

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

PATRÍCIA CARVALHO DE ASSIS

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE 'A MULHER' NA CLÍNICA
DAS DDS**

Maceió, 2020

PATRÍCIA CARVALHO DE ASSIS

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE 'A MULHER' NA CLÍNICA
DAS DDS**

Orientadora: Susane Vasconcelos Zanotti

Maceió, 2020

Considerações psicanalíticas sobre ‘a mulher’ na clínica das DDS

Patrícia Carvalho de Assis

Resumo

Esta pesquisa discute o que é uma mulher a partir do modo como as pacientes com diagnósticos de Diferenças no Desenvolvimento do Sexo (DDS) delimitam essa questão. Considerando que as DDS compreendem uma variedade de diagnósticos que apontam para o desenvolvimento atípico do sexo cromossômico, anatômico e gonadal, objetiva-se refletir acerca da relação com o corpo e como esse olhar pode permitir a identificação como uma mulher. Trata-se de uma investigação psicanalítica que partirá inicialmente das considerações freudianas sobre a mulher, desde seu interesse pelas históricas até as reflexões sobre a mulher e a feminilidade. A metodologia consiste na análise qualitativa de 11 entrevistas semiestruturadas com mulheres, com idade entre 14 a 41 anos, realizadas no ambulatório de genética de um hospital universitário. Destacam-se as falas das pacientes sobre o diagnóstico, o corpo, a diferença entre os sexos e as tentativas de responder a questão *O que é uma mulher?* Conclui-se que a referência à anatomia marcada pelo Real das DDS se constituiu como um recurso fundamental em direção às respostas a essa questão.

Palavras - chave: O que é uma mulher? ; Psicanálise; DDS.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu da minha participação na pesquisa “Caracterização de Distúrbios da Diferenciação do Sexo em Alagoas: uma abordagem multidisciplinar no SUS” (ZANOTTI, 2018), desenvolvida no Ambulatório de Genética do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/ UFAL). Os objetivos do plano de trabalho no âmbito do Programa de Iniciação Científica consistiram em analisar a especificidade da puberdade em casos de Síndrome de Turner (ST) e sistematizar as entrevistas dessas pacientes no que se refere ao corpo e a sexualidade feminina.

As Diferenças no Desenvolvimento do Sexo (DDS), nomenclatura usada atualmente e que será usada ao longo deste texto, são condições congênitas que dificultam a definição do sexo anatômico, gonadal e cromossômico demandando uma investigação complexa, interdisciplinar e rápida para melhor tratamento. A manifestação clínica pode ocorrer no nascimento, na infância, na puberdade ou na idade adulta (MACIEL-GUERRA; GUERRA-JÚNIOR, 2010).

Maciel-Guerra; Guerra-Júnior (2010) explicitam o desenvolvimento do sexo em seu caráter de processo, iniciado na vida intrauterina e, concluído na vida adulta, a qual abarca fenômenos biológicos, psicológicos e sociais.

Para Freud (1905) é na puberdade que o sujeito faz a escolha de posição e de objeto, após primeiro direcionamento na infância. A escolha de objeto ocorre em dois tempos: na infância entre os dois e cinco anos, e retida pela latência; e na puberdade a configuração definitiva da vida sexual é determinada (FREUD, 1905).

Partindo de uma leitura lacaniana, Stevens (2004) considera que ao lado das transformações orgânicas da puberdade algo emerge que desconcerta, porém não é simbolizado, falta palavras para representá-lo. Nesse sentido, a “explosão hormonal” se refere mais a uma irrupção do que a um órgão. É o real que emerge como um novo para o qual não se tem uma resposta pronta, devendo ser elaborada de forma particular por cada sujeito que é convidado a definir a escolha de objeto. Esse novo aponta para o sujeito a falha de saber no Real (STEVENS, 2004).

A relação entre a puberdade e a adolescência suscita a discussão sobre o que é o corpo para a psicanálise. Nela a concepção de corpo é diferente da concepção biológica, situa-se na fronteira entre o psíquico e o orgânico. Segundo Lacan (1949) o corpo é constituído a partir do Outro que insere o sujeito no campo da linguagem fundando sua dimensão pulsional. Em outras palavras, o corpo é imerso em linguagem instaurando a condição desejante no sujeito.

Lacan (1949) ao circunscrever a imagem corporal construída na infância no estádio do espelho descreve o momento em que ocorre a primeira identificação, quando a criança consegue minimamente se manter de pé e fixar em sua imagem refletida, reconhecendo-se. Esse ato repercute no maior controle corporal cujos movimentos até então eram auxiliados pelos pais ou cuidadores, os quais juntamente com os objetos a criança já reconhecia.

O reconhecimento da própria imagem no espelho se manifesta, além dos ganhos motores, na constituição do eu, de um sujeito desejante, que em seguida identifica sua imagem com a do outro. “A função do estádio do espelho”, escreve Lacan, “é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (LACAN, 1949, p.100). O corpo, antes sentido como despedaçado, ganha unidade.

A perda do corpo infantil é uma das principais perdas que ocorre da emergência da puberdade (FREUD, 1905). Zanotti e Besset (2009) consideram que a (re) construção

da imagem corporal por ocasião da adolescência é semelhante àquela que acontece na infância. Para as autoras “é viável pensar que a perda do corpo infantil na puberdade corresponde a um novo processo de constituição subjetiva, que pode ser considerado um segundo estágio do espelho” (ZANOTTI; BESSET, 2009, p. 85). Da mesma maneira que a criança dependeu do outro para apreender seu corpo, o jovem também necessitará, mais uma vez, da relação com o outro.

A categoria das DDS compreende vários diagnósticos dados pela dificuldade de definir o sexo a partir da visão da genitália, da composição cromossômica ou gonadal, como ocorre na síndrome de Turner (ST) e a hiperplasia suprarrenal congênita ou hiperplasia adrenal congênita (HAC), exemplos de diagnósticos de algumas participantes dessa pesquisa.

