

CURSO: TRANSTORNO DE GÊNERO E TRANSGENITALIZAÇÃO*

*Maria do Carmo de Andrade Silva¹ / Paulo Roberto Bastos Canella²
Alfredo Donis Romero³ / Rosimeri Eirado Bruno⁴*

COURSE: GENDER OF IDENTITY DISTURB AND GENITAL SURGICAL RECONSTRUCTION

Resumo: Este é um trabalho interdisciplinar desenvolvido em um Ambulatório Público de Sexologia. Neste Projeto atendemos a pacientes com queixas de Distúrbios de Identidade de Gênero, maiores de 21 anos e, que após cientes dos procedimentos utilizados neste tipo de tratamento, entendem, concordam e assinam um Termo de Consentimento Informado. Os pacientes são atendidos regularmente, durante dois anos, por uma equipe multidisciplinar, como estabelece a (Resolução 1482/1997), do Conselho Federal de Medicina, para a realização de cirurgias de transgenitalização. As consultas são marcadas em intervalos semanais ou quinzenalmente, de acordo com o andamento do tratamento. O trabalho envolve quatro fases distintas: a primeira compreende avaliações médicas e psicológicas, o que nos levará a um diagnóstico diferencial o mais preciso possível e, só então passamos a uma segunda etapa, utilizando-se Terapia Hormonal, seguida de avaliações laboratoriais trimestrais. A terceira fase caracteriza-se pela preparação cirúrgica e cirurgia propriamente dita. A quarta etapa, consiste de acompanhamento no pós cirúrgico imediato e tardio. Esta etapa também é composta por esclarecimentos e orientações; primeiramente através do incentivo ao auto conhecimento de seu novo genital, seguido por reflexões quanto às adequações e sentimentos em relação ao seu novo status. Finalmente

* Projeto Interdisciplinar do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho – do Mestrado em Sexologia da UGF

1 Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia e Livre docente em Sexualidade Humana.
e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

2 Médico ginecologista. Doutor em Medicina e Livre docente em Ginecologia e Obstetrícia.
e-mail: canella@gineco.ufrj.br

3 Médico Cirurgião Vascular e Mestre em Sexologia. e-mail: alfredoromero@terra.com.br

4 Médica ginecologista e Mestre em Sexologia. e-mail: rosimeriribeiro@ig.com.br

são orientados para a alteração de sua identidade legal, junto à defensoria pública.

Palavras-chave: Transtorno de Identidade de Gênero; transexual; transgenitalização.

Abstract: This work was developed by an interdisciplinary team of professionals in a Sexology outpatient clinic, for social security patients. This Project is geared to patients with Gender Identity Disturb. Due to the nature of proceedings the patients needed to be 21 years or older and sign a Term of Consent Stating, that understand the proceedings used in the treatment and agree with them. Patients are regularly followed, for two years; by the multidisciplinary equip, in accordance with Medicine Federal Counsel (Resolution nr. 1482 from 1997), which covers genital surgical reconstruction. Clinical visits are scheduled weekly or biweekly depending on the progress of treatment. The work comprises four different phases: the first are medical and psychological appraisals to reach a precise diagnosis. In the second phase, patients are submitted to Hormone Therapy, with quarterly laboratory check-up. The third phase is the preparation for surgery and the surgery itself. The fourth phase is the post surgery follow-up. Here the patients are so helped with clarification and incentive to self-discover of his new genitals. At this point he is he is psychological supported in his feelings concerning the adequacy to his new status. Finally he is oriented to the authorities to change his legal paper with the new gender.

Keywords: Gender of Identity Disturb; transsexuals; genital surgical reconstruction.

Neste ambulatório o atendimento se faz por trabalhos conjuntos entre médicos e psicólogos, o que tem propiciado o desenvolvimento de novos recursos e técnicas para o atendimento interdisciplinar que os problemas sexuais requerem. Atendemos a uma grande demanda de variadas queixas sexuais femininas, já que estamos situados em um serviço de ginecologia de atendimento público e, porque o Instituto é ponto de referência tradicional, para encaminhamento dos mais variados problemas ginecológicos e reprodutivos.

No que diz respeito às dificuldades vinculadas às questões de gênero o relato de diferentes queixas, com intensidades variadas e advindas de diversas etiologias são freqüentes. Queixas de mal formações genitais (intersexo e

agenesia de vagina), os conflitos heterossexuais, homossexuais, bissexuais, os travestis, e a transexualidade. Condições, quase tão frequentes quanto as disfunções sexuais presentes neste ambulatório.

