

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ESTUDO DE SEGUIMENTO DE CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO
SEXUAL EM TRANSEXUAIS MASCULINO PARA FEMININO**

JAQUELINE SALVADOR

Orientador: Prof.^a Dr.^a MARIA INÊS RODRIGUES LOBATO

Porto Alegre, maio de 2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ESTUDO DE SEGUIMENTO DE CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO
SEXUAL EM TRANSEXUAIS MASCULINO PARA FEMININO**

JAQUELINE SALVADOR

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Rodrigues Lobato

Porto Alegre, Brasil.
2014

CIP - Catalogação na Publicação

Salvador, Jaqueline

Estudo de Seguimento de Cirurgia de Redesignação Sexual em Transexuais Masculino para Feminino / Jaqueline Salvador. -- 2014.
47 f.

Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Transexualismo. 2. Estudo de Seguimento. 3. Cirurgia de Redesignação Sexual. I. Rodrigues Lobato, Maria Inês, orient. II. Título.

Dedico esta dissertação a todos aqueles que sofrem com a discriminação do Transexualismo, aos familiares, aos amigos e aos pacientes. Suas histórias de vida me tornaram mais humana, me ajudaram e me ajudam a crescer como profissional e como pessoa.

AGRADECIMENTOS

Ao Pós-Graduação em Psiquiatria pela compreensão, pela tolerância e pelos ensinamentos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Inês, pela amizade, pelo cuidado e pelo carinho.

Obrigada por ter estado ao meu lado durante os momentos mais importantes. É um exemplo de profissional e de pessoa.

À Dr.^a Esalva, pela profundidade, pela tranquilidade, pela intensidade e pelo afeto.

Ao Wilson, meu companheiro em todos os momentos.

A “deus e a ciência”, pela possibilidade de ser mãe. Hoje, meus filhos Pedro e Martín são as pessoas mais importantes para mim.

A minha família.

À possibilidade de fazer parte da equipe do PROTIG.

À equipe do PROTIG.

Aos professores componentes da banca: Dr.^o Tiago Rosito, Dr.^a Janete Vetorazzi e Dr.^a Clarissa Gama, pela disponibilidade e pela atenção. Em especial, ao Dr.^o Paulo Abreu, pela contribuição e dedicação.

A Cláudia Gabrinsk, Secretária do Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria pela dedicação e atenção.

Aos pacientes, que me ajudam a enxergar muito além das linhas teóricas.

ABREVIATURAS E SIGLAS

1. CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão.
2. OMS – Organização Mundial da Saúde
3. DSM- IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV – TR
4. DSM V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
5. PROTIG – Programa de Transtorno de Identidade de Gênero
6. CRS – Cirurgia de Redesignação Sexual
7. HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
8. TIG – Transtorno de Identidade de Gênero
9. MpF – Masculino para Feminino
10. FpM – Feminino para Masculino
11. CFM – Conselho Federal de Medicina
12. APA American Psychiatric Association
13. TIGIP – Transtorno de Identidade de Gênero Início Precoce
14. TIGIT – Transtorno de Identidade de Gênero Início Tardio
15. SC - Substância cinzenta
16. SB- Substância branca

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo investigar o impacto da cirurgia de redesignação sexual em quatro dimensões da vida de transexuais masculino para feminino que foram acompanhados no PROTIG em um seguimento de dois anos pós-cirúrgico. Foi avaliada a satisfação em relação à cirurgia de redesignação sexual, as relações sexuais, as relações com parceiros e os relacionamentos familiares. Os sujeitos deste estudo foram entrevistados pela equipe do PROTIG. Participaram deste estudo 52 transexuais MpF que realizaram a cirurgia entre 2000 e 2008 (média $3,8 \pm 1,7$ anos pós-cirúrgico) e que responderam a um questionário estruturado, antes e depois da cirurgia. Os resultados encontrados evidenciaram que nenhum paciente se arrependeu de submeter-se ao procedimento cirúrgico de redesignação sexual. Após a cirurgia, a maioria dos pacientes (88,61%) referiu que as relações sexuais haviam melhorado. O sexo com a neovagina foi considerado agradável para 88,46% dos pacientes e 78,84% referiram que manter e/ou iniciar um relacionamento tornou-se mais fácil após a cirurgia. O número de pacientes com parceiro aumentou de 51,93% para 65,38%. Não ocorreram relatos de prejuízo nas relações com os membros da família após a cirurgia de redesignação sexual e 29 participantes (56,77%) relataram melhoria nas relações familiares, enquanto 23 (44,23%) não relataram diferença.

Palavras-Chaves: Transexualismo, Estudo de Seguimento, Cirurgia de Redesignação Sexual.

ABSTRACT

This thesis aims to investigate the impact of sex reassignment surgery in four dimensions of life of male to female transsexuals who were follow up by PROTIG after two postoperative years. Satisfaction in relation to sex reassignment surgery, sex, relationships with partners and family relationships was assessed. The study subjects were interviewed by the PROTIG team. The study included 52 MPF transsexuals who underwent surgery between 2000 and 2008 (mean 3.8 ± 1.7 years post surgery) who responded to a structured questionnaire before and after surgery. The results showed that no patient regretted to undergo sex reassignment surgery. After surgery, most patients (88.61%) reported that sexual relations had improved. Sex with the neovagina was considered enjoyable for 88.46% and 78.84% of patients reported that maintain and / or start a relationship has become easier after surgery. The number of patients with partners increased from 51.93% to 65.38%. There were no reports of damage in relations with family members after sex reassignment surgery and 29 participants (56.77%) reported improvement in family relationships, while 23 (44.23%) reported no difference.

Keywords: Transsexualism; Follow up; Sexual Reassignment Surgery

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
Transtorno de Identidade de Gênero (TIG).....	13
2.1. Diagnóstico.....	13
2.2. Etiologia.....	16
2.3. Tratamento por CRS.....	19
3. EVOLUÇÃO.....	25
4. OBJETIVOS	29
5. ARTIGO	30
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7. REFERÊNCIAS	36
8. ANEXOS	42
a. Fluxograma PROTIG	42
b. Questionário	43
c. Termo de consentimento	46

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Estudo de seguimento de cirurgia de redesignação sexual em transexuais masculino para feminino”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 26 de junho de 2014. O estudo é apresentado em oito partes, na ordem que segue:

1. Introdução;
2. Revisão da Literatura;
3. Evolução
4. Objetivos;
5. Artigo;
6. Conclusões e Considerações Finais;
7. Referências; e
8. Anexos.

1. INTRODUÇÃO

O Transexualismo de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão (CID-10), refere-se à condição do indivíduo que possui uma identidade de gênero diferente ao seu sexo biológico, tendo o desejo de viver e ser aceito como sendo do sexo oposto, acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade do seu próprio sexo anatômico e de um desejo de se submeter a tratamento (hormonal e cirúrgico) para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. Transexuais frequentemente relatam sentirem-se “presos no corpo errado” (Cohen-Kettenis et al., 1999).

Aspectos relacionados à rejeição social e dificuldades de adaptação geram intenso sofrimento psíquico nos portadores do transtorno de identidade de gênero do subtipo: Transexualismo. Os sujeitos muitas vezes vivenciam situações de grande constrangimento, são vítimas de preconceito e de confusão quanto a sua identidade legal, considerando que ainda a sociedade não está informada e preparada para lidar com o assunto (Aran, 2006).

Cohen-Kattenis (1999) e Saadeh (2004) defendem a proposta de avaliação sistemática do TIG por equipe multidisciplinar para investigar o peso dos diferentes fatores etiológicos, orgânicos, sociais e psicológicos associados ao Transexualismo. Adicionalmente, na questão do tratamento, encontramos diferentes estratégias terapêuticas, que incluem técnicas cirúrgicas de redesignação sexual e modificação da voz, até intervenções psicoterapêuticas, que reforçam a importância da avaliação da etiologia do Transexualismo antes do tratamento. Não obstante, qualquer que seja a causa, sempre deve ser levado em conta o impacto psicológico da cirurgia de redesignação sexual sendo, portanto, imprescindível uma avaliação abrangente em todos os candidatos ao procedimento cirúrgico.

O Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi estruturado em 1999 para atender à demanda de indivíduos que buscavam a cirurgia de redesignação sexual (CRS), com um modelo de atendimento baseado em outros serviços de referência no mundo e seguindo os padrões do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997 (Resolução 1.482); CFM, 2002 (Resolução 1.652)).

