 minutos, com as crianças. [Alexander e Hines (1994); Fridell (2001); Pasterski (2002)].
- “Sex of Preferred Playmates” - entrevista de 10 minutos, com os pais [Bates (1979)]; entrevista de 2 minutos, com as crianças [Hines (1994)]; teste realizado com as crianças com duração de 5 minutos [Berenbaum (1995); Bailey (2002)].
- “Sophia Test” - teste aplicado às crianças, durante 15 minutos [Slijper (1984)]; o mesmo “Sophia Test” aplicado às crianças, durante 45 minutos [Rorschach (1992)].

Um dos instrumentos de medida, o “Gender Identity Interview for Children”, foi designado para acessar o constructo de disforia de gênero, ou o desejo de pertencer ao sexo oposto (Zucker *et al*, 1993).

O teste “Draw-a-person”, uma medida projetiva, tem sido conceituado como um índice de identificação de gênero para a criança.

Uma variante do “Gender Identity Interview for Children”, desenvolvido por Berenbaum e Bailey (2003), conclui que 88% das meninas com hiperplasia adrenal congênita obtiveram uma média do “gender identity score”

sobreposto entre HAC e controles, mas o *score* médio mostrou-se intermediário entre controles e *tomboys*.

No entanto, Zucker (2005) menciona que algumas questões incluídas estão, aparentemente, mais relacionadas ao comportamento ligado ao papel sexual e inclui um exemplo:

“Some girls like to wear dresses, some girls don’t like to wear them, and some girls don’t care. Do you like to wear dresses?”

Zucker prossegue, citando que vários autores demonstram inquietação a respeito de “normalizar” a genitália ambígua e alguns críticos chegam a propor uma moratória em relação às intervenções cirúrgicas no intersexo.

Apesar de alguns estudiosos citados - Bancroft, Money, Wallen - rejeitarem o eixo natureza-criação (*nature-nurture*) como uma falsa dicotomia, o autor aponta o fato que faz com que esta discussão permaneça bastante atual e inicia uma discussão de termos: O termo intersexualidade tornara-se o preferido e mais abrangente, incluindo não só o hermafroditismo verdadeiro, mas também o pseudohermafroditismo masculino e feminino.

Esta discussão de termos culminou recentemente (2007) numa revisão geral destes no Consenso de Chicago - comentadas no artigo “As novas definições e classificações dos estados intersexuais”.

Zucker (2005) menciona, ainda, dois estudos que merecem destaque:

- Um deles a respeito do comportamento dos pais após o nascimento da criança, conduzido por Woollett, White e Lyon (1982), em que se demonstra que 80% das perguntas iniciais são a respeito do sexo da criança. Isoladamente, a pergunta mais freqüente foi: é menino ou menina?
- Outro estudo, conduzido por Delk, Madden, Livingston & Ryan (1986), demonstrou que a percepção do comportamento da criança era afetada pela nomeação prévia destas em menino, menina ou hermafrodita. Centenas de profissionais de saúde em formação (médicos e psicólogos) foram convidados a assistir a um vídeo de uma criança de 22 meses de idade envolvida com várias atividades. A cada 15 segundos os profissionais eram convidados a nomear a atividade em questão em masculina, feminina ou neutra. As atividades eram mais freqüentemente nomeadas masculinas quando se informava previamente que se tratava de um menino; quando se informava previamente que se tratava de uma menina as atividades foram mais freqüentemente nomeadas como femininas. Quando a informação prévia era a de que se tratava de uma criança hermafrodita, uma proporção similar de atividades era nomeada masculina e feminina.

Outro estudo mencionado por Zucker, realizado por Money (1957), relata que somente 5 dos 105 pacientes apresentavam um papel de gênero e orientação ambíguos ou discordantes do sexo de registro e criação, concluindo que o sexo de registro e criação é consistente e visivelmente o mais confiável elemento prognóstico do papel de gênero e orientação, ao compará-lo com o

sexo cromossômico, o sexo gonadal, o sexo hormonal, a morfologia genital interna e mesmo a morfologia ambígua da genitália externa.

DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XX (RESTRITA À HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA)

As recomendações terapêuticas na HAC, que prevalecem desde a década de 1950, são, em geral, para manter-se o sexo genético alinhado com o sexo gonadal e genitália externa - o que em última análise define o sexo de registro e criação - através de cirurgias corretivas, terapêutica hormonal com glicocorticoides indefinidamente e registro no sexo civil feminino antes do primeiro ano de vida e, preferencialmente, nos primeiros meses de vida.

Mulaikal e Migeon (1987) reúnem 80 mulheres com HAC por deficiência de 21 hidroxilase (40 com a forma virilizante simples e 40 com a forma perdedora de sal). O estudo aponta para uma taxa de fertilidade de 60% na forma virilizante simples (menor que na população em geral) e virtualmente zero na forma perdedora de sal. Este trabalho, além da fertilidade, aborda questões em relação à altura final, aderência ao tratamento, presença de hirsutismo, ciclos menstruais e adequação da reconstrução vaginal e comportamento sexual. A média de altura das pacientes com a forma virilizante simples foi próxima ao percentil 10 e para as perdedoras de sal foi próxima ao percentil 25, quando comparadas com mulheres normais.

Não houve diferença significativa quanto à presença de hirsutismo entre os dois grupos de mulheres, assim como não houve diferença estatística em

relação aos ciclos menstruais. Destacam-se estes itens como exemplo de adequação do método aos parâmetros que se quer avaliar.

Os parâmetros adequação vaginal e comportamento sexual não têm as mesmas características dos acima. O mesmo questionário escrito foi enviado por correio e continha as questões: A abertura vaginal é adequada para o intercurso sexual? Você sente dor ou desconforto durante o intercurso? Cinquenta e duas pacientes (65%) consideraram ter um introito e uma vagina satisfatórios; neste item houve diferença estatística quando se comparou a forma virilizante simples (33 em 40, ou seja, 83%) e perdedora de sal (19 em 40, ou seja, 48%).

Dentre as pacientes com introito adequado o grupo das perdedoras de sal, comparadas com as virilizantes simples, não apresentaram diferença estatística no que se refere à porcentagem reportada de atividade heterossexual, homossexual ou nenhuma atividade sexual. Entre aquelas com intróito inadequado, realizou-se observação similar. Entretanto, comportamento heterossexual foi significativamente mais frequente e falta de experiência sexual foi significativamente menos frequente, entre pacientes com vagina adequada do que com vagina inadequada.

O número de pacientes com orientação homossexual não pôde ser comparado devido ao pequeno número de indivíduos em cada grupo.

Na década de 1990, Diamond e Sigmundson desenvolvem novas linhas diretivas para o diagnóstico e tratamento dos indivíduos intersexo.

O guia tenta estabelecer desde termos mais adequados a serem utilizados pela comunidade médica (exemplo: evitar-se o uso da palavra “normal” substituindo-a pelos termos “típico”, “usual” ou “mais frequente”), constituição mínima da equipe médica para tratamento e traz inovação no sentido de criar como meninos indivíduos de sexo genético 46,XX com HAC quando houver “pênis-clitóris” e fusão extensa das saliências lábio-escrotais (Prader 3, 4 e 5) – Figura 1.

Existem vários argumentos citados por estes autores que sustentam a mudança de postura:

- Crescentes referências de casos de requisição de mudança de registro do sexo civil entre indivíduos intersexo.
- Não há evidências de que uma vagina e clitóris pouco adequados sejam melhores que um pênis pouco adequado.
- Não se devem realizar grandes cirurgias por motivos cosméticos, somente em condições que ameacem a vida.
- A cirurgia do porte de uma clitoridectomia pode comprometer as funções eróticas e sexuais e sugere-se que se explique para as crianças que a aparência externa da genitália pode ser menos importante quando comparada à funcionalidade.
- Considerações a respeito do uso prolongado (toda a vida) de glicocorticoides e seus possíveis efeitos colaterais devem ficar claros e

muitos indivíduos intersexo relatam não terem sido informados ou consultados a respeito de seu uso.

- Consideram ainda que os pais devam ser o mais tranquilos e abertos possível quanto a manifestações comportamentais ambíguas, masculinizadas ou feminilizadas, e eventualmente aceitar desejos de mudança de gênero manifestos por seus filhos.

A mudança de postura também ficou reforçada pela participação das sociedades intersexo norte-americanas (Intersex Society of North América e outras), que manifestam algum desconforto pela tomada de decisão de algo tão importante em suas vidas ter prescindido de sua anuência, tendo sido imposta pelo médico e pelos pais.

Em outro estudo, Kuhnle, Bullinger e Schawarz (1995), aplicam vários questionários fechados em pacientes com HAC: “The Every Day Life Questionnaire”, “The Munich Life Dimension List”, “Profile of Mood States” e “Physical Complaint List”, demonstrando maior tendência à depressão nas pacientes com formas perdedoras de sal quando comparadas às virilizantes simples. Demonstram, ainda, que as pacientes estão menos satisfeitas com sua vida sexual, porém não houve incremento na preferência homossexual.

Estas mulheres mostravam menos interesse sexual quando casadas e o índice de matrimônio é menor quando comparadas aos controles.

Meyer-Bahlburg (2001) retoma alguns pontos importantes nos estudos levantados em sua revisão. Relata que todas as categorias de comportamento sexo-dimórficas parecem estar afetadas na HAC, incluindo preferência por brinquedos, brincadeiras mais corpo a corpo, agressividade, interesse por esportes, comportamento maternal e preferências vocacionais. Nos poucos estudos da literatura médica não há relatos de disforia sexual em mulheres adultas com HAC, e não há diferenças nas meninas portadoras de HAC e suas irmãs não afetadas quanto ao senso de feminilidade.

Há dois outros fatores que são considerados importantes neste levantamento: “Devido a uma homofobia generalizada na sociedade norte-americana e o impacto disto em cada família, muitos pais ficam ansiosos e desconfortáveis quando suas filhas com HAC manifestam comportamento de gênero atípico.”

O trabalho cita os artigos de Berenbaum e colaboradores (2000) e Dittmann e colaboradores (1990), considerando que na forma virilizante simples houve maior senso de identificação atípica do que na forma perdedora de sal, contrariando o dogma hormonal, pois o excesso de andrógenos é maior na forma perdedora de sal.

O autor retoma as idéias de Diamond e Sigmundson (1990) e discute a primazia hormonal, que seria apontada como determinante de certo tipo de comportamento.

O esperado efeito virilizante do maior excesso androgênico da forma perdedora de sal não vem sendo observado em vários estudos que tentam acessar grau de virilização genital em comparação com comportamento de gênero (Diamond e Sigmundson, 1997; Mulaikal, Migeon e Rock, 1987).

Para examinar os efeitos da exposição pré-natal a andrógenos na identidade de gênero e determinar se as variações de identidade de gênero estão relacionadas ao grau de exposição androgênica e aparência dos genitais, Meyer-Bahlburg (2001), estudou 43 meninas com HAC, com idades entre 3 e 18 anos, das quais 60% eram perdedoras de sal. Estas 43 meninas foram comparadas com um grupo controle, constituído por 29 meninas (suas irmãs ou primas não afetadas por HAC) e ainda foram comparadas com um grupo de 7 meninas masculinizadas (“tomboys”).

É importante chamar a atenção para a forma de recrutamento das meninas masculinizadas - foi feito através de jornal local e os pais destas meninas, identificando-as como “tomboys”, incluíram-nas no estudo. O método utilizado foi um questionário fechado que tentava acessar a identidade sexual através dos seguintes dados: preferência por ter cabelo curto, gostar ou não de usar vestidos, se seria melhor ser menino, não estar contente como menina, desejos de ser menino, tentar ser menino por um tempo, ser menino para sempre, melhor ser pai e fazer de conta que é homem.

As perguntas eram feitas de maneira direta:

“Eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre como garotos e garotas são diferentes. Lembre-se, não há resposta certa ou errada a estas questões. Nós queremos saber como você se sente sobre estas diferenças.

1. Algumas garotas gostam de ter cabelo curto, outras garotas não e ainda outras não ligam. Qual você prefere? (curto/ longo/ não me importo).
2. Algumas garotas gostam de usar vestidos, algumas garotas não, e outras não ligam. Você gosta de usar vestidos? (Sim/Não/Não ligo)

O questionário constitui-se de nove perguntas no total, atribuindo-se pontos a cada uma das repostas. Para cada item foi feito um *score* (0 = típico feminino; 1 = duvidoso ou refletindo preferências tanto femininas como masculinas; 2 = masculino típico).

Assumi-se que os *scores* dos itens individuais somados seriam a medida da identidade de gênero cujo intervalo variava de 0 (identidade feminina típica completa) até 18 (identidade masculina típica completa).

Os *scores* obtidos com as meninas com HAC foram significativamente maiores do que nas controles [M= 5,81; DP= 3,41 e M= 3,69; DP= 2,55, respectivamente; d= 0,71; t(70) = 2,86; P≤ 0,01] e significativamente menor que nas masculinizadas (“tomboys”). Para o estudo estatístico foi utilizado o ANOVA e o teste t; as diferenças nos grupos foram acessadas pelo teste de Levine e, para itens individuais, comparou-se por pareamento usando o teste χ^2 , com erro tipo I estabelecido em 0,10, devido à amostra ser

relativamente pequena. Não houve diferença estatística entre as virilizantes simples e as perdedoras de sal. As duas conclusões mais importantes foram: o teste aplicado não tem poder estatístico para prever identidade sexual através da aparência genital.

Portanto, decisões sobre registro de sexo devem ter base em outros dados além da genitália externa.

Acrescenta o autor que não é possível prever, através de comportamentos, particularmente comportamento de papel de gênero, como preferência por brinquedos, a identidade de gênero ou orientação sexual, ou prever comportamento a partir de um fator único - exposição a andrógenos ou ambiente de criação. As origens complexas da identidade de gênero e comportamentos ligados ao gênero necessitam ser considerados no gerenciamento médico de crianças com Distúrbio da Diferenciação Sexual.

O estudo considera, ainda, ser evidente a vantagem de manter-se um pênis em uma criança 46,XX Prader 5, em que a estrutura peniana está totalmente formada, envolvendo a uretra e com abertura na ponta do pênis. Ao evitar-se uma cirurgia de grande porte, e assim preservar a vasculatura e inervação das estruturas anatômicas completamente desenvolvidas, permitir-se-ia o bom desempenho sexual na vida adulta. Por outro lado, haveria a abolição do potencial fértil com a inevitável ooforectomia e necessidade de reposição hormonal masculina.

As vantagens no registro feminino seriam manter a produção hormonal ovariana e o potencial fértil. No entanto, cirurgias corretivas seriam necessárias para permitir o coito vaginal. Mesmo sendo cirurgias limitadas à abertura, largura e profundidade vaginais, poderia haver risco para a inervação e vasculatura locais.

Alguns autores retomam e confirmam estas observações em estudos posteriores. (Berenbaum e Bailey, 2003; Zucker, 2005).

DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XY

Wilson (2001) agrupa para análise que deseja fazer a respeito do comportamento de gênero, os indivíduos que apresentam deficiência de 17 β -hidroxi-esteróide desidrogenase 3, de 5 α - redutase tipo 2 e de 3 β - hidroxi-esteróide desidrogenase, além de reunir os pacientes com mutações no receptor de andrógenos, e defende a ideia de uma primazia dos receptores androgênicos na determinação de um comportamento de gênero masculino.

O autor parte da análise de um grupo de indivíduos que se destaca dos demais pseudo-hermafroditas masculinos pela frequência com que, apesar de serem registrados e criados no sexo feminino optam, após a puberdade, pela mudança de registro civil para o sexo masculino.

As razões apontadas pelo autor, que reclama a primazia para os receptores de andrógenos e não para os andrógenos, podem ser assim resumidas: As entidades clínicas que apresentam excesso de andrógenos, mas não possuem

receptores que possam mediar e efetuar seus efeitos, apesar da masculinização maior ou menor de suas genitálias e caracteres sexuais secundários, em sua maioria apresentam identidade e comportamento de gênero femininos (inclui a exposição exógena a andrógenos e progestágenos).

Outro argumento é o de que no hermafrodita verdadeiro, que pode possuir ambas as gônadas, o sexo de criação é o que prevalece, sendo, portanto, uma escolha a partir da genitália externa, e então determinada pelos efeitos (mediados pelos receptores) dos andrógenos.

