

RESUMO

O transexualismo masculino é uma condição que exige a atuação de profissionais de diversas áreas para o diagnóstico e tratamento. De vital importância é o correto diagnóstico, uma vez que o tratamento cirúrgico é irreversível e, se incorretamente indicado, pode levar até ao suicídio. Os elementos diagnósticos são essencialmente clínicos e um período-teste de observação de dois anos é recomendado antes da realização da cirurgia. Nesse período são utilizados recursos psicoterápicos e prescrita medicação anti-androgênica e estrogênica para adequação dos caracteres sexuais secundários. No presente artigo de revisão são abordados os conceitos necessários à conduta nos casos de transexualismo, bem como as opções terapêuticas disponíveis. (Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45/4:407-414)

Unitermos: Transexualismo; Papel de gênero; Antiandrogênios; Estrogênios.

ABSTRACT

Male transsexualism is a condition involving the cooperation of multiple specialists for diagnosis and treatment. Correct diagnosis is crucial once the surgical treatment is irreversible and if mistaken can lead to suicide. Diagnostic cues are essentially clinical and a test period of two years is recommended before surgery. During this period psychotherapy and antiandrogen and estrogen prescriptions are made to achieve secondary sexual characters adequacy. In this review article the concepts required for good practice in transsexualism are discussed as well as the therapeutic options available. (Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45/4:407-414)

Keywords: Transsexualism; Gender role; Antiandrogen; Estrogen.

OS TERMOS ESPECÍFICOS UTILIZADOS nesta revisão encontram-se na tabela 1. O transexualismo como um fenômeno, claramente contrasta nossos entendimentos comuns sobre sexualidade (1,2), mas não é uma depravação sexual (3) e sim a forma mais extrema de distúrbio da identidade sexual (4). Também chamado de disforia de gênero (5), é uma incompatibilidade entre o sexo anatômico de um indivíduo e a sua identidade de gênero (6).

Nestes indivíduos, o desejo de pertencer ao sexo oposto é extremamente forte, procurando desesperadamente a terapia hormonal e a cirurgia, com este objetivo (7,8).

Conseqüentemente seu sofrimento é tanto e tão urgente que podem chegar ao extremo de auto-mutilação e suicídio (4).

HISTÓRICO

Desde a primeira descrição, por Esquirol (9), no século IX, a classe médica tem sido questionada sobre os aspectos médicos, legais, sociais e éticos do transexualismo.

Amanda V. Luna de Athayde

*Ambulatório de Endocrinologia
Feminina, Instituto Estadual de
Diabetes de Endocrinologia Luiz
Capriglione (IEDE), Rio de Janeiro, RJ.*

*Recebido em 24/05/01
Aceito em 29/05/01*

Tabela 1. Glossário (1).

Gênero	é o que o ser humano se torna socialmente, em termos de homem ou mulher.
Identidade de Gênero	é convicção interna de masculinidade ou feminilidade.
Papel do gênero (<i>gender role</i>)	é o estereótipo cultural do que é masculino ou feminino.
Desordens da identidade de gênero	é quando existe uma discordância entre o sexo biológico e sua identidade de gênero, entre as quais se encontra o <i>transexualismo</i> .

Dr. Harry Benjamin, na década de 40, foi quem estudou os primeiros pacientes transexuais, como eles se descreviam a si próprios, sem nenhum suporte bibliográfico prévio. Sem uma terminologia adequada, na época, suas descrições precoces deste fenômeno são idênticas às atuais: reconhecimento precoce, tentativas de se vestir como o sexo oposto secretamente, a culpa, as tentativas sem sucesso de mudar seus desejos e sentimentos e tentativas de “purificações” episódicas ou contínuas.

Os pacientes encontraram em Harry Benjamin e sua equipe uma compreensão de seus problemas e um guia para alcançar as modificações que desejavam. Estes profissionais merecem nosso respeito por sua coragem em procurar uma descrição e solução para um fenômeno que, até então, não havia sido descrito e para o qual não havia qualquer tratamento (10).

Em muitos países os transexuais são tratados de acordo com os Padrões de Cuidados (*Standards of Care*) da Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin. O principal objetivo destes padrões é divulgar o consenso desta organização sobre o tratamento psiquiátrico, psicológico, clínico e cirúrgico das desordens de identidade do gênero (11).

Existe ainda a Escala de Orientação Sexual de Dr. Harry Benjamin que ilustra seis categorias diferentes da Síndrome Travestismo-Transexualismo, ajudando profissionais e pacientes a pensar sobre seu verdadeiro diagnóstico.