A equipe montada no PROTIG foi composta por profissionais de sete áreas da saúde: (a) Psiquiatras, (b) Urologistas, (c) Psicólogos, (d) Otorrinolaringologistas, (e) Fonoaudiólogos, (f) Assistentes Sociais e (g) Especialistas em Bioética. Os indivíduos que procuram o atendimento no PROTIG e seus familiares são avaliados pela equipe e, após a confirmação do diagnóstico de Transexualismo, recebem um tratamento, com acompanhamento hormonal e psicoterápico por dois anos. Os pacientes passam inicialmente por uma triagem diagnóstica com a equipe da Psiquiatria realizada em 03 consultas, e aqueles que gerarem dúvidas diagnósticas são avaliados por toda a equipe multidisciplinar em uma entrevista. Para serem incluídos no PROTIG, os pacientes devem preencher os critérios para TIG identificados no DSM – IV – TR e assinar um termo de consentimento informado (Anexo c). Na sequência todos os pacientes são avaliados pelo Serviço Social (Fluxograma do PROTIG, Anexo a). Após este período inicial e se preencherem os critérios diagnósticos, respondem aos protocolos de pesquisa e são encaminhados para o atendimento de grupo. Durante o período de investigação diagnóstica, as famílias dos pacientes são convidadas a comparecer à instituição, são entrevistadas pelo Serviço Social e recebem suporte e informações sobre o Transexualismo. Os pacientes avaliados e que recebem o diagnóstico de Transexualismo são acompanhados por um período de dois anos, têm consultas com um psiquiatra uma vez por mês e participam de sessões de terapia em grupo duas vezes por mês. Depois de dois anos de acompanhamento regular em grupo os pacientes que

seguirem com o diagnóstico são encaminhados para realizar o procedimento de CRS (Lobato et al., 2001). Desde 1998 de 453 pacientes que foram avaliados pelo PROTIG e seguidos por 2 anos de acompanhamento, 168 realizaram o procedimento de CRS.

O seguimento de 12 meses de 18 transexuais MpF e 1 FpM que realizaram CRS entre 2000 e 2004, evidenciou efeito positivo sobre a satisfação com as experiências sexuais, o relacionamento com parceiros e as relações com os membros da família, sem relatos de arrependimento (Lobato et al., 2006).

De maneira geral os estudos de seguimento em CRS de Rehman et al., 1999, Krege et al., 2001, Lawrence et al., 2003; e Johanson et al., 2010, confirmam e apoiam a noção de que essa cirurgia tem um efeito positivo para os transexuais MpF, em relação a satisfação com a funcionalidade e a estética da neovagina. Entretanto, poucos estudos avaliam e relatam resultados sobre aspectos emocionais, relações com parceiros e relações com membros da família após CRS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Transtorno de Identidade de Gênero: Transexualismo

2.1. Diagnóstico

A CID 10, Capítulo V, Transtornos Mentais e do Comportamento, inclui nos chamados Transtornos de Identidade Sexual o Transexualismo, junto com outros quatro subtipos (a) Transvestismo de duplo papel, (b) Transtornos de identidade sexual na infância, (c) outros transtornos de identidade sexual e (d) Transtorno de identidade sexual não especificados (OMS, 1993). Ainda de acordo com a CID-10, o Transexualismo refere-se à condição do indivíduo que possui uma identidade de gênero discordante com o sexo anatômico, tendo o desejo de viver e ser aceito como sendo do sexo oposto, acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade do seu próprio sexo anatômico e de um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. Para que esse diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ter estado presente persistentemente por pelo menos dois anos e não deve ser um sintoma de outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual ou genética. Transexuais frequentemente relatam sentirem-se “presos no corpo errado”, mais do que simplesmente querer mudar sua aparência física e assemelhar-se ao sexo oposto (Cohen-Kettenis et al., 1999).

Segundo o DSM-IV – TR (2000), para realizar o diagnóstico de TIG, pelo menos dois critérios devem estar presentes:

(A) Forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto, passar-se frequentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver como alguém do sexo oposto ou a convicção de

ter sentimentos e reações típicas do sexo oposto. Essa identificação com gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais ou econômicas percebidas por ser do outro sexo.

(B) Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste.

(C) O diagnóstico não deve ser feito se o indivíduo tem uma condição intersexual física concomitante (por exemplo, síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita).

(D) Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Em novembro de 2012, a American Psychiatric Association (APA) aprovou as revisões para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV - TR, que passou a ser conhecido como DSM-V. O novo manual passa a usar a expressão *disforia de gênero* nos casos em que há uma incongruência marcante entre a própria experiência de gênero e o sexo do nascimento. Esse diagnóstico é uma revisão dos critérios do DSM- IV – TR para transtorno de identidade de gênero e tem a intenção de melhor caracterizar as experiências de crianças afetadas, adolescentes e adultos, respeitando-os e garantindo o acesso deles a cuidados de saúde. A justificativa para a mudança é que a inconformidade de gênero não é, em si, uma desordem mental. O elemento crítico da disforia de gênero é a presença de sofrimento clinicamente significativo associado com a condição. Para uma pessoa ser diagnosticada com disforia de gênero, deve haver uma diferença marcante entre o gênero expresso e o gênero atribuído no nascimento a ele ou ela, e este sofrimento deve continuar por pelo menos seis meses. Em crianças, o desejo de ser do outro sexo deve estar presente e verbalizado. Essa condição deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais, ou

outras áreas importantes de funcionamento. A disforia de gênero se manifesta em uma variedade de maneiras, incluindo fortes desejos de ser tratado como o outro gênero ou uma forte convicção de que se tem sentimentos e reações típicos do sexo oposto (DSM V, 2013).

A prevalência estimada do TIG varia de 1 em 10.000 até 1 em 100.000 em transexuais masculino-para-feminino (MpF) e de 1 em 30.000 até 1 em 400.000 nos transexuais feminino-para-masculino (FpM) (Cohen-Kettenis et al., 1999). Outras estatísticas atuais estimam que o Transexualismo seja considerado um fenômeno ainda mais raro com prevalência de 1:40.000 no sexo masculino e de 1:100.000 no sexo feminino (Green, 2009). No entanto, é provável que ocorra uma subnotificação dessa condição como resultado do medo por parte das pessoas transexuais em manifestar sua condição e do preconceito da sociedade em geral. Em qualquer caso, as consequências graves do Transexualismo e a complexidade da CRS têm incentivado a criação de muitos programas de apoio e de atendimento aos transexuais em todo o mundo (Lobato et al., 2001).

O Transexualismo pode ser dividido de acordo com a idade de início, como precoce ou tardio. O Transexualismo de Início Precoce (TIGIP) é aplicado ao indivíduo que tem o desejo de se tornar do sexo oposto já na infância, enquanto que o Transexualismo de Início Tardio (TIGIT) se aplica ao indivíduo em que a identificação com o gênero oposto surge na puberdade ou mais tarde. A idade de 12 anos marca a divisão entre esses dois períodos (Doorn et al., 1994; Johansson et al., 2010).

A questão transexual é descrita pela primeira vez na literatura psiquiátrica como “inversão sexual” por Esquirol em 1838 e foi com maior detalhamento por Krafft-Ebing em 1886 (Aran, 2006). Em 1949, David O. Cauldwell designou a disforia de gênero como “psicopatia transexual” para descrever o mais extremo exemplo de desconforto de

gênero e, em 1953, Harry Benjamin cunhou o termo transexualismo (Benjamin, 1953) que seguiu até a alteração por “disforia de gênero” em 2013 (DSM V). O primeiro tratamento cirúrgico para transexual foi relatado por Feliz Abraham em 1921, o que serviu para sua larga aplicação (Aran, 2006).

2.2 Etiologia

Na busca por evidências de determinantes para a gênese do Transexualismo, foram investigados fatores hormonais e genéticos na diferenciação cerebral e na instalação da patologia. (Saadeh, 2004).

Essas pesquisas mostram o envolvimento de diferentes alterações genéticas, hormonais e ambientais, tanto na fase pré-natal como ao longo do desenvolvimento, estão ligadas com a gênese do Transexualismo (Coates, 1990; Zucker et al., 1995; Cohen-Kettenis et al., 1999). Entretanto, o entendimento da articulação dos diferentes fatores etiológicos da transexualidade, até o presente momento, segue inconclusivo.