Segue referindo que mulheres com disgenesia gonadal apresentam fenótipo, identidade e comportamento de gênero femininos. Como estas mulheres não têm estrógenos, tampouco andrógenos, o estabelecimento de identidade e comportamento de gênero feminino podem prescindir do hormônio feminino. Argumenta que homens com a síndrome de Klinefelter sintetizam suficiente andrógeno durante a embriogênese para desenvolver um fenótipo masculino, porém possuem níveis diminuídos de andrógenos e aumento de estrógenos após a puberdade. O fato de homens com a síndrome de Klinefelter terem um comportamento de gênero masculino sugere que estes hormônios (femininos) não produzem nenhum papel no comportamento de identidade/gênero na puberdade ou após o tempo esperado para que ela aconteça.

O autor argumenta também que muitos homens, portadores de resistência parcial a andrógenos e disfunção parcial do receptor, virilizam

suficientemente durante a embriogênese para causar o registro civil masculino ao nascimento e caracteristicamente ter um comportamento masculino inequívoco quando adultos, apesar da incompleta virilização externa e da aguardada feminização na puberdade.

O fato de mulheres com profunda perda da função de receptor apresentarem comportamento de gênero feminino, apesar da presença de níveis adultos de testosterona, sugere que os efeitos dos andrógenos no comportamento de gênero são mediados pelo receptor androgênico, por si mesmo.

OS MÉTODOS QUALITATIVOS

É importante tecer alguns comentários sobre pesquisa qualitativa quanto à sua caracterização e adequação à presente proposta de pesquisa, visto que a história dos métodos qualitativos tem pouco mais de um século.

A manutenção de uma atitude científica diante de aspectos comportamentais exige a utilização de métodos adequados, que sejam suficientemente criativos e flexíveis, e que permitam o acesso à verdade, assumindo que esta será sempre parcial e passível de questionamento.

Uma atitude científica implica em sustentar espírito crítico, procurar saber como se estrutura o conhecimento científico, não aceitando reducionismos biológicos, psicológicos e sociológicos, que são os mais comuns na área de saúde.

Como o conhecimento científico da medicina baseada em evidências tem sido gerado? O critério de verdade ou seu estabelecimento tem sido pautado pelo empiricismo, que corresponde à doutrina filosófica que acredita que todo conhecimento provém da experiência, captada através dos sentidos, e generalizada pela matematização dos dados coletados. É ainda necessário que grupos ou pessoas diferentes, em locais e momentos históricos distintos, ao repetirem a experiência em condições semelhantes, cheguem a resultados matemáticos próximos. O domínio da produção de conhecimento segue, portanto, os ditames do positivismo.

Marilena Chauí, filósofa contemporânea brasileira, resume didaticamente três concepções da verdade: a primeira, herança grega, em que a verdade é uma qualidade das coisas em si, aquilo que não está oculto (*aletheia*); a segunda surge da versão da palavra em latim *veritas*, que significa “precisão de um relato sobre o que ocorreu”; a terceira, proveniente do hebraico *emunah*, quer dizer confiança, aquilo que nascerá de uma aliança.

Para Chauí, “a realidade que conhecemos filosoficamente e cientificamente não é a realidade em si das coisas, mas a realidade tal como é estruturada por nossa razão, tal como é organizada, explicada e interpretada pelas estruturas *a priori* do sujeito do conhecimento, e que a verdade é um acontecimento interno ao nosso intelecto ou à nossa consciência”. (TURATO, 2003)

Para Friederich Wilhelm Nietzsche, todo conhecimento científico depende das necessidades de vida daquele que pretende conhecer, é relativo àquilo que o ser humano precisa para sobreviver. Declarando-se contra o positivismo, nomeou esta ideia de perspectivismo, levando em consideração as inumeráveis interpretações possíveis daquilo que é cognoscível.

Para o positivismo há apenas fatos, enquanto para o perspectivismo há interpretações dos fenômenos e não há fatos em si.

A questão a respeito da apreensão satisfatória do objeto retorna, pois sabemos que a mesma é reduzida por várias razões, tais como: “a imensa quantidade de partes e dimensões de cada objeto, que está além da capacidade humana de apropriar; a atenção do observador que trabalha com contínuo filtro; as memórias biológica, psicológica e cultural que privilegiam ou selecionam elementos; as teorias prévias que impregnam a consciência que observa; e outras tantas.” (TURATO, 2003).

CONSIDERAÇÕES SOBRE NORMAL, NORMALIDADE E NORMATIVIDADE

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE – TESTES PARAMÉTRICOS

O conceito de normalidade em medicina empresta da estatística seu primeiro e principal paradigma: As variáveis distribuem-se segundo um padrão matemático, cuja curva que o representa é a curva normal ou em sino. É preciso deter-se um pouco no significado de afirmar ser normal a glicemia ou

a altura de um indivíduo. O que significa ser normal, segundo o paradigma estatístico? Significa ter medidas (tomando-se a glicemia como exemplo) expressas numericamente que se encontram em algum ponto da curva normal. É preciso dizer que este conceito se esgota aí.

O contraponto entre o normal e o patológico (o segundo paradigma de normalidade) que as ciências médicas fazem derivar daí constitui uma aberração.

O normal e o patológico não constituem posições antagônicas de uma mesma norma. Destaca-se da obra - A Institucionalização Invisível (Moyses, 2001), afirmação de Georges Canguilhem, médico e filósofo francês, que em “O Normal e o Patológico” escreve:

“Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também normativo, nesta situação e em outras situações eventuais.

O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. ...o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normatizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes... O doente é doente por só admitir uma norma... doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo”

Assim, não é possível acessar o normal estudando-se o patológico, invertendo-se o sinal, assim como não é possível definir o consciente a partir do inconsciente.

O último paradigma da normalidade é o do senso comum. O normal no senso comum, mais do que em qualquer outro, constitui argumento para as diferenças e diversidades se transformarem em desigualdades de gênero, raciais, sócio-econômicas e culturais.

Moyses (2001), em “A institucionalização invisível: crianças que não aprendem-na-escola” testemunha que a crueldade desta “naturalização da desigualdade imposta aos homens requer o encobrimento da discriminação racial, social, ou de gênero, sob a aparência de conhecimento científico, alicerçado no campo da biologia, mais especificamente na genética.

A transferência de pressupostos da teoria darwinista – o evolucionismo e a seleção natural – para o entendimento de fenômenos que ocorrem nas sociedades humanas constitui o terreno onde se fundam as teorias que tentam justificar a discriminação entre os homens”.

Os testes psicológicos padronizados (cujos herdeiros encontram-se abundantemente discutidos, aplicados à sexualidade) constituem instrumentos de legitimação da desigualdade. Faz-se necessário situá-los historicamente.

Dez anos após a publicação de “A origem das espécies”, Francis Galton, primo de Darwin em sua obra “Hereditary genius”, em 1869, cria o termo eugenia, que apregoa o aprimoramento da espécie por casamentos adequados.

O darwinismo social confunde raça e espécie e, fazendo equivaler seus significados, apregoa que existem diferentes raças humanas cujos patrimônios genéticos não seriam miscigenáveis; apregoa, ainda, haver uma continuidade entre patrimônio genético e caracteres morais e na determinação de comportamento.

Francis Galton, considerado o criador da psicologia escolar, trabalhando no University College, em Londres, empenhou-se em criar instrumentos capazes de mensurar diferenças individuais. Seu objetivo, como já mencionado, é o aprimoramento das espécies e o resultado é obviamente permeado pelo desejo de uma classe dominante, de eliminar características que se afastem daquilo que já está instituído.

Moyses (2001) cita, não por acaso, um teste aplicado a crianças em idade escolar, o “Weschler Intelligency Scale for Children (WISC)”, aplicado principalmente para o encaminhamento a classes especiais em que, entre outras, se pergunta: O que é esmeralda? ... O que é hipoteca?!!!!...

Em geral, os testes pressupõem um conhecimento formal, uma apreensão de conceitos prévios ao que o teste se propõe. Neste sentido Moyses, ao

comentar o Exame neurológico evolutivo, ressalta que propor que a criança nomeie cores pressupõe que a criança consiga nomeá-las e não discriminá-las (que seria o objetivo inicial), o que pressupõe que o sujeito esteja imerso num meio social onde isto é valorizado e cujo código esteja acessível a todos os seus constituintes.

A apreensão de gênero, papel de gênero ou comportamento ligado a gênero são também constructos sociais e não fornecidos de início pela anatomia, seja ela ambígua ou não.

Esta introdução desvela a quantidade de abordagens possíveis envolvendo os Distúrbios da Diferenciação Sexual e que o assunto, por mais complexo que seja, encontra uma oportunidade de se fazer ouvir incluindo uma perspectiva psicanalítica.

JUSTIFICATIVA

Há várias tentativas na literatura médica de acessar a identidade sexual dos indivíduos com Distúrbios da Diferenciação Sexual, pela aplicação de questionários fechados e perguntas com respostas de múltipla escolha e seu posterior tratamento quantitativo.

As cirurgias para redesignação do sexo nas crianças menores de dois anos constituem-se como falso consenso na literatura. No entanto, após os dois anos, a definição do sexo passa a envolver toda a equipe de saúde, a família e deveria incluir o sujeito, seguindo critérios ainda mais controversos.

O atual estudo justifica-se pela tentativa de trazer a fala própria do sujeito e incluí-lo. A escuta psicanalítica, sem privilegiar nenhuma das áreas do conhecimento aqui envolvidas, foi o instrumento escolhido como veículo.

OBJETIVOS

GERAL

Avaliar os instrumentos descritos na literatura e conceitos advindos destes, na atenção a pacientes com Distúrbios da Diferenciação Sexual.

ESPECÍFICOS

1. Interpretar significados reportados pelos sujeitos em estudo, dentro de uma perspectiva psicanalítica.
2. Levantar questões a respeito do momento ideal para indicação de cirurgias nos Distúrbios de Diferenciação Sexual.

SUJEITOS E MÉTODO

Para endereçar as questões relacionadas à identidade e comportamento sexuais dos indivíduos com Distúrbios da Diferenciação Sexual foram selecionados, dentre os pacientes que foram atendidos nos últimos 15 anos, no ambulatório do GIEDDS da Unicamp, aqueles que foram submetidos a cirurgias corretivas realizadas na infância, adolescência ou vida adulta. Os pacientes a serem convocados para a entrevista semi-dirigida foram selecionados após levantamento de dados em seus prontuários.

Adotaram-se as normas da última nomenclatura a respeito do assunto, que orienta a mudança do termo Intersexo para Distúrbio ou Anomalia da Diferenciação Sexual. No entanto, os nomes ainda consagrados pelo uso são mantidos na revisão da literatura antes do Consenso (2007), para maior compreensão.

Num primeiro tempo foram incluídos os pacientes que tiveram alteração de registro civil após os dois primeiros anos de vida e, por conseguinte, sofreram intervenção médica e ou cirúrgica após terem sido criados, ao menos por algum tempo (mais que dois anos), num gênero diverso do atual. Durante a realização das entrevistas incluiu-se um grupo de pacientes com hiperplasia adrenal congênita, cujo diagnóstico e tratamento tiveram início bem precocemente ou até um ano de vida (tendo havido ou não mudança de registro civil).

Foram ainda critérios para a entrevista: ter idade e condições psíquicas suficientes para falar das questões concernentes à própria vida e daquelas envolvendo o distúrbio da diferenciação sexual.

A partir de casos considerados desfavoráveis pela literatura devido à chegada tardia ao serviço médico, com correção cirúrgica e alteração de registro civil também tardias, revisou-se a literatura que estrutura as decisões médicas e a terapêutica e, também, os conceitos que as sustentam. Os motivos para considerá-los desfavoráveis são o tempo de exposição a quantidades, as mais variáveis, de andrógenos (e também sensibilidade bioquímica de seus receptores) e o impacto subjetivo em ser criado como menino ou menina.

A posterior inclusão do grupo de meninas (incluídas quase um ano após o início das entrevistas) com hiperplasia adrenal congênita, que receberam diagnóstico e tratamento precoces, visou avaliar como se apresentavam as questões nestes sujeitos.

Não se trata de constituir grupos para comparações paramétricas e sim escutar o sujeito na sua singularidade, levando-se em conta todos os fatores sensíveis ao pesquisador.

A subjetividade do pesquisador tem importância capital, o envolvimento emocional e a identificação são desejáveis, porém esta deverá ser analisada objetivamente. O observador mistura-se primeiramente com o objeto,

confunde-se com ele e concomitantemente observa como acontece esta mistura, que emoções suscitam-lhe e como lida com elas. Todo pesquisador é influenciado pelo seu ambiente cultural-filosófico-histórico e precisa incluir em suas considerações tais aspectos. (TURATO 2003).

A ENTREVISTA

Foi utilizada entrevista semi-dirigida, com conteúdo revelado no Anexo 1.

A entrevista foi elaborada especificamente para este trabalho e suficientemente aberta para incluir livre associação dos sujeitos participantes.

A dinâmica da entrevista incluiu conceitos psicanalíticos, tais como:

estabelecimento do *setting* (situado no ambulatório do GIEDDS, onde os pacientes/sujeitos foram diagnosticados e acompanhados); importância da livre associação de idéias, explicada aos sujeitos das entrevistas em momento prévio a elas e valorização da transferência por parte do entrevistador, tanto na elaboração e condução da entrevista, mas principalmente na elaboração das interpretações das falas dos sujeitos.

A escolha por uma entrevista semi-dirigida foi, principalmente, por desejar permitir ao entrevistado autonomia para incluir em seu discurso justamente o que lhe ocorria em livre associação e, também, pelo fato de serem

conhecidas apenas algumas das questões envolvendo o paciente com distúrbio da diferenciação sexual, ensejando que questões não previstas pudessem acontecer.

As questões não foram apresentadas ao sujeito em uma ordem formal pré-estabelecida, como indicada na sua redação. O questionário aqui apresentado foi bastante modificado em cada entrevista, na dependência do que se depreendeu da transferência.

O início da entrevista ocorreu com uma apresentação mútua, entre entrevistador e entrevistado, com uma conversa informal, estabelecimento de *rapport* e seguida de detalhada explicação dos objetivos.

Por *rapport* entende-se o sentimento consciente de simpatia mútua, confiabilidade e reciprocidade, que se estabelece entre uma pessoa e outra. Seria um acordo civilizatório mútuo que permite o início das relações.

Ainda durante o *rapport* houve a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), explicando os objetivos do estudo, sua metodologia, uso do gravador, possibilidade de recusa na participação em qualquer etapa, sem prejuízo do atendimento na instituição, além da garantia de anonimato.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A amostragem foi proposital ou intencional - que pode ser definida, segundo Pope & Mays, como a de “escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total” (TURATO, 2003).

O fechamento da amostragem foi por saturação, ou seja, considerou-se suficiente o grupo quando houve a percepção de que novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetição em seu conteúdo. A saturação obviamente refere-se ao ponto de satisfação do pesquisador, uma vez que abarcar o todo poderia levar a uma lista interminável de entrevistas e, mesmo assim, não realizaria o intento.

ENTREVISTAS

Pela importância do nome próprio e, ao mesmo tempo, para manter o sigilo, optou-se por substituir os nomes reais e sua re-designação, quando houve, tentando manter o mesmo mecanismo lingüístico: som, número de sílabas, número de vogais e consoantes.

As falas foram agrupadas e categorizadas em Infância, Familiares, Momentos de Diagnóstico, Identificação, Escolha de Objeto e, para uma paciente, em uma categoria inventada por ela: Praquaprami?

Trechos da entrevista de Lina/Line/Lineu (com deficiência de 5-alfa-redutase tipo 2), 34 anos, natural e procedente de Limeira; auxiliar de produção, casado, 1 filho. Entrevista realizada em 28/07/2004.

1. Infância

Quando você pensa na sua infância, qual é a primeira coisa que vem à sua cabeça?

“Ah cara, eu sou sincero em falar pro cê, sabe. Às vezes eu penso isso comigo mesmo. Eu não sei se eu tive uma infância triste ou feliz, cê ta entendendo? De repente, eu falar eu fui feliz, porque eu pude andar, pude fazer isto, mas eu poderia ter sido muito mais feliz, cê ta entendendo? Eu poderia realmente ter sido aquilo que eu fui, o que eu sou hoje, cê ta entendendo?”