Na ST um dos cromossomos não existe ou é parcialmente inexistente (X ou Y). As principais características são o atraso no crescimento (baixa estatura) e puberal manifestada em casos como a disgenesia gonadal e a deficiência de hormônios sexuais (MARQUI, 2015; ANTUNES; JÚLIO-COSTA; HAASE, 2015). No Brasil seu diagnóstico ocorre principalmente na adolescência apesar dos traços físicos possam fornecer indícios desde a infância (CARVALHO *et al* 2010). Pode se manifestar, tanto de forma clássica onde o atraso no crescimento e puberal são visíveis, quanto de modo dismórfico em que os sinais passam quase indistinguíveis para a população. O diagnóstico definitivo se dá via exame de cariótipo (MARQUI, 2015).

A HAC é um conjunto de síndromes caracterizadas por diferentes deficiências enzimáticas na síntese dos esteroides adrenais. Sua manifestação mais frequente é a deficiência da 21-hidroxilase; a produção dos hormônios cortisol se torna deficiente e os andrógenos têm seus níveis aumentados. Em meninas pode provocar o aparecimento de caracteres sexuais masculinos, pêlos e o aumento do clitóris. Para a diminuição da síntese dos andrógenos e a consequente virilização é ministrado o cortisona. Medidas cirúrgicas são feitas na tentativa de recompor o aspecto anatômico da genitália quando afetam meninas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como evidenciado por esses exemplos os diagnósticos impactam no desenvolvimento das características sexuais secundárias, iniciado quando das transformações pubertárias. A puberdade é peculiar na clínica das DDS. Expõe o que não foi identificado ao nascimento ou ao longo da infância. Pacientes, garotas ou

garotos, percebem algo diferente no corpo ao observar os efeitos decorrentes da maturação sexual no corpo de seus pares.

Na clínica das DDS, especificamente para as meninas, o não desenvolvimento das mamas, questões relacionadas à estatura, a ausência da menarca e, para algumas mulheres, a impossibilidade de engravidar colocam as pacientes diante do real do corpo, impossível de suportar (ANSERMET, 2003). Ressaltando que os diagnósticos da categoria das DDS gravitam em torno da preocupação em definir o sexo, seja a nível anatômico, cromossômico ou gonadal, quer se investigar qual a especificidade das pacientes com DDS nesse percurso de assunção subjetiva ao sexo. Interessa-nos saber como essa marca a mais no corpo interfere na identificação como uma mulher e se interfere.-

A discussão sobre a mulher na clínica dos DDS se faz importante para dar maior visibilidade às questões subjetivas dessa clínica e, principalmente, para atualizar as questões postas pela psicanálise freudiana concernente à diferença dos sexos e a interrogação do que é uma mulher considerando as mudanças na cultura e certa “plasticidade quanto ao gênero” na contemporaneidade. O que é uma mulher? É uma questão que não dispõe de evidência alguma para respondê-la diferente do que ocorre ao se interrogar o que é o homem (ANDRE, 1998).

TORNAR-SE MULHER

Freud (1905) aponta que o primeiro momento da inscrição psíquica da diferença entre os sexos decorre do momento em que a criança percebe a falta do pênis nela (menina) ou no outro (menino). Inicialmente os meninos e as meninas negam a falta percebida. Também concluiu que é na puberdade que o sujeito ascende a uma posição e faz a escolha objetal. Esta se inicia na infância e se conclui na puberdade, após algum tempo retida na latência.

Em seguida percebe que no primeiro momento, na infância, as crianças desconhecem a existência de um órgão genital além do masculino, logo a primazia de que se trata não é a dos genitais, mas do falo (FREUD, 1923).

Em *A dissolução do Complexo de Édipo* (1924), Freud considera pela primeira vez a diferença no desenvolvimento sexual entre meninos e meninas. Já ciente que antes

da fase de latência o único órgão genital conhecido é o masculino, propõe-se a lançar considerações sobre como se dá o complexo de Édipo para as meninas.

Para os meninos o complexo de Édipo se encerra quando vê o órgão genital feminino, as ameaças de castração antes desacreditadas se tornam reais, “a perda de seu próprio pênis fica imaginável e a ameaça de castração ganha seu efeito adiado” (FREUD, 1924, p. 104).

A menina ao comparar seu equivalente fálico, o clitóris, com o órgão masculino percebe a desvantagem e no primeiro momento acredita que seu órgão irá crescer. Em seguida considera que o teve e perdeu; crê também que a falta observada é um infortúnio individual e que as demais mulheres dispõem dos órgãos genitais completos (pênis grande) (FREUD, 1924).

Ao longo dos seus estudos Freud foi constatando que o desenvolvimento sexual da menina não podia seguir tomando como referência o desenvolvimento do menino, mais conhecido. O complexo de Édipo e o efeito da castração eram diferentes, não cabia paralelos entre os sexos (1931; 1933/1996).

Meninos e meninas têm como primeiro objeto amoroso a mãe e o pai como intruso. Porém, diferente do menino, para a qual a mãe continua sendo seu objeto até substituí-la por outra mulher que se assemelhe a ela ou dela derive, a menina troca seu objeto original pelo pai. Em paralelo, abandona o clitóris, até então sua principal zona erógena, em função da vagina (FREUD, 1931/1933). Essa constatação coloca Freud (1931) diante da questão de saber por que essa transição é paralela ao afastamento da sua mãe.

Sobre a mudança da zona erógena do clitóris para a vagina, Freud (1931/1933) explica que isso acontece como efeito da castração. A menina sob a inveja do pênis reprime a sua atividade masturbatória clitoridiana fálica. No que concerne à transição de objeto observou em suas análises que a forte ligação das mulheres com o pai fora precedida de uma fase exclusiva de ligação com a mãe. Esta “que pode ser chamada de fase pré-edipiana, tem na vida das mulheres uma importância muito maior do que pode ter nos homens” (FREUD, 1931, p. 141).

