

## ESTUDO DE CASO

---

# ANÁLISE BIOPSISSOCIAL SOBRE A SÍNDROME DE INSENSIBILIDADE ANDROGÊNICA: UM ESTUDO DE CASO

Cíntia de Sousa Carvalho,<sup>1</sup> Erla Lino Ferreira de Carvalho,<sup>2</sup> Laura Alencar Ferreira,<sup>3</sup> Ana Laura Pereira Lino<sup>4</sup>

BIOPSYCHOSOCIAL ANALYSIS ON ANDROGENIC INSENSIBILITY SYNDROME: A CASE STUDY

ANÁLISIS BIOPSISSOCIAL DEL SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA:  
ESTUDIO DE CASO

**Resumo:** A Síndrome de Morris ou Síndrome de Insensibilidade Completa ao Androgênio é a doença gerada por uma alteração genotípica, onde o fenótipo é feminino e o cariótipo masculino (46, XY). Objetivo: Analisar a Síndrome da Insensibilidade Androgênica, numa perspectiva biopsicossocial, por meio de estudo de caso. Metodologia: Foi realizado um estudo longitudinal prospectivo de caso de uma paciente portadora da Síndrome de Morris, em Mineiros, Goiás. O suporte teórico da pesquisa foi levantado a partir das bases de dados: LILACS, PubMed, Web Of Science e Scielo. Resultado: a partir da análise dos exames laboratoriais, constatou-se que, possivelmente, a síndrome genética apresentada se assemelha mais com a insensibilidade parcial aos androgênios (PAIS) do que com a Síndrome de Morris. Considerações finais: constatou-se que está preestabelecida uma conduta para atender as necessidades da paciente com PAIS a partir dos 16 anos com reposição hormonal, bem como a ginecoplastia, caso seja do seu desejo. Portanto, percebe-se que é um caso em que as evoluções biológicas e sociais são trabalhadas de forma gradual e que os resultados virão a partir de um acompanhamento transversal e multiprofissional.

**Palavras-chave:** Pseudo-hermafroditismo masculino; Síndrome de Morris; Síndrome de Insensibilidade Androgênica; síndromes genéticas.

**Abstract:** Morris Syndrome or Complete Androgen Insensitivity Syndrome is the disease generated by a genotypic alteration, where the phenotype is female and the karyotype male (46, XY). Objective: To analyze Androgen Insensitivity Syndrome from a biopsychosocial perspective through a case study. Methodology: This was a prospective longitudinal study of a patient with Morris Syndrome in Mineiros - Goiás. The theoretical support of the research was based on the following databases: LILACS; PubMed, Web Of Science and Scielo. Results: Based on the analysis of the laboratory tests, it was found that, possibly, the genetic syndrome presented is more similar to partial androgen insensitivity (PAIS) than to Morris syndrome. Final considerations: It was found that a conduct is pre-established to meet the needs of patients with PARS from 16 years of age with hormone replacement, as well as gynecoplasty, if desired. Therefore, it is clear that it is a case where biological and social evolutions are worked out gradually and that the results will come from a transversal and multiprofessional monitoring.

**Keywords:** Male pseudohermaphroditism; Morris Syndrome; Androgen Insensitivity syndrome; Genetic syndromes.

**Resumen:** El Síndrome de Morris o Síndrome de Insensibilidad Completa a los Andrógenos es la enfermedad generada por una alteración genotípica, donde el fenotipo es femenino y el cariotipo masculino (46, XY). Objetivo: analizar el Síndrome de Insensibilidad Androgénica, desde una perspectiva biopsicossocial, a través de un estudio de caso. Metodología: se realizó un estudio longitudinal prospectivo de un paciente con Síndrome de Morris, en Mineiros, Goiás, el sustento teórico de la investigación se obtuvo a partir de las bases de datos: LILACS; PubMed, Web Of Science y Scielo. Resultado: del análisis de las pruebas de laboratorio se encontró que, posiblemente, el síndrome genético presentado sea más parecido a la insensibilidad androgénica parcial (PAIS) que al síndrome de Morris. Consideraciones finales: se constató que se preestablece una conducta para atender las necesidades de la paciente con PAIS a partir de los 16 años