Nossa vivência prática com as pessoas, que apresentam conflitos ou inversões de suas identidades de gênero, inicialmente se estruturou através do atendimento aos indivíduos denominados – intersexo, ou seja, indivíduos com mal formações genitais ou genitais ambíguos – Denominados atualmente de Estados Intersexuais.

Sob o ponto de vista médico, segundo Canella (1997), há distúrbios de gênero que se originam do processo do determinismo e da diferenciação sexual e se evidenciam, por alterações mais ou menos perceptíveis na genitália externa. Na prática é a presença ou ausência de um falo, que determina o sexo legal, no entanto ele pode estar presente ou ausente indevidamente, desencadeando uma criação incorreta, propiciando em alguns casos o desenvolvimento do sexo psicossocial oposto, ao sexo genético ou gonádico do indivíduo.

Algumas síndromes encontram-se significativamente vinculadas às diferenciações sexuais e ao encéfalo, e dentre elas citamos: Insensibilidade aos Andrógenos em indivíduos XY com TDF-ativo, Deficiência de 5 Alfa Redutase em XY e, Hiperplasia Adrenal Congênita. Pessoas, que em certas circunstâncias, foram criadas como pertencentes a um determinado sexo (aquele para o qual, acreditou-se ser seu genital o mais semelhante), porém, mais tarde, as características sexuais secundárias, apresentavam-se inversas ao que se imaginou inicialmente. E, sua identidade de gênero, comprometida em vários casos. Problemas que como se pode presumir, criam transtornos, não só orgânicos como também psíquicos, levando o indivíduo: a sentimentos de mutilações, inadequações, desvalias, inferiorizações e, conseqüentemente, a vivência de fortes crises de ansiedade.

Outra mal formação, que gera problemas no desenvolvimento integral da identidade de uma pessoa, é a agenesia de vagina. Esta mal formação, segundo Canella (op cit.), nem sempre se enquadra entre os estados intersexuais, como ocorre nos casos de feminilização testicular. A agenesia vaginal ocorre em mulheres sem alterações físicas externas, apresentam-se fenotipicamente femininas e geneticamente normais. A queixa vem à tona, quando a menarca não acontece. Assim ao chegarem ao hospital, já se encontram com identidade sexual desenvolvida; porém na maioria das vezes, vivenciam fortes conflitos, em função de não se sentirem adequadas às

funções do seu sexo, precisando de apoio, tratamento médico-psicológico e sexológico para suas dificuldades.

Além dos problemas anteriormente relatados e originários de etiologias orgânicas, freqüentam este ambulatório, indivíduos homossexuais com fortes traços femininos e, sentindo-se extremamente perdidos, quanto as suas reais identificações. Travestis, muitas vezes confusos em relação à sua condição e, sem qualquer suporte médico ou psicológico, apesar da utilização, de vários tipos de medicações hormonais. E indivíduos transexuais. A todos, atendemos, dentro do limite do possível e do legalmente permitido, para cada diagnóstico específico. Portanto, nos casos de intersexo, trabalhos multidisciplinares envolvendo reestruturação endócrina, atendimentos psicológicos e processos cirúrgicos, já faziam parte do atendimento neste Hospital, há muitos anos. A partir de 1999, baseados na resolução nº 1482 de 10/09/97, do Conselho Federal de Medicina, implementamos um projeto específico, para o atendimento aos portadores de Transtorno de gênero (transexualidade). Projeto que passou a ter, também o objetivo de chegar-se, à cirurgia de transgenitalização – desejo maior de todo transexual.

Sexualidade transcende aos limites do sexo. Mistura-se às pulsões, à nossa própria forma de ser, às emoções, energias, sentimentos, fantasias, desejos e significados. Algo que não pode ser claramente delimitado fica pressuposto nas relações e nas percepções de quem observa ou sente. Mas não necessariamente é explicitado em sexo propriamente dito. As dimensões da Sexualidade Humana transitam pelos vários aspectos de nossa humanidade: aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sócio culturais, interpessoais, afetivos e cognitivos. Para Andrade-Silva (1999), na espécie humana, o desejo e a atividade sexual extrapolam e muito, a necessidade procriativa. Sofrem interferências múltiplas, advindas desde o período fetal, passando pelas inter-relações parentais, os vínculos afetivo-sensuais, as normas morais e religiosas, os interditos sociais, os processos de inter-relações pessoais, o apaixonamento, o equilíbrio hormonal enfim, a saúde física, psíquica e social que caracterizam e diferenciam cada indivíduo.