Quando a menina alcança o entendimento de que a castração não é algo só dela, mas que é estendível para outras crianças e alguns adultos desenvolve uma hostilidade

contra a sua mãe, responsável, aos seus olhos, por tê-la lançado naquele infortúnio, trazendo-a ao mundo como mulher (FREUD, 1931). A relação que a menina mantém posteriormente com o pai é a transferência do vínculo que manteve anteriormente com a mãe (FREUD, 1931/1933).

Para as meninas a descoberta da castração abre três possibilidades de desenvolvimento sexual: a inibição da sexualidade, o complexo de masculinidade, e a feminilidade com a renúncia a masturbação e o endereçamento do desejo da menina para o seu pai, que deve ser logo substituído pelo desejo de um bebê, este assumindo o lugar do pênis por equivalência simbólica (FREUD, 1931/1933).

Ao reconhecer sua castração a menina tem aumentada a insatisfação com o seu clitóris, como saída reprime sua sexualidade fálica e outras inclinações sexuais. A segunda possibilidade é afirmar sua masculinidade ameaçada, dedicando um longo período na busca do pênis cuja fantasia de ser um homem pode resultar numa escolha de objeto homossexual. Finalmente, tomar o pai como objeto é a terceira via de desenvolvimento sexual feminino considerado como normal, desejável (FREUD, 1931/1933).

Freud (1933) destaca que a menina desejou um bebê na fase fálica, porém seu objetivo era representar a sua identificação com a mãe nas brincadeiras de boneca, na qual ela seria a sua mãe e a boneca ela mesma. Diferente do desejo despertado pela castração de ter um bebê do pai.

A saída para a feminilidade através da maternidade apresentada por Freud é revisitada por Lacan (1972-1973/ 2008) que a considera uma saída fálica, pois o filho é colocado no lugar do falo. Para Lacan (idem) a mulher se define por outra posição que não gira em torno do gozo fálico, o gozo do órgão. Ela se define por outro gozo que é não-todo em relação ao gozo fálico, “não passa pelo corpo, mas pelo que resulta de uma exigência lógica na fala” (LACAN, 1972/1973, p. 17).

Esse gozo Outro é dependente do não-todo, deriva de uma lógica diferente da lógica fálica que rege o lado masculino das fórmulas da sexuação. Nela a partilha dos sexos tem por baliza a função fálica e não o pênis (QUINET, 2012). Ou seja, os sujeitos se dividem entre homens e mulheres conforme se posicionam em relação à função fálica.

Outra dificuldade encontrada pela menina a caminho da feminilidade se refere à falta de significante feminino que a possibilitaria se identificar com uma mulher. Diferente dos meninos que possuem como referência o significante fálico herdado do pai (FREUD, 1933).

André (1998) aponta a dificuldade de enunciação do sexo feminino, já que não há um significante para ele, pois a vagina é conhecida como um órgão que não se inscreve no inconsciente enquanto significante feminino. Sendo então ocupado pelo significante fálico, a feminilidade não pode ser dada desde o início, mas como um se tornar. A mulher precisa tornar-se mulher negando o complexo de masculinidade adotado (ANDRE, 1998).

A psicanálise concebe a diferença sexual, isto é, a capacidade de se reconhecer homem ou mulher, como uma assunção subjetiva. Trata-se, então, de uma escolha em que a anatomia não é determinante. Leguil (2016) afirma que ser homem e ser mulher é resultado de um percurso subjetivo empreendido por cada sujeito com base no interesse próprio em seu desejo.

METODOLOGIA

O estudo integra o projeto de pesquisa “Caracterização de Distúrbios da Diferenciação do Sexo em Alagoas: uma abordagem multidisciplinar no SUS” no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) PPSUS- 2016 (Decit-SCTIE-MS/CNPq/FAPEAL/SESAU-AL). Processo 60030000898/2016.

Para a realização do presente estudo foram analisadas qualitativamente entrevistas realizadas no ambulatório de genética com pacientes com diagnóstico de Diferenças no Desenvolvimento do Sexo (DDS). Foram selecionadas todas as entrevistas clínicas, conduzidas pela equipe técnica do projeto, com mulheres com idades entre 14 a 41 anos com algum diagnóstico de DDS atendidas no Serviço de Genética Clínica de um hospital universitário.

As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gravadas em áudio, em seguida, transcritas. No texto adotamos nomes fictícios para preservar as identidades das participantes.

Trata-se de entrevistas semiestruturadas que abordam eixos como a relação com o Outro, a transformação corporal na adolescência, a chegada ao ambulatório de genética, como estabelecem a diferença entre os sexos, e a opinião sobre o que considera ser uma mulher.

O método utilizado foi a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011). Esse método consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44).

Foram destacadas as falas relacionadas ao diagnóstico, a relação com o corpo, a diferença sexual, e considerações sobre o que é ser uma mulher, concernentes ao objetivo da presente investigação. Com isso, constituiu-se quatro categorias de análise: I. *O diagnóstico*; II. *O corpo*; III. *Diferença dos sexos*; e, IV. *O que é uma mulher?* O conteúdo dessas categorias foi analisado a luz da teoria psicanalítica freudiana sobre a mulher e a feminilidade, e alguns de seus comentadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a ordem da menor para a maior idade, apresentamos as participantes com nome fictício, e o diagnóstico, quando referenciado por elas no momento da entrevista clínica. Stela e Jucilei (14), a primeira não cita o diagnóstico e Jucilei informa que foi diagnosticada com HAC; Sara e Talita (16), não cita o diagnóstico e com ST, respectivamente; Joana (17) diagnosticada com HAC; Tereza (20) com o diagnóstico ainda em processo de conclusão; Adrien (21) não cita o diagnóstico; Bruna (22) não cita o diagnóstico; Judite (36) não cita o diagnóstico; Selma (40) e Eliane (41) diagnosticadas com ST.

Na primeira categoria reunimos os conteúdos que tangenciam as experiências que motivaram o início da investigação clínica até a chegada das pacientes ao ambulatório de genética, destacando qual a compreensão de que dispõem do respectivo diagnóstico. As referências ao corpo foram agrupadas na segunda categoria, ressaltando a relação das mesmas com o corpo marcado por um algum diagnóstico das DDS. Tópicos sobre a diferença entre os sexos conformaram a terceira categoria, nela foi evidenciada os aspectos citados como dispositivos marcadores dessa diferença. Por fim, as falas que tentaram definir o que é uma mulher foram agregadas na quarta categoria.