(Falando das dificuldades na escola) E quais eram as dificuldades? :

“Porque, eu era uma rapaz, cara. Era difícil para o pessoal ficar me chamando de Lina, para não ter aquela conversinha, para não ter aquilo ali, aquilo outro, sabe, e minha mãe na intenção de me ajudar, foi lá e conversou, acho que ela falou alguma coisa de problema e aí o cara veio falar isso aí para mim, sabe, o professor. E no mínimo ele deve ter falado para a classe inteira quando eu não estava na escola né, meu? E uma coisa que eu achei

muito chato, uma coisa que me machucou muito, assim, não gostei, não gostei mesmo, acho que ele não tinha esse direito de se intrometer na minha vida.”

2. Tempos de Diagnóstico

Quando foi que você entrou em contato com seu diagnóstico?

“A primeira vez que eu vim aqui foi com 12 anos. 11, 12 anos que eu vim aqui na Unicamp, né?”

E quando você percebeu que tinha alguma questão?

“Ah cara, eu sempre fui muito esperto, sabe, assim muito esperto. Não viam/vinham muito do lado meu, sabe, desde pequenininho mesmo. Ah, eu com sete ou seis anos percebia que era diferente das outras menininhas. Que eu era tratado como uma menina, né? Eu via que era diferente...” “....Falam, alguns parentes meus, que quando eu tinha alguns meses de idade, percebia que eu era diferente, sabe, e me levaram num médico em São Paulo, só que eu não sei desta história. Eu tenho medo de perguntar e chatear o meu pai”.

Como foi seu primeiro atendimento aqui?

“... Examinaram eu certinho, só que minha mãe, cara, ela não falava nada para mim, certo? Então eu ficava meio assim. Minha mãe falava: Ah, você tem um problema na bexiga e a gente vai no médico para ver isso. Só que eu já imaginava não que eu, não que eu era um menino e tal, que era uma coisa diferente, eu me sentia diferente. Então minha mãe ia no médico me ajudar. E eles não falavam nada para mim. E vinham, me examinavam e não sei o que falavam para ela também, sabe? Daí já fomos embora. Daí minha mãe falou assim para mim: Seu problema só pode ser resolvido quando você tiver a idade de 18 anos e aí você faz uma cirurgia e tal e resolve, mas também não falava o que era. E aí fomos embora. Fomos e não voltamos mais e quando eu tinha uns 16 anos não estava aguentando mais”. “.... Eu era uma criança, conversaram com ela (mãe). Não sei se ficou claro para ela e às vezes eu penso comigo, isto poderia ter sido resolvido antes, porque de 12 para 16, 18

anos, de repente era da 5ª ao segundo grau e o pessoal que me conheceu no 2º grau, sabe, que eu comecei a escola, poderia ter me conhecido diferente. Poderia ter começado minha vida um pouquinho mais cedo, né?"

E o seu diagnóstico em si, você sabe dizer o que você tem?

"Oh cara, eu vou ser sincero falar para você, o que falaram para mim, sabe, eu tenho mais ou menos na cabeça, você está entendendo, o que aconteceu comigo. Vamos supor, eu imaginava isso, você está entendendo? Que eu teria os dois sexos, tal que eu (pausa) teria os dois sexos, só que na realidade eu era um menino, um rapaz, não um homem.

3. Familiares

Como você diria que seus pais te criaram, como menino ou menina?

"Foi uma coisa que, sabe, meu pai me dava carrinho, me dava carrinho, me dava bola, sabe, me dava isso. Minha mãe me soltava também, sabe, deixava eu de shortinho, estas coisas. Às vezes eu acho que ela pensava isto com ela, ela é uma menina né, meu? Daí ela comprava uma saia para mim, fazia eu ponhar, sabe... eu ponhava, fazer o quê? E sabe, daí depois, daí só que eu via as roupas: macacão, calça, eu gostava daquilo ali e minha mãe sabia. Só que também não forçava demais: você tem que ser assim, tem que ser assado, dava bola para mim, sabe, via que eu gostava, dava bicicleta, deixava eu solto também, brincar, (eu só vivia assim). Eles ficavam no meio termo também, cara. Acho que eles também não sabiam, eles ficavam no meio termo. ... É, meu pai dava brinquedo masculino por tanto eu insistir, cê ta entendendo? Ele dava, sabe cara, só que é aquele negócio, dava para me agradar. Por ele mesmo daria outro brinquedo. A hora que ganhava uma bicicleta, vamos supor, a bicicleta de menina era aquela Ceci, sabe, tinha a Ceci na frente, eu queria aquela outra, Caloi Cross, sabe, só que demorou, mas aí aquela bicicleta não era aquela que eu pedi, foi 5 ou 6 anos para eu ganhar a bicicleta".

... E qual foi a bicicleta que você acabou ganhando? E quantos anos você tinha?

“A bicicleta Caloi Cross (risos). Eu tinha uns 10 anos”.

4. Identificação e escolha de objeto

E antes dos seis, sete anos Lineu, vem algo em sua memória?

“Vem, vem os meus brinquedos. Sabe, eu gostava de carrinho desde pequeno sabe, eu gostava, eu via no mercado, via numa loja e sempre gostava de brinquedo de menino. Era o trenzinho, era o caminhãozinho, era o hominho, sabe. Num via boneca, não sentia nada, estas daí, estas lembranças nem na minha memória eu sinto. Desde pequenininho era o carrinho, shorts, camisetinha cavada, sabe estas coisas? Sempre foi assim”.

E a adolescência, quando começou a mudar o seu corpo?

“Aos 11 anos. Eu percebi os testículos, eu chamava de pelote, sabe, eu falava para minha mãe. Eu via comigo, ficava meio assim, eu tenho um pelote por baixo, sabe, eu sentia um volume assim, sabe, um pelote aí, foi com 11 ou 10 anos que começou a minha voz, ao invés de ficar mais fina ficou mais grossa, começou a ter pêlos no corpo, na barriga aí eu vi que... eu tinha vergonha né, cara, mas...”

E quando você diz terrível, que era terrível, é em que sentido?

“Eu era muito arteiro, cara, sabe? Eu queria ir para a rua, queria soltar pipa. Queria nadar em rio, queria jogar bola. Nossa, eu era doente por causa de bola e eu me sentia preso, cê tá entendendo? Eu queria jogar bola, queria ir para o rio, mas não queria magoar minha mãe, meu pai sabe. Sabe, eu no meio de homens... depois os vizinhos ficavam falando: É, sua filha tá lá no meio de homens, não sei o que, sabe, então eu ficava... criança eu, com seis, sete, oito anos. Então aquilo ficava preso dentro de mim, quando tinha uma brecha para sair, aí eu aprontava mesmo. Ia na casa dos vizinhos que tinham falado, aí eu queria me vingar mesmo”.

Você estava do jeito que você é e estava vestido como menina?

“A roupa em si, sabe, minha mãe não forçava, sabe? Eu usava calça, só que eu usava nome de menina, acho que perante a sociedade não podia, né? e nem imaginava que ia mudar, então a sociedade, assim tal eu pensava, eu evitava de ir no Shopping, eu evitava de... eu adorava jogar bola cara, sabe, eu não ia jogar bola, sabe, para não magoar minha mãe, minha família. Namorar, gostava de menina, não saía ou saía escondido, sabe? Mentia para a menina, falava que chamava, né, inventava lá um nome de rapaz e tocava, saía com as meninas. Só que escondido. Chegou uma época que eu não aguentei mais. Nossa, eu não aguento mais!”

...Você disse que as pessoas te viam como hermafrodita e você, nesta época da primeira ejaculação, também se via como hermafrodita?

“Não, nesta época aí não. Eu me via como uma mulher, uma me-moça que tinha problemas, você está entendendo? Até uma conversa que eu ouvi, quem falou isto para mim foi um professor de escola, e ele falou que quando eu fizesse 18 anos, tal, eles iam colocar seios em mim e eu ia ficar uma mulher normal. Isso aí foi uma coisa que ficou na minha cabeça, mas... Para mim ia ser isso aí, você está entendendo cara? ...Vamos supor, eu imaginava isso, você está entendendo? Que eu teria os dois sexos, tal que eu (pausa) teria os dois sexos, só que na realidade eu era um menino, um rapaz, não um homem. Só que depois eu comecei a pensar, na realidade eu não tenho sexo nenhum, porque o masculino não desenvolveu e o feminino não desenvolveu, sabe, daí...”

... E como foi isto para você, mudar de nome? Como você se chamava?

“Não, no começo foi Line, ficava meio fácil, de criança, não ia né... No começo foi Line. E aí quando foi registrar mesmo, que não podia ser Line, aí ficou Lineu. Ah cara, que nem eu estou falando para você, aquela angústia que eu tinha dentro de mim, sabe, só de você se ver livre daquilo lá, o resto foi tudo fácil, e as pessoas me viam daquela forma, já me viam como rapaz. Para as pessoas também foi um alívio poder me chamar de Lineu e para mim foi tudo

ótimo, cara, foi uma coisa assim, rápido e fácil, sabe, uma adaptação tranquila. Foi muito tranquilo”.

**Qual é a perspectiva agora? Vocês tiveram um filho, como é para você?
(Sobre o relacionamento amoroso/sexual atual)**

“Ah cara, foi... Que nem, minha mãe faleceu, né. Eu tive um apego muito grande; esse menino, não que ele, né, parece que ele desabrochou um amor dentro do meu coração, uma coisa diferente, uma outra vida, sabe, ele me realizou assim, e eu vejo a minha mulher, sabe, o quanto ela queria, o quanto ela gosta do menino, sabe. Nossa família assim, nossa casa, parece que está cheio de anjos, cara, parece que está maravilhado, né cara, com isso aí, é um sonho, uma luta, que você consegue realizar também, sabe?”

Como foi a procura de vocês?

“O filho foi assim... sabe, que nem 8 anos casado, e nestes 8 anos lutando, batalhando, eu vim, procurei a Unicamp, aqui, cheguei a fazer exames sabe? Eu esqueço o nome do Dr., ele, ele, ele fez, eu me masturbei né e em seguida eu urinei para ver se estava caindo na urina, sabe? Fiz aqui na Unicamp isto, mas também não estava caindo, daí eu fiz uma punção, acho que chama, mas aí foi com um médico particular, eu esqueço o nome dele, aqui em Campinas também ...”

Punção onde?

“Nos testículos, para ver se tinha os espermatozoides lá dentro. Daí tinha, o cara falou para mim que tinha; era. (nome do médico) acho que ele chama; sabe, tinha, só que muito caro o tratamento, muito caro demais, daí eu fui na..., na..., numa outra clínica aqui de Campinas que trocava o tratamento, minha mulher doou o óvulo e eu fiz com banco de sêmen, ficou bem mais simples, bem mais fácil fazer, porque se eu fosse atrás, sabe, podia juntar dinheiro, ia demorar mais para mim fazer...”

No fundo você acha que seu pai gostaria de ter tido um menino ou menina?

“Os dois, meu pai e minha mãe, sem dúvida um menino... sabe, porque eu já sabia, cara, com uns 6, 5, 7 anos eu já sabia que eu era um menino; não, eu me sentia um homem, você está entendendo, um menino, sabe? Acho que esta parte aí poderia ter sido evitada para mim, do sofrimento todo que eu sofri, que não foi fácil, sabe, sofri muito mesmo.”

Como você pensa nisto, uma criança com 6, 7 anos ter essa percepção?

“O que me deu essa clareza, cara, foi eu começar a descobrir, você ver o negócio de relação sexual, sabe, você ver em televisão e na minha época era bem menos. As pessoas conversarem sobre sexo, você olhar para uma pessoa, assim para uma mulher, sabe, e ter vontade de beijar ela. Você ter vontade de pegar no órgão genital dela. A mulher que olhava nós, ela ia dar banho em mim e eu pegava no órgão genital dela. Porque eu gostava, eu queria pegar. ...Uma coisa que eu sempre percebi, que às vezes eu via as menininhas peladas, sabe. Na época falava que ia fazer bobagens com as meninas. Com essa idade mesmo, 5 ou 6 anos, e eu percebia tipo o clitóris que o pessoal fala, o meu era maior, sabe, parecia que era mais desenvolvido, só que para mim era clitóris normal, né? E eu beijava as meninas cara, beijava bem ali mesmo, com essa idade que eu tinha e eu gostava mesmo...”

Trechos da entrevista de Bianca Antonia (com Hiperplasia Adrenal Congênita), 27 anos; foi Roberto Antônio até a puberdade. Entrevista em 20/04/2005

1. Identificação

Em meio ao *rapport* inicial, ao ter perguntado onde morava e para onde eram os planos de mudança, o discurso brotou sozinho: “... né, que como era certo

eu tenho útero, tenho ovário, eu menstruo, eu fiz uma neovagina em 94, né, um pouco (in)satisfeita com o tipo de cirurgia hoje, atualmente, mas assim...”

Como é que você está, satisfeita ou insatisfeita?

“Insatisfeita, um pouquinho assim, porque eu sinto muita dor no enxerto agora, né; eu fui encaminhada prum... é, um..., uma especialidade de..., é “numnemonome” no CAISM, né, na ginecologia, neoplastia é o que tinha que ser feito, neoplastia, para estar revendo esta cirurgia, mas eu penso assim que é, eu acho que na época o mais indicado teria sido ou um tecido da boca, porque como foi uma neo... que foi feito um anel junto ao..., ou né, a parte que restava da..., que tinha da vagina mas, uma parte para fora não tinha, que eu acho que é uma coisa de uns cinco centímetros eu acho, calculo eu, eu acho que deveriam ter tirado ou um pedaço do intestino, porque já que estavam sabendo que é um tecido da mucosa e não um tecido que foi feito porque eu sofro muitas consequências com isto”.

Quando você era Roberto você tinha atração por meninas ou por meninos?

“Cheguei a ter sim uma, na época, a ter sim, por meninas e depois mais ou menos aos 12 anos por meninos. Comecei a me interessar mais pelos meninos, mas aí, depois de tudo isso aí já, eu não consegui mais pensar nisto, tudo isto...”

Teve alguma brincadeira com menina?

“Aconteceu sim!”

Como foi?

“Aconteceu assim, tipo de tocar, sabe, das meninas assim ficar tocando, assim na parte do clitóris, assim nesta época. De eu ficar passando a mão, e às vezes até acontecia de eu sentir uma ereçãozinha, mas eu acho que era...”.

Isto, nesta fase de você mais ou menos com quantos anos?

“Oito, nove...”

2. Tempo de Diagnóstico

Conta para mim o que você tinha, como era?

“Eu fui criada como menino até os 8 anos, (é eu tive que fazer), aparentemente os médicos, quando eu nasci, falou é um menino, mas nasceu um testículo, ele tem um testículo lá em cima, tem que descer na bolsa, mas periodicamente eu achei que foi um erro, hoje parando e pensando como adulta, acho que se eu tivesse um filho e acontecesse isso, eu procuraria a justiça sim, porque eu acho que este tipo de coisa não pode acontecer, porque um médico quando ele se forma, eu acho que é para ele, é assim, pesquisar, e dar a alternativa (alternativa) certa, porque hoje você imagina uma mãe e um pai sendo enganada por um médico, porque ele não, ele não assim se preocupou em fazer uma eco na época, por exemplo, se você está criando um filho homem...”

Como foi esta sua primeira chegada ao hospital?

“Foi assim: É, eu comecei primeiro a ter um sangramento. Todo mês eu tinha, dava uma cólica, eu ia pro pronto-socorro, davam uma injeção - Ah, isto daí deve ser porque sua família tem descendente de cálculo renal, deve ser um cálculo que está descendo aí...”

Este sangramento saía por onde?

“Por um, tipo um pênis, que era um clitóris aumentado, que tinha cerca de dois centímetros, dois centímetros na época, era pequeno, bem pequenininho e a bolsa que falavam que era o saco escrotal eram os grandes lábios que fechou...”

E aí o sangramento acontecia uma vez por mês?

“Uma vez por mês, durante 3 ou 4 dias, era uma menstruação. Eles falavam que era um cálculo”.

Durante quanto tempo, por quantos meses você ficou tendo este sangramento assim?

“Isto daí foi assim: começou entre sete a oito anos, eu tinha este sangramento e ficou com o decorrer da vida, né, até hoje eu tenho menstruação normal, né, mas aí eu vim pra cá, (reprimindo)...”

3. “Praquáprami?”

Então sua primeira operação foi aqui?

“A primeira operação foi aqui. Fiz para poder descer o testículo, não achou, fui fazer para descer a... fui fazer a tubulação, para estar achando o testículo, eles estavam não sei aonde, nas virilhas, e aí acharam útero, ovário, tudo perfeito. Aí com o decorrer do tempo, com os exames, demorou um pouco, “praquaprami”, minha mãe não aceitava, meu pai então menos ainda, meus irmãos, que eu tenho ma, tenho mais cinco irmãos em casa, que era tudo de menor, um...”