Culturalmente a sexualidade de homens e mulheres, possui padrões de comportamentos nitidamente diferenciados. Sendo que a maioria destas diferenças encontra-se vinculada aos conceitos de masculinidade e feminilidade (ou papel de gênero). Processos que ultrapassam os limites das diferenças biológicas e vinculam-se, a uma série de pressupostos comportamentais qualitativos determinados socialmente. E, todo e qualquer deslize no sentido constitucional, seja ele orgânico ou psicologicamente determinado, acarreta sérios

conflitos e angústias na estruturação da personalidade, no comportamento relacional e na identidade de gênero.

A sexualidade encontra-se presente em todas as fases da vida do ser, e para Canella (1997), as semelhanças e diferenças entre os dois sexos são muitas e complexas, pois este processo, que se estrutura ao longo de várias etapas, engloba interferências biopsicossociais, que interagem sobre a estruturação do indivíduo. O longo percurso da diferenciação sexual envolve características específicas em cada estágio de sua evolução. O que exige a consideração de cada estágio, para melhor compreender a formação do todo. O fato é que não há dois caminhos, mas sim um caminho com numerosas encruzilhadas e, mesmo no período fetal, onde cada um toma a direção masculina ou feminina, a maioria pega a mesma direção, compatível com o sexo genético inicial a cada nova enruihada: gonádica, hormonal, genital interno e externo, legal e psicossocial; porém alguns não.

A identidade de gênero, segundo Money (1981), constitui-se por um sentimento subjetivo de sentir-se homem ou mulher – É o senso de si mesmo.

Tal conceito é extremamente complexo, formado por componentes conscientes e inconscientes, estruturados em diferentes épocas do desenvolvimento e advindo de diversas influências. Onde o genital externo, as relações parentais, a linguagem e a capacidade cognitiva são fatores que influenciam esta constituição. A forma de integração destes fatores, com o que já veio estruturado do período fetal, através das relações genéticas e neuroendócrinas, na constituição do chamado cérebro de gênero, constituirá a base do sentimento de acreditar-se menino ou menina, o que ocorre já nos primeiros anos, após o nascimento. Em nossa estrutura social, fortemente dicotômica, a identidade pessoal e o reconhecimento de si mesmo, perpassam pela identidade sexual ou de gênero, sendo praticamente impossível a uma pessoa, desenvolver qualquer senso de identidade, sem situar-se como homem ou mulher (ANDRADE-SILVA, 2002).

Segundo Erikson (1976), W. James, já em 1800, descrevia aquilo que mais tarde chamou-se Identidade. Sentimento profundo e intensamente vivo, percebido através de uma voz íntima, que nos fala: isto é o que realmente sou.

Desde o início, a criança receberá influências de uma série de normas diferenciando o que se espera de um menino ou de uma menina, em termos de papel de gênero ou papel sócio-sexual. Tal diferenciação se dará, através de prescrições sociais ditadas pelas Instituições e, exigidas como formas adequadas de comportamento, para ser aceito enquanto homem ou mulher. O que segundo Andrade-Silva (1999), pode criar conflitos entre o que se

deveria ser ou aparentar e o que se consegue sentir e demonstrar. Pois, quando as críticas à forma de ser são demasiado intensas e constantes, os sentimentos de desvalia podem levar ao desenvolvimento de conflitos quanto a ser realmente um homem ou uma mulher. E os abalos podem incidir tanto nos papéis, quanto em identidades conflituadas ou mesmo em uma orientação sexual confusa ou inferiorizada.

A orientação sexual é a manifestação, que uma pessoa percebe como sua forma de sentir-se atraída e interessada sexualmente. É a forma de expressão da direção que o impulso sexual toma, em relação ao objeto de desejo e realização sexual. O desejo sexual advém de uma pulsão inerente ao ser humano, porém desenvolve formas próprias de manifestação, em função da constituição biopsicossocial de cada indivíduo.

Apesar de na maioria das sociedades, o comportamento heterossexual ser a orientação sexual mais freqüente, atividades homossexuais e bissexuais foram constantes em alguns momentos da vida de algumas pessoas e/ou são, realmente as atitudes mais adotadas por uma parcela de indivíduos, em algumas culturas em determinadas épocas. Durante muitos anos, em nossa tradição ocidental judaico-cristã, a heterossexualidade foi a única forma de orientação sexual considerada “normal”. Por muito tempo, a homossexualidade foi considerada uma doença congênita, advinda de falhas genéticas e predisposições do sistema nervoso. O termo homossexual caracteriza pessoas, que têm desejos sexuais por indivíduos do mesmo sexo. Porém, apesar das várias idéias negativas que se associaram em torno dos indivíduos com orientação homossexual, em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria, decidiu tirar o homossexualismo do rol das doenças psiquiátricas.