O diagnóstico

Adrien expõe que o acompanhamento na instituição começou com exames ginecológicos para identificar a presença ou ausência do colo do útero. Constatada a ausência foi transferida para o ambulatório de genética. Sobre seu diagnóstico sabe que “(...) eu não posso engravidar, (...) meu útero é infantil, tens uns hormônios altos e uns baixos e então não tem passagem para embrião, eu não menstruo, nunca menstruei (...)” (sic).

Informou que o interesse pelo diagnóstico foi motivado pela sua primeira experiência sexual. Esta, por sua vez, foi usada para responder suas dúvidas iniciais sobre a capacidade do seu corpo para o exercício sexual “(...) eu perdi a minha virgindade mais por curiosidade de mim mesmo, que ia acontecer comigo depois, daí...” (sic). Complementa “Eu achava que eu não tinha passagem, nem nada, eu achava que eu era tapada, alguma coisa assim” (sic).

No primeiro momento ela queria saber sobre as respostas que seu corpo poderia lhe fornecer através do ato sexual. No segundo, propõe-se a descobrir o que acontecia com ela e procurar o diagnóstico, provavelmente, encorajada pelo resultado dessas experiências.

Bruna chegou ao ambulatório ao perceber diferenças entre o seu corpo e o corpo de outras garotas de mesma faixa etária. A mesma nomeia as diferenças como genital e hormonal. Sobre seu diagnóstico sabe o que o médico falou “que era uma doença genética, que tinha que fazer cirurgias, procedimentos de hormônios, de... várias coisas” (sic). Acrescenta que sua irmã mais velha tem o mesmo diagnóstico.

Selma chegou ao ambulatório por encaminhamento ginecológico, aos 21 anos ainda não havia menstruado. Sobre seu diagnóstico sabe apenas que a impede de engravidar, as ultrassons mostraram que seu útero não foi desenvolvido.

Judite não soube nomear o seu diagnóstico, disse que os exames constataram que ela não possui as gônadas, portanto não menstrua e não pode engravidar, causando-lhe sofrimento, levando-a fazer acompanhamento psicológico. Os questionamentos sobre o corpo surgiram aos 15 anos pela ausência da menstruação. No entanto, no início isso não era uma preocupação para ela, mas para a sua mãe que era interrogada por pessoas do seu convívio social.

Joana entende que seu diagnóstico está relacionado à produção de hormônios, que a medicação que toma é para o seu controle “eu tenho que tomar até o resto da minha vida” (sic). Disse também que toma anticoncepcional para regular a menstruação. Diz não entender muito seu diagnóstico, mas apresenta os pontos centrais ao destacar as implicações da suspensão do tratamento hormonal com a possibilidade do clitóris aumentar o tamanho e o crescimento de pelos.

As participantes se depararam com as questões provocadas pelos seus respectivos diagnósticos na puberdade, momento em que as mudanças corporais se apresentaram diferentes do que era esperado ou não ocorreram. A compreensão do diagnóstico é limitada, varia entre saber nomear sem, contudo, demonstrar maior entendimento do que ele implica e, ter mínima noção da implicação do diagnóstico e não saber nomeá-lo. Limitando-se a reproduzir conteúdos fragmentados ouvido dos profissionais da medicina.

A ausência da menstruação, os seios pequenos, a virilização e a baixa estatura foram os aspectos que denunciaram o possível descompasso entre os sexos anatômico, cromossômico ou gonadal. Em outras palavras, se configuraram nas principais queixas de um mal-estar que as conduziram procurar o conhecimento médico para responder as questões suscitadas no corpo. Essa constatação se deu mediante a comparação com o corpo de seus pares, às vezes suas próprias irmãs.

A relação com o Outro na emergência da puberdade permitiu que as participantes desse estudo percebessem algo diferente no desenvolvimento do corpo. *Em O mal-estar na civilização* Freud (1856-1939/ 2011) apresentou o corpo como uma das fontes de sofrimento humano dada a sua fragilidade e finitude. Na clínica das DDS o mal-estar suscitado pelo corpo se vincula à questão da diferença entre os sexos, já que a mesma incide justamente na dificuldade de se delimitar o sexo anatômico, cromossômico ou gonadal.

Essa impossibilidade contribui para a retomada da discussão se a anatomia é o destino. Freud (1933) afirmou que a anatomia do sexo seria a única diferença entre os sexos. Assim, mulheres e homens poderiam se comportar de modo feminino ou masculino em diferentes situações. As demais diferenças se construiriam sob a plasticidade que os corpos encarnariam a partir das diferenças anatômicas da genitália e da influência dos caracteres sexuais secundários, sem que houvesse uma determinação ditada pela morfologia do sexo.

O corpo

Da relação com o corpo é recorrente o sentimento de estranhamento geralmente relacionado ao desenvolvimento das mamas (pequenas), genitália, ausência da menstruação e questões referentes à estatura, preponderantemente a baixa estatura. Citam intervenções medicamentosas/ hormonais e cirúrgicas empregadas na tentativa de desenvolver os caracteres sexuais secundários e “melhorar” a estética, respectivamente. Tais intervenções possibilitam que as pacientes tenham uma melhor relação com o seu corpo.

Jucilei diz se sentir estranha porque acha os seios pequenos e a genitália grande. Informou que passaria por intervenção cirúrgica para “corrigir” a genitália, porém não conseguiu nomear a parte do corpo alvo do referido procedimento. Quando perguntada o que seria reduzido no seu corpo titubeia: “Do...sei lá! Como é o nome? Tamanho, tamanho do...sei lá o nome” (sic). Jucilei se depara com um Real, impossível de representar (ANSERMET, 2003).

