

PROJETO GÊNERO E TRANSGENITALIZAÇÃO: DOIS CASOS CLÍNICOS¹

Paulo Canella²
Maria do Carmo Andrade-Silva³

Resumo

São abordados os inúmeros e complexos componentes do núcleo de base do sentimento que compõe a identidade de gênero. O transexual apresenta um sentimento de infelicidade, derivado da inadequação entre a realidade psíquica e seu corpo físico, sendo os únicos disfóricos em que há indicação para a transgenitalização. O transtorno de identidade de gênero é caracterizado segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais, (2002) da Associação Americana de Psiquiatria. O projeto de Pesquisa desenvolvido neste trabalho pode ser dividido em quatro etapas: Primeira Fase - avaliações físicas (funcionais, genitais, hormonais) e psicológicas (psiquiátricas e sexológicas); Segunda fase - confirmado o transexualismo, preparação para a efetivação da transgenitalização; Terceira fase - realização do tratamento cirúrgico de transexualização; Quarta Fase - acompanhamento sistemático, após o procedimento cirúrgico.

¹Trabalho do Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho e da Divisão Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro- Hospital Moncorvo Filho.

²Prof. Titular - Mestrado em Sexologia da UGF e UFRJ. E-mail: paraobastos@ig.com.br

³Prof. Titular e Coordenadora do Mestrado em Sexologia da UGF. E-mail: messser@ugf.br

Serão apresentados dois casos de pacientes do projeto Gênero e Trasgenitalização: o primeiro, do masculino para o feminino já na quarta fase, tendo cumprido com êxito as três primeiras fases; o segundo, do feminino para o masculino, o qual se encontra na terceira fase do projeto.

Introdução

A Identidade de gênero constitui-se através da percepção subjetiva de sentir-se homem ou mulher.

Tal conceito é extremamente complexo, formado por componentes perceptivos, conscientes e inconscientes, estruturados em diferentes épocas do desenvolvimento e advindo de diversas influências. O genital externo, as relações parentais, a linguagem e a capacidade cognitiva são fortes fatores que influenciam esta percepção. A forma de integração destes fatores, associada com o que já veio estruturado do período fetal através das relações neuroendócrinas, constituirá o núcleo de base do sentimento de acreditar-se menino ou menina, o que ocorre entre 18 e 24 meses de idade.

Os problemas com a identidade de gênero são abrangentes, englobando conflitos em relação à homossexualidade, o travestismo e o transexualismo, necessitando um diagnóstico diferencial preciso, fato fundamental na identificação do transexualismo único, disfórico, em que há indicação para a transgenitalização.

O transexualismo caracteriza-se pelo sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e seu corpo físico, englobando indivíduos com “cabeça feminina em um corpo de homem”, ou “psiquicamente homens em um corpo de mulher”. O transexual apresenta um sentimento de infelicidade ou depressão quanto ao próprio sexo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais, (2002) da Associação Americana de Psiquiatria, caracteriza o transtorno de identidade de gênero como:

- a) “Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, ou seja, não um mero desejo de obter quaisquer vantagens culturais atribuídas ao fato de ser do sexo oposto.”
- b) “Desconforto persistente ou sentimento de inadequação no papel de gênero do seu sexo”.
- c) “A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.”
- d) “a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo, ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (DSM – 2002, pág. 552.)

Os transexuais 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, posto que seu corpo é percebido como um erro.

O projeto de Pesquisa

Seu desenvolvimento pode ser dividido em quatro etapas:

Primeira Fase- avaliações físicas orgânico-funcionais (genitais, hormonais) e avaliações psicológicas, psiquiátricas e sexológicas. Nesta fase, as consultas são previamente marcadas em intervalos regulares, de acordo com as necessidades do paciente e da equipe, sendo o tempo de acompanhamento não inferior a dois anos.

Segunda fase -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 efetivação da transgenitalização.