Porém, assim como na heterossexualidade, as formas de ser e sentir-se homossexual, são extremamente variadas e, em alguns casos, encontramos indivíduos homossexuais extremamente afeminados ou masculinizados a maior parte do tempo. E, para alguns, as percepções quanto a sua identidade, encontram-se fortemente confusas.

No que se refere à estruturação das orientações sexuais, até o momento uma série de estudos e pesquisas no campo da genética, psicologia, sociologia e das interferências hormonais de estruturações cerebrais durante o período fetal, têm apontado algumas diferenças entre indivíduos homo e heterossexuais, porém nenhum estudo pode ser considerado como conclusivo, quanto à origem destas diferenças. Pois um traço comportamental complexo, como a orientação sexual, provavelmente não será determinado por um único

gene, uma única alteração neuroendócrina ou uma única experiência de vida. Provavelmente é multifatorial, como afirma Groski (2003).

Schore (1994), apoiado no estudo de inúmeros autores, entre os quais Wilson, McEwen, Domasio, faz uma significativa compilação dos conhecimentos sobre as bases neuroendócrinas do dimorfismo sexual na função e nas estruturas do córtex cerebral, assinalando a influência dos esteróides sexuais. Estes hormônios atuam durante um período chamado crítico, na vida fetal e até 18 meses após o nascimento, na maturação e no desenvolvimento da assimetria e lateralização do cérebro.

Kandel (1997), estudando os fundamentos da neurociência mostra que os esteróides sexuais, no período pós-natal da embriogênese cerebral, organizam o desenvolvimento dos circuitos neurais alterando sua morfologia, modulando o crescimento dos dendritos, influenciando na formação das sinapses e na localização das sinapses terminais. Hoje, já não se pode aceitar somente a preponderância dos processos cognitivos, adquiridos pela criação dos indivíduos na diferenciação do comportamento de gênero, parece haver um componente significativo preso à diferenciação neurohormonal do sistema nervoso.

Segundo Gorski (2003), estudos têm apontado que, o núcleo sexualmente dimórfico da área pré óptica humana, foi descrito como significativamente maior, incluindo mais neurônios em machos que em fêmeas. Porém a diferença só é observada após 5 anos de idade. E um outro núcleo hipotalâmico intersticial do hipotálamo anterior, o 3 (INAH-3), também é maior em homens que em mulheres. Assim como em estudos post-mortem, Dick Swaab e col (apud Groski. op cit.), têm apontado que o núcleo central do núcleo intersticial da estria terminal, é volumetricamente maior no homem que na mulher. Observando-se que o volume do núcleo, não varia em função da orientação sexual no homem, mas em transsexuais cirurgicamente transformados de homem para mulher, o volume encontrava-se reduzido àqueles encontrados nas mulheres, apontando para uma possível relação entre distúrbios na estruturação do encéfalo e a transsexualidade.

Dentre os distúrbios vinculados ao gênero, parece-nos necessário ressaltar as diferenças entre indivíduos Travestis e pessoas diagnosticadas com Distúrbio da Identidade de Gênero. As confusões são freqüentes, porém trata-se de dois diagnósticos distintos.

O travestismo caracteriza-se pelo uso de roupas e acessórios culturalmente determinados ao sexo oposto, podendo estes indivíduos, travestir-se com-

pletamente ou simplesmente utilizar-se de determinadas peças específicas. Tal uso tem como objetivo parecer pertencer ao outro sexo e/ou obter excitação através do uso do traje. Porém, tais comportamentos podem apresentar-se de maneira constante ou ocorrer esporadicamente. A libido de tais pessoas está, na maioria dos casos, em boa forma e elas utilizam seus genitais, para obter prazer: em contatos heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Comportamento, que varia de pessoa para pessoa ou de época para época, durante a vida destas pessoas. Em certos casos, as linhas divisórias para um diagnóstico preciso, entre alguns indivíduos travestis e a transexualidade, necessita-se de tempo e precisão. Já que algumas vezes, os conflitos vividos em relação às suas identidades, em função das várias pressões sociais e de traumas relacionais, irão exigir da equipe, diagnósticos diferenciais apurados, em função das confusões de identidade, vividas também por indivíduos travestis.

Disforia de gênero é o sentimento de infelicidade ou depressão quanto ao próprio sexo. O Manual de Diagnósticos e Estatísticas, IV (1994), da Associação Americana de Psiquiatria, conceitua e apresenta vários componentes do que chama “distúrbio de identidade de gênero”. “Uma forte e persistente identificação cruzada de gêneros, ou seja, o desejo de ser, ou a insistência em que é do outro sexo”;... “não apenas um desejo por qualquer suposta vantagem cultural em ser do outro sexo, mas evidência de um persistente desconforto com o sexo que lhe foi atribuído, ou um sentido de impropriedade do papel sexual daquele gênero”; “diagnóstico excludente de “condição intersexual física”; “presença de “angústia ou impedimentos clinicamente significantes em áreas importantes como a social, a ocupacional, etc.”; “ausência de outro diagnóstico psiquiátrico”.