Sobre seu corpo Joana diz não gostar muito, “porque eu não tenho peito” (sic) e acrescenta que eles não cresceram apesar de tomar hormônios. Também não gosta de sua estatura, pequena. Cita ainda um incômodo com a sua genitália “porque mesmo com a cirurgia ainda não ficou perfeito” (sic). Para ela uma vagina perfeita é “normal com clitóris pequeno e os pequenos lábios [pequenos]” (sic).

Bruna constatou que a partir do tratamento hormonal alguns aspectos corporais mudaram como “o crescimento de pelo, o excesso de peso também, percebi que tava engordando muito por causa do remédio” (sic). Quanto ao resultado das cirurgias disse que “Ficou diferente do que era antes e... ficou muito melhor” (sic).

Sobre sua aparência diz achar “mais ou menos” (sic), relatou que sofreu bastante preconceito porque as pessoas achavam-na parecida com um homem; ela mesma se vê parecida com um homem “eu acho que são mais masculinas [as mãos e as pernas], o jeito...” (sic); apresentou incômodo com o excesso de pelos nas pernas e no rosto [retira diariamente]. A relação com seu corpo suscita sofrimento “isso daí já passei por tipo depressão, tipo... assim, (...) triste, desanimada com a vida, com as coisas...” (sic) sentimentos que diz ainda a acompanhar.

Sara ao comparar o seu corpo com o corpo de seus pares percebe que não se desenvolveu, esperava pelo “desenvolvimento (...) igual aos das menina... na minha

idade” (sic). A estatura, os seios e o bumbum foram os elementos citados para explicar a qual desenvolvimento se referia.

Selma demonstra uma insatisfação com o seu corpo desde a sua adolescência. Explica que não acha seu corpo atraente expressando seu incômodo especificamente por ser “baixinha, gordinha” (sic). Além da ausência da menstruação notava a diferença entre seu corpo e o corpo de outras adolescentes “Eu [me] achava estranha porque com quinze, dezesseis, dezessete, dezoito anos, por exemplo, eu via as meninas bem mais desenvolvidas” (sic). Para ela as meninas de sua idade eram mais atraentes fisicamente.

Relata que sua mãe também notava essas diferenças “minha mãe me achava criança, que os seios, ela dizia que não era seios era porque eu era gordinha, mas os seios nunca tinham nascido (...)” (sic). Acrescenta outras diferenças que percebia no seu corpo e se transformaram com o tratamento com anticoncepcional, a exemplo, o surgimento de pelos.

Tereza disse estar “Ok” com o seu corpo, “mas como eu não menstruei ainda, tem partes em mim que não se desenvolveram ainda, por exemplo, mamas, eu não gosto disso, não me sinto bem, mas no restante tranquilo” (sic). Falou do seu desconforto com a estatura elevada “pelo fato de eu não ter menstruado eu cresci mais” (sic).

Adrien considera a sua aparência física “normal, mas também não normal” (sic). Essa percepção é relacionada aos seios considerados pequenos por ela. Porém, uma componente da equipe que a examinou disse serem de tamanhos normais. De modo similar ocorre em relação aos pelos, para ela ora é normal, em seguida diz ter dúvidas, porque nasce pouco nas axilas e muito nas partes íntimas.

Por fim, expressou não gostar do seu corpo “Não me identifico muito” (sic). Considera também que seu desenvolvimento foi diferente de outras meninas na fase da adolescência, e coloca a menstruação como um marco nas modificações dos corpos “elas com doze anos tal é, menstruaram, então se desenvolveram mais rápido do que eu” (sic).

Inicialmente Judite não se incomodava por não menstruar, contudo, se sentia desconfortável porque não tinha seios o que a tornava alvo de risos. A comparação física aconteceu com suas irmãs, quatro irmãs, todas mais novas e que as viu menstruarem antes dela. Depois, a ausência da menstruação passou a lhe causar estranhamento a ponto de não querer namorar, “eu não queria namorar com ninguém, que eu me sentia estranha por não menstruar” (sic). Até os 18 anos, quando iniciou o

acompanhamento médico, não havia namorado ninguém, sentia-se diferente das outras meninas, “eu me sentia diferente das outras meninas por não menstruar” (sic).

Sua primeira experiência sexual não foi muito boa, pois sua condição deixava a vagina ressecada tornando o ato dolorido, “por não menstruar, é diferente porque fica ressecado, (...) eu não me sentia confortável” (sic). Porém, iniciado o tratamento, a ingestão de remédios a permitiu contornar essa situação “hoje em dia é tranquilo. Normal (...) não sinto dor, não sinto nada” (sic). Percebeu outras mudanças em seu corpo “engordei, os seios cresceram mais um pouquinho, não sei se foi por causa do remédio, não sei” (sic). Não sabe se essas transformações foram efeitos dos remédios ou foram mudanças acarretadas pelas alterações metabólicas decorrentes da ação do tempo.

A puberdade é uma fase em que se evidenciam desacertos no plano das identificações. As mudanças corporais, a possibilidade do ato sexual e a sexualidade questionam a imagem construída frente ao falo imaginário e o lugar marcado pelo falo não se sustenta e o sujeito se vê novamente sem o controle do seu corpo (KOSOVSKI, 2014). As pacientes com DDS se deparam com o não desenvolvimento de características sexuais secundárias esperadas intensificando o não saber sobre o encontro com o Outro.

Eliane destaca a estatura e a ausência da menstruação, modificadas pela ação dos hormônios. Expressa “quando eu comecei tomar remédio hormonal é que eu fui desenvolvendo mais um pouquinho” (sic). Apesar da baixa estatura considera a sua relação com seu corpo normal. E acrescenta “(...) não tá faltando nada em mim, o que eu tenho a outra pessoa também tem tudo, só a altura que é diferente” (sic).

Na adolescência percebeu diferenças entre o seu corpo e de outras meninas da mesma faixa etária, sendo a mais evidente a falta da menstruação. Disse que começou a menstruar quando começou a tomar remédios, entre os 19 e 20 anos de idade, a partir do tratamento observou que “eu fui me desenvolvendo mais” (sic).