Trechos da entrevista de Marcos, 20 anos, solteiro, natural de Sorocaba (com deficiência de 5 alfa redutase tipo 2), segundo grau completo, profissão pedreiro. Foi Mariane até os 13 anos. Entrevista em 18/05/2005.

1. Identificação e Escolha de Objeto

... conta como é que foi a sua história de vida, o que aconteceu com você aqui no GIEDDS.

“Eu vim fazer tratamento aqui mais porque eu fui registrado como menina, né?”

Qual era o seu registro anterior Marcos?

“Era Mariane ...”

Certo, até que idade...

“Treze anos?”

Você lembra o que você sentia quando você ganhava uma boneca?

“Falava que eu não gostava, né? Não gostava de boneca. Até minha avó falava que ela ia lá comprar boneca pra mim, eu falava que eu não gostava de boneca, que ficava guardada, ainda até hoje eu tenho umas duas (?)”.

Está tudo guardada?

“Tudo guardada, tudo guardada”.

E por que você guarda?

“Ah... eu, a minha avó que guarda né?”

Certo. E com relação a esta questão da vergonha Marcos, você se sente envergonhado do quê?

“Ah, chama a gente de tudo quanto é coisa, né, de (CHORO) sapatão, boiola, viado, não sei, bicha, essas coisas”.

... E te chamavam de sapatão por que motivo, ou de boiola?

“Ah eu não sei, acho porque brincava de coisa de homem, não sei, acho que é... isso não sei”.

E tinha alguma coisa que te dizia que você era ou menina ou menino, o que você sentia nessa época?

“Eu, do jeito que eu era tratado, pra mim era normal, né? Não sabia de nada”.

(Sobre seu pênis)

“Tem por dentro, bem pequeno, ele falou”.

E aparecia alguma coisa por fora nessa época?

“Olha eu não sei se aparecia, nem sei se aparece ainda, né?”

Por que você não vê?

“Não vejo, não sei, eles é que fazem, né? Conhecem”.

Tá certo. E você toca em você? Você sente o seu corpo? O que você sente?

“Eu sinto que eu sou um homem, né? Não sei, não sei, é isso que eu sinto também”.

Quando você começou a se interessar por meninas?

“Eu não sei, depois de uns treze anos pra cá, aí acho que eu comecei a me interessar por meninas, não sei, não sei”.

Antes disso você se lembra de alguma coisa?

“Antes disso acho que me interessava por meninas também, né? Que eu nunca gostei, gostava de brincar, nunca gostei de brincadeira íntima assim com menino, nunca gostei”.

E teve alguma brincadeira dessa íntima com menino?

“Não. Nunca gostei, nunca brinquei de brincadeira íntima, nem com menina nunca brinquei, comecei a brincar depois pra frente, aí sim”.

Você já teve algum relacionamento?

“Não, relacionamento assim, relacionamento não, tive ficá, né?”

O que você quer dizer com ficá? Dar uns beijos?

“Só beijar, só passar a mão, beijar, só beijar mesmo”.

E hoje Marcos, se você pudesse dizer qual é a parte do seu corpo que você mais gosta em você, que você não mudaria?

“O cabelo, que não faz mudar; é isso, penso em mudar, depois eu falo que não vou mudar, não”.

O cabelo mais comprido?

“É”.

2. Momentos de Diagnóstico

E como foi para você isso, mudar o seu registro, mudar o nome?

“Pra mim foi um choque, porque não sabia de nada, né? Andava de um lado pra outro com nome, muda o registro, muda tudo...”

Então você estava me contando de tomar essa decisão importante na sua vida, né? Essa de mudar de nome, começou a acontecer quando vocês perceberam que não crescia a mama e que não vinha menstruação, mas foi só isso que fez vocês mudarem de nome?

“Não, é que eu fiz o exame e tudo; deu que não tinha, não tinha assim, eu tinha só testículo, tinha coisa de homem, né?”

Onde está o testículo Marcos?

“Por dentro aqui, onde fica a vagina, fica por dentro um pouco, assim, escondido, né?”

Certo.

“Ai comecei a passar com o psicólogo, comecei a... ah, comecei sentir bem, né? Que nem do jeito que eu era, pelo menos eu vim optar por masculino, né? Que pro feminino ia ficar mais difícil e também não me sinto bem como feminina”.

Trechos da entrevista de Alexandra, (com Hiperplasia Adrenal Congênita), 17 anos. Entrevista em 28/05/2005

1. Momentos de diagnóstico

E com relação às tuas questões aqui, da Hiperplasia Adrenal, como é que você se sente aqui no ambulatório?

“Nasci, a minha mãe não me explicou tudo detalhado quando eu era menor, aí fui saber depois com quinze anos; aí fiquei meio triste, mas hoje em dia todo mundo, assim, tem um monte de doença mesmo, qualquer outra pessoa assim, outras pessoas, assim, tá na cadeira de rodas, que não anda, é gente pior que eu, aí eu comecei a pensar dessa forma, mas quando eu fiquei sabendo eu fiquei meio zoadá, sei lá”.

Como é que você ficou sabendo, quem que te contou?

“Ah, eu fiquei sabendo da minha cirurgia quando veio um médico que queria tirar foto pra ver se tava normal, se tava... aí eu fiquei sabendo, daí nesse dia”.

Você tinha quantos anos quando o médico quis tirar fotografia?

“Quinze”.

Antes disso você não sabia?

“Não, disso daí não”.

O que você sabia?

“Ah, saber que eu tinha uma doença, que tinha que tomar remédio pra não ficar crescendo pelos, assim essas coisas, isso aí, não sei”.

E aí, a partir desse momento, com quinze anos, você ficou sabendo do que?

“Fiquei sabendo que tinha feito uma operação na vagina, daí que eu fui saber”.

E como te explicaram a sua operação, o que foi feito?

“A minha mãe explicou que eu tinha um tipo de carocinho lá e eles arrancaram, foi o que ela explicou”.

Lá aonde?

“Na vagina, como se fosse um pinto, não sei, mas minha mãe disse assim, como se fosse uma picada, ela falou que o negócio cresceu, uma bolinha assim grande, assim foi como ela me explicou, e aí eles fizeram a cirurgia e arrancaram”.

Ela falou que é como se fosse um pinto?

“É assim mais ou menos”.

Como você se sentiu Alexandra?

“Ah, que eu não era uma pessoa normal no momento, naquele momento, mais aí depois eu pensei que todo mundo é diferente de todo mundo, que tem gente pior, tem gente que tá na cadeira de rodas, essas coisas, depois eu pensei melhor...”.

2. Identificação e Escolha de Objeto

Eu perguntei do teu pai e você lembrou de alguma coisa que fez você chorar, o que foi?

“Não, é que pelo fato que o meu pai começou já a me dar mais atenção, depois que o meu irmão começou a não se dar bem com ele, ele me trata como se fosse filho, um menino, eu faço tudo as coisas de menino, ele é caminhoneiro e eu ajudei ele a desmontar um caminhão, é (-ininteligível mudá?) casa, que a gente mudou de casa, aí ajudei ele nessas coisas assim que era pro meu irmão fazer, e então, eu acho...”

E aí o fato de ele começar a dar atenção para você só depois que o teu irmão não mereceu essa atenção, foi isso que fez você chorar?

“É”.

Como você se sente com relação a isso?

“Ah, às vezes eu penso e fico triste, pelo fato que só deu, começou a dar atenção pra mim depois que meu irmão começou não se dar muito com ele, foi me dá assim; quando eu era pequena (?) ele dava bastante atenção, todo mundo falava que eu ficava pra cima e pra baixo com ele, e ele ficava sem camiseta e eu ficava sem, e eu era pequena, né, eu ficava parecendo um molequinho. É o que me passa à noite, quando eu era pequena...”.

ANÁLISE DE ALGUNS TRECHOS DAS ENTREVISTAS

A partir de trechos dos discursos dos sujeitos destacam-se algumas possíveis interpretações.

A repetição do conteúdo pode ser observada no que tange ao trauma do diagnóstico, percebido mesmo naqueles sujeitos que tiveram diagnóstico e tratamento precoces. O trauma do diagnóstico é diferente e, não necessariamente, maior ou menor dependendo da idade em que ocorre.

O “*cê tá entendendo?*”, de Lineu, parece revelar que ele está tentando entender o que se passou e o que se passa com ele. Não há entendimento disto que se fala. Este fragmento é repetitivo em seu discurso e por isso mesmo indica algo importante, que retorna pela fala. Há uma tentativa angustiada de se falar, de se dizer, no meio de tantas denominações médico-científicas e diferentes diagnósticos.

Nos recortes das falas dos sujeitos a identificação seria melhor descrita como em construção, em todos eles, com diferenças quantitativas e qualitativas.

No discurso de Lineu, o objeto parece ter nomeado o desejo do sujeito masculino e a identificação foi percebida pela escolha de objeto. Longe disto ter ocorrido sem problemas:

“na realidade eu não tenho sexo nenhum, porque o masculino não desenvolveu e o feminino não desenvolveu sabe, daí...”

A frase acima está de acordo com a ancoragem que Lineu faz de sua escolha em relação às meninas “desde os 6, 7 anos”, aos brinquedos e vestimentas (jogar futebol, brincar no rio, andar de shortinho), mais tipicamente masculinos para seu tempo histórico, geográfico e sócio-familiar. A associação de suas escolhas por brincadeiras, vestimentas, modo de se vestir e maneirismos da fala, mencionados por ele em seu discurso, é fraca em relação à potência de uma identificação masculina ou feminina ou mesmo alguma identificação – “na realidade eu não tenho sexo nenhum”.

Outro trecho de sua fala revela a ligação tênue destes itens comportamentais e sua identidade sexual: “a roupa em si, minha mãe não forçava... só que eu usava nome de menina, acho que perante a sociedade não podia...”

Lineu dá voz à forma como a fala do outro o constituiu: “falam alguns parentes meus que eu era diferente”; “não vinham muito do meu lado, desde

pequenininho mesmo”. Ser nomeado “diferente” por seus parentes parece ter criado um espaço mental de exceção, onde o sujeito se excetua na forma enigmática em que se apresenta seu sexo para o outro.

Chama ainda a atenção, no discurso de Lineu, que a percepção do desejo dos pais fora interpretada por ele como sendo um desejo de ter um menino.

Aqui, nestes sujeitos com déficit de 5-alfa-redutase tipo 2, o corpo real muda de forma única (produzida pelo próprio corpo) no decorrer de suas vidas e suas falas podem desvelar um estatuto da palavra ainda não revelada.

Viver uma época em que “me via como uma mulher, uma me-moça que tinha problemas, você está entendendo?” e outra época “supondo ou imaginado que teria os dois sexos, só que na realidade eu era um rapaz, não um homem” e “depois eu comecei a pensar, na realidade não tenho sexo nenhum”.

O que se apresenta como pelo menos três tempos da vida de Lineu parece a princípio possível só no mundo dos mitos, mas ocorre em sua carne.

A transformação ocorrida na adolescência parece dar o tom orquestrado pela diidrotestosterona, que pode precipitar um fim ao transtorno psíquico produzido neste furacão de mudanças, ao decidir-se por uma possível apreensão de identificação masculina que se revela não se bastar aí.

...”aquela angústia que eu tinha dentro de mim, sabe, só de você se ver livre daquilo lá, o resto foi tudo fácil, e as pessoas me viam daquela forma, já me viam como rapaz. Para as pessoas também foi um alívio poder me chamar de Lineu”...

Este trabalho não contemplou a escuta de sujeitos que decidiram manter o sexo feminino, o que seria bastante desejável. O motivo para tal ausência foi não haver nenhum paciente assim no GIEDDS.

Em relação ao que Lineu vive como prática sexual aponta para o que foi vivido com “a mulher que olhava nós” (aos 6, 7 anos); “ela ia dar banho em mim e eu pegava no órgão genital dela. Porque eu gostava, eu queria pegar” e depois “ia fazer bobagens com as menininhas”.

“As bobagens” teriam sido nomeadas por aquela que lhe dava banhos? Seu discurso revela que a identidade sexual, ou o que pode ser construído pelo sujeito como tal, pode não ter nada a ver com práticas sexuais, que por sua vez parecem ser resultantes da apreensão do que foi vivido na infância como trauma sexual.

O trauma sexual é tão somente a ocorrência de uma experiência sexual vivida no descompasso das possibilidades de apreensão do sujeito. O tempo para compreensão ocorre só depois, e neste só-depois, aquela experiência passa a ser revivida e relatada com toda a potência sexual atual. O trauma pode

inclusive ser agradável, o que pode ser ainda mais traumático no sentido do descompasso, como o relatado por Lineu: “...pegava porque gostava, eu queria pegar”, no entanto o trauma do descompasso será o entorno da vida sexual do sujeito, a despeito dele mesmo.

Diferentemente de Lineu, Marcos sofreu transformações em seu corpo, mas pouco em sua genitália externa. É alto, forte, voz grave e firme. Trabalha como auxiliar de Pedreiro, porém sua genitália externa, segundo seu relato, sofreu pouca ou nenhuma transformação, sendo basicamente feminina.

No discurso de Marcos, é de se notar que nem no relato dos xingamentos “*viado, sapatão, boiola*”, o sujeito encontra nomeação.

Em vários momentos da entrevista, Marcos parecia não estar falando de si mesmo e sim alguém construído para ele, mais precisamente uma colagem de falas médicas:

(sobre seu pênis): “tem por dentro, bem pequeno, ele falou”... “olha eu nem sei se aparecia, nem sei se aparece ainda, né?” “...Não vejo, não sei, eles é que fazem, né? (eles é que) conhece”...

O que seria necessário para se acreditar que há um pênis escondido “aqui onde fica a vagina”?

Os médicos vão construir seu pênis? “não vejo, não sei, eles é que fazem, né?”

As saídas psíquicas de Marcos incluem o fetiche, seu rabo de cavalo, e pode-se mesmo questionar uma psicose.

O que será que “*está tudo guardada?*” As bonecas, o pênis, os testículos?

É interessante a alusão ao cabelo comprido e isto a que se refere “*o que não me faz mudar*”. No lugar de que traço psíquico estaria o cabelo comprido?

Aqui, a identificação aguarda muita elaboração pelo sujeito.

As duas próximas entrevistadas têm diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita. Vemos em seus discursos as incidências dramáticas de suas vivências.

Bianca nasceu com falo e leve hipospadia e bolsa escrotal com criptorquidia bilateral, viveu como menino até 8 anos, tempo em que ficou se procurando um testículo - “lá em cima, tem que descer na bolsa...”

Aos 8 anos teve sua primeira “cólica renal” e a partir daí tinha cólicas mensais com sangramentos de duração de 4 ou 5 dias. Desde aquele diagnóstico de cólicas renais mensais, durante um ano e meio, ao diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita e o tempo que lhe foi possível entre a possível compreensão do que estava ocorrendo em seu corpo, teve um longo percurso pelas drogas, pela marginalização, por estupros antes e depois da cirurgia de “tubulação”. Passou também por destruições de sua vagina reconstruída com pele de abdome “onde cresce pelos”.

O relato de sua infância é rico em detalhes e ora o menino Roberto se via apaixonado pela figura paterna, ora pela materna. Foi neste tempo de apaixonamentos que vieram as primeiras “menstruações”.

A fala de Bianca traz elementos bastante interessantes, que se entrelaçam: “*é, eu tive que fazer*”, “*alterativa*” e “*praquaprami*”.

A mudança da genitália ocorreu tardiamente e houve uma castração real (no seu corpo). O “*é, eu tive que fazer*” aguarda um mundo inteiro de palavras que talvez tentem significar a mudança após a cirurgia. “*Alterativa*”, além do ato falho no lugar de alternativa ou mesmo algo alterado, clama por alteridade, por alguém que testemunhe o que o sujeito revela em seu discurso. “*Praquaprami*” foi acolhida como uma categoria em si, revelada pelo neologismo criado por Bianca. Talvez revele um “Pra quê?” “Pra quem?” engasgados, e também clamando por simbolização.

“Eu fui criada como menino até os 8 anos – é eu tive que fazer – aparentemente os médicos quando eu nasci falou é um menino, mas nasceu um testículo, ele tem um testículo lá em cima,”

A fala tem entonações importantes que se perdem na escrita. A fala de Bianca, dentre várias características, era insistente no “a” final que marca o gênero na gramática portuguesa, “criada como menino” e algumas vezes trocava o “a” pelo “o” e se auto corrigia.