Hormônios

Em relação à contribuição hormonal, pode-se afirmar que distúrbios endócrinos pré-natais, como hiperplasia adrenal congênita (caracterizada por produção excessiva de andrógenos no período pré-natal), resistência a andrógenos e/ou impregnação por hormônios exógenos foram, por muito tempo, aventadas como principais alterações clínicas responsáveis pelo desenvolvimento do Transexualismo. Porém, essa teoria se mostrou insuficiente para explicar a transexualidade, uma vez que aproximadamente metade dos sujeitos acometidos por esses distúrbios endócrinos não desenvolve o transtorno (Kester P. et al., 1980). Meninas com hiperplasia adrenal congênita (HCA)

foram estudadas quanto ao comportamento. A maioria das afetadas demonstrou uma maior agressividade e um interesse em atividades tipicamente masculinas, quando comparadas aos controles (Berenbaum, 1999; Berenbaum et al., 2004), porém poucos casos de troca de gênero foram documentados (Cohen-Kettenis et al., 1999). Adicionalmente, evidenciou-se que a maioria dos indivíduos afetados que foram criadas pelos pais como meninas desenvolveram uma identidade de gênero feminina, o que reforça a importância ambiental. Não obstante, alterações na secreção das gonadotrofinas (hipo ou hiperandrogenismo) durante a diferenciação cerebral ainda são apontadas como ponto-chave no mecanismo causal.

Estudos apontam que diversas funções neuropsicológicas e diferentes regiões cerebrais são afetadas por hormônios sexuais específicos. Embora alguns argumentem que o tratamento com estrógenos não é capaz de alterar certas estruturas cerebrais (Garcia-Falgueras et al., 2008), o tratamento com drogas antiandrogênicas e estrógenos diminui o volume cerebral dos transexuais MpF para padrões semelhantes aos do sexo feminino (Hulshoff Pol et al., 2006).

Neuroanatomia

A diferenciação sexual cerebral durante o desenvolvimento embrionário parece ocorrer em momentos diferentes em relação à diferenciação sexual do restante do corpo (Zhou et al., 1995). Nos últimos anos, foram investigadas evidências de diferenças sexuais morfológicas no sistema nervoso central, em particular no núcleo intersticial do hipotálamo anterior. Com o objetivo de explorar essa hipótese, vários estudos examinando estruturas cerebrais em transexuais MpF foram realizados. Análises cerebrais *pós-mortem* demonstraram que transexuais MpF apresentam uma subdivisão central do núcleo do leito da *estria terminalis* semelhante ao padrão encontrado no sexo

feminino, em relação ao tamanho e número de neurônios (Zhou et al., 1995). Do mesmo modo, outro estudo encontrou volume e densidade neuronais do núcleo intersticial do hipotálamo anterior semelhante ao do sexo feminino (Garcia-Falgueras et al., 2008). Em estudos de neuroimagem, Emory e colaboradores (1991) não detectaram associações entre o transexualismo e a anatomia do corpo caloso. Em uma recente análise morfológica exploratória, constatou-se que o volume da massa cinzenta do putâmen foi maior em transexuais MpF do que em controles masculinos e femininos (Luders et al., 2009). Em contraste com estudos prévios, Savik (2011) observou uma redução significativa no volume do tálamo e do putâmen quando comparados a controles femininos ou masculinos, indicando que o Transexualismo pode estar associado com alterações anatômicas em regiões cerebrais localizadas fora do hipotálamo. Esse estudo também sugeriu que indivíduos com Transexualismo apresentam um volume de substância cinzenta (SC) maior na região insular direita, no córtex frontal inferior e no giro angular direito, assim como no cerebelo e giro lingual, e uma diminuição de SC e substância branca (SB) no giro pré-central.

Ambiental

Aspectos ambientais referentes à exposição a altos níveis de estresse durante a gestação têm o potencial de impactar negativamente sobre o desenvolvimento fetal, sobre desfechos do parto e, sobre a saúde na infância e na fase adulta (Van den Bergh, 2005; Wadhwa, 2005; Entringer, 2008; Weinstock, 2008). O estresse vivenciado pela mãe durante o período pré-natal também foi proposto como possível fator etiológico implicado no Transexualismo. Essa hipótese estaria baseada em um experimento com modelo animal que evidenciou o papel feminilizante do estresse materno no comportamento sexual da prole de ratos do sexo masculino (Ward et al., 2002) por meio

do atraso da liberação de testosterona em um estágio crítico da diferenciação sexual do cérebro (Waard et al., 1980). Descrições detalhadas de modificações neuroanatômicas e comportamentais induzidas pelo estresse pré-natal em humanos foram abordadas em algumas revisões (Weinstock, 2008) que ressaltam o papel da atividade autonômica do sistema nervoso central e sua influência no fluxo sanguíneo placentário. Entretanto, em 2002, Hines e colaboradores publicaram uma análise prospectiva que evidenciou um efeito discreto do estresse pré-natal no comportamento ligado ao gênero no sexo feminino e nenhum efeito no sexo masculino.

2.3 Tratamento por CRS

Estudos que avaliam os resultados de seguimento de cirurgia de redesignação sexual ainda são escassos. Apesar do número crescente de CRSs e de publicações nos últimos anos, observa-se ainda relativa falta de estudos sobre o pós-operatório e o funcionamento sexual em transexuais a médio e longo prazo.

Rehman e colaboradores em 1999 desenvolveram um estudo de seguimento em CRSs. Um dos autores deste estudo havia realizado 61 cirurgias em transexuais MpF. Os dados coletados foram de pacientes submetidos a CRS até dezembro de 1994 (n=47), com um seguimento de três anos pós-cirúrgico. Dos 47 pacientes, 28 responderam ao questionário, organizado e estruturado pela equipe a partir da observação clínica, 16 não responderam e três morreram. Todos os pacientes estavam vivendo como mulheres há mais de 12 meses e tinham pelo menos 21 anos de idade no momento da cirurgia. Quanto ao estado civil, a maioria dos pacientes desse estudo eram solteiros. Foi investigado o grau de satisfação com a CRS, os problemas emocionais e psicológicos experimentados por viver em sociedade como mulher, relacionamento

sexual, percepção sobre a qualidade de vida após a CRS, emprego, e a importância dada aos acompanhamentos médicos. Os resultados físicos e funcionais da cirurgia foram julgados bons, mesmo naqueles pacientes que necessitaram de cirurgia corretiva. A satisfação geral foi expressa sobre a qualidade estética (a genitália possuía aparência normal) e funcional (capacidade de sentir orgasmo). A maioria dos participantes desse estudo pôde retornar aos seus postos de trabalho e viver uma vida social e pessoal satisfatória. Os autores consideraram que a preparação adequada dos pacientes para a cirurgia tem influência significativa nos resultados positivos e avaliaram também a necessidade de psicoterapia pós-operatória adicional. Nenhum dos pacientes lamentou ter se submetido à cirurgia, apesar de alguns pacientes terem ficado decepcionados com às dificuldades sentidas no pós-operatório e as dificuldades para se ajustar de forma satisfatória como mulheres, tanto em seus relacionamentos com o sexo oposto (homens) quanto em viver suas vidas em geral, como as mulheres (Rehman et al., 1999).

Krege S. e colaboradores, em 2001, publicaram um seguimento de resultados da CRS em 31 transexuais MpF que realizaram o procedimento cirúrgico entre 1995 e 1999, com acompanhamento de seis meses pós cirúrgico. As principais complicações cirúrgicas ocorridas durante, imediatamente e algum tempo após a cirurgia foram relatadas neste estudo, bem como a satisfação com a CRS, o resultado funcional e estético da neovagina. Dos 31 pacientes, 29 (94%) estavam satisfeitos com o resultado estético, 27 (87%) tinham capacidade de atingir o orgasmo, e 18 (58%) relataram ter relações sexuais. A profundidade da vagina pode ser avaliada em 29 de 31 pacientes, 22 (76 %) estavam satisfeitos e sete pacientes preferiam ter uma vagina mais profunda. Esses autores concluíram que a CRS poderia alcançar excelentes resultados estéticos e funcionais e que nenhum dos participantes lamentou sua decisão de se submeter à CRS. A satisfação pós-cirúrgica vai ser relacionada com a capacidade

funcional da neogenitália para muitos indivíduos.