Nos casos em que os pacientes tenham parceiros de longo curso e até mesmo vivendo “enquanto casal”, o parceiro deverá participar desta etapa, no sentido de preparar o “casal” para os procedimentos necessários.

Terceira fase- corresponde ao tratamento cirúrgico de transexualização. O transexual apresenta um sexo anatômico e, por conseguinte, os sexos 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 anatômicas que nem sempre resultam em órgãos plenamente funcionais e muito menos revelam-se esteticamente perfeitos. Esta fase conta com a colaboração do Prof. Jalma Jurado, titular de Cirurgia Plástica da Universidade de Jundiaí (SP) e do Prof. Cláudio Rebello, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Quarta Fase – Corresponde ao acompanhamento sistemático, após o procedimento cirúrgico.

Diversas providências devem ser levadas a efeito, dentre as quais:

- Previsão de internação por uma semana (tal cuidado se faz necessário, em função de trabalharmos com população muito carente e que reside distante do hospital).
- Inicialmente, o acompanhamento deve ser semanal, durante os três primeiros meses, quando exames locais são realizados e orientações são efetivadas por um médico e um psicólogo.
- Posteriormente, o acompanhamento será mensal, durante mais 3 meses e depois anual, ou sempre que a paciente tiver necessidade.

A seguir, serão apresentados os dois casos clínicos:

Caso I

Nome: V.C. B.

IG: 5227155/99

Nome feminino: Samara

Data de nascimento: 28/05/67

Data de ingresso no Projeto: 07/ 12/99

Histórico e Evolução

Altura, 1,58, Peso: 63 kg

Seios: Manequim 40.

Diâmetro do Pênis em Flacidez: 10 cm de comprimento, 10 cm de circunferência

Testículos: Direito: 3.5; Esquerdo: 2.5, ambos de consistência normal

Bolsa escrotal volumosa

Próstata: plana e atrofica.

Medicações Utilizadas: Anaciclín, (uso irregular desde os 16 anos), não sendo relatados efeitos colaterais.

Alterações Físicas e Psíquicas: já em curso, quando do ingresso no Projeto

Apresentou-se com características típicas da estereotipia feminina, quanto ao uso de roupas e complementos. Gestual e comportamentos ao sentar-se, falar e interação social também complementavam tal estereotipia. Usava cabelos longos, tingidos de preto, rosto cuidadosamente maquilado, pernas, virilhas e axilas depiladas. Rosto depilado e com sinais de poucos pêlos de origem. Não apresentava pêlos no peito, costas, barriga ou braços. Corpo arredondado e voz adequada à realidade feminina. Utilizava-se de duas calcinhas de lycra bastante justas, para manter o pênis e o escroto bem presos, para trás. Relatava que ficava assada, de tão apertado, e que só as tirava quando está sozinha em casa, quando usava apenas uma, por ser mais cômodo.

Breve Histórico de Vida

Relata sentir-se feminina desde criança. Gostava de brincar e fazer coisas das meninas (bonecas, casinha e comidinha). Morava na roça, na fazenda, até os 15 anos; brincava com umas primas, ajudava a mãe no serviço de casa e trabalhava na casa dos donos da fazenda, porque a família era muito pobre, “não tinha tostão”, segundo ela. Família – (pai, mãe e três irmãos). Na infância, maior relacionamento com a mãe, a avó e o irmão, que era mais velho um ano. Os outros dois (uma mulher e um homem) só

nasceram quando ela já tinha 12 anos e aí ela diz que foi “babá deles”. Não gostava do pai, era ruim, batia até na mãe. “Ele era muito rústico, da roça mesmo”. Uma vez raspou minha cabeça, dizendo que tinha piolho, mas era só para eu parecer mais homem – era melhor ficar trabalhando na casa da fazenda.

Escolaridade – cursou até a 4º série do ensino fundamental.