O transexualismo caracteriza-se pelo sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e seu corpo físico, são indivíduos com “cabeça” feminina em um corpo de homem, ou psiquicamente homens com um corpo de mulher. Lutam pela necessidade de coerência entre suas percepções pessoais e sua aparência externa. Querem alterar seu corpo e os rótulos biológicos e de gênero que lhes foram determinados. Seu corpo é percebido como um erro. Necessitam de apoio psicológico, intervenção hormonal e cirúrgica, para “consertar” um corpo, que acreditam anormal em relação ao seu sentimento mais íntimo e subjetivo de “ser”. Acreditam que seu sexo psicológico, é inverso ao seu sexo genético, gonádico, hormonal, legal e de criação.

Não obtém prazer sexual simplesmente por vestir-se com roupas do outro sexo. Ao contrário, sentem-se normal e adequadamente vestidos de acordo

com seu sexo psicológico, percebendo-se com orientação heterossexual. Na maioria das vezes seu desejo sexual é baixo e, em muitos casos, não toleram nem olhar para os seus genitais, quanto mais tocá-los para obter prazer com eles. Quando se envolvem em relacionamentos sexuais, em geral fantasiam e simbolicamente se vêem, com a imagem sexual que se percebem e não com a anatomia que têm, escondendo-a o melhor que podem, para que o parceiro não a veja ou tente tocá-la.

Tudo indica hoje, que tal condicionamento, encontra-se associado a cérebros cujo dimorfismo, não se enquadra no fenótipo desenvolvido pelo indivíduo, porém, ainda não estão completos os estudos, sobre o cérebro de gênero, desenvolvidos pelos neurocientistas. No entanto, estas pessoas sofrem intensas pressões pessoais e constantes marginalizações sociais, sujeitando-se a vários sofrimentos, para que possam adequar seu corpo, ao que percebem de si mesmos em sua estrutura psíquica.

Na medida em que, não se conhece até então, qualquer intervenção que modifique a estruturação mental de um indivíduo transexual, ou seja, se altere sua identidade de gênero, o único método possível de reabilitação para esta condição, é a mudança do sexo anatômico, no sentido de alívio de sofrimento. No entanto, como se trata de procedimento irreversível e que envolve aspectos biopsicosociais, é necessário diagnóstico diferencial o mais preciso possível, no intuito da menor incidência de erro.

De acordo com a Associação Internacional de Disforia de Gênero (Harry Benjamin, 1995), Disforia de Gênero é considerada como sendo o ponto extremo das desordens de identidade de gênero, caracterizada entre outras coisas, por uma busca constante pela cirurgia de redesignação sexual. Para tal, precisa-se contar com uma equipe treinada e com experiência nos quadros de psicoterapia geral e terapia sexual e de gênero. Sendo o diagnóstico diferencial básico, pois os procedimentos de transformação são irreversíveis (Ramsey, 1998).

Nosso objetivo tem sido desenvolver de modo mais preciso avaliações clínicas, diagnóstico diferencial adequado e tratamentos específicos, para os diferentes portadores deste problema. Para tal, procedemos: Avaliação física (anatomo-fisiológica); Avaliação continuada (psicológica e psiquiátrica), durante o tratamento; Avaliação, análise e instalação de tratamentos endocrinológicos necessários; Avaliação e análise seqüencial da adaptação sócio- psicológica destes indivíduos; Avaliação e análise sexual; Avaliação e análise das possibilidades cirúrgicas – Cirurgia quando indicada pela equipe e Avaliação pós-cirúrgica, quanto a adaptação anatomo-funcional, psicológica e sexual

da pessoa ao seu novo genital e “status” social. Além de apoio, as necessárias documentações legais. .

Quanto aos critérios de participação no Programa, estes englobam: pessoas com suspeita de transexualismo; adultos com mais de 21 anos; e a assinatura de consentimento informado.

O acompanhamento pode ser dividido em quatro fases: Primeira Fase – quando os pacientes passarão por uma série de *avaliações* físicas, orgânico-funcionais, genitais, hormonais, psicológicas, psiquiátricas e sexológicas. Procedimentos realizados em consultas previamente marcadas em intervalos regulares, de acordo com as necessidades do paciente e da equipe, durante dois anos consecutivos.