Desde as décadas passadas os status cultural e social dos transexuais têm mudado, em alguns países, consideravelmente. Em muito deles, possuem organizações próprias, obtiveram direitos legais e acesso a planos de saúde. A atitude dos profissionais de saúde também tem mudado muito (12), o que, infelizmente, ainda não é o caso do Brasil.

NOMENCLATURA

O termo *Transexual* surgiu do uso profissional e leigo,

na década de 50 para designar uma pessoa que aspirasse realmente viver no *gender role* anatomicamente contrário, independente do uso de hormônios e de mudanças cirúrgicas. Durante as décadas de 60 e 70, os clínicos começaram a usar o termo “Verdadeiro Transexual” para designar aqueles que comprovadamente viveriam melhor após um curso terapêutico que culminaria com a cirurgia genital. Finalmente o termo “síndrome de disforia de gênero” foi adotado para designar a presença de um distúrbio de gênero.

O diagnóstico de transexualismo foi introduzido no DSM-III (Manual Diagnóstico e estatístico das Desordens Mentais) em 1980, para os indivíduos com gênero disfórico que demonstrassem durante, pelo menos, dois anos, um interesse contínuo em transformar o sexo do seu corpo e o status do seu gênero social.

Em 1994, o DSM-IV trocou o termo *Transexualismo* por *Desordem da Identidade de Gênero*, que também pode ser encontrado no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

Entre a publicação do DSM-III e o DSM-IV, o termo *Transgênero* passou a ser usado em referência a pessoas com identidade de gênero não comuns, de qualquer tipo. Este termo não significa um diagnóstico formal, mas muitos profissionais e leigos o acharam mais fácil (11).

Por esta mesma facilidade, empregaremos o termo *Transexualismo*, neste texto.

O TRANSEXUALISMO É UMA DESORDEM MENTAL?

Para ser classificado como desordem mental, um tipo de comportamento deve resultar em uma grande desvantagem de adaptação para uma pessoa ou causar um enorme sofrimento mental. A designação da desordem de identidade de gênero como desordem mental não autoriza a estigmatização e nem a privação dos direitos civis dos pacientes. O uso de um diagnóstico formal é sempre importante para se oferecer ajuda, promover cobertura de planos de saúde e pesquisas para oferecer tratamentos futuros mais efetivos (11).

ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

Em relação ao psiquismo, entre os transexuais podemos encontrar variações, desde psicoses até a total normalidade, exceto pelas conotações associadas ao seu problema propriamente dito, sendo, no entanto, importante usar as recomendações do DSM-IV, para o diagnóstico correto (13,14).

Mesmos nos psicóticos ou altamente neuróticos, uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento,

segundo a maioria dos autores, não os piora e muitas vezes os melhora, principalmente quando o acompanhamento psiquiátrico é mantido (6).

Entre os vários trabalhos comprovando que o transexualismo é usualmente um diagnóstico isolado e não parte de uma doença psicopatológica maior, selecionamos o de Cole e cols., que estudaram 435 transexuais, 318 Masculinos para Femininos ($M > F$) e 117 Femininos para Masculinos ($F > M$), dois terços durante o uso de hormônios para mudar seus caracteres sexuais secundários. Um quarto destes tinham tido problemas com abuso de substâncias antes de entrarem no tratamento e menos 10% evidenciou problemas de doença mental, mutilação genital e tentativas de suicídios (6).

PREVALÊNCIA

Não é uma condição comum, mas sua prevalência sofre grande variação, como de 1 em 50.000 para 1 em 100.000 pessoas (9), podendo, os estudos epidemiológicos que reportam uma frequência maior, serem influenciados por erro de diagnóstico diferencial. Os dados dos estudos mais antigos apontam, para o transexualismo no adulto, 1 em 37.000 homens e 1 em 107.000 mulheres e, atualmente, o mais recente, da Holanda, 1 em 11.900 homens e 1 em 30.400 mulheres (11).

Há predominância no sexo biológico masculino, embora nas mulheres o desempenho do papel do gênero seja mais exagerado (15), a não ser na Alemanha, cuja relação homem/mulher, era 1/1 em 1997, num número total estimado de 2.000-4.000 transexuais (12). Outro estudo, na Escócia, em 1999, mostrou uma prevalência de 8,18 em 100.000, com uma relação homem/mulher igual a 4/1 (16). Em crianças, num levantamento em uma clínica psiquiátrica canadense, de 1978 a 1995, encontraram-se 275 transexuais, com uma relação meninos/meninas igual a 6,1/1 (15).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico merece extremo cuidado, pois um erro pode ter conotações trágicas. Como a etiologia ainda é controversa, não existe um marcador biológico e apenas o critério clínico pode ser utilizado (9).