“É, eu tive que fazer”, frase interrompida por ela mesma, parece apontar para um convencimento que não se completou. Há muito ódio pelo que passou e talvez não se reconheça nas muitas decisões que acabaram resultando em suas cirurgias.

“Porque um médico, quando ele se forma, eu acho que é para ele assim, pesquisar, e dar a alternativa certa, porque hoje você imagina uma mãe e um pai sendo enganada por um médico, porque ele não se preocupou em fazer uma eco na época, ... ”

Neste fragmento novamente aparece a preocupação em marcar o gênero em “enganada” logo após ter dito alternativa. O médico como uma necessária e desejosa alteridade no processo em que vivia passa a ser não mais alteridade, mas figura central de romance familiar, termo utilizado por Freud na descrição da vivência do Complexo de Édipo. Durante toda a entrevista e os vários relatos de erros médicos, fica claro o deslocamento de muitas das tensões edípicas para a equipe médica.

Em grande extensão Bianca parece atacar pouco os médicos quando se compara ao que fez ao seu corpo. Drogou-se, jogou-se em múltiplas relações sexuais, foi estuprada, machucou-se fisicamente várias vezes nestas relações, utilizou o molde vaginal de forma a travar com ele verdadeira batalha física e psíquica. Havia ganhado peso e vem transformando seu corpo no campo da batalha entre ela e os médicos:

“...eu tive um aumento de peso enorme, mas eu tomei, em outubro do ano passado, eu tomei doses altíssimas de cortisona, a partir disso que eu fui, ganhan, ganhan, ganhei todo este peso de uma hora para outra. Eu vim aqui estava com 90, tudo bem até aí eu me controlava, de repente eu fui para 101, 102. Agora eu estou perdendo mais peso. Não é o momento adequado para se fazer um tratamento para eu estar engravidando. Eu sei que eu estou com alto peso mas, eu gostaria de estar investigando por que que antes disto eu não engravidei. Por que se eu não estou mais usando camisinha e desde 2003 não tomo mais anticoncepcional, o que que aconteceu, o que que aconteceu que eu não engravidei, se eu *menstrôo*, se está tudo normal mesmo comigo...”

As taxas de fertilidade são baixíssimas na Hiperplasia Adrenal Congênita, o que talvez tenha sido, ou não, explicado a Bianca, porém isto não aparece em seu discurso. O que aparece é que ela sabe que a obesidade diminui fertilidade.

No entanto, o tom é de desafio; desafiar a verdade médica - “se está tudo normal comigo mesmo” - numa vingança em que o menos poupado é seu corpo, sobrepondo as dificuldades na HAC e na obesidade, solapando seu desejo de engravidar.

Falando da época da mudança de seu nome de Roberto Antonio para Bianca Antonia: Na época, eu acabei até tomando um caminho muito duro, que foi eu comecei a usar droga, na época, comecei a me envolver com pessoas assim que eu achava que poderia me ajudar, **que poderia me falhar**, que eu

era uma menina, que não um, que eu era uma moça, e não um rapaz, que não era nenhum hermafrodita. Não, que eu er(a), que eu não era uma (am)bicha, um homossexual. Que meu caso era de hermafroditismo, não era por que eu queria. Porque aconteceu. Não teve escolha. Por que eu acho que é lógico, se eu tivesse escolha, se fosse o caso, de um rapaz ou uma menina, se eu tivesse escolha desta tendência fosse para menina, é lógico eu continuaria como mulher e tocaria minha vida, normalmente, mas isto não poderia acontecer.”

É interessante a fala: “Comecei a me envolver com pessoas que eu achava que poderia me ajudar, que poderia me **falhar**”. Bianca praticamente anuncia a noção da transferência em que o outro que ajuda é ao mesmo tempo um lugar de suporte do seu discurso, mas que deve, sobretudo falhar.

O significante “ambicha” talvez misture ambígua e bicha, e talvez seja o termo que melhor descreva sua posição identificatória. Toda sua luta para manter o gênero gramatical feminino, e os desencontros de sua fala com seu corpo, parecem apontar para uma escolha de objeto homossexual masculina, posição esta que parece ter-se estruturado em sua infância e começou a se interessar por meninos ainda habitando um corpo com genitália predominantemente masculina, tendo um nome de menino – Roberto – e desconhecendo o diagnóstico de ambiguidade genital e hiperplasia adrenal congênita.

No discurso de Alexandra, a castração real no seu corpo de bebê, diferentemente de Bianca, que ocorreu tardiamente, também teve reflexos nada desprezíveis. É importante lembrar que há diferenças na vivência das cirurgias em relação à idade em que ocorrem, que não necessariamente são mais ou menos intensas nos sujeitos e sim diferentes e importantes para cada um.

O discurso de Alexandra é significativo ainda ao demonstrar quanto uma menina pode estar identificada ao seu pai, fazer tudo como ele faz, vestir-se como ele, ou despir-se como ele - “ele ficava sem camiseta e eu ficava sem, e eu era pequena né, eu ficava parecendo um molequinho. É o que me passa à noite, quando eu era pequena” - e ter uma escolha de objeto voltada para o sexo oposto.

A presença ou ausência de testículos e a questão de uma identidade masculina ligada à paternidade esteve presente na maioria das entrevistas.

A confusão entre identidade e escolha de objeto também se repetiu de diversas formas diferentes no discurso dos sujeitos.

DISCUSSÃO

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS À LITERATURA

EM RELAÇÃO AOS TERMOS, CONCEITOS E MÉTODO

Ao longo dos anos os termos foram sendo expandidos e, em associação com outros autores (Hampson e Hampson, 1955), Money expandiu a definição de “gender role” englobando maneirismos gerais, comportamento e conduta, comentários e tópicos espontâneos em conversas casuais, conteúdo de sonhos, devaneios diurnos e fantasias, respostas a inquéritos e testes projetivos, evidências de práticas eróticas e respostas pessoais a inquérito direto e pessoal.

A inclusão de conteúdo de sonhos ficou só na anunciação do já conceituado “gender-role”.

Na postura fenomenológica, ao observar maneirismos, comportamento e conduta, o pesquisador precipita um saber sobre o sujeito.

Esta mesma crítica pode ser retomada quando se analisa o estudo conduzido por Delk, Madden, Livingston e Ryan (1986), no qual revelam que a percepção do comportamento da criança era afetada pela nomeação prévia destas em menino, menina ou hermafrodita: as atividades foram mais freqüentemente nomeadas masculinas ou femininas quando se informava previamente de que se tratava respectivamente de um menino ou de uma menina; quando a

informação prévia era a de que se tratava de uma criança hermafrodita, as atividades foram nomeadas como masculina e feminina em proporção similar.

Apesar do viés óbvio ao direcionar a resposta em masculino, feminino ou neutro e, principalmente, quando o que está em jogo é a diferença sexual, esta experiência demonstra a força determinante do significante prévio, constituindo e principalmente investindo libidinalmente o sujeito; ou de outro modo: O significante, e principalmente aquele que aparece como nome próprio, vem investido e carregado libidinalmente por aqueles que o cuidam.

Zucker (1999) parte de um breve relato histórico sobre os Distúrbios da Diferenciação Sexual e logo de início coloca entre aspas o significante normal, quando descreve que o processo físico de diferenciação sexual “normal” é automático.

Zucker utiliza uma definição de King (1945) de normal: “aquilo que funciona de acordo com seu desígnio”.

É clara a significação médica contrapondo-se ao patológico quando Zucker menciona: “Dado nosso entendimento dos processos que governam a diferenciação sexual normal e dos processos errôneos da diferenciação no intersexo, é difícil argüir que estes últimos são variações da norma.”

É importante salientar que o autor considera que o uso da palavra normal, “a partir do ponto de vista moral, deveria distinguir a condição intersexo do indivíduo intersexo, evitando considerá-lo uma monstruosidade”; ponderação pertinente, mas não suficiente para alcançar seu intento.

Zucker refere, ainda: Nos últimos 50, 60 anos o interesse no hermafroditismo cresceu, principalmente de um ponto de vista psicológico e comportamental, particularmente naquilo que “poderia nos ensinar sobre o desenvolvimento e diferenciação psicosexual típica ou normativa”. Chama-se a atenção para este último destaque, que parte do princípio que, conhecendo o que está fora da norma, passa-se a inferi-la trocando-se o sinal.

Na fase inicial de investigação do paciente com Distúrbio da Diferenciação Sexual no Johns Hopkins Hospital, o conceito entre a manifestação interna e externa do papel de gênero não havia sido amplamente aceita. Assim, Money construiu a “fusão ortográfica”, utilizando-se do acrônimo “gender-identity role”: G-I/R (Money, 2002).

Os termos “gender role”, “gender role behavior”, “gender-identity role” e “amative orientation” são usados na prática clínica corrente e nos estudos sobre pacientes com Distúrbios da Diferenciação Sexual, no meio médico.

Várias são as questões que se impõem aos estudiosos deste assunto hoje:

O que é comportamento de gênero? O que é comportamento de gênero em tempos de metrosssexual, über sexual? Qual o papel social dos gêneros? Quantos gêneros?

O que é identidade? O que é identificação? A identificação está ligada a escolha de parceiros? Como? A identidade seria dada pelo objeto de escolha amorosa: homem quando escolhesse uma mulher e mulher ao escolher um homem? E o acrônimo papel de gênero-identidade, o “gender-identity role”, não surge exatamente para determinar um fator causa-efeito entre identidade e escolha de objeto?

E por último, mas não menos importante: O que identidade e escolha de objeto têm a ver com práticas sexuais, nomeadamente sexo oral, sexo anal, sexo genital e suas mais variadas modalidades no ser humano?

Quanto à decisão final de registro, para Money (2002) não deve exceder os 24 meses. Um dos argumentos listados para se estabelecer uma data limite para a decisão final de registro:

“Há alguma evidência que crianças menores de 1 ano são capazes de discriminar perceptivamente homens e mulheres, utilizando-se de pistas tais como estilo do cabelo e qualidade de voz”.

O texto aponta para a não consciência desta diferença e acrescenta que marcadores fenotípicos que comumente distinguem homens e mulheres sobressaem à criança. O que será que a criança discrimina?

Talvez a resposta mais adequada seja que a criança discrimina a voz de sua mãe ou a voz de alguém que não é sua mãe e no decorrer desta relação muitas outras discriminações ocorrerão. É bastante apressado dizer que a criança discrimina diferença sexual ao identificar vozes diferentes daquela de sua mãe ou diferentes estilos de cabelo.

Em parte, a recomendação de um registro antecipado aos 2 anos de idade deve-se à observação de uma série de 14 crianças que experimentaram a redesignação (Zucker, 1999 *Apud* Money, 1957). Onze ajustaram-se sem complicações; em contraste, apenas 1 em 4 ajustou-se à nova designação quando ela ocorreu após os 27 meses.

Caberia perguntar o que seria ajustar-se nestes casos e como aplicar o teste exato de Fischer e obter um $p=0.0379$ neste tipo de estudo?

No estudo de Mazur (2004), o papel de gênero aparece avaliado, dentre outros testes paramétricos, assim:

“Todos os cinco participantes reportaram maior interesse por brincadeiras masculinas comparando com o grupo standardizado de mulheres (+1,5 a +3,5 SD). Comparando com os valores normatizados de mulheres homossexuais, quatro de cinco participantes reportaram moderadamente mais interesses masculinos (+0,3 a +1,4 SD).”

Como estandardizar mulheres heterossexuais e homossexuais? Como confundir o que está sendo chamado de papel de gênero (cuja definição é já bastante obscura) com a escolha que o sujeito faz como objeto sexual - hetero ou homossexual? Como transformar preferências por brinquedos, cores de roupas, tipos de roupas em uma escala numérica e paramétrica, atribuindo-se um número para masculinidade num extremo e feminilidade no outro?

EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46,XX

Retomando o artigo de Mulaikal e Migeon (1987), que reúne 80 mulheres com hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21 hidroxilase (40 com a forma virilizante simples e 40 com a forma perdedora de sal): Os dados desta pesquisa foram acessados através de um questionário enviado pelo correio, sendo a adequação vaginal e comportamento sexual abordados com as questões: “A abertura vaginal é adequada para o intercuro sexual? Você sente dor ou desconforto durante o intercuro?” Cinquenta e duas pacientes (65%) consideraram ter um introito e uma vagina satisfatórios; neste item houve diferença estatística quando se comparou a forma virilizante simples (33 em 40, ou seja, 83%) e perdedora de sal (19 em 40, ou seja, 48%).

Chama-se a atenção para a forma de questionário, em que só há duas alternativas de resposta - SIM ou NÃO - não se podendo obter no que consiste verdadeiramente o problema. Corre-se o risco da pergunta

simplesmente não ser entendida: O que é introito vaginal? E intercursos sexual? O que é satisfatório? Para que é satisfatório? E para quem? Enfim, o saber sobre os sujeitos está sendo produzido para quem?

Neste texto de Mulaikal é, sobretudo, a respeito do comportamento sexual que se encontram as maiores dificuldades de abordagem. Não foi encontrada diferença estatística entre as pacientes que referiam introito adequado, quanto à atividade heterossexual, homossexual ou nenhuma atividade sexual no grupo de perdedoras de sal comparadas com as virilizantes simples. O mesmo foi observado entre as que referiam introito inadequado. Entretanto, comportamento heterossexual foi significativamente mais frequente e falta de experiência sexual foi significativamente menos frequente, entre pacientes com vagina adequada do que com vagina inadequada, mas o número de pacientes com orientação homossexual não pôde ser comparado devido ao pequeno número de indivíduos em cada grupo.

Ressalte-se que comportamento sexual parece resumir-se à escolha de objeto, numa flagrante confusão dicotômica entre homem e mulher e um apagamento desta diferença e modalidades sexuais.

As duas conclusões mais importantes: O desenvolvimento de uma identidade de gênero masculina não depende somente da exposição pré-natal a andrógenos ou da aparência genital; o teste aplicado não tem poder estatístico para prever identidade sexual através da aparência genital.

Portanto, decisões sobre registro de sexo devem ter base em outros dados além da genitália externa.

Há dois fatores mencionados na literatura que se consideram importantes nesta discussão. Uma grande parte dos problemas envolvendo a nomenclatura, classificação e conduta têm o mesmo berço, a homofobia generalizada na sociedade norte-americana e o impacto disto em cada família, “muitos pais ficam ansiosos e desconfortáveis quando suas filhas com HAC manifestam comportamento de gênero atípico” (Meyer-Bahlburg, 2001).

Neste artigo o autor comenta que todas as categorias de comportamento sexo-dimórficas parecem estar afetadas na HAC, incluindo preferência por brinquedos, brincadeiras mais corpo a corpo, agressividade, interesse por esportes, comportamento maternal e preferências vocacionais.

Não deixa de ser interessante observar estes comportamentos nas meninas com HAC. É claro que isso suscita a curiosidade da comunidade científica. No entanto, quanto destes comportamentos não são reforçados pela ansiedade dos pais e dos médicos e o que este tipo de comportamento pode predizer em relação a escolha de objeto?

Como definir categorias sexo-dimórficas no ser humano? Seriam cor de preferência, brincadeiras, nível de atividade física, preferências vocacionais, categorias sexo-dimórficas?

A consideração de haver problemas metodológicos chega a ser mencionada nesta revisão de Meyer-Bahlburg (2001). O autor levanta hipóteses para seus motivos que parecem longe da questão, iniciando com a criação, ou sua tentativa, de um novo termo: “sexual-orientation identity”.

“Orientação sexual refere-se à responsividade global erótica a parceiros homens *versus* mulheres, que não é necessariamente idêntico com o gênero ou o sexo do atual parceiro (s), nem com sua identidade de orientação sexual (“nor with his or her sexual-orientation identity”) como gay, bissexual ou lésbica.”

“Mulheres com HAC clássica têm taxa aumentada de orientação homossexual e bissexual, como demonstrado em imagens sexuais, tais como fantasias eróticas/românticas e sonhos, atrações sexuais e em menor grau, envolvimento homossexual aberto, mas poucas destas mulheres consideram-se lésbicas. Os achados negativos em poucos estudos, são provavelmente explicados por fatores metodológicos, como acesso inadequado da orientação sexual, altas proporções de HAC virilizantes simples (menor androgenização pré-natal) numa dada amostra e amostras pequenas”.

Chama a atenção este novo termo: identidade de orientação sexual (“sexual-orientation identity”). O que seria?