Em estudo posterior sobre satisfação com a CRS, Lawrence (2003), investigou através do "índice funcional", composto por uma série de variáveis ((1) lubrificação vaginal, (2) sensação ao se tocar, (3) abertura vaginal, (4) sensação de tocar no fundo da vagina, (5) ausência de dor vaginal com a penetração, (6) excitação vaginal e (7) excitação clitoriana), quais os preditores mais significativos para a presença ou ausência de lamento cirúrgico em transexuais MpF. Neste estudo foram avaliados 232 transexuais MpF operados entre 1994 e 2000. Todos os participantes tinham pelo menos 1 ano de pós-operatório. Os participantes relataram que estavam felizes com os resultados da CRS e que tinha melhorado muito a qualidade de suas vidas. Nenhum relatou arrependimento imediato e apenas alguns expressaram pesar mesmo ocasional. A insatisfação foi mais fortemente associada com os resultados físicos e funcionais insatisfatórios da cirurgia. Houve correlação positiva entre a felicidade com o resultado cirúrgico e a melhor qualidade de vida, mostrando que os resultados da cirurgia são mais importantes para a satisfação global do que os fatores pré-operatórios, como tipologia do transexualismo, orientação sexual e idade no momento da cirurgia. Eldh, Berg e Gustafsson (1997) também relataram que a satisfação pós-CRS foi associada com a aparência física e com os resultados funcionais.

Ainda sobre a função sexual após a CRS, um estudo de revisão tendo como base os desfechos, desejo sexual, excitação sexual e capacidade de atingir o orgasmo foi realizado por Klein e colaboradores em 2009. Esses autores observaram que transexuais MpF, após a CRS, apresentavam taxas de desordem do desejo sexual hipotivo semelhantes aos achados na população feminina em geral. Neste estudo observaram que encontra-se uma literatura mais substancial sobre o funcionamento sexual, em transexuais pós-operatório, relativas ao orgasmo. A maioria dos estudos indicou

moderadas o altas as taxas de funcionamento sexual, tanto em transexuais MpF quanto em transexuais FpM. De fato, a maioria dos estudos tem relatado precisamente a associação entre a satisfação cirúrgica e a funcionalidade genital (Klein et al., 2009; Lawrence et al., 2006; Wagner et al., 2010; Johansson et al., 2010).

A técnica cirúrgica e os resultados estéticos e funcionais associados à CRS de transexuais MpF também foram descritos no estudo de Wagner e colaboradores. Entre maio de 2001 e abril 2008, esse grupo realizou 50 CRSs. Esses autores observaram um alto índice de satisfação com os resultados estéticos, com a profundidade da vagina e com a capacidade para manter uma relação sexual e atingir o orgasmo. Nesse estudo, dos 50 pacientes que responderam ao questionário, 45 (90%) estavam satisfeitos com os resultados estéticos, cinco (10%) estavam insatisfeitos com a aparência dos grandes lábios. Quanto à profundidade da vagina, 40 pacientes (80%) estavam satisfeitos, 10 pacientes (20%) afirmaram estarem insatisfeitos e oito foram submetidos a uma nova operação para aumentar a vagina. Desses oito, dois pacientes seguiram insatisfeitos com os resultados obtidos. 42 pacientes (84%) relataram ter relações sexuais regulares, dos quais dois admitiram dor durante a relação sexual e 35 (70%) relataram atingir o orgasmo clitoriano. A decisão inicial de submeter-se à CRS foi confirmada por quase todos. Nesse mesmo estudo, um paciente lamentou sua decisão e desenvolveu uma depressão, requerendo terapia psicológica (Wagner S. et al., 2010).

Um estudo realizado na Suécia por Johansson et al. (2010) investigou os resultados da CRS na perspectiva do profissional e do paciente no pós-operatório da CRS. Esses autores realizaram um estudo prospectivo e longitudinal focado no alívio da disforia de gênero, satisfação com o processo de CRS, funcionamento social, trabalho, relacionamentos e sexualidade. Esse estudo também examinou se os resultados diferem em relação ao sexo, faixa etária e grupo de diagnóstico. Do total da população de 60 ex-

pacientes que preenchiam os critérios (39 MpF e 21 FpM), 42 (70%) concordaram em participar do estudo. 18 pacientes, 14 de MpF e quatro de FpM, não foram incluídos, um morreu de complicações da CRS, oito não eram acessíveis ou não responderam ao pedido para participar. Nesse estudo, 26 pacientes (62%) tiveram um início precoce da transexualidade e 16 (38%) tiveram início tardio. 29 pacientes (69%) tinham orientação homossexual e 13 (31%) possuíam orientação não homossexual (em relação ao sexo biológico). No seguimento, 32 pacientes completaram a cirurgia de redesignação de sexo, cinco estavam ainda em processo e cinco não realizaram a CRS. Nenhum paciente lamentou a cirurgia. Os profissionais envolvidos na cirurgia avaliaram o resultado como favorável em 62% dos casos, em comparação com a avaliação dos pacientes, em que 95% consideraram favorável o mesmo resultado. Com base nas entrevistas de seguimento, mais do que 90% dos participantes estavam estáveis ou melhoraram a situação de trabalho, as relações com parceiros e a vida sexual, mas cinco pacientes (15%) estavam insatisfeitos com o tratamento hormonal e com os resultados da cirurgia. A maioria das medidas de resultado foram classificadas positivas e substancialmente igual entre MpF e FpM.

Em outro estudo, com foco em fatores de personalidade, Bodlund e Kullgren (1996) descreveram um grupo de 19 pacientes que tinham sido submetidos à CRS. No seguimento após cinco anos, 13 (70%) pacientes tinham melhorado em relação aos aspectos sociais, psicológicos e psiquiátricos. Um paciente lamentou a CRS e três (16%) tiveram um resultado insatisfatório no sentido de que o seu funcionamento psicossocial não tinha melhorado ou de alguma forma piorado após a cirurgia. Segundo esses autores, o prognóstico positivo pode estar associado à ausência de transtorno de personalidade, a uma autoimagem positiva e a ter a um parceiro no início do processo.

Quadro 1. Resumo dos Estudos de Seguimento de CRS

Estudo	Ano	N(MpF)	Desfecho	Resultado Global
Bodlund et al.,	1996	19	Fatores de Personalidade Resultados Cirúrgicos	70 % satisfação Um arrependimento 16% insatisfeitos com a funcionalidade
Rehmann et al.,	1999	47	Resultados Cirúrgicos; relação sexual, qualidade de vida; emprego;	Ausência de arrependimento; Satisfação expressa na funcionalidade e estética
Krege et al.,	2001	31	Resultados/Complicações Cirúrgicas	90% satisfação com resultado estético e funcional
Lawrence A.	2003	232	Resultados Cirúrgicos	Ausência de arrependimento Satisfação associada aos resultados cirúrgicos
Klein et al.,	2009	Revisão	Resultados Cirúrgicos; Desejo Sexual; Capacidade para atingir orgasmo	Desejo sexual igual à população F
Lawrence et al.,	2010	Revisão	Tipologia transexual; Preditores para satisfação cirúrgica.	TIGIP/ TIGIT Orientação Sexual Idade da Cirurgia
Wagner et al.,	2010	50	Resultados Cirúrgicos	Alto índice de satisfação com resultados estéticos e funcionais Um arrependimento
Johansson et al.,	2010	39	Resultados Cirúrgicos: perspectiva do médico e do paciente	Ausência de arrependimento; 15% insatisfeitos com o resultado cirúrgico Médicos avaliaram 62% dos casos como satisfatórios

3. EVOLUÇÃO

Em 2006, Lobato e colaboradores publicaram um estudo que investigou três dimensões da vida dos sujeitos após a cirurgia: experiência sexual, relações afetivas e relacionamento com os membros da família. Esse estudo analisou as respostas de 19 pacientes que realizaram a CRS entre 2000 e 2004 (18 MpF e 1 FpM). A idade média de entrada no programa de atendimento PROTIG foi de $31,21 \pm 8,57$ anos, com escolaridade média de $9,2 \pm 1,4$ anos de estudo. Nenhum dos pacientes relatou arrependimento por ter sido submetido à CRS. A experiência sexual por 83,3% dos pacientes foi considerada melhor após a cirurgia e tornou-se mais frequente para 64,7% dos pacientes. Para 83,3% dos pacientes, o sexo foi considerado agradável com a neovagina. Além disso, 64,7% dos pacientes relataram que havia se tornado mais fácil iniciar e/ou manter um relacionamento. O número de pacientes com parceiro aumentou de 52,6% para 73,7%. As relações familiares melhoraram em 26,3% dos casos, enquanto que 73,7% dos pacientes não relataram diferença. Não houve relatos de que as relações com os membros da família tenham piorado após mudança de sexo. Em conclusão, o impacto global da cirurgia de redesignação sexual nesse grupo de pacientes foi considerado positivo (Lobato et al., 2006).

Com o objetivo de expandir os resultados iniciais desse trabalho, foi realizado um novo estudo de seguimento de 24 meses da CRS que será apresentado nesta dissertação.