Os principais diagnósticos diferenciais são: homossexualismo, travestismo, início precoce de distúrbios da personalidade, crises da adolescência, disforia de gênero induzida, distúrbios intersexuais e psicóticos (12). Os principais elementos para o diagnóstico são enumerados a seguir.

História sexual e social, determinando como e quando o seu desejo de pertencer ao sexo oposto apare-

ceu, analisando-se ano a ano, até os dias atuais. A entrevista com familiares quase nunca acrescenta nada, exceto em crianças, pois, geralmente, estão alheios ou contra a situação, principalmente no nosso meio cultural.

Geralmente encontram-se os *indicadores diagnósticos* muito cedo, até mesmo antes de suas memórias mais precoces. Algumas vezes, estes indicadores podem aparecer mais tarde, como na época da puberdade, por exemplo, ou logo antes, mas nestes casos, deve-se ficar mais atento ainda para o diagnóstico diferencial de travestismo. Estas manifestações nem sempre são muito claras como: "Eu sempre me senti diferente, mas eu não sabia como!", ou "Eu sabia que não gostava de fazer coisas que os garotos da minha idade gostavam!".

A *freqüência de masturbações* é baixa, porque têm extrema antipatia pelo seu órgão genital, preferindo não tocá-lo. Se o fazem geralmente assumem atitudes e manipulações femininas.

As *relações heterossexuais* são praticamente inexistentes. Em relação às mulheres transexuais existem algumas diferenças, como, por exemplo: não existem mulheres travestis. Ou são ou não são transexuais. Outra diferença é que as mulheres, transexuais ou não, têm sempre pequena freqüência de masturbações, de modo que é arriscado usar isto como um indicador de que evitariam seus órgãos genitais.

Impulso sexual: é muito baixo nos transexuais, diferentemente dos travestis.

ETIOLOGIA

As possíveis causas das distúrbios de identidade de gênero podem ser subdivididas em genética, hormonal pré-natal, social pós-natal e determinantes hormonais pós-puberais, embora uma etiologia definitiva não possa ainda ser estabelecida (8). Sem um marcador biológico, a síndrome tem sido definida apenas por critérios clínicos (9).

Atualmente apontam-se também algumas diferenças anatômicas cerebrais entre transexuais e não transexuais e ainda alguns fatores de "criação" têm sido associados.

A hipótese mais aceita é de que se trata de uma diferenciação sexual prejudicada a nível cerebral (17). Anomalias funcionais ou morfológicas que interferiram na ação dos androgênios a nível cerebral podem ser responsáveis pela dissociação radical entre o sexo psicológico, gonadal, hormonal e fenotípico no transexualismo. Fatores hormonais (hormônios gonadais ou adrenais, receptores hormonais, mecanismo de transdução dos sinais hormonais, neurosteróides, neurotransmissores etc) desempenham um papel importante na formação da identidade de gênero (18).

Zhou e cols (19) mostram que o volume da subdivisão central do leito do núcleo da *stria terminalis* (BSTc), área essencial para o comportamento sexual, é maior em homens que em mulheres. O mesmo volume feminino é encontrado em transexuais. O tamanho do BSTc, segundo estes autores, não é influenciado pelos hormônios na vida adulta e é independente da orientação sexual. Este trabalho mostra uma estrutura feminina cerebral em transexuais geneticamente masculinos e fortalece a hipótese de que a identidade de gênero se desenvolve como resultado de uma interação entre o cérebro em desenvolvimento e os hormônios sexuais. Outros autores acham, entretanto, que, mais do que causa, estas alterações seriam efeitos do meio hormonal na vida adulta, concluindo que o dimorfismo sexual no cérebro adulto seria causado unicamente pelos esteróides sexuais circulantes (20,21). Por outro lado, o trabalho de Zhou e cols tem recebido confirmações de vários outros, sendo o mais atual o de Kruijver e cols (22).

Embora tenha sido descrita diversidade de dermatoglifos, assim como da assimetria cerebral, de acordo com os níveis de hormônios pré-natais, estudos recentes não lograram estabelecer uma associação entre essa diversidade e o transexualismo (23).

Green (24), estudando 10 grupos de familiares com problemas de gênero, encontrou associações familiares para casos de transexualismo e de transexualismo com travestismo. Para transexuais: um grupo de gêmeos monozigóticos, três grupos de irmãos, um grupo de irmã e irmão, um grupo de irmãs, um grupo de pai e filho; para transexuais e travestis: um pai transexual com um filho travesti, um pai travesti com um filho travesti e um pai travesti e uma filha transexual. Poderiam, então, as novas técnicas de estudos genéticos contribuir para a identificação de um marcador diagnóstico desta síndrome?