O autor passa pelo questionamento metodológico, levantando questões pertinentes a dados e fatos mensuráveis, mas tratando comportamento sexual, preferências por fantasias eróticas, escolha do sexo do parceiro como variáveis contínuas, como fazemos, por exemplo, com glicemia, altura, níveis de 17OH progesterona sérica.

Zucker (2005) retoma uma variante do “Gender Identity Interview for Children”, desenvolvido por Berenbaum e Bailey (2003), em que considera que algumas questões aí incluídas estão mais relacionadas ao comportamento ligado ao papel sexual.

Zucker questiona se a resposta obtida pode ser usada para inferir ou não identidade de gênero ou propriamente disforia de gênero.

Caberia o questionamento: para que serve uma pergunta destas e para quem? Será possível abordar identidade ou disforia de gênero com este tipo de questão? Vale lembrar que Berenbaum e Bailey haviam concluído, naquele estudo, que meninas com hiperplasia adrenal congênita obtiveram uma média de *score* intermediária entre “tomboys” e “não-tomboys”.

Outro aspecto que merece consideração são os vários testes mencionados no texto de Zucker: (2005):

Uma análise superficial dos questionários fechados compilados mostra a quantidade de testes propostos para tal fim e a variabilidade de tempo de aplicação deles. Ora, se um teste reivindica para si tal validade interna, para quê tantos?

Parte-se da premissa da existência de uma norma que define a diferença de gênero, que existe validade interna nestes testes que permitam discriminar crianças portadoras de desordens de identidade de gênero *versus* controles, e que os mesmos possuam validade interna para comparar crianças com ambiguidade genital *versus* controles.

É, pelo menos, ingênuo inferir comportamento *tomboyish* (masculinizado) para uma menina que fora observada numa sala cheia de brinquedos disponíveis ao escolher, por exemplo, uma bola. Basta que ela seja a irmã do meio de dois meninos para não valorizar tal ato como comportamento masculinizado. Atribuir papel de gênero partindo-se de normas sociais não indica absolutamente sensação de gênero, mas somente sensação de pertencer ou não a tal norma social. Atribuir a uma sensação de não pertencer a uma norma social um sentimento de disforia sexual parece, no mínimo, equivocada.

Os testes paramétricos para variáveis contínuas - como peso, altura, glicemia - são bastante conhecidos nas áreas biológicas, assim como nas ciências do Homem. No entanto, determinar ou antecipar, através destes testes, qual

papel desempenhará o sujeito, normatizando um para o gênero masculino e outro para o feminino, numa escala numérica contínua e, a partir desta, calcular o efeito amostral, definido como quantidade em porcentagem do desvio do grupo controle, é uma tentativa angustiada de apreensão da verdade do sujeito, que termina por apagar por completo sua subjetividade.

Este mesmo texto de Zucker (2005) traz outra fonte para discussão. A maioria das medidas acessou vários aspectos das preferências comportamentais do papel de gênero (por exemplo, brinquedos e brincadeiras com vestimentas) ou traços temperamentais ou de personalidade (por exemplo, nível de atividade, agressão). Foram atribuídas qualidades masculinas a níveis maiores de atividade psicomotora.

Um dos instrumentos de medida, o “Gender Identity Interview for Children”, foi designado para acessar o constructo de disforia de gênero ou o desejo de pertencer ao sexo oposto (Zucker et al, 1993). Este instrumento contém dois fatores: um fator “afetivo” de confusão de gênero (as aspas são originais) e um fator cognitivo de confusão de gênero. Além do mais o teste “Draw-a-person”, uma medida projetiva, tem sido conceituado como um índice de identificação de gênero para a criança.

Sabe-se da psicanálise que o processo identificatório é contínuo e dá-se tanto com a figura paterna como com a materna (Freud, 1921).

A criança oscila entre as identificações e realiza uma somatória delas em cada fase de sua vida. Como um único desenho, numa fase específica de uma criança, pode pretender ser índice de identificação de gênero?

EM RELAÇÃO AOS DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL 46, XY

Wilson (2001) agrupa para análise que deseja fazer a respeito do comportamento de gênero, os indivíduos que apresentam deficiências de 17 β -hidroxi-esteróide desidrogenase 3, de 5 alfa-redutase tipo 2 e de 3 β -hidroxi-esteróide desidrogenase, além de reunir os pacientes com mutações no receptor de andrógenos, e defende a idéia de uma primazia dos receptores androgênicos na determinação de um comportamento de gênero masculino.

O autor parte da análise de um grupo de indivíduos que se destaca dos demais pseudo-hermafroditas masculinos pela frequência com que, apesar de serem registrados e criados no sexo feminino, optam pela mudança de registro civil para o sexo masculino após a puberdade.

As razões apontadas pelo autor, que reclama a primazia para os receptores de andrógenos e não para os andrógenos, podem ser assim resumidas: As entidades clínicas que apresentam excesso de andrógenos, mas não possuem receptores que possam mediar e efetuar seus efeitos, apesar da masculinização maior ou menor de suas genitálias e caracteres sexuais

secundários, em sua maioria apresentam identidade e comportamento de gênero femininos (inclui aqui a exposição exógena a andrógenos e progestágenos).

Outro argumento é o de que no hermafrodita verdadeiro, que pode possuir ambas as gônadas, o sexo de criação é o que prevalece, sendo, portanto, uma escolha a partir da genitália externa, e então determinada pelos efeitos (mediados pelos receptores) dos andrógenos.

Segue referindo que mulheres com disgenesia gonadal apresentam fenótipo, identidade e comportamento de gênero femininos. Como estas mulheres não têm estrógenos, tampouco andrógenos, o estabelecimento de identidade e comportamento de gênero feminino podem prescindir do hormônio feminino. Argumenta que homens com a síndrome de Klinefelter sintetizam suficiente andrógeno durante a embriogênese para desenvolver um fenótipo masculino, porém possuem níveis diminuídos de andrógenos e aumento de estrógenos após a puberdade. O fato de homens com a síndrome de Klinefelter terem um comportamento de gênero masculino sugere que estes hormônios (femininos) não produzem nenhum papel no comportamento de identidade/gênero na puberdade ou após o tempo esperado para que ela aconteça.

Segue no texto a confusão temática sobre identidade e comportamento de gênero.

“Muitos homens, geneticamente assim nascidos, portadores de resistência parcial a andrógenos e disfunção parcial do receptor, virilizam suficientemente durante a embriogênese para causar o registro civil masculino ao nascimento e caracteristicamente ter um comportamento masculino inequívoco quando adultos, apesar da incompleta virilização externa e da considerável aguardada feminização na puberdade. O fato de mulheres com profunda perda da função de receptor apresentarem comportamento de gênero feminino, apesar da presença de níveis adultos de testosterona, sugere que os efeitos dos andrógenos no comportamento de gênero são mediados pelo receptor androgênico, por si mesmo.” (Wilson, 2001)

A respeito da tentativa de Wilson (2001) requerer um papel preponderante não aos andrógenos, mas a seus receptores, destacam-se dois grandes engodos na argumentação:

- atribuir uma relação causal entre presença efetiva de testosterona (hormônios e receptores) e identidade e comportamento de gênero;
- atribuir ao processo de identidade e comportamento de gênero uma naturalidade como a presente nos demais mamíferos, insetos e aves.

Trata-se de uma só entidade, a Síndrome de Resistência a Andrógenos. De um lado, a Síndrome Parcial de Resistência a Andrógenos e, de outro, a Síndrome Completa de Resistência a Andrógenos. A mediação do receptor androgênico no estabelecimento de um corpo masculino (fato) não se presta a corroborar um fenômeno como o é o comportamento de gênero. O

comportamento de gênero, seja o que for, não é uma medida proporcional dos efeitos permitidos por receptores mais ou menos sensíveis.

Um desafio que levanta o texto de Zucker (2001) é o representado pela síndrome da insensibilidade total a andrógenos: São indivíduos com fenótipo feminino, genitália externa não ambígua, porém com sexo cromossômico e hormonal masculinos. O autor menciona que, do ponto de vista biológico, a síndrome de resistência total a andrógenos promove uma diferenciação cerebral feminina típica, que também tem um papel putativo na diferenciação psicosssexual sexo-dimórfica.

Novamente mistura um fato (resistência total a andrógenos) e outro fato (diferenciação cerebral - uma referência ao que é sexual no anatômico cerebral) e os relaciona numa relação causal a um fenômeno (diferenciação psicosssexual sexo-dimórfica).

Estes pacientes também desafiam o que se esperaria do ponto de vista biológico: a presença do cromossomo Y, fator essencial entre os que advogam que há diferenças sexo-dimórficas anatomicamente bem marcadas no cérebro do homem, distinguindo-o da mulher, não representa o papel que se espera dele. A presença do cromossomo Y e da região SRY parece não ter papel relevante isoladamente nestes indivíduos.

A possibilidade de haver algo que diferencie o homem da mulher através de uma região do cérebro sexo-dimórfica é mecanicista e reducionista, como

demonstra a observação deste grupo constituído pela síndrome da insensibilidade a andrógenos.

Outro artigo de revisão de Zucker (2005) menciona estudo de Money (1957), em que somente 5 dos 105 pacientes apresentavam um papel de gênero e orientação ambíguos ou discordantes do sexo de registro e criação. Concluiu que o sexo de registro e criação é consistente e visivelmente o mais confiável elemento prognóstico do papel de gênero e orientação, ao compará-lo com o sexo cromossômico, o sexo gonadal, o sexo hormonal, a morfologia genital interna e mesmo a morfologia ambígua da genitália externa.

Retoma-se esta citação para apresentar considerações a respeito do indivíduo que apresenta deficiência de 5-alfa-redutase tipo 2, que continua sendo um desafio à declaração de que “o sexo de registro e criação é consistente e visivelmente o mais confiável elemento prognóstico do papel de gênero e orientação”. Estes indivíduos são registrados e criados como meninas e na adolescência, sob a ação da 5-alfa-redutase tipo 1, veem seu clitóris aumentar formando um pênis, sua voz engrossar, há aumento da massa muscular e a literatura aponta para uma mudança do registro civil para masculino que varia de 50 a 75%. (Wilson, 2001).

Os pacientes com defeito de síntese de testosterona (principalmente resultante de deficiência de 5-alfa-redutase tipo 2) impõem aos pesquisadores um questionamento em relação à identidade que parece ser

pertinente: Pelo menos 50% deles, na puberdade, requerem mudança de registro civil. Estes sujeitos revelam que a identidade sexual não é determinada pela anatomia, tampouco pelos hormônios e seus receptores e sexo de criação.

As ferramentas utilizadas e publicadas na literatura médica descritas até aqui foram: aplicação de questionários fechados, em sua maioria enviados pelo correio, observação direta de comportamentos e maneirismos desde a perspectiva do observador e método quantitativo aplicado aos “dados” colhidos.

A escolha de objeto foi aparentemente heterossexual, mas se houve uma identificação masculina pode-se questionar se a escolha de objeto não foi, na verdade, homossexual.

Isto também se interroga em vários casais heterossexuais em que, pela análise e o que se recolhe dela, a posição identificatória da mulher é predominantemente masculina e a posição do homem é predominantemente feminina, o que não parece interferir nas modalidades sexuais de suas preferências.

Um ponto importante a ser ponderado é a respeito do período de latência sexual, mencionado por Freud, logo após o fim da época de primeira florescência da vida sexual da criança, ao redor dos três e cinco anos. (“Três Ensaio”, páginas 166 e 183)

É interessante notar que este período de florescência sexual dá-se justamente no período após a queda dos hormônios hipofisários (estudados pela endocrinologia), ao redor de 1 ano e 6 meses. Os pacientes com deficiência de 5-alfa-redutase tipo 2 poderiam ter algum padrão diferente na dinâmica hormonal hipofisária, alterando os períodos de florescência e de latência sexual?

O curioso a respeito destes pacientes é que, embora tenham, a princípio, os motivos anatômicos e mesmo hormonais para identificarem-se com um corpo feminino, não o fazem numa porcentagem apontada pela literatura médica que vai de 50 a 75%. Isto exige, no mínimo, uma revisão de quando e se uma identidade, dita masculina ou feminina, se estrutura nos sujeitos.

A referência, na literatura médica, de que identidade sexual estaria definida ao redor dos 2 anos, ou até antes, encontra nestes pacientes sua maior barreira.

Para endereçar corretamente a questão deste trabalho, qual seja a identificação e escolha de objeto, devemos atentar para a definição psicanalítica (freudiana) do processo de identificação e tentar, a partir daí, definir identidade:

“Mas, gostaríamos também de saber se esse tipo de catexia de objeto, tal como a conhecemos na vida sexual, representa a única maneira de laço emocional com outras pessoas, ou se devemos levar em consideração outros mecanismos deste tipo. Na verdade, aprendemos da psicanálise que existem realmente outros mecanismos para os laços emocionais, as chamadas identificações, processos insuficientemente conhecidos e difíceis de descrever”... (“Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, página 114)

O percurso percorrido até aqui por Freud, que escreve “Além do Princípio do Prazer”, em 1920, e “Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, em 1921, é o que viria a ser a terceira tópica dos nossos dias.

A Identificação é definida no capítulo VII do texto “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, precedida de um aviso de desvio que o autor terá de fazer para defini-la, a partir da catexia objetal sexual e da psicanálise.

“A identificação é conhecida pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa”.

...”Um menino mostrará interesse especial pelo pai; gostaria de crescer como ele, ser como ele e tomar seu lugar em tudo... Este comportamento nada tem a ver com uma atitude passiva ou feminina em relação ao pai, pelo contrário, é tipicamente masculina... Ao mesmo tempo que ocorre essa identificação com o pai, ou pouco depois, o menino começa a desenvolver uma catexia de objeto verdadeira em relação à mãe...”

Logo se vê que definir identificação torna-se uma tarefa difícil, pois recorre-se ao objeto para torná-la possível. O que Freud descreve no parágrafo acima é, sobretudo, a identificação com o pai a partir de uma posição de ser seu objeto de amor.

O comportamento das crianças mencionado por Freud, ademais, é notado a partir de certa idade e a identificação é a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa, o que remete a ligação da criança com a mãe ou cuidador inicial.

Não seria durante a fase em que a criança ainda não fala, que estas identificações remotas ocorreriam?

Nesta fase, a apreensão de uma alteridade paterna, mesmo desde uma mãe prenhe de desejo pelo pai da criança, não parece suficiente para admitir uma identificação com o pai, senão através da mãe. Além disto, há muito neste trajeto entre haver desejo na mãe pelo pai, e não pela criança, e o que a criança apreende disto.

Mais adiante, ao comentar o célebre caso de Dora em “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, Freud revela o mecanismo dos sintomas histéricos: “a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e a escolha de objeto regrediu para a identificação.”

Freud sinaliza que há uma possibilidade dos dois (identificação e escolha de objeto) ocorrerem simultaneamente sem haver introjeção do objeto e retirada de catexia libidinal narcísica do ego; no entanto, é ainda na relação de conhecimento que o sujeito tem de si mesmo com os objetos externos que isto ocorre.

Lacan, ao afirmar que o inconsciente se estrutura como uma linguagem, poderia instrumentalizar esta teorização no sentido de relançá-la.

Não há interesse aqui num aprofundamento das definições de linguagem, língua, significante, letra ou mesmo um “discurso sem palavras”, mencionados por Lacan.

O interesse é utilizar o conceito de estrutura do inconsciente como uma linguagem e a atribuição de sentido que os sujeitos deste trabalho dão a suas condições.

Na linguagem a atribuição de sentido é sempre metafórica. As palavras não são as coisas e, portanto, logo de saída, o sujeito falante está sempre na metáfora.

Assim como não há pulsão que seja só de morte ou só de vida, talvez não haja identificação que não tenha sido, ao menos por algum tempo, escolha de

objeto e, não é por acaso, que não há metáfora sem haver metonímia e vice-versa.

A questão então se desloca para o laço com o objeto e o tipo de laço que se estabelece. Em outras palavras, no laço que a metonímia materna permitiu o acesso à metáfora paterna. Esclarece-se que o que há é metáfora e metonímia: metáfora paterna e metonímia materna são constructos utilizados como ponto de partida para a generalização que se pretende aqui.

Sendo o inconsciente estruturado como linguagem, a relação da criança com a mãe estaria mergulhada na metonímia materna, qual seja, a mãe fálica. Relembrando que a metonímia é a parte pelo todo, mas não qualquer parte, e sim aquela que torna único e singular o objeto.