No segundo estágio do espelho (ZANOTTI; BESSET, 2009) a imagem é refletida no Outro. Marie-Hélène Brousse (2014) ao apresentar o corpo nos dois momentos da teoria lacaniana destaca que a identificação com a imagem que é projetada no espelho, ou nesse Outro que é um par, acontece mediante a linguagem, a qual amarra o sujeito a essa imagem.

Na clínica das DDS essa relação com o Outro vem denunciar a diferença ou falta, reforçada pela linguagem. A fala, o olhar do Outro que molda a forma como o sujeito se vê. O Outro que diz que Bruna parece um homem, com o qual corrobora afirmando que se acha parecida com um homem; a mãe de Selma que assegura ser gordura e não seios a ornar o seu busto; e quando Adrien escuta que o tamanho dos seus seios é normal.

Esse espelho acaba por acentuar o estranhamento já presente na passagem da infância para a puberdade dos sujeitos que não trazem a marca das DDS no corpo. Há um desacerto entre a imagem de si e a imagem na qual se projeta causando a sensação de estranhamento. Ao se referir aos seus corpos muitas dessas participantes falam como determinada parte do corpo não fizesse parte do seu corpo, a unidade não fecha. Surgem então construções como “estranha” ou “não me identifico”.

Importa destacar que as afetações suscitadas a partir da relação com o corpo próprio não é uma questão apenas da clínica das DDS. É algo que está para todos ainda mais considerando o lugar do corpo real na contemporaneidade ao assumir o lugar da imperfeição exposto pela sociedade e pela ciência. Aliado ao conhecimento tecnológico a medicina torna-se capaz de ofertar intervenções no corpo de modo a viabilizar o imperativo do corpo perfeito e imortal (LIMA *et al* 2016). No que concerne às DDS, Lee (2016) destaca que a falta de gônadas funcionais implica necessidade de reposição hormonal para desenvolver os caracteres sexuais secundários a fim de promover o bem estar social e psicosssexual dessas pessoas.

Diferença entre os sexos

As falas concernentes à diferença sexual fizeram referência acentuada aos órgãos genitais, às características sexuais secundárias como voz, seios, barba/ bigode e formas arredondadas, e a caracteres socioculturais e psicológicos.

Joana entende que o que diferencia sexualmente o homem da mulher é maneira como cada um se identifica. “(...) não adianta ela ter a parte genital masculina e ela se identificar como mulher (...) ela vai ser mulher pra mim. Do mesmo jeito se ela se identificar como homem” (sic).

Na sua tentativa de estabelecer a diferença entre os sexos, Adrien cita primeiramente o “sexo”, em seguida acrescenta “Em geral tem diferença entre homem e mulher, né? Muita diferença” (sic). O jeito de ser e o modo diferente de pensar foram apontados por ela a exemplo dessas diferenças.

Talita e Stela apresentam a voz para marcar a diferença entre os sexos. O comportamento é acrescentado por Talita para acentuar a diferença “as mulheres tem a voz mais fina que os homens, e também mais, assim, mais meiga e essas coisas”. E “os homens tem uma voz mais grossa e eles ficam jogando futebol (...) tem mulher que gosta de futebol, mas tem mulher que não gosta, já quase todos os homens gostam”. (sic).

Para Tereza a diferença entre os sexos está no “órgão sexual propriamente dito... e o modo de pensar também” (sic). Sobre o modo de pensar esclarece “porque até uns tempos atrás tinha um ideia de que mulher não pode fazer coisas que o homem pode” (sic).

Outro aspecto importante observado foi o lugar do diagnóstico dado por cada participante para fazer tal distinção, enfatizando o corpo como âncora para o estabelecimento da diferenciação entre os sexos.

Sara parte das implicações do diagnóstico no seu corpo para designar a diferença entre os sexos. Para ela “(...) a mudança tudo eles tiveram, tipo... o crescimento é o desenvolvimento que mudaram o corpo deles” (sic). Sua fala exprime que visualiza diferenças entre o corpo da menina e do menino a partir do “desenvolvimento”, termo este que no contexto da entrevista remete às transformações da puberdade. Depois, acrescentou partes do corpo (seios, bumbum e cabelos longos/ mulher, e barba/ homem) para diferenciar.

Jucilei, inicialmente, manifesta uma dificuldade atrelada ao seu diagnóstico e como ele se apresenta em seu corpo “A minha diferença é porque...sei lá, nasci com esse problema (...)” (sic). Para estabelecer a diferença parte da visão do seu próprio corpo denunciando um “conflito” exposto pela anatomia da sua genitália. Em seguida, cita caracteres sexuais secundários para complementar sua resposta “E os seios que homem não tem. E bigode que a mulher não tem também” (sic).

Judite apresentou o corpo (genericamente), a voz, mais grossa para os homens, mas ressaltou que não há como generalizar, e descreveu uma vivência em que uma mulher tinha a voz grossa.

A menstruação, como uma das características secundárias, é citada nas demais categorias, mas não foi citada como elemento diferenciador entre os sexos, curiosamente. Esta é bem presente como motivadora para a investigação diagnóstica, melhor, a sua ausência.

O Outro que precede o sujeito participa na atribuição de seu sexo. Assim, “a criança se torna menino ou menina em função de uma retrocessão a partir do Outro” (ANSERMET, 2003, p. 158). Práticas sociais como o ato do registro civil em que a nomeação aparece como central inscreve a diferença sexual no sujeito. Dito de outra forma, assim como o registro civil outras práticas efetuadas pelo outro do simbólico, como a escolha das roupas e os brinquedos, deixam marcas no corpo desse sujeito que está se constituindo, designando um destino sexual (ANSERMET, 2003).

Na determinação do imaginário a diferença entre os sexos é apreendida mediante a imagem do corpo. Não obstante a articulação entre as determinações simbólica e imaginária nesse percurso cabe ao sujeito realizar a assunção subjetiva ao sexo, resposta da dialética entre o sujeito do real e a maneira pela qual o sujeito lida com o real através do simbólico e do imaginário (Idem, p. 160).

O que é uma mulher?