Até julho de 2009, haviam sido triados 243 casos e indicadas 86 cirurgias, sendo realizadas 82 CRSs em transexuais MpF no PROTIG (Fig a), desse grupo, 69 indivíduos completaram um seguimento de dois anos após a CRS. O tempo de seguimento foi de $3,8 \pm 1,7$ anos (intervalo de 2- 7 anos) e a idade no seguimento foi de $36,28 \pm 8,94$ anos (variação 18-58). Todos os participantes foram contatados por carta,

por telefone e por e-mail e 52 (75,36%) pacientes concordaram em participar do estudo. Dezesete pacientes (24,63%) abandonaram o PROTIG e foram perdidos para o seguimento. Todos os transexuais MpF que tinham abandonado o PROTIG declararam, na última avaliação psicológica realizada, que não se arrependiam de ter realizado o procedimento cirúrgico e consideraram que suas vidas melhoraram após a CRS, particularmente as relações sexuais e familiares. Um paciente morreu depois da CRS devido a um infarto do miocárdio. Todos os participantes assinaram o consentimento informado por escrito antes de entrar no estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo número 98319 (Anexo c).

O presente estudo investigou a satisfação com experiências sexuais, parcerias e relacionamento com os membros da família, utilizando um questionário semiestruturado composto por questões de múltipla escolha e questões descritivas (Anexo b). Esse questionário foi respondido pelos pacientes em uma entrevista conduzida por um psiquiatra treinado. Os pacientes foram solicitados a descrever sua vida antes e depois da cirurgia, se tinham algum arrependimento sobre a cirurgia, a facilidade de iniciar e manter um relacionamento, qualidade do relacionamento com a família e importância do aconselhamento psicológico ou psiquiátrico. Adicionalmente forneceram informações, por escala dicotômica, sobre uso de hormônios, parceiros estáveis, satisfação sexual, prazer com a neovagina, frequência de sexo anal, trabalho sexual, uso de preservativos, HIV e outras infecções sexuais transmissíveis (DSTs). Houve um item Likert com base na frequência de relação sexual.

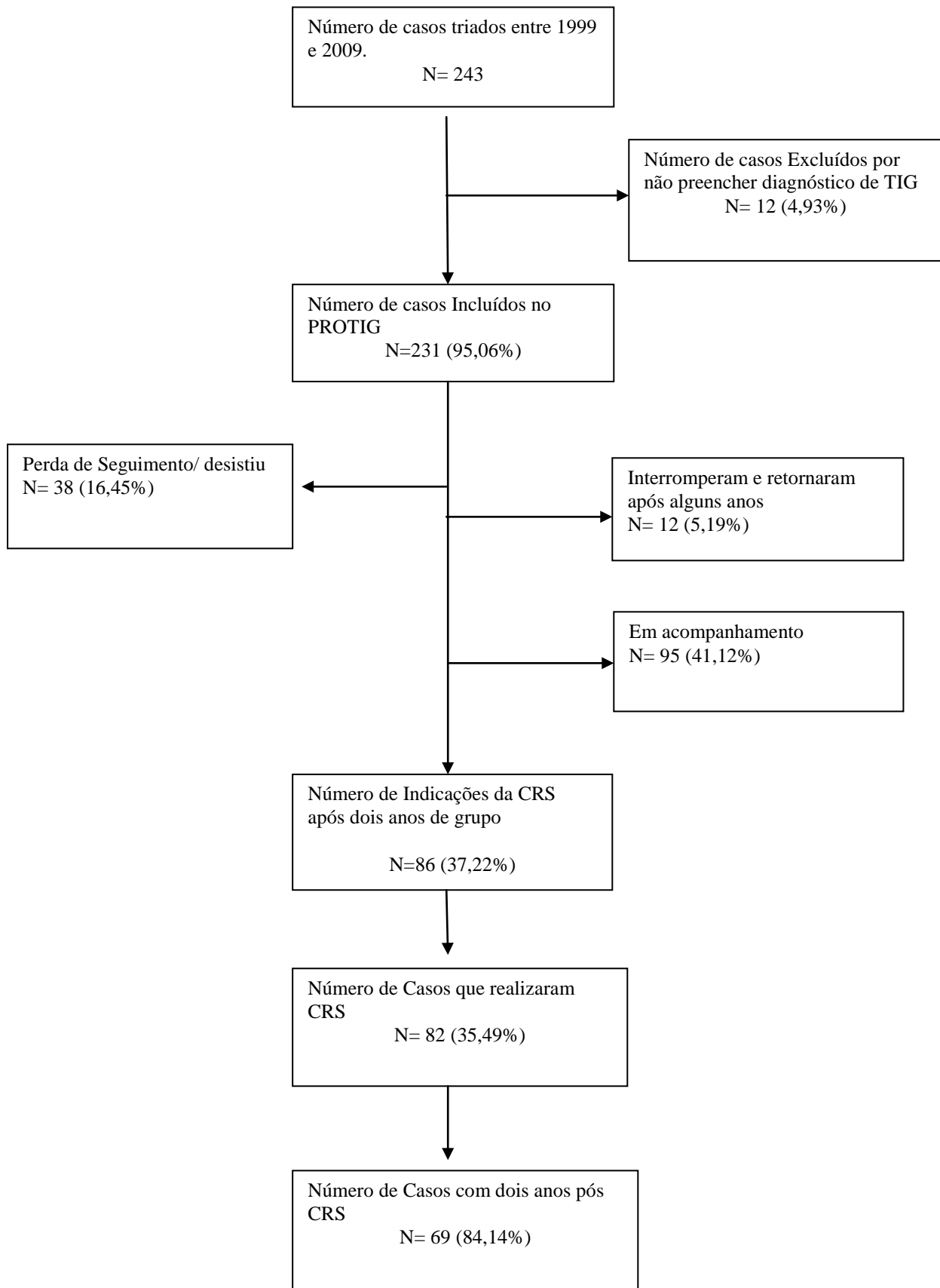
A análise estatística foi realizada usando SPSS 17.0 for Windows. Todas as variáveis foram apresentadas como média \pm desvio padrão (DP) ou porcentagem (%), conforme o caso. χ^2 testes foram utilizados para avaliar a associação entre variáveis

categóricas. Valores de $p < 0,05$ bicaudal foram considerados estatisticamente significativos.

Nenhum dos participantes do estudo relatou ter lamentando a CRS. 46 (88,46%) consideraram o sexo com neovagina prazeroso e também relataram melhora na qualidade das suas experiências sexuais após a CRS. 44 (84,61%) relataram que a qualidade da relação sexual foi satisfatória a excelente, cinco (9,61%) classificaram como média, um (1,92%) classificou como insatisfatória e dois (3,84%) relataram que não estavam fazendo sexo. 35 (67,30%) relataram que a frequência sexual do coito aumentou depois da CRS (χ^2 , $P = 0,032$). 41 participantes (78,84 %) relataram que iniciar e/ou manter um relacionamento havia se tornado mais fácil e 11 (21,16%) não relataram alterações a esse respeito. O número de indivíduos com um parceiro estável aumentou de 27 (51,93%) a 34 (65,38%) depois da CRS (χ^2 , $P = 0,019$). 29 participantes (56,77%) relataram melhoria nas relações familiares, enquanto 23 participantes (44,23%) não relataram diferença e nenhum participante relatou prejuízo nas relações familiares após a CRS.

Todos os 52 pacientes estavam recebendo terapia hormonal. Três participantes (5,8%) relataram envolvimento em prostituição, pela primeira vez, depois da CRS. 26 (50%) relataram o uso regular de preservativo após a CRS. Sete participantes (3,43%) foram expostos a doenças sexualmente transmissíveis durante o seguimento e, desses, um (1,92%) contraiu HIV depois da CRS. 49 pacientes (94,2%) consideraram que a possibilidade de apoio psicológico após a CRS seria útil.

Fig a.
Fluxograma de Casos Triados e seguimento para CRS no PROTIG – 1999 a 2009



3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar o impacto da cirurgia de redesignação sexual sobre: (a) satisfação com a CRS, (b) qualidade das relações sexuais após a CRS, (c) mudanças das relações com parceiros após a CRS, (d) influência da CRS nas relações familiares, e comparar com outros estudos de seguimento após intervenção cirúrgica de redesignação sexual.