Inicialmente, quando tinha 8 anos e começou a estudar, tinha poucos problemas de relacionamento na escola, mas repetiu 2 vezes o 1º ano e, quando estava mais ou menos com 12 anos, os meninos riam e queriam bater nela. O irmão inicialmente a defendia, mas depois queria que ela reagisse como ele e batesse também, mas era mais fraca e não conseguia fazer isso e, então, saiu da escola.

Na adolescência, tudo piorou; sentia muita dor de cabeça, sentia-se péssima e vivia escondendo-se nos matos. Foi morar com a avó em uma cidade próxima e trabalhar como faxineira doméstica.

Relacionamento Sexual e Conjugal

Na adolescência, não suportava o seu pênis. Nem queria vê-lo, nunca, ejaculou dormindo. A primeira relação sexual foi aos 13 anos. Gostou de um menino e teve relacionamento anal com ele. “Mas ele não podia tocar na frente. A ereção começava e acabava sozinha, eu não mexia lá e nem deixava ele mexer”.

Relatou um outro relacionamento com penetração anal, quando tinha uns 15 anos. O homem tinha uns 30 e poucos. Segundo ela, ele gostava muito dela, mas também não os deixava olhar nem mexer na frente. Teve um outro sem penetração, só sexo oral, para ele.

Depois conheceu o atual companheiro, com 20 anos, e foram morar juntos, quando a cliente estava com mais ou menos 21 anos, e com ele vive até então. Brigam às vezes e até já se separaram por causa de bebida e uma traição dele, mas acabaram voltando. Também, com ele, o relacionamento sexual é sem que ele tenha qualquer acesso ao seu genital. A penetração é anal, fantasiando

ser penetrada como mulher. Não tem orgasmo, só prazer na cabeça e isso é o que importa, segundo ela.

A relação conjugal parece bastante estereotipada, em moldes bem tradicionais; ele trabalha fora e exerce a autoridade em casa. Não gosta que ela trabalhe fora (faxina). Ela fica em casa, cuida dos bichos (cachorro, porcos, galinhas), arruma, cozinha e lava. Relata bom relacionamento com as vizinhas, porque já mora nesse lugar há muito tempo e sempre ajuda, se alguém precisa.

Escolaridade : cursou até o 4º ano do ensino fundamental.

Acompanhamento Hormonal

Paciente permaneceu durante todo o período de tratamento fazendo o uso de Anaciclin, porque prefere e relata sentir-se muito bem com ele, sendo que os exames de controle sanguíneo mantiveram-se estáveis, não apontando qualquer necessidade de alteração medicamentosa. Está em fase de monitorização endócrina trimestral:

273

Avaliação pré-operatória

Sem Reposição	Com reposição
FSH – 25,82 u/l	> 0,3 u/l
LH – 18,62 u/l	> 0,07 u/l
Prol – 9,2 mg/ml	13,53 mg/ml
E2 – 11,42 pg/ml	> 10,0 pg/ml
P – 0,62 mg/ml	0,43 mg/ml
T 628,3 ng/ml	29,3 ng/mg
T3	182,7 ng/dl
T4	8,9 mcg/dl
T4 (livre)	1,01 ng/cl
TSH	2,64 nu/ml

Os níveis hormonais mantiveram-se dentro dos limites da normalidade, após a transgenitalização.

Avaliação Psicológica

Testes:

- Matrizes Progressivas de Raven – Escala geral Percentil – 40
- Teste 16 PF. Fatores de personalidade: Perfil em sua maioria dentro da faixa média, apresentando traços mais acentuados de: afetividade, submissão, alegria, realidade, desconfiança, praticidade, decisão e auto-controle.
- Figura Humana – Bastante primária, porém contendo todos os detalhes básicos necessários. Sem traços de desestruturação da personalidade.
- MMPI. Inventário Multifásico Minesota de Personalidade.
Todos os traços encontram-se dentro da faixa média da população em geral, não apresentando alterações psicopatológicas.