A essa questão se sucedeu um notório silêncio seguido de expressões como “não sei” ou “difícil responder”. Depois se observou uma tentativa de resposta alicerçada na anatomia feminina e nos papéis sociais esperados a partir dela.

Leguil (2016) ressalta que a diferenciação sexual coloca todos os sujeitos diante de um não saber, “ser homem ou ser mulher confronta cada um (...) com o que ele não pode saber antecipadamente sobre si mesmo” (LEGUIL, 2016, p. 62). Conforme a autora não se aprende na família, escola ou no trabalho a ser homem ou ser mulher.

Apoiada sobre as teorizações de Freud e Lacan, Leguil (2016) afirma que o gênero é de uma “inquietante estranheza”, não se pode prever, é contingente; trata-se de um caminho a ser percorrido e vai além das normas sociais e do determinismo anatômico. Segundo a psicanálise, as categorias homem e mulher são “resultado de um percurso subjetivo do ser falante a partir de seu próprio interesse em seu desejo” (LEGUIL, 2016, p.95).

Judite expressou “Não sei te dizer, porque assim, tem umas [ocasiões] que quem é homem às vezes se comporta como mulher (...)”, descreve uma situação em que a mulher observada “o jeito dela não era muito feminino. Mas é cabelão, corpo de... assim, corpo de mulher. Mas a voz, de homem” (sic). Para ela “mulher é mais delicada” (sic).

Tereza define a mulher pelo “(...) seu modo de viver, o modo como ela trata as pessoas na vida social, o jeito que leva a vida, por exemplo, como ela leva a carreira” (sic). Percebe que existem “lugares” diferentes para homens e mulheres, e que apesar disso tenta romper com esses limites “eu saio muito com meus amigos e a galera bebe de boa assim... mas já ouvi que é feio pra mulher ficar bêbada, pro homem já não é feio” (sic).

Neste sentido em que se evidencia uma inconsistência em relação ao binarismo Jesus Santiago (2017) esclarece que há diferença entre as teorias de gênero e a psicanálise no que concernem as masculinidades e feminilidades. Nas teorias de gênero masculinidade e feminilidade são definidos como performances, implicando no desprezo do real da pulsão.

Já para a psicanálise a pulsão é crucial ao cumprir o papel de fazer a diferenciação sexual sem restringir a posições rígidas, encarnando a infinitude dos corpos sexuados. Contrária à lógica binária, na lógica da sexuação um corpo pode transitar tanto para o lado masculino quanto para o lado feminino (SANTIAGO, 2017).

Uma participante partiu da marca das DDS em seu corpo, pelo que diz não ter, pela falta que percebe na comparação com o corpo de seus pares conforme apresenta ao longo da entrevista, para demonstrar sua opinião do que seria uma mulher. Assim Adrien diz que uma mulher é “normal”, e acrescenta “(...) mas não sou completamente normal, mas pelo fato de eu não menstruar (...)” (sic). Suas palavras indicam que não se sente “tão” mulher à medida que algo lhe falta para ser uma, a menstruação.

As transformações corporais em decorrência do tratamento hormonal e das intervenções cirúrgicas modificam a relação das pacientes com o corpo interferindo no olhar para si enquanto uma mulher. Nota-se como algumas partes do corpo são relacionadas a ideia de feminilidade, assim mediante os efeitos do tratamento medicamentoso com hormônios e a intervenção cirúrgica provocam a mudança do olhar para si mesmas. “Eu fui gostando lógico, agora sim, tipo sou mulher” (sic), disse Selma ao observar as transformações no seu corpo.

Judite se posiciona declarando se sentir “(...) igual outra mulher, só não menstruo, e não tenho os ovários. Mas tirando isso, eu me vejo igual outra mulher normal” (sic). E explica que no processo de exames para saber o diagnóstico foi informada de que poderia “puxar mais para a parte masculina, do que para a parte feminina” (sic).

A menina ao descobrir-se castrada volta-se ao pai ascendendo à feminilidade, concluída com a substituição pelo bebê, equivalente simbólico do falo (FREUD, 1933). Atualmente, a maternidade não é o único meio de recobrir a falta constitutiva. O velamento da marca real do corpo, na clínica do DDS, dá-se através dos medicamentos e a intervenção cirúrgica, por exemplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante a relação com o corpo é manifesto o mal-estar, principalmente onde as marcas das DDS se apresentam como o Real, impossível de ser suportado. Destacam-se os seios pequenos, “alterações” na genitália e a estatura, geralmente baixa, há casos de queixa quanto à estatura elevada. A ausência da menstruação aparece como alvo de maior curiosidade e preocupação, muito citada para justificar a procura pelo ambulatório de genética. Contudo, não pode se afirmar que em todos os casos as queixas são explicadas pelo diagnóstico, a exemplo dos casos de seios pequenos.

O tratamento com medicamentos hormonais é bastante presente nos relatos, trazem como um marcador de um corpo antes e um corpo depois do tratamento. Para muitas inicialmente, o corpo era muito diferente do corpo de seus pares, corpos estes que eram qualificados como “desenvolvidos” em detrimento dos seus corpos “não desenvolvidos”. Depois do tratamento começam a mensurar algumas modificações. Observa-se que a atribuição do termo “desenvolvido” está vinculada às transformações decorrentes da puberdade, o crescimento dos seios, a menarca, a definição da silhueta, por exemplo.

O desenvolvimento das mamas nas mulheres e o sexo/genitália foram os elementos mais citados na tentativa de diferenciar sexualmente o homem da mulher. Seguido dos elementos secundários como a voz (grossa/homem; fina/mulher) e a barba. Ainda associados à questão hormonal destacada pela puberdade foram mencionados as

“formas” e o bumbum. A identidade de gênero foi trazida em falas tais como “jeito de ser” e “modo de pensar”.