Dentre as avaliações médicas desta etapa citamos: Anamnese e exames físicos quanto à normalidade da constituição anatomo-funcional dos genitais. Avaliação quanto aos tratamentos e medicações anteriormente utilizados. Alterações físicas em andamento, quando do ingresso do paciente no projeto. Doenças e outros tratamentos anteriores.

Quanto às avaliações psicológicas *procedemos*: Anamnese e acompanhamento constante, pelos mesmos profissionais. Avaliação de relações familiares, escolares, sociais, profissionais e afetivo-sexuais. Evolução e sentimentos em relação à identidade, identificação, papel e orientação. Relacionamentos sexuais. Testes de personalidade e inteligência tais como: MMPI – Raven. Dinâmica com grupo de iguais.

Após esta primeira fase, quando se pretende, já ter constituído um diagnóstico diferencial, passa-se a:

Segunda Fase – Processo de Reposição Hormonal: A reavaliação será trimestral através de dosagens de: FSH – LH – Androstenediona – Testosterona livre e total – Dehidroepiandrosterona – Dihidrotestoteronona – Estroma – Estradiol – Colesterol total e frações – Ureia – Creatinina – Glicose – T3 – T4 e TSH. Através destas avaliações sistemáticas, a reposição hormonal, será feita com as drogas mais adequadas a cada indivíduo.

Este rigoroso acompanhamento tem por objetivo, chegar a um diagnóstico seguro, que indique a a possibilidade de transgenitalização. O tratamento é definitivo e, quando realizada a transgenitalização, não há possibilidade de retorno. Assim, os pacientes declarados como portadores de transexualismo pela equipe e, que não forem portadores de outros transtornos mentais e/ou

características físicas impróprias para a cirurgia, passarão a ser preparados para a efetiva transgenitalização. (Tal preparo envolve informações claras quanto ao procedimento à que irão se submeter, assim como esclarecimento de dúvidas, tempo de internação, cuidados necessários etc.) Nos casos em que os pacientes tenham parceiros de longo curso, é desejável que participe nesta etapa, no sentido de preparar o “casal”.

Terceira fase – Tratamento Cirúrgico.

Como vimos o transexual apresenta um sexo anatômico, genético e gonádico, discordante do sexo psicossocial. As operações necessárias à mudança do sexo anatômico, consistem em uma série de procedimentos de ablação e reconstrução de estruturas, que nem sempre resultam em órgãos plenamente funcionais e muito menos se revelam esteticamente perfeitos.

Tratamento Cirúrgico de Homem para Mulher – Este procedimento realiza-se em uma única etapa no que se refere à transgenitalização. Nesta fase, contamos com a colaboração do Prof. Dr. Jalma Jurado, esperte neste tipo de cirurgia, empregando a técnica denominada Retalho Tubular Vasculonervoso ilhado da pele peniana, como proposto por Jurado (2002) e que Canella e Andrade-Silva (2003), apresentam resumidamente:

- 1) Paciente em posição ginecológica ou de litotomia. 2) Incisão na região perineal, em “U” invertido preparando-se um retalho de pele que será usado na confecção de parte da parede vaginal posterior. 3) Criação de um espaço em forma de túnel cruento do períneo à partir do centro tendinoso, situado entre o reto e a bexiga. 4) Incisão mediana da bolsa escrotal individualizando-se bilateralmente os cordões espermáticos e seus vasos até a altura do anel inguinal externo. 5) Ligadura dos cordões e exérese dos testículos. 6) Incisão da base do pênis, deixando-se retalho triangular com vértice para o púbis. 7) Eversão do pênis com exposição da uretra da região bulbar até a glande. 8) Liberação e secção da uretra na altura do sulco coronariano e preservação do feixe vaso-nervoso dorsal. 9) Remoção de cerca de $\frac{3}{4}$ da túnica albugínea e dos corpos cavernosos até a glande. 10) O retalho obtido com a pele peniana é invertido e ancorado ao fundo do túnel cruento, antes preparado, ficando no fundo a glande. 11) A uretra é passada por transfixação da pele, seccionada e suturada nos bordos da pele em sua situação anatômica feminina. 12) O restante da mucosa uretral é aproveitado para confeccionar-se uma estrutura que mimetiza o clitóris. 13) Aproveitamento do retalho cutâneo perineal na confecção da parede vaginal posterior e recomposição

das estruturas vulvares, em especial os grandes lábios, pela criação de retalhos cutâneos com a pele da bolsa escrotal. 14) A vagina criada é mantida com tamponamento (molde de espuma).