Geralmente a visão psicanalítica do transexualismo varia entre várias teorias. Entre elas encontramos conceito de desordem narcísica, na qual a constituição do *self* encontra-se profundamente prejudicada (25), até de que se trata de manifestação de uma aversão à homossexualidade. Conseqüentemente a única maneira de um homem, por exemplo, poder fazer sexo com outro homem, sem culpa, seria através modificação hormonal e cirúrgica do seu corpo.

EQUIPE TERAPÊUTICA

A equipe terapêutica deve ser multidisciplinar, composta de psiquiatras, psicólogos, endocrinologistas, ginecologistas e cirurgiões (8,11).

A não ser que o terapeuta seja um especialista sobre este problema, em toda a sua vida profissional, vê,

no máximo, 2 a 3 casos de transexualismo. Por isto seus próprios preconceitos e resistências não são bem trabalhados, o que é mau para si próprio e para os pacientes. Os profissionais da equipe precisam ter experiência e a “mente aberta” para que sejam bem sucedidos.

O paciente deve ser recebido numa atmosfera de simpatia, compreensão, saber que é um ser humano, que precisa ser ouvido, ajudado e não julgado. Uma das principais queixas destes pacientes é que têm a impressão de que os profissionais os olham como um ser esquisito e que ficam extremamente desconfortáveis quando falam sobre seu desejo de submeter-se a uma cirurgia radical.

Os transexuais têm que sentir que se compreende a sua urgência cirúrgica, não como algo leviano, mas como um desejo genuíno de transformação em alguém que sempre quiseram ser. O objetivo é criar um corpo em conformidade com a imagem auto-percebida desde a sua memória mais remota.

TRATAMENTO

A única maneira de melhorar esta condição clínica é a troca de sexo social e genital, além de psicoterapia de apoio para evitar complicações dramáticas (9). Sem tratamento, a condição é crônica e sem remissão.

ÉPOCA DE PROCURA DE TRATAMENTO

Os transexuais masculinos geralmente procuram tratamento próximo aos 30 anos, não sendo raros indivíduos de meia idade, inclusive já tendo sido casados com mulheres e sendo pais de filhos, que referem como impedimento da procura mais precoce (26). Quanto aos transexuais femininos o fazem em torno dos 20-25 anos, sendo rara a procura na meia idade (27).

Obviamente que, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, melhor, pois poderemos retardar o aparecimento de caracteres sexuais secundários, facilitando a aparência própria do sexo desejado, embora um erro diagnóstico nesta faixa etária seja totalmente catastrófico. Nesta fase se faz necessária uma comunicação estreita com os pais, cooperação e orientação dos mesmos, assim como terapias individuais e familiares (28).

Cohen-Kettenis e cols. (29) relatam o acompanhamento por mais de 10 anos de transexuais adolescentes. O diagnóstico foi feito em duas fases, sendo a primeira diagnóstica propriamente dita e a segunda o chamado *período teste*. Para os adolescentes com disforia de gênero não transexuais foram oferecidas psicoterapia e intervenções psiquiátricas. Para os transexuais, a terapia hormonal, que consistia na administração de dois tipos de hormônios: o primeiro para parar o desenvolvimento

de caracteres sexuais secundários próprios do sexo biológico, geralmente o análogo do LH-RH (LH-RHa) (30) e o segundo, após algum tempo de uso do primeiro, durante o qual se intensificava a avaliação clínica, para o desenvolvimento dos caracteres do sexo desejado. A cirurgia, nestes casos, não difere da do adulto, mas a idade mínima é de 18 anos, segundo a maioria dos autores (31,11). Um erro diagnóstico, nesta fase, acarreta conseqüências mais catastróficas ainda mas, se a indicação for correta, os resultados são melhores que nos adultos.

PSICOTERAPIA

A psicoterapia é adequada para os transexuais, para ajudá-los a conviver com as pessoas que os cercam, para terem uma visão mais realista do tratamento cirúrgico a que se submeterão e para encarar sua vida futura após a cirurgia, pois a maioria deles a vê como uma “panacéia mágica”, achando que todo o mundo mudará após a mesma (32).

Dentre as técnicas psicoterápicas, a psicanalítica, a comportamental e a cognitiva raramente são recomendadas (33). Não podemos pensar, neste tratamento, em termos de mudar seu desejo de troca de sexo. Isto dificilmente acontecerá. Geralmente encontramos muita resistência nestes pacientes a falarem sobre seus problemas, devido a inúmeras rejeições sofridas, freqüentemente de profissionais (34).

Como a psicoterapia não alterará a profunda incongruência entre o sexo biológico objetivo e a identidade de gênero subjetiva de um transexual, o tratamento hormonal e cirúrgico para mudar o corpo em direção ao sexo desejado são as únicas soluções para este dilema.