A manutenção da imago do falo acoplada a imago materna terá incidências diferentes na neurose, na perversão e na fobia, tendo para Freud mecanismos diferentes: recalque (*Verdrangung*), rejeição (*Verluegnung*), e angustia.

A metáfora paterna seria as imagos que resultariam na produção desta (a metáfora) pelo próprio sujeito.

A identificação resulta na apreensão do pai morto, tal como descrito em “Totem e Tabu”. A metáfora apreendida bem poderia ser: Tu és pai, com tudo que a metáfora tem de possibilidades de significados. Na língua francesa isto

se pronuncia de forma elegante: Tu est père, que tem uma homonímia com tuerpère - mataropai.

O banquete antropofágico em “Totem e Tabu” revela o pai morto. A oralidade não poderia deixar de fazer da metonímia materna (o seio materno como primeiro objeto de necessidade-amor), o acesso a metáfora paterna.

Resta esclarecer que a identificação é um processo que se dá em direção à metáfora e, portanto, posterior na vida da criança, no momento em que começa a simbolizar e mais apropriadamente falar.

Antes disto o que se apreende é a metonímia no lugar da metáfora e só depois, vice versa, pois o objeto a ser servido no banquete é o peito da mãe, com toda ambiguidade que o caracteriza.

A frase de Freud em “Psicologia das Massas e Análise do Eu”: ... “a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e que a escolha de objeto regrediu para a identificação” - traduzido para os termos propostos, poderia relançar esta discussão para que direção?

Onde Freud menciona que as duas podem dar-se concomitantemente, isto provavelmente é a sublimação pulsional primária, ou seja, as pulsões que não são ditas, por não terem sofrido alterações no sentido de sua descarga;

tiveram descarga sem resistência e por isso não causou transferência de energia suficiente para imprimi-las na memória consciente.

Quando então a identificação aparece no lugar da escolha de objeto, poderíamos tentar: a metáfora paterna apareceu no lugar da metonímia materna e que a metonímia materna regrediu para a metáfora paterna.

Primeiro, resulta que só há uma resposta possível, a do sujeito ele mesmo.

Segundo, este é o mecanismo que governa a economia do sujeito no Princípio do Prazer e naquilo que está além, a repetição de traços pulsionais presentes no trauma, que será a forma com que o sujeito fantasia e realiza seu sexo. (Bley, 2008).

Terceiro: É incompatível referir-se a este mecanismo “de aparecer no lugar de” a escolhas de práticas sexuais, pois o que é cambiável é da ordem do amor e não do sexo. A escolha de objeto amoroso pode não ter nada a ver com a escolha de objeto sexual e ainda assim coincidirem num mesmo objeto.

Em sua obra, Freud destaca, nos vários debates a respeito da melancolia, caráter e erotismo anal, narcisismo, fetichismo, que o mecanismo “no lugar de” é o mais utilizado pela economia dos sujeitos, e inclusive aplicada dentro do próprio discurso psicanalítico, em relação às instâncias psíquicas:

“Quando acontece uma pessoa ter de abandonar um objeto sexual, muito amiúde se segue uma alteração de seu ego que só pode ser descrita como instalação do objeto dentro do ego, tal como ocorre na melancolia; **a natureza exata dessa substituição ainda nos é desconhecida** (grifo nosso). Pode ser que, através dessa introjeção, que constitui uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o ego torne mais fácil ao objeto ser abandonado ou torne possível este processo.” (O ego e o Id, página 42)

“Devemos também levar em consideração casos de catexia do objeto e identificação simultânea, isto é, casos em que a alteração no caráter ocorre antes de o objeto ser abandonado. Em tais casos, a alteração no caráter pode sobreviver à relação de objeto e, em certo sentido, conservá-la”.

Em um parágrafo acima, Freud define o caráter do ego como sendo um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto.

Tomando-se outro ponto de vista, pode-se dizer que essa transformação de uma escolha objetal erótica numa alteração do ego constitui também método pelo qual o Ego pode obter controle sobre o Id, e aprofundar suas relações com ele – à custa, é verdade, de sujeitar-se em grande parte às exigências do Id. Quando o Ego assume as características do objeto, ele está forçando-se, por assim dizer, ao Id como um objeto de amor e tentando compensar a

perda do Id dizendo: Olhe, você também pode me amar, sou semelhante ao objeto. (O Ego e o Id, páginas 42 e 43)

A identificação simultânea não pode ser apreendida até que o desejo da mãe pelo pai da criança possa ser metaforizado pelo sujeito. Não é, portanto, dada de saída.

Mesmo depois de terminada (?) a tarefa de metaforizar-se é o Eu que advém onde o isso estava (“wo es war, soll ich werden”), portanto o que se vive nas práticas eróticas e que tentamos denominar pela escolha de objeto: heterossexual, homossexual, travesti, transexual, exibicionista, escopofilia, fetichismo, etc., nada revelam de uma identidade. Este lugar para onde e de onde o Eu advém provocam mudanças na história de amor dos sujeitos, mas não das práticas sexuais ou da essência daquilo que causa o desejo. O desejo no ser humano, que já foi um dia fundado no instinto, é resultado do trauma. Sexo é trauma e, portanto, o indizível do instinto se deslocou para o indizível do traumático.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

UMA INTERPOLAÇÃO À TEORIA SEXUAL INFANTIL: DA IMPOSSIBILIDADE DE ALOCAR A BOLSA ESCROTAL E TESTÍCULOS NA CONSTRUÇÃO DA DIFERENÇA SEXUAL

Houve algo na fala dos sujeitos entrevistados que foi recorrente na maioria: a bolsa escrotal, sua presença ou ausência e igualmente a dos testículos.

O que estaria em jogo na visão ou palpação dos testículos? O que isto significa para o paciente e o que seria isto para uma criança?

Estaria em jogo aqui a diferença sexual, naquilo que a anatomia pode influenciar numa apreensão de identificação, com um corpo masculino, ou feminino, ou ambíguo?

Na análise do “Pequeno Hans”¹⁵, Freud dá notícias do primeiro momento em que Hans reconheceu a diferença entre os genitais masculinos e femininos:

“O pai de Hans anotou uma outra observação, datada do período imediato ao seu regresso para Viena: Hans (quatro anos e meio) estava novamente vendo darem banho em sua irmãzinha, e então começou a rir. Ao lhe perguntarem por que ria, respondeu: Estou rindo do pipi de Hanna. Por que? (perguntam-lhe) Porque seu pipi é tão bonito. Naturalmente sua resposta não era sincera.

Na realidade, o pipi dela lhe parecia engraçado. Ademais, foi essa a primeira vez em que Hans reconheceu a diferença entre os genitais masculinos e femininos, em vez de negar sua existência.”

Do que Hans se dá conta? Pretende-se demonstrar aqui que a análise do pequeno Hans, realizada por Freud, não permitiu tal resposta.

O pequeno Hans insiste na construção de sua teoria tentando integrar uma imagem que talvez não tenhamos reconhecido até então (“Pequeno Hans”):

De que cavalos você realmente tem medo?

“De todos“.

Isso não é verdade.

“Tenho mais medo dos cavalos que têm uma coisa na boca”.

O que você quer dizer? O pedaço de ferro que eles têm na boca?

“Não. Eles têm uma coisa preta na boca. (E cobriu a boca com a mão) ”

O quê? Talvez um bigode?

“Oh, não!”

Eles todos têm essa coisa?

“Não, só alguns deles”.

O que é que eles têm na boca?

“Uma coisa preta.”

E continua Hans:

“Papai, eu pensei uma coisa: eu estava no banho (a mãe de Hans lhe dá banho) e então veio o bombeiro e desparafusou a banheira. Depois ele pegou uma grande broca e bateu no meu estômago.”

Uma criança do sexo masculino pode experimentar uma forte dor reflexa no epigástrico se chocar seus testículos num brinquedo ou no chão.

Para a psicanálise é provável que caixa, banheira, saco da cegonha, bolsa escrotal e os mais variados símbolos de continência representem o espaço que contém os bebês.

Freud analisa o preto nas bocas dos cavalos e as coisas na frente dos seus olhos assim:

“os bigodes e os óculos que são o privilégio de um homem crescido, me pareciam ter sido diretamente transposto do seu pai para os cavalos.”

Em se tratando de Freud, soa até pueril tal interpretação.

A ideia da universalidade do falo na fantasia infantil e sua manutenção no neurótico e no perverso já se constituem com grande dificuldade na teoria sexual infantil.

A criança, tanto do sexo masculino como do feminino, consegue (!?) integrar a ideia desta presença/ausência do falo ao longo do Édipo-castração nos meninos e da castração-Édipo nas meninas.

Parece ser ainda mais difícil de integrar a presença ou ausência de bolsa escrotal e testículos e sua relação com a questão de onde vêm os bebês, o que pode ser observado na fala dos pacientes entrevistados e no caso paradigmático de fobia escolhido por Freud.

Seria a imagem da bolsa escrotal mais frequentemente enigmática para os meninos? Não parece ser o caso, uma vez que a preocupação entre os pacientes teve uma tendência universal.

Tendo em vista a filogênese, ocorre questionar o que houve no desenvolvimento de nossa espécie quando deixamos de ser quadrúpedes e pusemo-nos em pé. Grande parcela de libido foi renunciada quando o ser humano ficou definitivamente em pé: os ferormônios que deixaram de circular pelo olfato do humanoide, e grande parte do que se operava entre os hormônios e o psiquismo.

O aumento da prevalência da imagem dos órgãos genitais e, especificamente, da bolsa escrotal e testículos e a diminuição da prevalência do olfato, são filogeneticamente recentes.

O Menino Hans, através do relato de suas fantasias de desparafusar a banheira, seu traseiro, sua pélvis e seu pipi, ajuda a entender as dificuldades que tal imagem (bolsa escrotal e testículos) pode acrescentar ao já frágil sistema de que todos tem pipi.

Os elementos de comparação que nos dá Hans, e sua tentativa de organizar as imagens, são as curvas das nádegas, o seio da mãe, a imagem do falo (universal) e a imagem da bolsa escrotal e testículos.

Em Hans, talvez outro elemento não explorado tenha sido a imagem da queda da bolsa escrotal do cavalo, juntamente com a carroça que carregava os passageiros. Freud já menciona a possibilidade da imagem do pênis descomunal do cavalo e seus testículos terem impressionado o menino Hans.

Do que se trata para Hans talvez seja esta tentativa de nomear o que inextrincavelmente se perdeu quando desfrutamos da referida renúncia pulsional: obviamente o que está ligado à sobrevivência (pulsão de morte) ao nomear-se um macho alfa e reconhecer ou não sua soberania, o que era também veiculado pelo cheiro das mucosas genitais (lembrando que este não era o único sinal do domínio do macho alfa).

Assim, voltamos às possíveis incidências que se supõem em todos os sujeitos, ao atribuir ao “testis” um testemunho da visão da bolsa escrotal e

dos testículos nas diferentes estruturas psíquicas: neurose, perversão e psicose.

Em que lugar se coloca um sujeito, primeiro destituído de uma de suas principais armas darwinistas, para não perecer: identificar, pelo olfato, quem tem o poder de matá-lo caso infrinja alguma lei?

De que forma esta referencia à bolsa escrotal e testículos, numa escuta renovada, na psicanálise com crianças e na endocrinologia pediátrica, poderia contribuir nesta discussão?

CONCLUSÕES

1. A peculiaridade/singularidade de cada um inviabiliza tentativas de avaliações fenomenológicas através de métodos quantitativos.
2. Não há momento certo para realização de cirurgias corretivas da genitália externa. Há, sim, o momento mais adequado, levando em conta o mal estar da família, dos pacientes e dos médicos. Não se deve advogar no lugar da criança, mas dispor-se a analisar suas próprias dificuldades na abordagem com o paciente que nasceu com ambiguidade sexual.
3. O trauma do diagnostico, referido por todos nas entrevistas, é diferente dependendo da idade em que ocorrem, não necessariamente maior ou menor.
4. As intervenções cirúrgicas (incluído aqui a possibilidade de não serem realizadas por desejo expresso pelo próprio sujeito) devem ser as mais econômicas possíveis, com técnicas que preservem, ao máximo, estruturas nervosas e vasculares, atentando sobretudo para o funcionamento excretório. Uma sugestão para uma possível bússola clínica surgiu no questionamento de um dos sujeitos entrevistados: Para que? Para quem?
5. Nos casos tardios a decisão deve envolver o interessado, ou seja, o sujeito. Nestes casos, a equipe médica, a família e o próprio sujeito devem preparar-

se para longos períodos de indecisão quanto à realização da cirurgia, e suportar a ambiguidade genital, enquanto um trabalho psíquico com o sujeito e sua família estão sendo feitos.

6. Falta muito para apreender o conceito de identidade sexual. No entanto, considerando-se o que está no campo das escolhas de objeto, já sabemos o que não a define: práticas sexuais, maneirismos, gestuais, roupas e acessórios, interesses em tópicos espontâneos e conversas, conteúdo de fantasias e sonhos.

7. Os constructos homem, mulher, passivo, ativo, heterossexual, homossexual, travesti, transexual, conseguem estabelecer alguma diferença sexual e, em geral, mais confundem do que estabelecem. Muito menos estabelece alguma diferença sexual aquilo que se vive como práticas eróticas: sexo genital, anal, oral, zoofilia, grupais, exibicionismo, escopofilia, fetichismo,...

8. A diferença sexual também não está nos genes, nos hormônios, nos receptores, na anatomia cerebral ou na anatomia da genitália externa, ambígua ou não.

9. A presença ou ausência de testículos e a questão de uma identidade masculina ligada à paternidade esteve presente na maioria dos sujeitos. Levanta-se, neste trabalho, a questão: Qual foi o preço da renúncia pulsional olfativa em relação aos genitais que nos foi imposta pela civilização?

10. A conclusão mais prevalente, testemunha universal dos discursos, é a premência de escuta de todos os envolvidos no tratamento da criança e do adolescente com genitália ambígua: oferta universal de escuta e concordância (ou não) do sujeito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE JÚNIOR, M.C. Aspectos Evolutivos dos Hormônios. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo. 46(3): 291-8, 2002.
2. ARÁN M. Transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 9 (1): 1498-1516, 2006.
3. BERENBAUM S.A., BAILEY J.M. Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: Evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(3): 1102-6, 2003.
4. BLIZZARD M.R. Intersex issues: A series of continuing conundrums. *Pediatrics*, 111(3): 616-21, 2002.
5. BOYLE M.E., SMITH S., LIAO L.M., Adult Genital Surgery for Intersex: A solution to what problem? *Journal of Health Psychology*, (10): 573, 2005.
6. BRADLEY S.J., OLIVER G.D., AVINOAM, B.C; AND ZUCKER K.J. Experiment of Nature: Ablatio Penis at 2 Months, Sex Reassignment at 7 Months, and a Psychosexual Follow-up in Young Adulthood. *Pediatrics* 102 (1): e9, 1998.
7. COHEN-KETTENNIS P.T. Gender change in 46, XY persons with 5[alfa]-reductase-2 deficiency and 17 [beta]-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior* 34(4): 399, 2005.
8. CREIGHTON S.; MINTO C. Most vaginal surgery in childhood should be deferred. *British Medical Journal*. 323: 1264-65, 2001.
9. DAMIANI D; GUERRA-JÚNIOR 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 Metabolismo* 51(6):1013-17, 2007.

10. DESSEUS A.B., SLIJPER F.M.E., DROP S.L.S. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. Archives of Sexual Behavior 34(4):389, 2005.
11. DEWING P., SHI T., HORVATH S., VILAIN E. Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. Molecular Brain Research, 118: 82-90, 2003.
12. DIAMOND M, SIGMUNDSON H.K. Management of intersexuality-Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. Archives of Pediatrics Adolescent, 151: 1046-50, 1997.
13. FEDERMAN D.D. Psychosexual Adjustment in Congenital Adrenal Hyperplasia. The New England Journal of Medicine, 316(4): 209-10, 1987.
14. FREUD S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. Imago Editora, Obras completas, pag 119-218, edição standard brasileira, 1996.
15. FREUD S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. Imago Editora, Obras completas, pag 13-133, edição standard brasileira, 1996.
16. FREUD S. Totem e tabu – Alguns pontos de concordância entre a vida mental dos selvagens e dos neuróticos. Imago Editora, Obras completas, pag. 13-163, edição standard brasileira, 1996.
17. FREUD S. Além do Princípio do Prazer. Imago Editora, Obras completas, pag. 13-75, edição standard brasileira, 1996.
18. FREUD S. Psicologia de grupo e a análise do ego. Imago Editora, Obras completas, pag. 79-154, edição standard brasileira, 1996.
19. FREUD S. O ego e o id. Imago Editora, obras completas, pag. 15-85, edição standard brasileira, 1996.