---

<sup>1</sup> Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES). E-mail: [psi.cintiacarvalho@gmail.com](mailto:psi.cintiacarvalho@gmail.com)

<sup>2</sup> Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES). E-mail: [erlapsf@gmail.com](mailto:erlapsf@gmail.com)

<sup>3</sup> Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES). E-mail: [laurainlove21@gmail.com](mailto:laurainlove21@gmail.com)

<sup>4</sup> [analaurapereiralino@gmail.com](mailto:analaurapereiralino@gmail.com)

con reposición hormonal, así como ginecoplastia, si así lo desea. Por tanto, es evidente que se trata de un caso en el que se trabaja de forma paulatina las evoluciones biológicas y sociales y que los resultados vendrán de un seguimiento transversal y multiprofesional.

**Palabras clave:** Pseudohermafroditismo masculino; Síndrome de Morris; Síndrome de insensibilidad a los andrógenos; Síndromes genéticos.

## Introdução

A Síndrome de Insensibilidade Androgênica ou Síndrome de Morris caracteriza-se por alterações em receptores periféricos de hormônios andrógenos. Os indivíduos que apresentam essa patologia possuem cariótipo 46, XY, característico do sexo masculino, porém, devido a essas mutações sofrem uma feminilização das características sexuais secundárias (CORREA et al., 2005; GULÍA et al., 2018). Os indivíduos muitas vezes adquirem fenótipo e características sociais femininas e são criados por suas famílias como mulheres. Por consequência ocorre alteração da percepção biopsicossocial do indivíduo, pois, a diferença do sexo genético e sua expressão com o fenótipo oposto, leva às alterações psicossomáticas (ALONSO, 2002; BITTENCOURT; CESCHINI, 2002).

Do ponto de vista embriológico, o sexo é definido a partir da fecundação, porém a diferenciação só ocorre a partir da 8ª semana de gestação. O sexo masculino possui desenvolvimento ativo, pois necessita do cromossomo Y para expressão do gene SRY, fator de desenvolvimento testicular, o qual irá induzir as células de Sertoli a produzirem andrógenos masculinos (BROOKES, 1998; FARAH et al., 2003). Em contrapartida, o desenvolvimento do sexo feminino se dá devido à ausência de cromossomo Y, dessa forma, pode-se entender que a formação feminina é passiva. Na Síndrome de Insensibilidade Androgênica há prejuízo na formação dos órgãos genitais externos, gerando genitália externa ambígua, como por exemplo subdesenvolvimento do clitóris e dos pequenos e grandes lábios (KORMANN, 2016; LÓPEZ et al., 2012).

O presente estudo surgiu após o diagnóstico de uma paciente com Síndrome de Insensibilidade Androgênica na Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Mineiros, Goiás. Assim, foi definido com um estudo de caso, através do qual realizou-se análise das consequências biopsicossociais, e avaliação dos seus parâmetros clínicos, cirúrgicos, psicossociais, hormonais e genéticos da Síndrome de Insensibilidade Androgênica.

### Aspecto biológico

O poeta Ovídio (2007), em seu conto denominado “Metamorfoses”, descreve o mito do hermafroditismo, onde é apresentado um ser intersexual, cujo nome deriva da união dos deuses gregos Hermes e Afrodite.

Um hermafrodita é um indivíduo que tem tanto o tecido gonadal masculino quanto o feminino, o seu diagnóstico é feito quando há a presença em órgãos separados ou em um mesmo ovotéstis de ambos tecidos. Além disso, a cromatina sexual pode ser positiva ou negativa, e uma análise cromossômica pode apresentar mosaicismo, bem como um hermafrodita apresenta genitália externa variável.