Características observadas durante o período de acompanhamento:

A paciente, na maioria das vezes, apresentou-se alegre por estar no projeto (seu principal desejo na vida); extrovertida e de fácil relacionamento interpessoal, tanto nas entrevistas com os membros da equipe, quanto nos grupos de discussões e reflexões com seus pares no projeto e na sala de espera com as outras pacientes. Apesar de muito pobre em relação a recursos culturais e financeiros, apresenta sempre uma energia positiva; é cuidada esteticamente, dentro de suas possibilidades, demonstrando sempre, forte persistência para conseguir realizar seu sonho cirúrgico.

Diagnóstico

Seguindo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (quarta edição de 2002), a paciente enquadra-se no diagnóstico 302.85, com clara atração pelo sexo masculino.

A paciente foi acompanhada em 39 atendimentos individuais e 5 reuniões de grupo, ocorridas durante dois anos e dez meses, e podemos afirmar que possui:

- a) Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto. Esta identificação já acontecia desde sua infância – quando preferia roupas, papéis e brinquedos típicos do sexo oposto; que, na adolescência, possuía claro desejo sexual por rapazes e queria ser mulher para poder namorá-los de verdade.
- b) Possui um persistente desconforto com seu sexo anatômico e sentimentos de inadequação em relação ao papel de gênero deste sexo, apresentando desejo muito antigo e constante de não ter o pênis, mas de ter uma vulva. Rejeita toda e qualquer característica sexual secundária de seu sexo anatômico, vivendo há muito tempo como uma mulher (só que, com todas as pressões, apresenta sentimento de desvalia por realmente não o ser).
- c) Fica comprovada, pelos exames realizados, que sua perturbação não é concomitante com uma condição intersexual física.
- d) E que esta perturbação lhe causa extremo sofrimento, além de prejuízos em seus relacionamentos sociais e profissionais.

Este caso foi tratado em todas as fases e em acompanhamento psicológico e médico, submetido à transgenitalização em 8/2002, com bons resultados.

Especificamente, quanto ao pós-operatório desta paciente, temos a relatar:

- As únicas complicações, no pós-operatório imediato, foram urinárias e temporárias, quando da retirada da sonda vesical. Houve sangramento do coto do corpo esponjoso por três dias, cedendo com compressão local.

- Após completa cicatrização, o que ocorreu em torno de 90 dias, e após exames locais, um molde lubrificado foi utilizado para penetração vaginal, com o propósito de avaliação da funcionalidade da neovagina e, em especial, para permitir um reassseguramento pessoal para a paciente. Tal processo aconteceu antes da liberação para a atividade sexual completa.
- As manifestações de satisfação e felicidade surgiram logo que saiu do centro cirúrgico. Apesar de todo incômodo do pós-operatório, nunca deixaram de estar presentes e freqüentemente referidas.
- Apresentou e relatou, em todo período de acompanhamento, sentir-se muito satisfeita e feliz com sua vulva, tendo relações sexuais com penetração e prazer. Relatou orgasmo durante a penetração vaginal, descrevendo perceber maior sensação, quando do toque do pênis, no fundo de seu canal vaginal (estas sensações orgásmicas, foram descritas em torno de dez meses após a cirurgia). Antes de ter o orgasmo, descrevia muito prazer e achava que a sensação estava sendo cada vez mais intensa.
- A paciente anteriormente tinha relações anais com seu parceiro; hoje menciona preferir penetração vaginal, mas cede quando o parceiro insiste muito.

Encontra-se muito bem adaptada a seu genital, relatando que, enfim, não precisa mais ficar escondendo-se. Agora, o que mais deseja é a resolução de sua situação legal, para que possa exercer papéis sociais e profissionais condignos com suas real identidade e identificação sexuais. Para a resolução desta etapa, entramos em contato com a Defensoria Pública, para encaminhamento do caso.

Figura 1 - paciente na segunda fase



Figura 2 - genitália externa na segunda fase



Figura 3 – quarta fase – pós - operatório



Figura 4 – quarta fase – pós operatório



Caso II

Nome: P.I. H.