CIRURGIA

O transexualismo é uma total inversão de identidade de gênero e o objetivo é a mudança de toda a maneira de viver, com todas as conotações sociais, muito além do que uma transformação cirúrgica possa oferecer.

Os transexuais, algumas vezes, dizem que a cirurgia não tem como objetivo principal uma vida sexual ativa, mas sim igualar a aparência de seu corpo com a sua imagem interna do mesmo. De forma parentética, alguns, para fins profissionais ou práticos, continuam a se vestir como homem, mas aliviados, pois seus corpos, agora, casam com sua imagem interna de si próprios. No extremo oposto, encontramos aqueles que têm como objetivo principal uma vida sexual ativa e até a adoção de uma criança.

Antes da indicação cirúrgica é necessário forte indício diagnóstico de verdadeiro transexualismo, além de julgamento do risco *versus* benefício da mesma.

Antes da cirurgia, na maioria dos centros de tratamento, exige-se que o transexual viva por um longo tempo, geralmente de 1,5 a 2 anos, no papel inverso do seu sexo biológico, como um período de teste (35).

Durante este período, são submetidos a medicação hormonal, aconselhados a se vestirem totalmente de acordo com o sexo desejado, enfim, vivendo totalmente de acordo com sua suposta identidade de gênero. Isto é importantíssimo, pois gradualmente adquirem conforto e espontaneidade em seu novo papel. Vivem momentos bons ou maus, ao mesmo tempo que têm um *feedback* de como as pessoas reagem a isto, uma vez que, na maioria das vezes, sua convicção pessoal não está muito firme de que se sentirão bem após a cirurgia. Pacientes bem preparados durante este período, geralmente, tornam-se bem integrados socialmente depois da correção cirúrgica.

Este período é importantíssimo para a indicação cirúrgica, que só é feita após toda a equipe concordar com a mesma (36).

Para uma minoria de profissionais, o fato de se vestirem como o sexo oposto é suficiente, mas os verdadeiros transexuais têm horror às suas características sexuais secundárias próprias de seu sexo biológico, não se satisfazendo com uma simples castração, mas exigindo a criação de uma neo-vagina, como prova definitiva de que estão de acordo com sua imagem interna.

Para os verdadeiros transexuais a sensação no pós-operatório é de que se livraram de uma imensa carga e que, agora, podem realmente viver sua nova vida.

Várias técnicas cirúrgicas são utilizadas, não apenas procurando atingir o objetivo estético, mas também funcional da genitália, tentando preservar a capacidade destes indivíduos de atingirem o orgasmo (37,38).

Além da cirurgia para a troca de sexo, outros procedimentos cirúrgicos podem se fazer necessários como a rinoplastia (39), por exemplo, para que se adquira uma face mais feminina. Também pode ser necessária uma fonocirurgia (40,41) para afinar a voz, e mamoplastia, para aumentar as mamas (42,43).

A maioria dos estudos mostra grande melhora subjetiva em 2/3 dos pacientes que se submetem à cirurgia e hormonioterapia, com diminuição dos índices de suicídios e descompensação psicótica.

SEGUIMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Landen e cols. (44) fizeram o seguimento pós-cirúrgico de transexuais aprovados para serem operados na Suécia entre 1972-92, num total de 218 indivíduos. Destes, 3,8% arrependeram-se e solicitaram retorno ao corpo do sexo biológico, o que nem sempre foi pos-

sível. Os motivos deste arrependimento foram, principalmente, dois: falta de suporte familiar ou diagnóstico incorreto de transexualismo. Isto nos ensina a necessidade do apoio familiar e dos amigos dos pacientes como pré-requisito para a cirurgia.

Outra grande lição é que não podemos abrir mão da experiência dos profissionais da Associação Internacional Harry Benjamin, que elaboraram o consenso sobre o Padrão de Cuidados destes pacientes, seguindo suas normas diagnósticas (45).

TERAPIA HORMONAL

Apenas os tratamentos hormonal e cirúrgico, com troca do sexo, satisfarão os anseios dos pacientes e melhorará sua condição mental. O tratamento hormonal só pode ser prescrito após um consenso ser alcançado em relação a uma forte suspeita diagnóstica de transexualismo e sob supervisão médica (3). É iniciado no chamado *período teste*, em que o paciente nos chega do psiquiatra, onde obteve anteriormente uma série de dados que o levaram a suspeitar fortemente de transexualismo.