Pseudo-hermafroditas, historicamente, eram considerados oráculos na Grécia Antiga. São indivíduos que possuem cromossomos e esfregaços bucais normais de um determinado sexo, mas apresentam características sexuais ambíguas que fazem com que sejam confundidos com o sexo oposto (OVÍDIO, 2007).

Dessa forma, a síndrome é uma anomalia cromossômica determinando oposição entre as cargas cromossômicas e as expressas. Os casos mais comuns e descritos em humanos são de pacientes com cariótipo 46XY e fenótipo feminino. Um exemplo de pseudo-hermafroditismo foi descrito por Morris, autor que emprestou sua assinatura para batizar a síndrome, embora também seja chamada de Síndrome de Insensibilidade Androgênica (LÓPEZ et al., 2012).

No desenvolvimento embriológico normal, a gonadogênese tem início a partir da mesoderme intermediária. O canal de Wolff (canal mesonéfrico) percorre dentro do sistema urogenital e origina-se da mesoderme lateral, sendo responsável pelo desenvolvimento masculino; ele está paralelo ao Canal de Muller, que no sexo masculino desaparece após ação do hormônio anti-mulleriano, secretado pelas células de Sertoli. No sexo feminino, há a presença do Canal de Muller (paramesonéfrico), derivado então de um epitélio mesonéfrico superficial, que se mantém lateralmente ao Canal de Wolff até este ser invaginado e o Canal de Muller progredir. Esses canais, sobre ação de hormônios, são responsáveis pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais correspondentes (NORA; FRASER, 1991).

Porém, na Síndrome de Morris, nenhum dos canais se desenvolve de forma completa. A síndrome caracteriza-se por alterações nos receptores de andrógenos, causando defeitos na virilização de forma total ou parcial. Desse modo, os portadores da síndrome podem apresentar ovotéstis e/ou testículos, bem como podem não possuir nenhum órgão sexual, tanto feminino quanto

masculino, ou apresentar genitália externa ambígua, como já mencionado (LÓPEZ et al., 2012).

Epidemiologicamente, a síndrome de insensibilidade completa aos androgênios é consideravelmente rara, atingindo um caso a cada dez mil pacientes avaliados, sendo relevante dizer que é mais rara ainda em negros. Na síndrome há a síntese normal de androgênios, porém estes não são captados pelos receptores gerando uma resistência tecidual, e causando, por fim, uma aparência fenotípica feminina. Além disso, apenas um terço dos casos não apresenta como fator determinante a herança familiar (KORMANN, 2016; NORA; FRASER, 1991).

Na literatura, é descrito que os receptores de estrogênio são normais, por isso os pacientes podem possuir características sexuais femininas como mamas e pelos, em diferentes estágios, de acordo com a Escala de Tanner, embora estes estágios possam iniciar precocemente e a síndrome seja uma das causas primárias de amenorreia (NORA; FRASER, 1991).

### Aspecto psicossociais

A síndrome em questão pode causar diversas dúvidas psicossociais, visto que o paciente pode ser criado tanto como homem quanto como mulher, e distúrbios comportamentais podem afetar o sujeito, que pode se portar com um repertório de gênero e, ao mesmo tempo, afirmar-se como sendo do oposto. Além disso, o preconizado é que as alterações na genitália externa sejam corrigidas a partir dos 16 anos de idade, o que pode causar transtornos ao paciente (SANTOS; ARAÚJO, 2003). A questão familiar também é importante, pois nem todos os familiares podem aceitar a situação e/ou saber lidar com ela, bem como podem faltar orientações à família e à paciente (FOUCAULT, 1982).

### Metodologia

Trata-se de relato de caso de uma paciente portadora da Síndrome de Morris, em Mineiros, Goiás, com início da pesquisa em julho de 2019, período após aprovação do Comitê de Ética, da Universidade Federal de Goiás (UFG), regional Jataí, submetido em dezembro de 2018 (recebeu aprovação em junho de 2019, com o protocolo n. 3.390.504 e CAAE 99926818.0.0000.8155).