4. ARTIGO

Minimum 2-year follow up of reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexuals. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* © 2012 Japanese Society of Psychiatry and Neurology *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; **66**: 370-372

Doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02342.x

Minimum 2-year follow up of sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexuals

Transsexualism is a highly disabling condition in which people experience persistent distress about their anatomical sex and a strong desire to change to the opposite sex.¹ In 1999, the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, established a multidisciplinary program for the care of transsexual participants based on clinical support via a multidisciplinary team that provides physical and psychological help, hormone therapy and sex reassignment surgery (SRS).¹

SRS has been appointed as a factor of improvement in patient social acceptance and body/gender identity concordance is considered responsible for the success of treating transsexualism.² Between 1999 and 2009, 243 people were enrolled in this program, 82 of whom underwent SRS.

Our group previously described a minimum of 12-month follow up of 18 male-to-female transsexuals who underwent SRS between 2000 and 2004 with regard to their satisfaction with sexual experiences, partnerships, and family member relationships using a research protocol composed of multiple-choice and open-ended questions.³ The aim of this letter is to expand upon our initial findings by describing a minimum 24-month follow up of 52 male-to-female transsexuals after SRS.

There were 69 participants with a minimum 2-year follow up. Fifty-two patients were contacted and agreed to participate in this study (75, 40%). Seventeen participants (24, 60%) were lost to follow up. All participants provided written informed consent. Data are presented as the means \pm standard deviations or percentages.

The time of the follow up was 3.8 ± 1.7 (range 2-7) years. Age at follow up was 36.28 ± 8.94 (range 18-58 years). No participant in the study reported regretting SRS. Forty-six participants (88, 46%) considered sex as pleasurable via the neovagina and reported improvement in the quality of their sexual experiences after SRS. Forty-four participants (84, 61%) reported that the quality of sexual intercourse was satisfactory to excellent. Five participants (9, 61%) rated it as average, one (1, 92%) rated it as unsatisfactory and two participants (3, 84%) reported that they were not having sex. Thirty-five participants (67, 30%) reported that the frequency of sexual intercourse increased after SRS (X^2 , $P=0.032$). Forty-one participants (78, 84%) reported that initiating and maintaining a relationship had become easier, and 11 (21, 16%) reported in this regard. The number of subjects with a romantic partner increased from 27 (51, 93%) to 34 (65, 38%) after SRS (X^2 , $P=0.019$). Twenty-nine participants (56, 77%) reported an improvement in family relationships, whereas 23 participants (44, 23%) did not report a difference. No participants reported deterioration in family relationships after SRS.

The current results confirm and extend our previous findings as well as support the notion that SRS has a positive effect on Brazilian male-to-female transsexuals with regard to sexual, romantic, and family relationships and partnerships might be related to the social adaptation of transsexual participants.

References

1. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46: 315–333.
2. Johansson A, Sundbom E, Höjerback T, Bodlund O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39: 1429-37.
3. Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, Seger DF, Salvador J, Fortes MG, Petry AR, Silveira E, Henriques AA. Follow-Up of Sex Reassignment Surgery in Transsexuals: A Brazilian Cohort. *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 35: 711-715.

Jaqueline Salvador, MSC, ^{1,2} Raffael Massuda, MD, ^{1 2} Tahiana Andreazza, ^{1 2} Walter José Koff, PhD, ¹ Esalva Siveira, PhD,¹ Fernanda Kreische, MD,¹ Livia de Souza, MD,¹ Maria Helena de Oliveira, MD,¹ Tiago Rosito, PhD,¹ Brisa S. Fernandes, MD, MSC, ^{1 4} and Maria Inês R. Lobato PhD, ^{1 2}

¹ Gender Identity Disorder and Transsexualism Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ² Post-graduate Program in Medical Sciences Psychiatry, ³ Pos-graduate Program in Biological Sciences: Biochemistry, and ⁴ Laboratory of Calcium Binding Proteins in the Central Nervous System, Department of Biochemistry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transexualismo é uma condição rara e peculiar, fonte de grandes dificuldades físicas e de conflitos psicológicos e emocionais, além de gerar extrema dor psicológica devido à incompreensão da sociedade. O indivíduo possui conflitos pessoais quanto ao gênero atribuído e deseja tornar o seu corpo tão perfeito com a imagem e com a apresentação física esperada.

Devido às alterações ocorridas na legislação nos últimos anos, um crescente número de pacientes MpF e FpM tem solicitado a CRS. As técnicas cirúrgicas utilizadas no MpF têm como principal objetivo a criação dos órgãos genitais femininos externos, estéticos e funcionais, e de um canal vaginal profundo e complacente com a penetração. Além disso, alguns autores afirmam que a construção de um neoclitóris melhora substancialmente os resultados clínicos e funcionais da cirurgia (Soli et al., 2008; Klein et al., 2009).

Os resultados encontrados em diferentes estudos de seguimento reforçam a ideia que a função sexual após o procedimento cirúrgico é um fator importante para muitos transexuais, existindo uma influência direta sobre a satisfação com a cirurgia e a qualidade de vida (Krege et al., 2001; Klein et al., 2009; Johansson, 2010).

Com o objetivo de investigar o nível de satisfação com a Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS), foi feita uma extensão do estudo Lobato (2006) no PROTIG, confirmando os achados anteriores publicado nesse estudo, e apoiando a noção de que a CRS tem um efeito positivo em pelo menos três dimensões: (a) qualidade das relações sexuais, (b) relações com parceiros e (c) relacionamentos com familiares. Esses resultados vão ao encontro dos observados no mundo todo, onde se constata principalmente a concordância de que as relações sexuais melhoram após a CRS (Rehman et al., 1999; Klein et al., 2009; Johansson et al., 2010; Lawrence, 2010).

No que diz respeito às relações sexuais, durante a avaliação pré-operatória no PROTIG, os pacientes muitas vezes descrevem dificuldades e vergonha de seus órgãos genitais e do seu corpo. Para esses pacientes, acredita-se que a neovagina proporcionaria a diminuição do sentimento de inadequação. Observou-se, através das respostas ao questionário semiestruturado, que mesmo os pacientes cujas neovaginas tinham limitações funcionais, tais como a profundidade, ou complicações estéticas, estavam satisfeitos com o tratamento. Esses relatos de pós-cirúrgico são esperados porque a CRS cria uma concordância entre o corpo e a identidade do gênero do paciente. A possibilidade de ter a genitália de acordo com a identidade de gênero de uma pessoa é uma influência positiva em termos de iniciar relacionamentos afetivos e manter relações sexuais (Johansson et al., 2010; Lawrence, 2010). Com base na literatura disponível, transexuais parecem ter o funcionamento sexual adequado e/ou de altos índices de satisfação sexual após a CRS (Klein et al., 2006).

Os resultados positivos encontrados neste estudo também podem estar relacionados ao fato de que as limitações cirúrgicas citadas por outros autores são sistematicamente e repetidamente abordadas pelos psicólogos e psiquiatras durante o período de dois anos de acompanhamento pré-cirúrgico no PROTIG, visando a uma melhor compreensão e aceitação das possíveis limitações que possam ocorrer. Alguns estudos de seguimento também referem que um diagnóstico de transexualismo e um acompanhamento pré-cirúrgico adequando podem contribuir para que os pacientes tenham a percepção satisfatória do processo (Klein et al., 2009; Wagner et al., 2010).

Melhorias nas relações familiares e nas relações com os parceiros podem também estar relacionadas com o processo de adaptação social dos indivíduos transexuais. A possibilidade dos pacientes de mudar sua identidade jurídica contribui para a aquisição de um emprego regular e para a inscrição em programas escolares,

auxiliando na construção da autoconfiança. Isso é particularmente importante, uma vez que o preconceito contra transexuais muitas vezes leva-os a abandonar suas famílias mais cedo e a evitar a educação formal, sendo que muitos nunca receberam formação técnica ou profissional (Silveira, 2006).

Em alguns estudos de seguimento, fatores preditivos para um resultado satisfatório da CRS foram considerados, como o transexualismo de início precoce e, conseqüentemente, o cross-dressing na infância, e uma idade menor no momento do procedimento (Cohen-Kettenis et al., 2003). Além disso, alguns autores, como Blanchard e colaboradores (1989), consideram que a orientação homossexual (a partir do sexo biológico) também influencia no resultado positivo pós-cirúrgico. Embora a CRS tenha limitações, acredita-se que a aceitação social e a concordância do corpo com a identidade de gênero do sujeito também contribuam para o sucesso do tratamento nessa condição complexa.