Focalizaremos aqui apenas os transexuais masculinos. Nestes casos lançaremos mãos de um anti-androgênio, que irá diminuir as características masculinas. Mais freqüentemente, entretanto, os pacientes chegam a um centro especializado para tratamento já em uso de auto-medicação. Outro hormônio a ser utilizado é o estrogênio. Devemos estabelecer a via de administração e as doses adequadas para evitar os efeitos colaterais e as complicações, obtendo o melhor resultado terapêutico.

Antiandrogênios: *Flutamida*, 750mg/dia, via oral. O emprego desta substância nos parece inadequado, pois além da sua hepatotoxicidade, não bloqueia a secreção das gonadotrofinas e, conseqüentemente, dos androgênios (46). *Acetato de ciproterona*, 50-100mg/dia, via oral. É o mais usado atualmente, pois além da sua ação antiandrogênica, bloqueia as gonadotrofinas e conseqüentemente a produção de androgênios gonadais.

Estrogênios: *Etinil-estradiol*, 0,1mg via oral/dia; *Valerianoato de Estradiol*: 1 a 2mg via oral/dia; *Estrogênios Equinos Conjugados*: 0,625 a 1,25mg via oral/dia; *17 β -Estradiol*: 1 a 2mg via oral/dia; *17 β -estradiol transd \acute{e} rmico*: 50 a 100mcg/dia, em sistemas de liberação prolongada, substituídos a cada 3 ou 5 dias; *17 β estradiol Pellets*: 20 a 25mg, via subcutânea a cada 2-6 meses; *17 β -estradiol percutâneo*: 0,5 a 3mg/dia. Doses altas de etinil estradiol diminuem a produção de androgênios adrenais em 27 a 48% (47).

Estrogênios via oral, mas não os transd \acute{e} rmicos, diminuem a glicosilação da alfa 1- glicoproteína ácida,

efeito contrário ao da inflamação. Isto pode ser minimizado pelos progestágenos, como o acetato de ciproterona (48).

Os estrogênios aumentam a densidade mineral óssea significativamente e diminuem o *turnover* ósseo (49). Diminuem o volume prostático, juntamente com o acetato de ciproterona, o que é importante para o sucesso da futura cirurgia (50). Melhoram a função vascular, a despeito do aumento de triglicerídeos (51). Em combinação com antiandrogênios, aumentam os níveis séricos de leptina, independentemente de alteração de gordura corporal (52). Diminuem homocisteína plasmática total (53). Aumentam o depósito de gordura subcutânea, diminuem significativamente o depósito de gordura visceral (54).

Além disso, os estrogênios, juntamente com antiandrogênio progestacional, provocam alterações histológicas das mamas semelhante às femininas, ocorrendo desenvolvimento lobular e acinar completo e modificações pseudolactacionais. Já se observou metaplasia apócrina em alguns casos, mas apenas 4 casos de câncer de mama foram até então documentados (55).

Ainda associados com o acetato de ciproterona, afetam o comprimento e diâmetro do pêlos em diferentes graus. Na ausência virtual de androgênios, o crescimento dos pêlos continua, mas em menor velocidade (56).

COMPLICAÇÕES

A incidência de hiperprolactinemia é grande, algumas vezes acompanhada de galactorr \acute{e} ia, que nem sempre é resultado da mesma, mas sim pela estimulação dos nervos intercostais pela presença de implante mamário (43).

O etinil-estradiol via oral em homens saudáveis pode induzir resistência insulínica (57).

Também podem ocorrer fenômenos tromboembólicos dependendo da dose, tipo e via de administração dos estrogênios (2) e isquemia cerebrovascular (58). Van Kesteren e cols. (59) recomendam a administração transd \acute{e} rmica dos estrogênios, principalmente em pacientes com mais de 40 anos, para evitar o tromboembolismo venoso, observado ocasionalmente com a administração oral.

Becerra e cols. (60) observaram elevação das enzimas hepáticas, principalmente na automedicação.

A EXPERIÊNCIA DA AUTORA

No Ambulatório de Endocrinologia Feminina do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), Rio de Janeiro, estamos realizando, desde 1999, o tratamento de transexuais masculi-

nos, juntamente com psiquiatras da UFRJ, com o respaldo do Conselho Federal de Medicina (resolução n.º 1482 de 10 de setembro de 1997).

Acompanhamos atualmente um total de 15 pacientes, que estão iniciando seu período teste. Estamos procurando estabelecer um protocolo, em termos de exames basais, acompanhamento pela equipe multiprofissional e controle de terapia de reposição hormonal, o que nem sempre é possível, devido ao fato de que a maioria chega ao ambulatório já em uso de hormônios por conta própria. Algumas vezes nos procuram, já operados por profissionais não capacitados, o que lhes tira qualquer possibilidade de funcionalidade genital.