Tratamento Cirúrgico de Mulher para Homem – Os procedimentos cirúrgicos nestes casos evoluem em etapas como referido por Canella et al (2003): 1) Mastectomia Bilateral e Reconstituição. 2) Histerossalpingooforectomia videolaparoscópica. 3) Osqueoneoplastia e 4) Faloneoplastia. Para a primeira fase contamos com a colaboração do Dr. Cláudio Rebelo e da Dra. Mônica Rezano. Para a segunda fase, com o Dr. José Augusto Machado.

A Neofaloplastia foi descrita na Rússia em 1917 (apud Farina, 1987 e Carson, Kirby, Goldstein, 1999). Na primeira metade do século XX surgiram as técnicas da Neoplastia pelo método Russo – Anglicano ou de Frumkim-Gillies. Em 1984, Chang e Huang (apud Whitehead, 1994 e Hellston, 1997), usaram o retalho com a pele do antebraço vascularizada e inervada para a formação da neouretra e o tubo peniano, que assim passaria a possibilitar sensibilidade ao neofalo. Conhecido como método do retalho chinês, tendo ótimos resultados em casos pediátricos ou na reconstrução de amputações totais ou parciais do pênis, porém, quando utilizado em pacientes transexuais, a reclamação acontece em relação ao tamanho do neofalo, sendo necessário o uso de técnicas de microcirurgia vascular.

Neofaloplastia abdominal ou Método Russo-Anglicano ou Frumkim-Gillies, seguem a seguinte seqüência: 1) Uretro neoplastia vulvo-pubiana. 2) Uretro faloneoplastia. 3) Deslocamento do retalho. 4) Transplante e sutura do neopênis. 5) Secção do pedículo suprapubiano e retoque da extremidade do neopênis. 6) Prótese peniana: semi-rígida ou hidráulica ou neofaloplastia inguinal. Obtendo-se segundo os autores anteriormente citados, melhor irrigação do neopênis pela artéria circunflexa ilíaca superficial.

Alguns autores segundo (Noe & Cols. apud Farina, 1987), preferem não fazer a uretroneoplastia durante a faloplastia, colocando no tubo de Maltz abdominal, próteses de silicone, mencionando que 9 de 12 operados referem orgasmo e, referindo que o que importa, é o aspecto estético e sexual, não a função urológica da micção.

Em nosso serviço, em função das capacidades relacionais e sexuais, que nossos clientes apresentam, com seus clitóris aumentados em função da hormonioterapia, com parcerias afetivo-sexuais fixas e utilização de pênis artificiais, para uso cotidiano e micção de pé, além de um outro tipo de pênis artificial, para a penetração vaginal; após serem esclarecidos, quanto às diversas etapas

cirúrgicas, necessárias para a construção de um neofalo, suas possíveis complicações e limitações, optaram pela não realização desta etapa.

Segundo os relatos dos pacientes, atualmente percebem-se com aparência masculina, pela utilização de hormonioterapia, o que os deixa mais seguros e com o clitóris maior. Já não têm mamas o que lhes incomodava sobremaneira e, também já não têm útero, trompas e ovários, o que os faz sentirem-se mais livres da feminilidade indesejada. Acham esta etapa cirúrgica muito longa, complicada e, não gostam dos resultados dos quais têm notícias. Além de terem prazerosas relações sexuais com suas parceiras, que aceitam e têm prazer com os pênis artificiais, por eles utilizados. Em função do anteriormente referido, desejam a osqueoneoplastia. Etapa que se realiza em dois tempos: 1) Colpotomia e coalescência dos grandes lábios entre si após prévia desepitelização da face medial dos mesmos. 2) Três meses depois, colocação de próteses testiculares de silicone no neoscroto formado pelos grandes lábios. O que segundo eles dará ao seu genital, uma aparência masculina, só que com um pênis pequeno.

Quarta Fase – Pós Cirúrgico. Após o procedimento cirúrgico, o cliente deverá ser acompanhado sistematicamente. Inicialmente em intervalos semanais, depois quinzenais durante os primeiros três meses e, mensalmente nos 12 meses posteriores. Sendo que a pessoa terá toda a liberdade de recorrer ao ambulatório, sempre que necessário.

Nossa experiência tem mostrado que o acompanhamento constante nas etapas, pré e pós cirúrgicas, tem sido essencial, para o êxito de nosso trabalho. Não podemos esquecer que trabalhamos com pessoas, extremamente ansiosas pela resolução de suas inadequações e, para tal, são capazes de arriscarem-se em situações nada seguras. E como sabem que o tratamento regulamentado exige dois anos de acompanhamento, muitas vezes, por influência de conhecidos, por aquilo que vêem na mídia ou lêem na internet, sentem-se muito tentadas a realização de tratamentos, que na maioria das vezes, lhes causam mais problemas que soluções. Porém arriscam-se. E temos percebido, que se conseguimos formar vínculos de confiança e apoio com nossos pacientes, poderemos minimizar o risco de tais situações.