20. FREUD S. A organização genital infantil: Uma interpolação na teoria da sexualidade. Imago Editora, Obras completas, pag. 155-161, edição standard brasileira, 1996.
21. FREUD S. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Imago Editora, Obras completas, pag. 273-286, edição standard brasileira, 1996.
22. GUERRA-JÚNIOR G, MACIEL-GUERRA A.T. Menino ou Menina – Os distúrbios da diferenciação sexual. Ed. Manole, 2002, 1ª Edição, 4-26; 37-44; 53-81;105-139.
23. GUERRA-JÚNIOR G, MACIEL-GUERRA A.T. O pediatra frente a uma criança com ambiguidade genital. *Jornal de Pediatria* 83(supl 5): S184-S191, 2007.
24. HARRISON J. Pink, lavender and grey: Gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex ageing in Australian gerontology. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 1(1): 11-6, 2005.
25. HUGHES I.A., HOUK C; AHMED S.F.; LEE P.A. and LAWSON WILKINS PEDIATRIC ENDOCRINE SOCIETY. Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology* 2(3): 148-62, 2006.
26. KUHNLE U; BULLINGER M; SCHWARZ H. P. The quality o life in adult female patients with congenital adrenal hyperplasia: a comprehensive study of the impact of genital malformations and chronic disease on female patients life. *European Journal of Pediatrics* 154: 708-16, 1995.
27. KUNLE U. AND KRAHL W. The impact of culture on sex assignment and gender development in intersex patients. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(1): 85-103, 2002.
28. LACAN J. Seminário 4: A relação de Objeto. Editora Jorge Zahar, 1995.

29. LACAN J. A identificação. Seminário de 1961-1962. Tradução do Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.
30. LEE P.A. Should We Change Our Approach to Ambiguous Genitalia? *The Endocrinologist* 11(2): 118-23, 2001.
31. MAZUR T., SANDBERG D.E., PERRIN M.A., GALLAGHER J.A., MACGILLIVRAY. Male Pseudohermaphroditism: Long-term Quality of Life Outcome in Five 46, XY Individuals Reared Female. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 17: 809-23, 2004.
32. MAZUR T. Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*. 34(4): 411-21, 2005.
33. MEAU-PETIT V., MARCOU V., TRIVIN C., LORTAT-JACOB S., MCELREAVEY K., BRAUNER R. Idiopathic male pseudohermaphroditism: Variations in presentation and management. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18: 569-75, 2005.
34. MEYER-BAHLBURG H.F.L. Gender Assignment and Reassignment in 46, XY Pseudohermaphroditism and Related Conditions. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 84(10): 3455-58, 1999.
35. MEYER-BAHLBURG H.F.L. Gender and Sexuality in classic congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 30(1): 155-71, 2001.
36. MEYER-BAHLBURG H.F.L., MIGEON C.J., BERKOVITZ G.D., GEARHART J.P., DOLEZAL C., WISNIEWSKI A.B. Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4): 1615-19, 2004.
37. MEYER-BAHLBURG H.F.L. Gender dysphoria and gender change in persons with intersexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 34(4): 371-3, 2005.

38. MICHEL A., MORMONT C. and LEGROS J.J; A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology* 145: 365-76, 2001.
39. MIGEON C.J., WISNIEWSKI A.B., BROWN T.R., ROCK J.A., MEYER-BAHLBURG H.F.L., MONEY J., BERKOVITZ G.D. 46,XY intersex individuals: Phenotypic and etiology classification, knowledge of condition, and satisfaction with knowledge in adulthood. *Pediatrics* 110(3): 1-8, 2002.
40. MIGEON C.J., WISNIEWSKI A.B., GEARHART J.P., MEYER-BAHLBURG H.F.L.; ROCK J.A., BROWN T.R., CASELA S.J., MARET A., NGAI K.M., MONEY J., BERKOVITZ G.D. Ambiguous Genitalia with Perineoscrotal Hypospadias in 46, XY Individuals: Long-Term Medical, Surgical, and Psychosexual Outcome. *Pediatrics* 110(3):pp. e31, 2002.
41. MINTO C.L., LIAO L.M., WOODHOUSE C.R.J., RANSLEY P.G., CREIGHTON S.M. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study *The Lancet*. 361: 1252-57, 2003.
42. MONEY J. A first person history of pediatric psychoendocrinology Perspectives in sexuality series New York: Plenum Publishers, 2002. Reedição - 1ª edição, 1-51.
43. MOYSES, M.A.A. A Institucionalização Invisível - Crianças que não aprendem-na-escola. Ed Mercado das Letras, 2001. 1ª Edição
44. MULAİKAL R.M., MIGEON C.J., ROCK J.A. Fertility rates in female patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The New England Journal of Medicine*, 316(4): 178-82, 1987.
45. MYERS C., LEE P.A. Communicating with parents with full disclosure: A case of cloacae extrophy with genital ambiguity. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 17: 273-80, 2004.

46. REINER W.G. Gender identity and sex-of-rearing in children with disorders of sexual differentiation. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18(6): 549-53, 2005.
47. SLIJPER F. M.E, DROP S.L.S., MOLENAAR J.C., SABINE M.P.F. Long Term Psychological Evaluation of Intersex Children. *Archives of Sexual Behavior*. 27(2): 125-142, 1998.
48. SPINOLA-CASTRO, A.M. Importance of ethical and psychological features in the intersex management. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 49(1): 46-59, 2005.
49. TANGPRICHA V., DUCHARME S.H., BARBER T.W., CHIPKIN S. R. Endocrinological treatment of gender disorders. *Endocrine Practice*. 9(1): 12-21, 2003.
50. TURATO E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis, R.J. Ed.Vozes, 2003.1a Edição - páginas
51. WARNE G, GROVER S., HUTSON J, SINCLAIR A, METCALFE S., NORTHAM, FREEMAN J. AND OTHERS. A long-term outcome study of intersex conditions. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18: 555-67, (2005).
52. WILSON J.D. The Role of Androgen in Male Gender Role Behavior. *Endocrine Reviews* 20(5): 726, 1999.
53. WILSON J.D. Androgens, androgen receptors, and male gender role behavior. *Hormones and Behavior*. 40: 358-66, 2001.
54. ZUCKER K.J.; BRADLEY S.J.; OLIVER G.; BLAKE J., FLEMING S., HOOD J. Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Hormones and Behavior* 30: 300-18, 1996.

55. ZUCKER K. J. Intersexuality and Gender Identity Differentiation. Annual Review Sexual Research. 10: 1-69, 1999.
56. ZUCKER K. J. Evaluation of Sex- and Gender-Assignment Decisions in Patients with Physical Intersex Conditions: A Methodological and Statistical Note. Journal of Sex and Marital Therapy. 28: 269-74, 2002.
57. ZUCKER K. J., BRADLEY S.J., OLIVER G., BLAKE J., FLEMING S., HOOD J. Self-reported Sexual Arousability in Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. Journal of Sex and Marital Therapy, 30(5): 343-355, 2004.
58. ZUCKER K. J. Measurement of Psychosexual *Differentiation*. Archives of Sexual Behavior. 34(4): 375-88, 2005.

ANEXO 1 - APRESENTAÇÃO PARA A ENTREVISTA

Como já foi explicado, serão feitas algumas perguntas a respeito de você e de sua família. Haverá algumas sobre as quais você só poderia saber se houvesse perguntado a seus pais e, portanto, não há necessidade de nenhuma resposta, caso você não a saiba. A maior parte das perguntas é sobre como você se sente ou sentiu a respeito dos eventos que aconteceram em sua vida e faz-se necessário dizer novamente, como está escrito no “Esclarecimento Livre e Esclarecido”, que toda informação é confidencial e que seu nome será mantido em segredo.

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) O que você pensou ao receber o convite para retornar ao GIEDDS?
- 2) Como foi sua infância (**em relação à condição representada pela sua condição diagnosticada aqui no GIEDDS**)?
- 3) Como era seu relacionamento com seus irmãos e irmãs.
- 4) Quais eram seus amigos na infância?
- 5) Quando criança o que mais gostava de fazer?
- 6) Quais as lembranças que você tem dos seus pais na época da sua infância?
- 7) Como foi sua adolescência?
- 8) Na adolescência quais eram seus interesses? (em relação à escola, trabalho, esportes, relacionamentos, etc)
- 9) Conte a respeito de seu acompanhamento no GIEDDS (Grupo de Estudos da Determinação e Diferenciação Sexual). Como e quando soube de sua condição? Como foram os acontecimentos em casa?
- 10) Você teve ou tem alguma dúvida em relação aos atendimentos pelo GIEDDS?

- 11) Segundo a sua avaliação, quais os pontos positivos e os negativos que ocorreram durante os seus atendimentos?
- 12) Segundo a sua percepção, como os seus pais perceberam a situação?
- 13) Após o diagnóstico, qual tratamento você recebeu?
- 14) Como você vivenciou este período?
- 15) Como você se sente hoje com os resultados da(s) cirurgia(s) em você? (Checar funcionalidade sexual, ejaculatória e miccional).
- 16) Está fazendo uso de algum medicamento (reposição hormonal)? Como se sente a respeito? (Checar adesão, efeitos colaterais, satisfação com o tratamento, compreensão da necessidade de sua utilização).

VIDA ATUAL

- 17) Qual parte de seu corpo mais chama sua atenção? Que você mais gosta? O que você mudaria em você?
- 18) Atualmente, você está se relacionando com alguém?
- 19) Para você, como seria o relacionamento ideal?
- 20) Quais as características que você considera importantes na pessoa com a qual você se relaciona?
- 21) Se você pudesse fazer três pedidos a um gênio mágico, quais eles seriam? Dos três, qual seria o mais importante?
- 22) Você gostaria de falar ou relatar algo que não conversamos?

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Aspectos comportamentais na vida adulta de pacientes com distúrbios da diferenciação do sexo diagnosticados e tratados na infância.

Responsável pela condução da pesquisa: Adriano Morad Bley

Pesquisador: Adriano Morad Bley

Orientador: Profa. Dra. Maria Tereza Matias Baptista

Justificativa e Objetivo da pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos indivíduos acompanhados pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo (GIEDDS), levantar questões a respeito do reconhecimento e compreensão do diagnóstico por parte dos pacientes e avaliar o impacto deste diagnóstico na vida passada e atual dos indivíduos, principalmente no que tange ao comportamento e vivência sexual dos mesmos.

Procedimentos do estudo:

O instrumento de avaliação será uma entrevista semi-estruturada de duração média de uma hora (podendo ser necessário repeti-la por mais uma ou, no máximo, duas vezes). As entrevistas dar-se-ão nas dependências do Hospital de Clínicas da Unicamp, no Ambulatório do GIEDDS em horário combinado previamente com o entrevistador. Esta(s) entrevista(s) serão gravadas em gravador microcassette “Panasonic” que será mostrado ao entrevistado, requisitando-se sua anuência com relação a seu uso. Eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários no decorrer da pesquisa serão disponibilizados pelo pesquisador, pessoalmente ou pelo telefone que consta neste documento. Ao paciente está reservado o direito de deixar de participar da pesquisa, a qualquer tempo, sem prejuízo no atendimento, cuidado e tratamento pela equipe de especialidade do Hospital de Clínicas. O sigilo e o caráter confidencial das informações decorrentes da pesquisa estarão também garantidos. A identificação dos pacientes não será exposta nas conclusões ou publicações. Os materiais coletados na entrevista deverão ser utilizados somente para realização e divulgação deste estudo em eventos científicos (Congressos), publicações ou em eventos acadêmicos. O pesquisador responsável garante o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo. Todas as

informações serão de caráter impessoal, preservando a privacidade dos sujeitos pesquisados.

Benefício Esperado:

Conhecer o grau de apreensão e compreensão do diagnóstico e modificar procedimentos a partir de tal conhecimento. Permitir ao indivíduo falar de seus sentimentos e preocupações com relação a sua doença e eventualmente encaminhá-lo para tratamento adequado. Organizar as questões que levam a identificação sexual e eventualmente contribuir para decisões de mudança de sexo em idades muito precoces.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ RG: _____,

Residente à _____

Concordo em participar da pesquisa, **“Aspectos comportamentais na vida adulta de pacientes diagnosticados e tratados na infância de distúrbios da diferenciação do sexo”**, realizada pelo médico Adriano Morad Bley sob a orientação da Profa. Dra. Maria Tereza Matias Baptista, e que os resultados sejam utilizados para fins científicos. Declaro ainda ter recebido os devidos esclarecimentos.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador

Telefone sobre eventuais dúvidas sobre este estudo: 3521-7408.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: 3521-8936.

ANEXO 3 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CEP, 15/03/05.
(Grupo III)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 027/2005

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ASPECTOS COMPORTAMENTAIS NA VIDA ADULTA DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL DIAGNOSTICADOS E TRATADOS NA INFÂNCIA”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Adriano Morad Bley

INSTITUIÇÃO: HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/02/2005

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/03/06

II - OBJETIVOS

Avaliar a compreensão por parte do paciente acompanhado no GIEDDS (Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo) de sua condição, diagnóstico e procedimento cirúrgico a que foi submetido. Verificar a compreensão da necessidade de reposição hormonal, conforme cada caso, e a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. Permitir o surgimento de questões não previsíveis de antemão e assim capturar elementos novos sobre o indivíduo intersexo.

III - SUMÁRIO

O escopo deste estudo é avaliar os indivíduos intersexo nascidos com genitália externa e ou interna ambíguas, submetidos a cirurgia para adequação do sexo e posterior registro civil, acompanhados no GIEDDS nos últimos 15 anos. Esta avaliação será realizada através de entrevistas gravadas, com duração aproximada de uma hora e serão semidirigidas, usando o modelo qualitativo de pesquisa que tem como seu paradigma a fenomenologia.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O protocolo encontra-se bem estruturado com análise dos riscos e benefícios. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido está adequado. Não há orçamento de custos.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de março de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DE PRADER

Prader 0: Genitália feminina normal



Prader 1: Genitália feminina com clitoromegalia



Prader 2: Clitoromegalia com fusão labial parcial



Prader 3: Aumento do falo. Fusão lábio escrotal completa formando um seio urogenital com abertura única



Prader 4: Fusão escrotal completa com abertura urogenital na base ou na face ventral do falo



Prader 5: Genitália masculina normal



Prader Von, A. (1954)

TABELA 1 - SUJEITOS, SEXO DE CRIAÇÃO, IDADE NA OCASIÃO DA ENTREVISTA, ENTREVISTADO, DIAGNÓSTICO MÉDICO E IDADE NA MUDANÇA DE REGISTRO CIVIL

NOME (FICTÍCIO)	SEXO DE CRIAÇÃO	IDADE NA ENTREVISTA	ENTREVISTADO	DIAGNÓSTICO MÉDICO	MUDANÇA DE REGISTRO CIVIL
ADRIANE	Feminino	15anos	Mãe/Paciente	DGM	6 meses
ALEXANDRA	Feminino	17 anos	Paciente	HAC	Não houve
ANA MARIA	Feminino	21 anos	Paciente	HAC	1 ano e meio
BIANCA ANTONIA	Feminino	27 anos	Paciente	HAC	Após a puberdade
FABIANA	Feminino	16 anos	Paciente	HV	1 ano
FELIPE	Masculino	21 anos	Mãe	DDS 46, XY	Na puberdade
KLEITON	Masculino	09 anos	Mãe	DDS 46, XY	1 ano e meio
LIANA	Feminino	14 anos	Mãe/Paciente	HAC	2 anos
LINEU	Masculino	31 anos	Paciente	Def. 5 alfa red 2	Após a puberdade
MARCOS	Masculino	20 anos	Paciente	Def. 5 alfa red 2	Após a puberdade
MARIALINE	Feminino	19 anos	Pai/Paciente	HAC	3 meses
MARIANA	Feminino	22 anos	Paciente	HAC	Não houve
MARIANE	Feminino	13 anos	Paciente	DDS 46, XY	2 anos e meio
MARINA	Feminino	13 anos	Paciente	HAC	Não houve
MELISSA	Feminino	22 anos	Paciente	HAC	No primeiro ano
NEIA	Feminino	21 anos	Paciente	HAC	Não houve