Ainda não encaminhamos nenhum paciente para cirurgia, uma vez que nenhum completou o período teste de dois anos.

REFERÊNCIAS

1. Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Ther* 1994 Fall;20:163-77.
2. Schlatterer K, Bronisch T, Stalla GK. Transsexuality - a multidisciplinary problem. Which therapeutic methods proved to be successful? *MMW Fortschr Med* 1999; 141:32-6.
3. Luton JP, Bremont C. The place of endocrinology in the management of transsexualism. *Bull Acad Natl Med* 1996;180:1403-7.
4. Moesler TA, Washeim HA. Transsexualism - an extreme form of sexual identity disorder. *Fortschr Med* 1995; 113:140-3.
5. Beemer BR. Gender dysphoria update. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996;34:12-9.
6. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ 3rd. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 1997;26:13-26.
7. Colucciello ML. Unveiling the mystique of gender dysphoria syndrome. *Nurs Forum* 1996;31:15-22.
8. Hepp U, Buddeberg C. Assessment and treatment of transsexualism. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1999; 88:1975-9.
9. Gallarda T, Amado I, Coussinoux S, Poirier MF, Cordier B, Olie JP. The transsexualism syndrome: clinical aspects and therapeutic prospects. *Encephale* 1997;23:321-6.
10. Schaefer LC, Wheeler CC. Harry Benjamin's first ten cases (1938-1953): a clinical historical note. *Arch Sex Behav* 1995;24:73-93.
11. Meyer III W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, et al. *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders, 6th Version, 2001*:1-28.
12. Sigusch V. Transsexualism. Current status of research and clinical practice. *Nervenarzt* 1997;68:870-7.
13. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *J Pers Assess* 2000;75:268-79.
14. Brown GR, Wise TN, Costa PT Jr, Herbst JH, Fagan PJ, Schmidt CW Jr. Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:265-73.
15. Zucker KJ, Bradley SJ, Sanikhani M. Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *J Abnorm Child Psychol* 1997:217-27.
16. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract* 1999;49:991-2.
17. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH, Doorn CD, Gooren LJ. Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23:631-41.
18. Giordano G, Giusti M. Hormones and psychosexual differentiation. *Minerva Endocrinol* 1995;20:165-93.
19. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality [see comments] *Nature* 1995;378:68-70.
20. Bradley M, Cooke BM, Golnaz, Tabibnia G, Breedlove SM. A brain sexual dimorphism controlled by adult circulating androgens. *Proc Nat Acad Sci USA* 1999; 96:7538-40.
21. Cooke BM, Tabibnia G, Breedlove SM. A brain sexual dimorphism controlled by adult circulating androgens. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:7538-40.
22. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:2034-41.
23. Slabbekoorn D, van Goozen SH, Sanders G, Gooren LJ, Cohen-Kettenis PT. The dermatoglyphic characteristics of transsexuals: is there evidence for an organizing effect of sex hormones. *Psychoneuroendocrinology* 2000;25:365-75.
24. Green R. Family co-occurrence of "gender dysphoria": ten sibling or parent-child pairs. *Arch Sex Behav* 2000;29:499-507.
25. Chiland C. The psychoanalyst and the transsexual patient. *Int J Psychoanal* 2000;81:21-35.
26. Blanchard R. A structural equation model for age at clinical presentation in non-homosexual male gender dysphorics. *Arch Sex Behav* 1994;23:311-20.
27. van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996;25:589-600.
28. Sugar M. A clinical approach to childhood gender identity disorder. *Am J Psychother* 1995;49:260-81.
29. Cohen-Kettenis PT, Dillen CM, Gooren LJ. Treatment of young transsexuals in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:698-702.
30. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:246-8.
31. Meyenburg B. Gender identity disorder in adolescence: outcomes of psychotherapy. *Adolescence* 1999;34:305-13.
32. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 1999;46:315-33.