IG: 5232150/01

Nome masculino: Patrick

Data de nascimento: 13/12/1977

Data de ingresso no Projeto: 15/06/99 – voltou em 26/09/2000 e reiniciou, de forma assídua, em 13/03/2003

Histórico e Evolução

Anamnese e Exames Físicos

Altura: 1,61, Peso: 60.700kg , Busto: 91cm. Quadril: 91 cm

Vulva: Clitóris aumentado - Seios: normais e sem nódulos - Vagina: normal - Ovários presentes - Menstruação: regular.

Medicações Utilizadas - não tem tomado hormônios há quase um ano.

Alterações Físicas e Psíquicas já em Curso, quando do Ingresso no Projeto. Apresentou-se com características típicas da estereotipia masculina, quanto ao uso de roupas e complementos. Seu gestual e comportamentos ao sentar-se, falar e interação social, também colaboravam como complementos desta estereotipia. Possui cabelos claros e curtos. Não aparentava sinais de pêlos no rosto, no peito e braços (porém esta falta de pêlos não comprometia suas formas masculinas – aspecto de adolescente masculino imberbe).

Utiliza uma atadura elástica em torno do peito, com o objetivo de comprimir os seios. Faz uso de camisões largos e camiseta por baixo, para que os seios não sejam percebidos. Utiliza uma massa (geleca) para fazer volume dentro da cueca.

Breve Histórico de Vida

Sempre foi mais ligado à mãe e à avó; o pai era mais repressor, nunca se entenderam e ele bebia muito. Quando criança, desde pequeno, gostava de vestir short sem camiseta e relata que, quando, pequeno, “ não era

tão difícil, mas quando vinham com os vestidos, era uma tragédia, e não queria mesmo”.

Os pais se separaram quando tinha 12 anos e ficou sem contato com êle até os 18 anos. O pai ficou morando na casa de praia e ele e a mãe com a avó – mãe da mãe. “Quando eu fui revê-lo aos 18 anos, ele insistiu na história do que realmente eu era. Se era lésbica ou o que, aí afastei-me de novo, “não dá”.

Relata, ainda, que ...“na escola, no final do primário, não tinha muitas amizades não, já me achavam esquisita e me chamavam de sapatão e isso era muito ruim, incomodava muito”. “Uma vez disse para um menino que ele ia ver, que quando eu crescesse eu ia fazer uma operação e virar homem. Eles riam e debochavam de mim”. Na puberdade/ adolescência “foi aquele drama, porque eu não podia namorar a garota de que eu gostava. Ficava com muita raiva, porque os garotos foram ficando grandes, com corpo de homem e eu não”. Nesta época, diz que não conseguia se encaixar em nenhum grupo. “Na rua ainda conseguia jogar bola, mas de resto, ficava sozinho - Me fechei mais ainda”.

A menstruação ocorreu aos 12 anos; a mãe ficou toda feliz, querendo ensinar como me cuidar, que deveria agora ter mais cuidado com os garotos e eu ficava com muita raiva do que ela estava falando, porque eu queria era beijar na boca de uma garota – “e a menstruação só me irritava”. Não podia mais arrancar a camiseta como fazia antes, e aí começaram as tentativas de esconder os seios. Utilizava-se de 2 camisas – Uma bem apertada, para achatar e outro camisão, bem largo, por cima, para disfarçar.

Saiu da escola no 1º ano do 2º grau, não agüentava os deboches e ser chamada de sapatão. Mais tarde saiu da casa da mãe e foi morar na praia de Mauá com a namorada – por isso se afastou um tempo, não dava para vir. Agora voltou para a casa da mãe e a relação com ela e com avó está bem melhor.