Os conteúdos abarcados pela última categoria, o que é uma mulher? evidenciaram o peso da anatomia, não obstante saber que a assunção subjetiva ao sexo é da ordem da contingência, que para tanto não há uma referência determinante. A investigação do processo do tornar-se mulher na clínica das DDS demonstrou como a referência ao corpo se faz mais intensa. Nessa clínica, o diagnóstico, a relação com o corpo e tentativa de diferenciar os sexos e definir o que é ser uma mulher pautou-se muito nas marcas das DDS cunhadas no corpo, evidenciando a hiância nesses sujeitos.

Ao se lançar na tentativa de definir uma mulher sobressaiu o olhar para o corpo marcado por um diagnóstico das DDS. As entrevistadas, distintas, apresentam em comum a incompatibilidade entre o sexo anatômico, cromossômico ou gonadal. Para elas, esse olhar se atualiza após o tratamento hormonal e interferência cirúrgica, corroborando para se sentir “mais mulher”. Na clínica das DDS esse posicionamento do lado feminino é visível no apelo aos medicamentos e a intervenção cirúrgica para contornar a falta observada no corpo.

A análise das entrevistas de mulheres com DDS reforça a tese freudiana de que a anatomia não é o destino, apesar da sua forte referência. À medida que são convidadas a definir a sua posição mediante a relação com o Outro na emergência das transformações purbetárias e, se deparam com a incompatibilidade entre o sexo cromossômico, gonadal e anatômico, vão evidenciando essa assunção subjetiva através de algumas atitudes.

Eliminando os pelos que teimam em crescer no rosto, a insatisfação com parte da genitália que continua grande apesar da cirurgia, no compromisso em seguir o tratamento medicamentoso para não voltar a virilizar e na felicidade de perceber mudanças desejadas no corpo que faz se identificar com uma mulher. Mesmo quando não se acham “tão mulher”, por não dispor de uma anatomia ‘completamente’ feminina, evidencia a posição ao lado da qual se coloca. A impossibilidade de engravidar naturalmente consiste em outro exemplo trazido pela referida clínica de que a anatomia não é o destino.

Escutar o que dizem essas mulheres sobre tema tão desafiador, também expõe a singularidade do percurso de assunção subjetiva que transcende o próprio corpo e as determinações sociais. A identificação com uma mulher apesar da falta de ovários e da menstruação e, o se sentir não “tão mulher”, não “tão normal” diante da mesma falta

corroborar com a ideia de que se trata de uma escolha subjetiva singular e se fundamenta no desejo de cada sujeito. Assim, reiteramos a importância da psicanálise ao singularizar a trajetória de cada sujeito, ponderando o caso a caso na clínica médica contemporânea.

REFERÊNCIAS

- ANSERMET, François. A ambiguidade genital. In: *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003, p. 147-162.
- ANTUNES, Andressa Moreira, JÚLIO-COSTA, Annelise; HAASE, Vitor Geraldi. Variações cariotípicas na Síndrome de Turner: uma análise do fenótipo cognitivo. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte n.2, p. 348-358, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11 ago. 2017.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BROUSSE, Marie-Hélène. Corpos Lacanianos: novidades contemporâneas sobre o Estádio do Espelho. *Opção Lacaniana*. Ano 5, nº15, Nov/2014.
- CARVALHO, Annelise B; GUERRA-JUNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa T; LEMOS-MARINI, Sofia H. V. de; BAPTISTA, Maria Tereza M; MARQUES-DE-FARIA, Antonia Paula. Síndrome de Turner: um diagnóstico pediátrico frequentemente realizado por não pediatras. *J Pediatr*; 86(2): 121-125 mar.-abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000200007> acesso em: 27/08/2017.
- FREUD, S. (1856-1939) *O mal-estar na civilização*. [trad. Paulo César de Souza]. 1ª Ed. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.
- FREUD, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 07, p. 76-152). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- _____. (1996) Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, p. 144-154). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1925).
- _____. Sexualidade feminina. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, p. 233-251). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1931).
- _____. (1996) *Conferência XXXIII: Feminilidade*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 22, p. 113 – 134). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1933).
- _____. (1996) *Análise terminável e interminável*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (vol. 23, p. 135 – 164). (Obra original publicada em 1937).

LACAN, J (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998, p. 96-103.

_____ (1972-1973). *Seminário 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

KOSOVSKI, Gisele Falbo. Construção da imagem de si, desestabilização e adolescência. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*. Vol. 66 nº 1, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672014000100006>

LEE, Peter A. et al. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research In Paediatrics*, [s.l.], v. 85, n. 3, p.158-180, 2016. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000442975>.

LEGUIL, Clotilde. *O ser e o gênero: homem/ mulher depois de Lacan*. EBP, 2016.

LIMA, Nádia L et al. As noções construídas por adolescentes sobre feminilidade nas redes sociais. *Revista Arquivo Brasileiro de Psicologia*. [Online]. 2016, vol. 68, n. 2, pp. 31-47.

MACIEL-GUERRA, Andrea Trevas; GUERRA JÚNIOR, Gil. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

MARQUI, Alessandra B. T. de. Síndrome de Turner e polimorfismo genético: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria, Uberaba (MG)*, v. 33, n. 3, p.363-370, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000300363> Acesso em: 27 ago. 2017.

NERI, Regina. O encontro entre a psicanálise e o feminino: singularidade/ diferença. In: BIRMAN, J (org.). *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002, p. 13 – 34.

POLI, Maria Cristina. *Feminino/masculino: a diferença sexual em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

QUINET, Antônio. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma da puberdade. Clínica do contemporâneo. *Revista Curinga*, 2004, p. 27 – 39.

ZANOTTI, S. V. O adolescente e seus enlaces: considerações sobre o tempo. *Opção Lacaniana*. Ano 7, nº 20, jul/ 2016.

ZANOTTI, S. V; BESSET, V. L. O corpo e o eu: o que dizem os jovens? In: LEITÃO, H. A.; OLIVEIRA, A. A. S. (org.). *Infância e juventude na contemporaneidade: ouvindo os protagonistas*. Maceió: EDUFAL, 2009, p. 81-98.

Site:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-da-triagem-neonatal/hiperplasia-adrenal-congenita-hac>. Acesso em 06de jul de 2019.