33. Fajkowska-Stanik M. Sex reassignment and other kinds of treatment in case of transsexualism. **Psychiatr Pol** 1999; 33:959-67.
34. Pfafflin F. Transsexual defense. **Psyche (Stuttg)** 1994;48: 904-31.
35. Kockott G. Transsexualism - when is gender transformation operation indicated? **MMW Fortschr Med** 1999;141:38-40.
36. Hage JJ. Medical requirements and consequences of sex reassignment surgery. **Med Sci Law** 1995;35:17-24.
37. Jarolim L. Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. **BJU Int** 2000;85:851-6.
38. Rehman J, Melman A. Formation of neoclitoris from glans penis by reduction glansplasty with preservation of neurovascular bundle in male-to-female gender surgery: functional and cosmetic outcome. **J Urol** 1999;161:200-6.
39. Hage JJ, Vossen M, Becking AG. Rhinoplasty as part of gender-confirming surgery in male transsexuals: basic considerations and clinical experience. **Ann Plast Surg** 1997;39:266-71.
40. Rosanowski F, Eysholdt U. Expert phoniatric assessment of voice adaptation in male to female transsexualism. **HNO** 1999;47:556-62.
41. Moerman M, Vermeersch H, Van Borsel J, Wallaert P. Phonosurgery in gender dysphoria. **Acta Chir Belg** 2000;100:58-61.
42. Kanhai RC, Hage JJ, Asscheman H, Mulder JW. Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. **Plast Reconstr Surg** 1999;104:542-9; discussion 550-1.
43. Kanhai RC, Hage JJ, Karim RB, Mulder JW. Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. **Ann Plast Surg** 1999;43:476-83.
44. Landen M, Walinder J, Lambert G, Lundstrom B. Factors predictive of regret in sex reassignment. **Acta Psychiatr Scand** 1998;97:284-9.
45. Petersen ME, Dickey R. Surgical sex reassignment: a comparative survey of international centers. **Arch Sex Behav** 1995;24:135-56.
46. Giusti M, Falivene MR, Carraro A, Cuttica CM, Valenti S, Giordano G. The effect of non-steroidal antiandrogen flutamide on luteinizing hormone pulsatile secretion in male-to-female transsexual subjects. **J Endocrinol Invest** 1995;18:420-6.
47. Polderman KH, Gooren LJ, van der Veen EA. Effects of gonadal androgens and oestrogens on adrenal androgen levels [see comments]. **Clin Endocrinol (Oxf)** 1995; 43:415-21.
48. Brinkman-Van der Linden CM, Havenaar EC, Van Ommen CR, Van Kamp GJ, Gooren LJ, Van Dijk W. Oral estrogen treatment induces a decrease in expression of sialyl Lewis x on alpha 1-acid glycoprotein in females and male-to-female transsexuals. **Glycobiology** 1996; 6:407-12.
49. van Kesteren PJ, Kooistra T, Lansink M, van Kamp GJ, Asscheman H, Gooren LJ, et al. The effects of sex steroids on plasma levels of marker proteins of endothelial cell functioning. **Thromb Haemost** 1998;79:1029-33.
50. Jin B, Turner L, Walters WA, Handelsman DJ. The effects of chronic high dose androgen or estrogen treatment on the human prostate [corrected] [published erratum appears in J Clin Endocrinol Metab 1997;82:413]. **J Clin Endocrinol Metab** 1996;81:4290-5.
51. New G, Timmins KL, Duffy SJ, Tran BT, O'Brien RC, Harper RW, et al. Long-term estrogen therapy improves vascular function in male to female transsexuals. **J Am Coll Cardiol** 1997;29:1437-44.
52. Elbers JM, Asscheman H, Seidell JC, Gooren LJ. Effects of sex steroid hormones on regional fat depots as assessed by magnetic resonance imaging in transsexuals. **Am J Physiol** 1999;276:E317-25.
53. Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JM, Gooren LJ, Asscheman H, Stehouwer CD. Effects of sex steroids on plasma total homocysteine levels: a study in transsexual males and females. **J Clin Endocrinol Metab** 1998;83:550-3.
54. Elbers JM, de Jong S, Teerlink T, Asscheman H, Seidell JC, Gooren LJ. Changes in fat cell size and in vitro lipolytic activity of abdominal and gluteal adipocytes after a one-year cross-sex hormone administration in transsexuals. **Metabolism** 1999;48:1371-7.
55. Kanhai RC, Hage JJ, van Diest PJ, Bloemena E, Mulder JW. Short-term and long-term histologic effects of castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men. **Am J Surg Pathol** 2000;24:74-80.
56. Giltay EJ, Gooren LJ. Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. **J Clin Endocrinol Metab** 2000;85:2913-21.
57. Polderman KH, Gooren LJ, Asscheman H, Bakker A, Heine RJ. Induction of insulin resistance by androgens and estrogens. **J Clin Endocrinol Metab** 1994;79:265-71.
58. Biller J, Saver JL. Ischemic cerebrovascular disease and hormone therapy for infertility and transsexualism. **Neurology** 1995;45:1611-3.
59. van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. **Clin Endocrinol (Oxf)** 1997; 47:337-42.
60. Becerra Fernandez A, de Luis Roman DA, Piedrola Maroto G. Morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone self-treatment (see comments). **Med Clin (Barc)** 1999;113:484-7.

Endereço para correspondência:

Amanda Valéria Luna de Athayde
Av. N. S. Copacabana 1183/504
22.070-010 Copacabana, RJ
Fax: (021) 521-8285