O presente estudo iniciou com a construção do referencial teórico encontrado nas bases de dados: LILACS; PubMed, Web Of Science e Scielo, bem como no livro *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo* (GUERRA-MACIEL; GUERRA, 2010; MONGAN et al., 2015).

A seleção da amostra foi realizada após atendimento de uma paciente com diagnóstico de Síndrome de Morris em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município do interior de Goiás, Mineiros. Foram realizadas palestras

informativas para as equipes de saúde do município, a fim de encontrar novos casos da doença. Estas ocorreram a partir da explicação aos agentes comunitários de saúde e enfermeiros sobre a síndrome, com a recomendação de que, caso algum indivíduo se encaixasse nas seguintes características – relato de pouco desenvolvimento de pelos; exame de sangue com níveis de testosterona alterados; menor desenvolvimento da musculatura e infertilidade – fosse referenciado ao pesquisador.

Este estudo apresenta uma fragilidade, pois não foram encontrados novos casos, impossibilitando uma análise comparativa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), foi realizada coleta de sangue da paciente encontrada para realização de exames hormonais; exames de imagem e relatórios/pareceres médicos prévios também foram utilizados. No que diz respeito aos aspectos psicossociais, a paciente foi atendida clinicamente e a análise dos atendimentos suscitaram as reflexões levantadas.

### Caso clínico

Durante estágio curricular da grade de medicina em acompanhamento de consultas de pediatria, no município de Mineiros, em Goiás, uma aluna observou breve anotação em prontuário médico de paciente de 11 anos, afrodescendente, com diagnóstico de Síndrome da Insensibilidade Completa aos Androgênios (CAIS) ou Síndrome de Morris. Contudo, estava escrito apenas “Síndrome de Morris”, sem maior abordagem sobre o assunto nem sobre como foi observado tal patologia pelo médico responsável pelo atendimento. A partir do interesse da aluna, houve busca em livros para maior conhecimento sobre a definição da síndrome.

Doravante, houve início uma investigação detalhada sobre a síndrome e sobre a paciente, com base em exames complementares, acompanhamento do caso e referências bibliográficas, a fim, portanto, de constatar se o diagnóstico prévio estava correto, quais aspectos a patologia abordava e para melhor esclarecimento da paciente e seus responsáveis.

Durante a investigação tivemos acesso a exames complementares realizados previamente pela paciente que foram obtidos a partir de visita domiciliar. Nos encontros domiciliares foi percebido que a paciente não apresenta desenvolvimento de broto mamário nem de pelos corporais, e foi relatado, durante visita, que a paciente possui lábios maiores e clitóris aumentado, sem a presença de vagina, segundo informações colhidas [sic].

A ecografia pélvica abdominal não conseguiu visualizar órgãos genitais internos femininos (ausência de útero, vagina e ovários).

Em agosto de 2016, a Ressonância Magnética (RNM) da pelve com contraste confirmou a ausência de útero e vagina, e não visualizou vesículas seminais e

próstata. Além disso, observou na topografia dos canais inguinais duas formações nodulares bilaterais que deveriam ser melhor avaliadas por ultrassonografia direcionada, segundo laudo médico, uma vez que a possibilidade de corresponderem a gônadas não poderia ser descartada, pois, estas possíveis gônadas podem produzir hormônios, alterar formas físicas do corpo, ou se transformar em células tumorais germinativas, recomendando procedimento cirúrgico e reposição hormonal. Os linfonodos inguinais estavam aumentados em número e dimensões bilateralmente. A genitália externa ambígua apresentou clitóris hipertrofiado com imagens de corpos cavernosos rudimentares em sua tomografia. Uma análise de cariótipo realizado em 2016 mostrou banda G 46, XY.