Uma limitação do presente estudo foi o número de pacientes perdidos no seguimento. Dos 69 pacientes que se submeteram à CRS, 17 (24%) não responderam ao questionário, apesar das diferentes estratégias utilizadas para contato. Dos 17 pacientes que não responderam ao questionário, três (4,34%) pacientes tinham expressado o descontentamento com a equipe do PROTIG durante o acompanhamento pós-operatório, principalmente com reclamações sobre o serviço psiquiátrico. Um paciente havia morrido por um ataque cardíaco antes de responder ao questionário, de acordo com informações de um parente. No total, 13 indivíduos não responderam ao questionário, uma vez que não foi possível contatá-los. Uma possível explicação para a decisão de deixar o programa pode ser de que estes sujeitos consideraram a CRS como um procedimento regular de cuidados de saúde, que após realizado e percebido como adequado às expectativas não teria necessidade de um apoio adicional. É razoável supor

que muitos dos pacientes que não aparecem para completar o questionário simplesmente não estavam interessados em participar de um projeto de pesquisa ou foram impedidos por questões de privacidade, aspecto discutido por outros autores (Lawrence, 2003).

No entanto, é possível que alguns dos pacientes que não puderam ser contatados para este estudo possam apresentar resultados negativos significativos, tais como lamentar a cirurgia ou outro tipo de deterioração na qualidade de vida. Três pacientes que não foram incluídos no estudo tinham expressado uma opinião negativa sobre o PROTIG, e estes podem diferir em alguns aspectos da população considerada.

Resultados negativos incluem os muito poucos arrependimentos reais (cerca de 1-2%) e podem estar associados ao pobre apoio familiar do paciente. Autores referem que a presença de psicopatologia grave, a aparência física desfavorável e um mau resultado cirúrgico são fatores que podem estar associados ao prognóstico negativo do pós-cirúrgico (Cohen-Kettenis et al., 2003; Lawrence, 2010).

Em última análise, não é possível supor que o grupo de pacientes que não foi incluído é o mesmo em todos os outros aspectos como o grupo incluído. No entanto, deve-se reconhecer que nenhum desses indivíduos tinha qualquer reclamação sobre o CRS em sua última entrevista pós-operatória registrada.

Este trabalho é um estudo de seguimento de CRS em transexuais MpF brasileiros. Pode-se observar que os índices de satisfação com as CRSs sempre foram altos nos outros estudos de seguimento avaliados e estes confirmaram os achados nesta população. Novos estudos de seguimento devem ser realizados com o objetivo de seguir acompanhando a influência do procedimento cirúrgico na vida dos indivíduos, contribuindo para uma melhor compreensão do Transexualismo e para um aperfeiçoamento dos programas e protocolos.

6. REFERÊNCIAS

- 1.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author, 2000.
- 2.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Washington, DC: Author, 2013.
- 3.Aran, M. A transexualidade e a gramática normativa dos sistemas de sexo-gênero. *Agora: Estudos em teoria Psicanalítica*. 2006; 9 (1), 49-63.
- 4.Berenbaum, SA. Effects of early androgens on sex – type activities and interests in adolescents with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*. 1999; 35:102-110.
- 5.Berenbaum SA., Korman Bryk K., Duck SC., Resnick SM. Psychological adjustment in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. *J Pediatr*. 2004; 144:741-746.
- 6.Blanchard, R. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*. 1989; 18, 315–334.
- 7.Blanchard, R., Steiner, B. W., Clemmensen, L. H. & Dickey, R. (1989). Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1989; 34, 43–45.
- 8.Bodlund, O., & Kullgren, G. Transsexualism: General outcome and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*. 1996. 25, 303–316.
- 9.Benjamin H: Transvestitism and transsexualism. *Int J Sexol* 1953; 7: 12–14.

- 10.Castel P.-H. Transsexualisme in: Dictionnaire de la pensée médicale, Paris, PUF. 2004; p. 1148-1152.
- 11.Coates S. Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*. 1990; 18:414–438.
- 12.Cohen-Kettenis PT & van Goozen SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 263-71.
- 13.Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46:315–333.
- 14.Cohen-Kettenis, P. T., & Pfa͡fflin, F. Transgenderism and intersexuality: In childhood and adolescence: Makingchoices. 2003. Thousands Oaks, CA: Sage.
- 15.Coates S. Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*. 1990; 18:414–438.
- 16.Conselho Federal de Medicina do Brasil. Resolução CFM, 1997 (Nº 1.482). Brasília, DF, Brasil. 1997.
- 17.Conselho Federal de Medicina do Brasil. Resolução CFM, 2002(Nº. 1.652). Brasília DF, Brasil. 2002.
- 18.Doorn, CD, Poortinga, J, & Verschoor, AM. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 1994; 23:185-201.
- 19.Emory, LE, Williams, DH, Cole, CM, Amparo, EG, Meyer, WJ. Anatomic variation of the corpus callosum in persons with gender dysphoria. *Archives of Sex and Behaviour*. 1991; 20:409–417.

20. Entringer S, Wust S, Kumsta R, Layes IM, Nelson EL, Hellhammer DH, Wadhwa PD. Prenatal psychosocial stress exposure is associated with insulin resistance in young adults. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199:491–497.
21. Garcia-Falgueras A, Swaab DF. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain.* 2008; 131:3132–3146.
22. Green R. (2009). Gender identity disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* Philadelphia: Lippincott, 2009; 9: 2099-2111.
23. Hines M, Golombok S, Rust J, Johnston KJ, Golding J. Testosterone during pregnancy and gender behavior of preschool children: a longitudinal, population study. *Child Dev.* 2002; 73: 1678-1687.
24. Hulshoff Pol HE, Cohen-Kettenis PT, Van Haren NEM, Peper JS, Brans RGH, Cahn W, Schnack HG, Gooren LJG, Kahn RS. Changing your sex changes your brain: influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure. *European Journal of Endocrinology.* 2006; 155:107–114.
25. Johansson A, Sundbom E, Höjerback T, Bodlund O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39: 1429-37.
26. Kester P, Green R, Finch SJ, & Williams K. Prenatal female hormone administration and psychosexual development in human males. *Psychoneuroendocrinology.* 1980; 5:269–285.

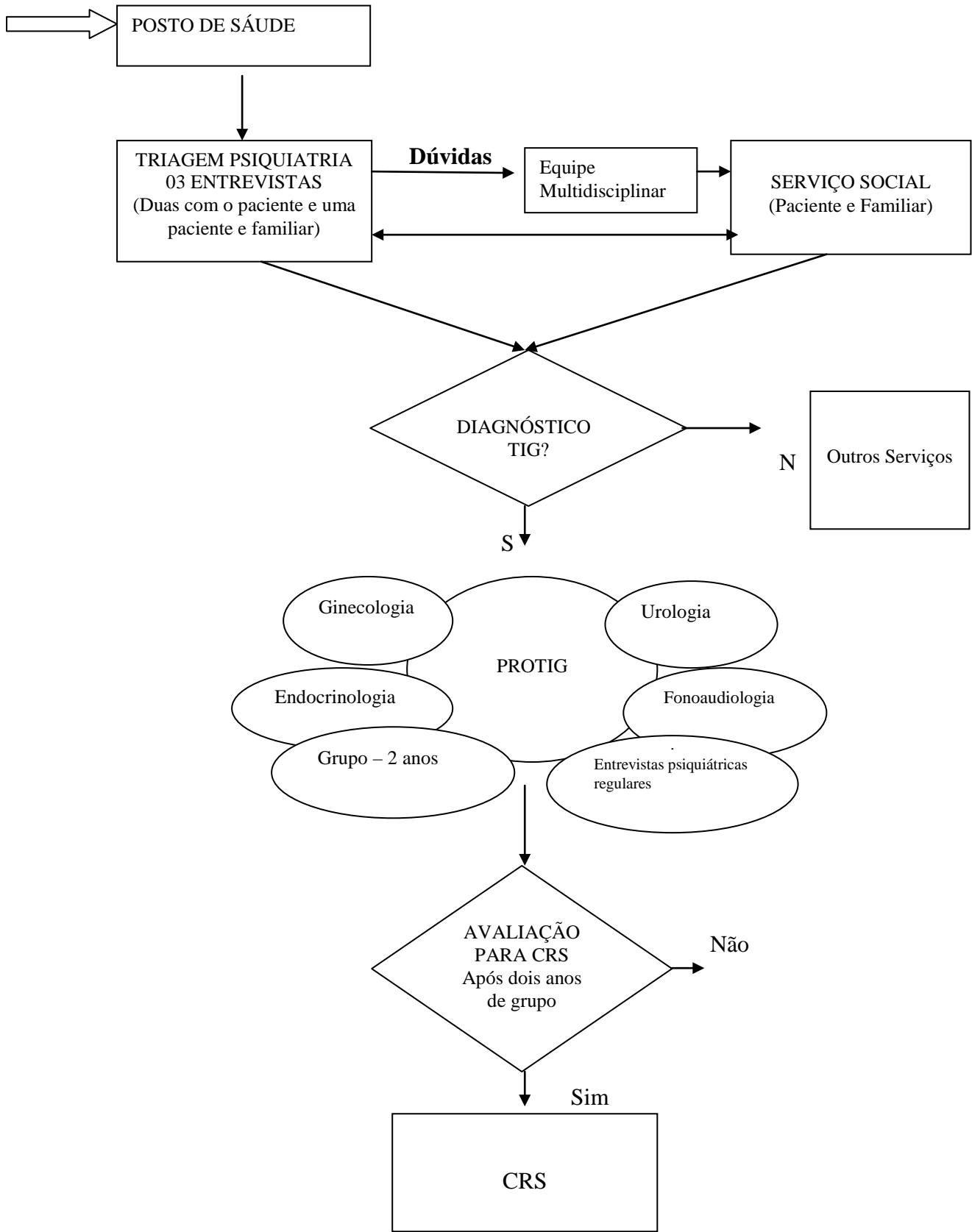
27. Klein C, and Gorzalka BB. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine* 2009; 6: 2922–2939.
28. Krege S, Bex A, Lummen G. & Rubben H. Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology International*. 2001; 88: 396-02.
29. Lawrence AA. Factors Associated With Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 2003; 32: 299–315.
30. Lawrence AA. Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39: 514-545.
31. Lobato MI, Henriques AA, Ghisolfi ES, Kegel S, Schestatsky G, Correia Filho C. Transexualismo: Uma revisão [Transsexualism: A review]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2001; 50: 379-88.
32. Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, Seger DF, Salvador J, Fortes MG, Petry AR, Silveira E, Henriques AA. Follow-Up of Sex Reassignment Surgery in Transsexuals: A Brazilian Cohort. *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 35: 711-715.
33. Luders E, Sánchez F, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton SL, Vilain E. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*. 2009; 46: 904–907.
34. Rakic Z, Starcevic V, Maric J & Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Archives of Sexual Behavior*. 1996; 25: 515-25.