Relacionamento Afetivo-Sexual

Com 13 anos, teve uma namorada lésbica, “e não sabia direito o que estava acontecendo –” era uma confusão na minha cabeça”. Nunca teve qualquer atração por homens ou qualquer contato sexual com eles. Tentou se enquadrar como mulher, mas também não conseguia e também não conseguia se enquadrar no grupo de lésbicas – Não se encaixava em nada. Teve outras namoradas. No sexo, utilizam masturbação com a mão e boca dele para ela – nele, não.

Escolaridade: cursou até o 1º ano do 2º grau.

Acompanhamento Hormonal

O paciente passou a fazer uso de gel – Fenilpropionato de testosterona – 60ml – duas vezes ao dia. Porém, após um pote (1 mês), relatou muita dor de cabeça – segundo ele, alucinante, e não melhorou as características sexuais secundárias; aí, parou de usar este medicamento. Solicitados exames hormonais e reorientado para adaptação ao uso de Metiltestosterona, com dose inicial de 1 mg – 1 comprimido ao dia.

Não houve melhoria no desenvolvimento de características sexuais secundárias. Passou a usar Durateston 250 mg., inicialmente de 30 em 30 dias (3 ampolas) e, após esta forma, passou-se de 20 em 20 dias (1 ampola). Ouve boa adaptação e o paciente não relata efeitos colaterais. As características sexuais secundárias, no entanto, ainda não são acentuadas.

A monitoração endócrina está sendo realizada a cada 3 meses. Somente após oito meses, é que obteve suspensão menstrual e os pelos das pernas encontravam-se em maior abundância e espessura; porém, o rosto ainda só apresenta espinhas e raríssimos fios de barba.

Avaliação pré-operatório para mastectomia - primeiro tempo cirúrgico

Sem Reposição	Com reposição
E1	27 pq/ml
E2 - 21,63 pq/ml	52,0 pq/ml
P - 0,19 pq/ml	
T - 79,3 pq/ml	4203 pq/ml
TSH - 2,30 pq/ml	7,68 mc/ml
T3 152 ng/ml	1,37 ng/ml
T4 8,10 mcg/dl	7,1 mcg/ml
T4 (livre) 1,09 mg/dl	
FSH 5,11 u/l	8 u/l
LH 6,00 v/l	2,6 v/l
Prol - 12° mg/ml - 10,9 mg/ml	
Androstenediona 27,41 pg/ml	67,0 pg/ml
Dehidroepis 162 mcg/dl	17,9 mg/ml
T. livre 1,6	14,5 mg/ml
Dihidrotestot. 123 pg/ml	498 pg/ml
Cal total - a baixo de 200	
LDL	
HDL	

Os níveis hormonais mantêm-se dentro dos limites da normalidade após a mastectomia subcutânea

Avaliação Psicológica

Testes:

- Matrizes Progressivas de Raven - Escala geral. Percentil : 75 -
- Teste - 16 PF.

Fatores de personalidade: Apontou características de um indivíduo um pouco mais reservado, com uma inteligência média, muito emotivo, alegre, impulsivo, muito realista e prático, genuíno, confiante e mais conservador. Medianamente auto-suficiente e medianamente tenso.

- Figura Humana – Apresentando-se com todos os detalhes necessários à percepção de não presença de desestruturação de personalidade, porém observando-se fortes traços de timidez e falta de confiança
- MMPI – Inventário Multifásico Minesota de Personalidade. O traçado de personalidade apresenta-se dentro da faixa média da população geral, sendo que as características de M.F. (masculinidade – feminilidade) encontram-se levemente acima da média, indicativo de algum desvio de interesse quanto ao padrão básico para outro sexo.

O Paciente, quando voltou a morar com a mãe, passou a freqüentar o ambulatório com assiduidade, apesar de demonstrar constantes atrasos, com respeito aos horários. Trabalha atualmente como vendedor de planos de saúde, sem carteira assinada, porém já trabalhou dirigindo Kombi e em salão de beleza. Durante todo o período de acompanhamento tinha namorada. Duas delas vieram ao ambulatório para entrevista e tinham conhecimento de seu problema. (As parceiras apresentavam-se completamente dentro das estereotípias heterossexuais femininas). Ambas tinham filho de relacionamentos anteriores. No meio do período de acompanhamento, o paciente passou a utilizar um pênis de borracha com cinto, para penetrar.