Foi realizada uma cirurgia de cunho exploratório onde foram lesados importantes vasos, como as artérias e veias ilíacas externas. Devido ao ocorrido, a paciente foi submetida a tratamento com cumarínicos e acompanhamento regular com Índice Nacional Regular (INR). Durante o procedimento não foram encontrados vestígios de gônadas, impossibilitando, portanto, a elucidação diagnóstica a partir do exame anatomopatológico, o qual definiria se esses incidentalomas podiam ser constituídos por células de Leydig e Sertoli. Essas são células constituintes dos testículos e produtoras tanto de células germinativas como de hormônios androgênicos.

## Resultados e discussões

### Análise clínica

De acordo com o livro *Essencial em Endocrinologia*, 1ª edição de 2016, os pacientes portadores de Síndrome de Morris possuem mamas normais, genitália externa completamente feminina com vagina curta em fundo cego, testículos presentes, podendo estar em hérnias inguinais ou intra-abdominais, ductos mullerianos ausentes e derivados wolffianos vestigiais não obrigatórios (HALPERN; CERCATO, 2016). Pelos axilares e pubianos são escassos, assim como acne e oleosidade de pele e cabelos (sinais androgênicos). A procura médica geralmente ocorre por amenorreia primária. São encontrados níveis altos de testosterona e estrógenos, LH alto ou normal, sem alteração do FSH. A di-hidrotestosterona pode estar normal. O tratamento é feito com gonadectomia, retirada de derivados wolffianos e posterior reposição hormonal estrogênica.

Na resistência parcial o quadro clínico se desenvolve conforme o grau de resistência, variando entre genitália muito ou pouco ambígua, e se há presença ou não de ductos de Wolff. Os ductos mullerianos são sempre ausentes, pois a produção de hormônio antimulleriano é normal. Também é relatado sempre haver ginecomastia e o perfil hormonal se assemelha à insensibilidade completa. O tratamento é mediante correção cirúrgica da genitália com reposição hormonal, conforme o sexo social.

A ressonância magnética realizada em 2016 sugeriu realização de vulvoscopia para caracterizar o grau de desenvolvimento genital, o qual auxiliaria futuramente a encontrar um plano terapêutico mais adequado para a paciente. Contudo, foi percebido que tal exame não foi realizado até o momento. Portanto, as informações disponíveis quando comparadas com a literatura sugerem que a síndrome genética apresentada se assemelha mais com a insensibilidade parcial aos androgênios (PAIS) do que com a referenciada por este estudo.

Em 2019, dosagens de testosterona livre e total foram solicitadas. Os valores encontrados foram de 2,43 e 217,47 respectivamente. Conforme os valores de referência laboratoriais, atualizados em 08 de fevereiro de 2021 (ROSNER, 2007), as dosagens de testosterona descritas acima estão compatíveis com o sexo masculino na fase da puberdade, sendo que estes indivíduos apresentam resultados entre 2,5 a 432 ng/dl na faixa etária de 7 a 13 anos. No entanto, a conclusão do caso clínico apresentou como fator limitante a ausência de médicos na área de genética e de endocrinologia pediátrica no serviço primário da saúde, de modo que fosse possível uma interpretação mais assertiva dos resultados e para sugestão de uma conduta mais adequada.

### Análise psicossocial

A paciente foi atendida na Clínica Escola de Psicologia da instituição. De acordo com a mãe, ainda criança a menina foi diagnosticada com Síndrome da Insensibilidade Androgênica ou Síndrome de Morris que, como já dito, "... corresponde a indivíduos incompletamente masculinizados que possuem sexo genético 46, XY e natureza testicular das gônadas. Contudo, a genitália externa não está normalmente formada e, assim como a genitália interna, pode ser ambígua ou feminina" (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p. 27).

A paciente, portanto, não possui nenhum órgão interno, nem masculino e nem feminino, e nem o canal vaginal. Nesse sentido, a menina foi desenvolvendo ao longo do tempo um "minipênis" [sic] entre os grandes lábios vaginais, mas foi registrada e criada como menina.