No que se refere ao acompanhamento pós cirúrgico, temos percebido, que o acompanhamento semanal, com observação das cicatrizações, explicações e orientações específicas, tem sido essencial para o controle de possíveis complicações, para o desenvolvimento de auto conhecimento de seu novo

genital e futuro cuidado e segurança para uso sexual. Nos casos de cirurgia de masculino para feminino, nossas pacientes têm relatado prazer e orgasmo à penetração, no máximo após seis meses de cirurgia. Nos casos de feminino para masculino, obtêm orgasmo através do atrito do pênis artificial sobre o clitóris durante a penetração – mecanismo passado de um para o outro durante os atendimentos de grupo.

Os sentimentos de felicidade e satisfação apresentam-se imediatamente após os procedimentos cirúrgicos, apesar de todo desconforto real, que tais processos determinam. Porém a realização do sonho, como constantemente mencionado, parece inibir a percepção de incômodos maiores. Os relatos posteriores de adaptação, integração, felicidade e melhoria de auto estima são a constante. Seguidos pela necessidade de agilizar documentos emitidos pela equipe do Projeto, para andamento de processo junto à defensoria pública, para alteração de identidade legal. Segundo Vieira (1996), processo necessário para sua completa integração ao meio social e principalmente profissional.

Referências bibliográficas

- ANDRADE-SILVA, M.C. Formação e desenvolvimento da Identidade Sexual ou Identidade de Gênero. In Marcos Ribeiro (org.), *O Prazer e o Pensar*. p. 39-53. Rio de Janeiro: Gente, 1999.
- ANDRADE-SILVA, M.C. (2002). Sexualidade. In Jorge Martins (org.) *Caminhos para o Bem Estar*. p. 187-200. Rio de Janeiro: EPUB, 2002.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DISFORIA DE GÊNERO – HARRY BENJAMIM. *Padrões de Conduta – a resignação sexual hormonal e cirúrgica de pessoas com disforia de gênero. Minuta revisada*. Minneapolis, USA, 1990.
- CANELLA, P.R.B. e ANDRADE-SILVA, M.C. Projeto de Gênero e Transgenitalização – Apresentação de dois casos clínicos. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 14 (2):267-288. São Paulo: Iglu, 2003.
- CANELLA, P.R.B. e NOWAK, L. D. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: ANDRADE-SILVA, M.C.; SERAPIÃO, J. J.; JURBERG, P. (org.) *Sexologia – Fundamentos para uma visão Interdisciplinar*. p.90-171. Rio de Janeiro: Editoria da UGF, 1997.
- CANELLA, P.R. B. *Medicina Sexual*. Meio Digital CD. Produção própria. 2002.
- CARSON, C.; KIRBY, R.; GOLDSTEIN, I. *Textbook of erectili dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media, 1999.
- DORNELLES, C. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- ERIKSON, E.H. *Identidade Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FARINA, R. *Cirurgia Plástica Urogenital*. São Paulo: Santos, 1987.
- GORSKI, A. R. Diferenciação Sexual do Sistema Nervoso. In KANDEL, E.R.; SCHUARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. (org.). *Princípios de Neurociência*. p.1131-1148. São Paulo: Manole, 2003.
- JURADO, J.; EPPS-QUAGLIA, D.R.; INÁCIO, M. Transsexualismo Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. In CORONHO, V.; PETROIANU, A., SANTANA, E.M.; PIMENTA, L.G. (org.) *Tratado de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina*. São Paulo: Cultura Médica, 2002.
- KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H. AND JESSEL, T.M. (Eds.) *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1997.
- MESQUITA, W. P. Presidente do Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1482:97*. Brasília: D.O.U. de 19 de setembro, 1997.
- MONEY, J. e TUCKER, P. *Os papéis Sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- RAMSEY, G. *Transsexuais: perguntas e respostas*. São Paulo: Summus, 1998.
- SCHORE, A.N. The Origins of Infantile Sexuality and Psychological Gender. In *Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology of Emotional Development*. (Cap.20). New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1994.
- VIEIRA, T.R. *Mudança de Sexo: Aspectos Médicos, Psicológicos e Jurídicos*. São Paulo: Santos, 1996.
- WHITEHEAD, E.D., NAGLER, H.M. *Management of Impotence and Infertility*. Philadelphia: Saunders Comp, 1994.