Diagnóstico

Após ter sido acompanhado durante 38 atendimentos individuais, durante os 2 anos, podemos afirmar que Patrick possui:

- a) Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto. Que esta identificação já acontecia desde sua infância – quando

- preferia roupas, papéis e brinquedos da estereotipia do sexo oposto. Na adolescência, possuía claro desejo sexual por mulheres e queria ser homem para poder namorar de verdade.
- b) Possui um persistente desconforto com seu sexo anatômico e sentimentos de inadequação em relação ao papel de gênero deste sexo. Apresenta desejo muito antigo e constante de não ter vulva e de ter um pênis. Rejeita toda e qualquer característica sexual secundária de seu sexo anatômico e vive há muito tempo como um homem (só que com todas as pressões e desvalias, por realmente não o ser).
 - c) Fica comprovado pelos exames realizados, que sua perturbação não é concomitante com uma condição intersexual física.
 - d) E que esta perturbação lhe causa extremo sofrimento, prejuízo em seus relacionamentos sociais e profissionais.

Caso em evolução

Submetido à mastectomia subcutânea bilateral; programada histerectomia com ooforectomia bilateral, por videolaparoscopia (o abdome deve der preservado sem incisões, para possível faloplastia posterior).

Após mastectomia, o paciente, que sempre apresentava uma postura arqueada para frente, agora relata estar “Feliz da Vida”; estica-se todo, anda de camisa com os dois botões superiores abertos, vai à praia e passou a fazer exercícios para desenvolvimento de musculatura peitoral. Segundo ele, só estar livre das mamas e da menstruação, já é muita coisa.

Figura 5 – segunda fase -aspecto geral e das mamas

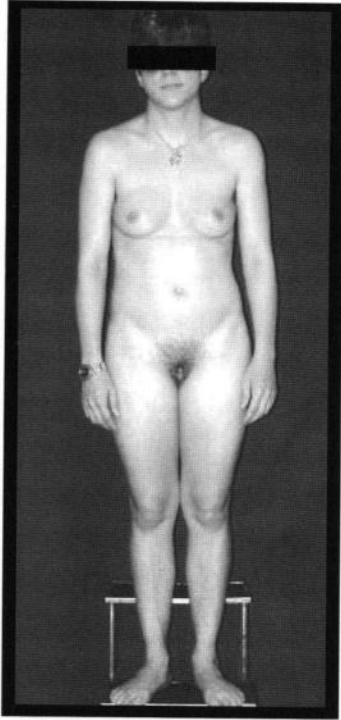
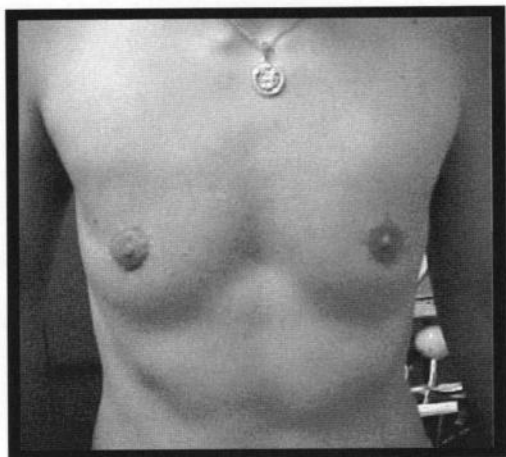


Figura 6 – segunda fase - aspecto da genitália externa



Figura 7 – terceira fase - mastectomia subcutânea - resultado tardio (doze semanas)



Bibliografia

ANDRADE SILVA, M.C. A Construção da Sexualidade da Criança: formação e desenvolvimento da identidade sexual ou de gênero. In Marcos Ribeiro. *O Prazer e o Pensar*. São Paulo: Gente, 1999.