De acordo com Stoller, a identidade sexual de um indivíduo é fundada a partir das crenças que os pais carregam, situação cuja relevância pode produzir uma identidade distinta ao sexo anatômico (ALONSO, 2002). Ao caminhar em direção semelhante, John Money assevera que: "Os trabalhos dos adeptos dessa corrente consideram, portanto, que a educação de uma criança com condição física de intersexo, criada sem ambiguidade em relação ao sexo designado, é mais relevante para o desenvolvimento da identidade de gênero que seu sexo cromossômico" (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p. 27).

Em alguma medida, a performatividade de gênero presente nos discursos e práticas sociais foram construindo a paciente, uma menina que não demonstra

desejar ser menino, mas sim apresenta satisfação em ser uma menina diferente e forte. Vê-se, portanto, que o sexo não é a única dobradiça que articula eixos generificados.

A mãe da paciente conta que logo após se casar recebeu com alegria a notícia de que estava grávida. No início da gravidez os médicos não conseguiam definir o sexo da criança e aos oito meses o bebê foi identificado como menino.

Após um parto difícil de 13 horas, recebeu a notícia de que havia dado à luz a uma menina. Sozinha e semi-consciente, a mãe relata que notou que a vagina da filha era diferente, mas como não havia nenhuma indicação médica nesse sentido, descansou. Lembra-se de que a incompatibilidade entre o sexo imaginado e o sexo real da criança lhe afetou, gerando resistência na construção inicial de sua maternidade. Relata que teve dificuldade em amamentar sua filha, “pois era menina e diferente” [sic].

No ano de 2018, com 13 anos, a criança submeteu-se a uma cirurgia malsucedida para a retirada de duas gônadas localizadas no interior da parede pélvica. As duas gônadas eram perceptíveis, mas internalizaram. Assim, os médicos indicaram o perigo de câncer, o que motivou a cirurgia. Ainda nessa intervenção seria realizada uma vaginoplastia para diminuir o minipênis, entretanto, na procura pelas gônadas internas, foram rompidas várias artérias que quase a levaram à óbito, e, portanto, o procedimento na vagina não pôde ser concretizado.

Os intercursos na cirurgia da paciente provocaram uma séria hemorragia que deixou a criança hospitalizada por 28 dias, com um quadro de saúde extremamente difícil e muitos traumas. Quando a mãe procurou ajuda psicológica, em momento pós-cirúrgico, a menina apresentava grande tristeza, além de ter desenvolvido medo excessivo de agulhas e sangue.

Atualmente, os médicos insistem em uma nova cirurgia e na terapia hormonal feminina. Sobre as indicações terapêuticas nos casos de intersexualidade:

O tratamento clínico consta de terapêutica hormonal, através de estimulação androgênica (testosterona), para verificar a sensibilidade peniana, nos casos de atribuição do sexo masculino, ou uso de estrogênio e progesterona, quando o sexo final atribuído for feminino (Biazzoto, 1995, Speroff, Glass & Kase, 1995). Nos casos indicados, o tratamento cirúrgico tem como objetivos: a) tornar a genitália externa o mais funcional e semelhante quanto possível à genitália do sexo que foi definido e b) remover estruturas remanescentes do sexo oposto, para que não venham a interferir anatômica, funcional ou psicologicamente no sexo adotado (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p. 27).

A mãe da paciente resiste em realizar qualquer outro tipo de intervenção ou tratamento, pois entende que a filha tem sido uma “cobaia nas mãos dos médicos” [sic]. Segundo seu relato, todas as vezes que chegava ao

hospital, o seu cuidado não era o foco da intervenção. Diversos médicos e residentes, de vários setores, eram chamados. Nesse momento, a criança era dessubjetivada e se transformava em um caso clínico raro. Ela era espiada, manipulada, simbolicamente violentada.

Atualmente, frente ao conteúdo das aulas de ciências e ao desenvolvimento da puberdade de suas colegas de escola, a paciente vem manifestando à mãe o desejo de ter seios. Sua genitora preocupa-se ainda com o fato de sua voz estar mais grave, visto que possivelmente os caracteres secundários masculinos começarão a aparecer. Produz-se novamente um impasse na família, pois a indicação médica é a administração de hormônios femininos, que teriam como efeito a estagnação do crescimento da paciente.