35. Rehman J, Lazer S, Benet AE, Schaefer LC, Melman A. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*. 1999; 28: 71-89.
36. Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico do transexualismo masculino e feminino [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 266p.
37. Savik I, & Arver S. Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cerebral Cortex*. 2011; 21:2525–2533.
38. Soli M, Brunocilla E, Bertaccini A, Palmieri F, Barbieri B, Martorana G: Male to female gender reassignment: modified surgical technique for creating the neoclitoris and mons veneris. *J Sex Med* 2008; 5: 210–216.
39. Silveira EMC. De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social; 2006.
40. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29:237–258.
41. Wagner S., Greco F., Hoda MR., Inferrera A., Lupo A., Hamza A, Fornara P. Male-to-Female Transsexualism: Technique, Results and 3-Year Follow-Up in 50 Patients. *Urologia Internationalis*, 2010; 84: 330-333.

42. World Health Organization. CID-10: Classification of mental and behavior disorders. Geneva: Author, 1992.
43. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30:724–743.
44. Ward IL, & Weisz J. Maternal stress alters plasma testosterone in fetal males. *Science*. 1980; 207:328–329.
45. Ward OB, Ward IL, Denning, JH, Hendricks SE, & French, JA. Hormonal mechanisms underlying aberrant sexual differentiation in male rats prenatally exposed to alcohol, stress, or both. *Archives of Sexual Behavior*. 2002; 319–16.
46. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008; 32:1073–1086.
47. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, & Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. 1995; 378:68–70.
48. Zucker KJ, & Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press. 1995.

7. ANEXOS

a. Fluxograma do PROTIG



b.Questionário:



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
SERVIÇO DE UROLOGIA/SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO – PROTIG

Estamos convidando você a responder a este questionário sobre aspectos referentes ao período pré e pós-cirúrgico. Você não precisará se identificar. Obrigada.

1 - Idade

2 - Cirurgia de Redesignação Sexual em: _____/____ (mês e ano)

3 - () MpF – Masculino para Feminino
() FpM – Feminino para Masculino

4 - A sua vida após cirurgia:

Detalhe sua resposta

5 - Tem algum arrependimento em relação à cirurgia?

() Não

() Sim

Detalhe sua resposta

6 - Continua usando hormônios?

() Sim

() Não

7 - Logo antes da cirurgia você era:

() Solteiro/a

() Casado/a

8 - Agora você está?

() Solteiro/a

() Casado/a

9 - Você acha mais fácil conquistar/manter um (a) companheiro (a) após a cirurgia?

() Sim

() Não

Detalhe sua resposta:

10 - Sua família mudou o modo de te tratar depois da cirurgia?

Sim

Não

Detalhe sua resposta:

Se você nunca teve relações sexuais pule para a questão 20

11 - Como está sua satisfação sexual após a cirurgia?

Excelente

Boa

Regular

Ruim

Péssima

Não estou tendo vida sexual neste momento

12 - Em relação ao período anterior à cirurgia, agora você:

Tem maior número de relações sexuais

Tem menor número de relações sexuais

Não tive relações sexuais após a cirurgia

13 - Em relação ao sexo anal, após a cirurgia

Está menos frequente

Está igual

Está mais frequente

14 - Ainda sobre o sexo anal:

Tenho menos prazer com esse tipo de sexo

Continuo com o mesmo prazer

15 - O sexo com a neovagina/neofalo é prazeroso?

Sim

Não

Detalhe sua resposta

16 - Você já fez ou faz “programa” (trabalhar com prostituição)?

Não

Sim, já fazia antes da cirurgia e parei depois da cirurgia

Sim, já fazia antes da cirurgia e continuo fazendo depois da cirurgia

Sim, comecei a fazer depois da cirurgia

Por que começou a fazer “programa”?

17 - Você costuma usar camisinha em suas relações sexuais?

Não

Sempre

Às vezes

() Somente com desconhecidos

18 - Você teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST) após a cirurgia?

() Sim

() Não

Se sim, qual:

19 - Você está infectado pelo vírus HIV?

() Não

() Sim, e não uso nenhuma medicação para isso

() Sim e estou usando Antirretrovirais

20 - Você acha importante um acompanhamento psicológico/psiquiátrico após a cirurgia?

() Sim

() Não

Detalhe sua resposta

Comente sobre o setor de UROLOGIA no PROTIG

Comente sobre o setor de PSQUIATRIA no PROTIG

O que falta no PROTIG?

c. Termo de Consentimento

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Serviço de Psiquiatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ambulatório de Transtornos de Identidade de Gênero

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

O Transtorno de Identidade de Gênero é uma condição que pode acometer um indivíduo, causando uma sensação de inadequação ao seu próprio sexo biológico, ou anatômico, podendo levar a uma dificuldade de ajustamento, aceitação ou funcionamento social, limitando a qualidade de vida dos seus portadores.

Trata-se de uma situação ainda em fase de entendimento, o que causa uma relativa dificuldade de manejo por parte do Sistema de Saúde, que, em poucos locais está em condições de prestar um auxílio adequado aos pacientes.

No intuito de promover um local para o auxílio e acompanhamento médico dos indivíduos portadores desta condição foi criado o Ambulatório de Transtornos de Identidade de Gênero, do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual visa o acompanhamento multidisciplinar dos seus pacientes, valendo-se do auxílio e da consultoria de várias especialidades, as quais poderão ser necessárias para a avaliação global do paciente, além da Psiquiatria, entre elas, por exemplo, Endocrinologia, Psicologia, Assistência Social, Ginecologia, Cirurgia, Urologia e Genética, para citar algumas possíveis interações clínicas.

Além de promover o atendimento dos pacientes com Transtorno de Identidade de Gênero, o ambulatório é também um espaço para o contínuo aprendizado e pesquisa sobre esta condição, baseando-se em dados do exame clínico, anamnese e exames laboratoriais dos pacientes que concordam em colaborar com a pesquisa.

Eu, _____, declaro ter sido informado a respeito da pesquisa que se está desenvolvendo nesta instituição com relação ao Estudo Descritivo de Pacientes Portadores de Transtorno de Identidade de Gênero e de suas finalidades, com a qual aceito colaborar voluntariamente, através do preenchimento de um questionário, cuja origem das informações será mantida ao abrigo do sigilo médico. A Dra. Maria Inês Rodrigues Lobato é a responsável pela pesquisa.

Porto Alegre, / / .

De acordo,

x _____ (paciente)

x _____ (responsável pelo paciente, se este for menor de 21 anos)

G P P G

Recebido em 17/05/98

Por: _____