ANDRADE SILVA, M.C. E CANELLA, P. - Projeto - Gênero e Transgenitalização - Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho e Divisão Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAPES), 1999.

ALLEN, L.S., HINES, M., SHRYNE, J.E., GORSKY, R.A. Two Sexually Dimorphic Cell Groups in the Human Brain, *Journal Neuroscience* 9(2), 497-506, 1989;

BRADLEY, S.J. & ZUCKER, K.J. Gender Identity Disorder: a Review of the Past 10 Years, *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 872-880, 1997.

CANELLA, P.R.B - *Sexologia e Medicina* - Aspectos bio-psico-sociais - Edição do Autor para o Mestrado em Sexologia - UGF em CD- Rom, 2003 CFM-Conselho Federal de Medicina; Resolução nº 1482 / 1997.

- COUTO,E.S. – *Transexualidade- O Corpo em Mutação*. Salvador:Editora Grupo Gay da Bahia, 1999.
- DSM (Diagnostic and Statistical Manual) - Associação Americana de Psiquiatria - quarta versão (DSM-IV), 1994.
- IMPERATO-MCGINLEY,J; PETERSON,RE; GAUTIER,T; STURLA,E. Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5-alfa-Reductase deficiency, *The New England Journal of Medicine*, 300(22) 1233-1237, 1979.
- KANDEL.E.R. – Cérebro e Comportamento - In Kandel, E. R., Schwartz,J. N. e Jessel. T. M. – Fundamentos da Neurociência e do Comportamento (Cap. 1 e 2, pag.. 5 – 33) – Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda., 1997.
- KANDEL.E.R., SCHWARTZ,J.H. AND JESSEL,T.M.(Eds.) – Fundamentos da Neurociência e do Comportamento – Editora Prentice-Hall do Brasil, 1997.
- KELLY, D. E JESSELL, T. *Sexo e o Cérebro* – IN E.R. Kandel, J.N. Schwartz, e T.M. Jessel. Fundamentos da Neurociência e do Comportamento (Cap. 31, pag.. 463-473) – Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda. 1997.
- MASTERS, W. & JOHONSON, V.& KOLODNY, R. *Human Sexuality* .New York: Harper Collins Publishers, 1992.
- MONEY, P. E TUCHER,P. *Os papéis Sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- NAHOUM, J.C. - Determinismo Sexual: Estados Inter- sexuais. IN *Enciclopédia Médica Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia* .São Paulo: Manole, 1982.
- NETTER, F. H. – Endocrine Sistem and Selected Metabolic Diseases. IN *The Ciba Collection of Medical Illustration* – New York, Ciba Pharmaceutical Company, 1965
- QUINTANA, D. J. e col. – Central Genético de la Diferenciación Sexual. *Rev. Latinoamericana* .Esteril y Fertil, v. 9(1): 17-32, 1995.
- 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, inc, Publishers, 1994
- SILVA,A . *C.A Sexualidade Humana Comparada* .Rio de Janeiro:Achiamê, 1980

TORRES,W., JURBERG, P. Ser Homem ou Ser Mulher: A Identidade Neuro-psíquica de Gênero como Fator Determinante, *Dissertação de Mestrado em Sexologia*. Universidade Gama Filho.Rio de Janeiro 2001.

WILSON,J.D. – The Role of Androgens in Male Gender *Role Behavior Endocrine Reviews*, 20(5):726-737, 1999.

WILSON,J.D.; GRIFFIN,J.E; GEORGE,F.W.- Sexual Differentiation: Early Hormone Synthesis and Action, *Biology of Reproduction*, 22, 9-17, 1980.

ZHOU,JN; HOFMAN,MA; GOOREN,LJG; SWAAB,DF - A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality, *Nature*, 378, 68-70, 1995.