Durante os atendimentos clínicos da paciente, foi possível dialogar com a família no sentido de pensarem juntos a questão das novas intervenções médicas, após o trauma da primeira cirurgia. No que diz respeito à mãe, foi possível refletir sobre os impactos das intervenções irreversíveis, que definirão uma parte do destino da paciente, num momento tão delicado e volátil como a puberdade.

É recomendado que na conduta médica a cirurgia seja indicada até os 24 meses de vida, momento em que a identidade sexual ainda é inconstante e flexível. Intervenções após esse período, sem a devida avaliação biopsicossocial, poderiam acarretar o surgimento da Desordem da Identidade de Gênero e outros distúrbios psicopatológicos (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Entretanto, os autores acima citados entendem que a urgência operatória que sustenta a conduta médica, em muitos casos, baseia-se na ideia de que a intervenção deve ocorrer por haver algum risco para a saúde da criança. Esse fato confunde as famílias, visto que o saber-poder médico ganha estatuto de verdade. Na realidade, os riscos são raros e a cirurgia, do ponto de vista orgânico, pode ser adiada (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Nessa vertente, um grupo de teóricos acredita que a criança intersexual deva ter ciência de sua condição, visando a sua participação na tomada de decisão no que diz respeito ao tratamento (BITTENCOURT; CESCHINI, 2002; SANTOS; ARAÚJO, 2003). A cirurgia estética deve ser adiada até que o sujeito possa ter uma melhor compreensão de sua condição, posto que a maioria dos estados intersexuais podem permanecer sem nenhuma cirurgia:

Segundo seus adeptos, as decisões sobre a redesignação sexual não devem estar apoiadas predominantemente no prognóstico anatômico ou em um adequado funcionamento sexual (do ponto de vista anatômico/funcional), mas, sim, no desenvolvimento psicológico do sujeito. Não aconselham a cirurgia com indicação estética por pensarem que uma aparência diferenciada da genitália na criança acarreta prejuízos menores (uma vez que existem outros fa-

tores que influenciam na construção da identidade de gênero), do que uma genitália adulta, aparentemente normal, porém, com funcionalidade comprometida e sensibilidade erótica reduzida. Por isso, argumentam que, somente após a puberdade, o paciente é capaz de informar e consentir a respeito do que fazer com seu corpo (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p. 28).

Muitas questões do desenvolvimento psicossocial da paciente começarão a se apresentar com mais veemência agora e talvez o caminho seja acompanhar essas transformações e impactos no seu corpo, no seu psiquismo e na sua identidade. Criada como menina, identificando-se como menina e habitando um corpo geneticamente masculino, é necessário dar agora voz ao corpo psíquico, diálogo que pede delicadeza e paciência, trilha que solicita temperaturas mais amenas, longe das urgências médicas que, em alguma medida, não toleram os enigmas e as ambiguidades próprias da vida humana.

Foram também nas sessões com a mãe que a representação patológica – Síndrome de Insensibilidade Androgênica ou Síndrome de Morris – foi cedendo espaço para novas interpretações e nomeações. A categoria intersexualidade foi podendo ser inscrita como um estado legítimo, transformando o problema numa variação da condição existencial. Em outras palavras, o caso (XY, 46) foi se transmutando em um sujeito, em uma história atravessada por afetos encarnados (SANTOS; ARAÚJO, 2003):

No plano assistencial, frequentemente percebida como uma doença grave e incorrigível mesmo diante das crescentes possibilidades de intervenção, a condição intersexual tem um significado essencialmente negativo para a família e para o sujeito, provavelmente suscitado pelas inúmeras dificuldades enfrentadas ao longo da sua existência. Nesses casos, o enfrentamento poderia ser compreendido semelhantemente às demais cronicidades em saúde (diabetes, hipertensão, lesão medular). No entanto, a intersexualidade se caracteriza, principalmente, como uma condição, transcendendo a associação com ‘doença’. Compreender a intersexualidade por esse outro ângulo concede uma conotação favorável à adaptação integral do indivíduo e sua inserção social e faz perceber mais claramente as mudanças que ainda se fazem necessárias na esfera da atuação profissional em saúde (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p. 31).

No que diz respeito ao exercício da sexualidade, a mãe da paciente refere-se que não se preocupa com a orientação sexual de sua filha. Mas se diz temerosa com o início da vida sexual, por conta de seu corpo. O medo da mãe em alguma medida parece legítimo, visto que a inexistência do canal vaginal e do desenvolvimento completo do pênis restringiriam algumas práticas sexuais. Entretanto, o campo dos prazeres é vastíssimo.

A paciente poderá desenvolver novas trilhas erógenas, ou mesmo intervenções cirúrgicas poderão ganhar um novo sentido, desde que parta também do seu desejo.

## Conclusão

Este trabalho teve por objetivo analisar a Síndrome da Insensibilidade Androgênica numa perspectiva biopsicossocial, por meio de estudo de caso. Em relação à paciente em questão, constatou-se que está preestabelecida uma conduta para atender as necessidades da paciente com PAIS a partir dos 16 anos com reposição hormonal, bem como a ginecoplastia, caso seja do seu desejo. Portanto, percebe-se que é um caso em que as evoluções biológicas e sociais são trabalhadas de forma gradual e que os resultados virão a partir de um acompanhamento transversal e multiprofissional, possibilitando novos estudos futuros.

## Referências

- ALONSO, S. L. Interrogando o feminino. In: ALONSO, S. L.; GRUFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (org.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; CESCHINI, M. Diagnóstico das ambiguidades genitais. Avaliação social. In: MACIEL-GUERRA, A. T.; GUERRA JÚNIOR, G. (org.). *Menino ou Menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. Barueri: Manole, 2002.
- BROOKES, M. Z. A. *Clinical Embryology*. Boca Raton: CRC Press, 1998.
- BUTLER, J. Foucault, Herculine e a política da descontinuidade sexual. In: BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CORREA, R. V. et al. Insensibilidade completa aos andrógenos em pacientes brasileiras causada pela mutação P766A no gene do receptor androgênico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 49, n. 1, p. 98-102, 2005.
- FARAH, A. L. et al. Síndrome de Insensibilidade Completa aos Andrógenos: relato de um caso tratado por videolaparoscopia. *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32, n. 2, p. 74-77, abr./jun. 2003.

FOUCAULT, M. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

GUERRA-MACIEL, A. T.; GUERRA, J. G. *Menino ou menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. São Paulo: Editoria Rubio, 2010.

GULÍA C. *et al.* Androgen síndrome de insensibilidade. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 22, n. 12, p. 3873-3887, jun. 2018.

HALPERN, A, CERCATO, S. *Essencial em Endocrinologia*. São Paulo: Editora Roca, 2016.

KORMANN, M. Síndrome de insensibilidade completa ao androgênio: relato de caso de um hospital pediátrico de Curitiba. *Revista Médica da UFPR*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 38-40, 2016.

LÓPEZ, J. A. B. *et al.* Síndrome de Morris: Presentación de caso. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Ciudad de la Habana, v. 38, n. 3, p. 415-42, 2012.

MONGAN, N. P. *et al.* Androgen insensitivity syndrome. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 29, n. 4, p. 569-580, Aug. 2015.

NORA, J. J.; FRASER, F. C. *Genética médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

ORSHAN, A. S. *Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida*. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

OVÍDIO, P. *Metamorfoses*. Lisboa: Livros Cotovia, 2007.

ROSNER, W. *et al.* Position statement: utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 92, n. 2, p. 405-413, Feb. 2007.

SANTOS, M. M. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 26-33, set. 2003.