

# Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo

*Gender identity disorders: what the gynecologist must know  
about transsexualism*

## Editorial

O indivíduo com transexualismo (CID-10)<sup>1</sup> ou transtorno da identidade de gênero – tipo transexual (DSM-IV-TR)<sup>2</sup> apresenta desejo irreversível de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto (ou insistência de que é do sexo oposto), acompanhado por um sentimento persistente de grande mal-estar e de inadequação em relação ao próprio sexo anatômico. Há profundo desconforto com o sexo designado (genitália e caracteres sexuais secundários), bem como com o papel de gênero atribuído pela sociedade para esse sexo. Tal condição, que geralmente se inicia na infância, é acompanhada por sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Por identificar-se com o outro sexo e não com aquele que lhe foi designado ao nascimento, o transexual deseja submeter-se a uma intervenção cirúrgica e tratamento hormonal, a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado<sup>1,2</sup>. Assim, chama a atenção para a possibilidade de transexualismo aqueles meninos que expressam repulsa pelo pênis e testículos, afirmação de que estes desaparecerão, aversão a brincadeiras rudes e rejeição a brinquedos, jogos e atividades estereotipicamente masculinos. Em meninas, a rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas, falam a favor de transexualismo. Nos adolescentes e adultos, a crença de ter nascido com o sexo errado, busca por livrar-se das características sexuais primárias ou secundárias através de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para simular o sexo oposto, são fortemente indicativas de transexualismo.

A prevalência desta condição é pouco conhecida, mas estima-se que seja da ordem de 1 transexual masculino (homem para mulher) a cada 12.000 homens e 1 transexual feminino (mulher para homem) a cada 30.000 mulheres, em média<sup>3-6</sup>, numa proporção de 2:1<sup>3</sup>.

A etiologia do transexualismo ainda não foi totalmente esclarecida. Com base no conhecimento atual, há indícios de que sua origem seja neurobiológica<sup>7</sup>. Estudos *post-mortem* do cérebro de transexuais evidenciam características anatômicas cerebrais diferentes do padrão esperado para homens e mulheres não transexuais. O número de neurônios do *bed nucleus* da estria terminal de transexuais homem para mulher, apresenta um padrão similar ao feminino enquanto o número de neurônios do transexual mulher para homem é parecido com o padrão masculino<sup>8</sup>. Esta situação também foi identificada em outras áreas do cérebro.

### Correspondência

Setor de Reprodução Humana, Departamento de Ginecologia e  
Obstetrícia da FMUSP  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre  
CEP: 14049-900  
Ribeirão Preto (SP), Brasil

### Recebido

29/05/2013

### Aceito com modificações

17/06/2013

Trabalho realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, Setor de Reprodução Humana, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

O 3º núcleo intersticial do hipotálamo (INAH-3) dos transexuais homem para mulher tem o volume e o número de células similares ao feminino<sup>9</sup>. O giro lingual esquerdo desse transexual tem grande similaridade funcional com a mulher não transexual<sup>10</sup>. Estas alterações não são encontradas em adultos submetidos à terapia hormonal e não dependem da orientação sexual do indivíduo<sup>11</sup>. Outros estudos evidenciam modificações microestruturais na substância branca do cérebro de transexuais mulher para homem, sugerindo que alguns fascículos não completaram o processo de masculinização durante o desenvolvimento<sup>12</sup>. Estas alterações no sistema nervoso central dos transexuais reforçam a teoria de que o transexualismo está associado a modificações na diferenciação do cérebro ainda no ambiente intrauterino<sup>13,14</sup>.

As evidências atuais também apontam para a participação dos esteróides sexuais na identidade de gênero no cérebro ainda em desenvolvimento<sup>11</sup>. No segundo mês da vida intrauterina, um pico de testosterona masculinizaria o cérebro fetal masculino, enquanto a ausência deste pico resultaria em fetos com cérebro feminino<sup>13</sup>.

O diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, tipo transexual, é essencialmente clínico, baseado em auto-relato do paciente e em critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV-TR (Quadro 1). No CID-10<sup>1</sup>, para que o diagnóstico seja feito, a identidade transexual deve ter estado presente persistentemente por pelo menos dois anos e não deve ser um sintoma de outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual. No Brasil, o tratamento do transexualismo foi autorizado pela Resolução 1.482/97 (e atualizada pela Resolução CFM nº 1.955/2010)<sup>15</sup>, que prevê a avaliação do paciente por equipe multidisciplinar composta por: psiquiatra, psicólogo, assistente social, endocrinologista e cirurgião. Esta equipe é responsável pela formulação diagnóstica, avaliação psiquiátrica, apoio psicológico e psicoterapia, administração/correção do uso de hormônios, avaliações de condições familiares e sociais, preparação para a cirurgia, ato cirúrgico e acompanhamentos pós-operatórios (a curto e longo prazos).

É papel do psiquiatra fornecer o diagnóstico de transexualismo e o laudo autorizando (ou não) a cirurgia conforme a confirmação diagnóstica e o nível de preparo do paciente. É fundamental o acompanhamento psicológico, desde a definição diagnóstica até a pós-cirurgia de redesignação sexual. Além disso, é pré-requisito que o mínimo de dois anos de psicoterapia anteceda o ato cirúrgico.

A terapia hormonal (TH) deve anteceder a cirurgia de redesignação sexual, de modo a propiciar a aquisição de caracteres sexuais secundários relativos ao sexo almejado<sup>16</sup>. Para a aquisição de caracteres sexuais femininos no transexual homem para mulher, são empregadas doses até três vezes maior de estrogênio do que a utilizada para a reposição hormonal em mulheres na pós-menopausa. No caso do valerato de estradiol, são utilizados 2–6 mg/dia. O objetivo é manter níveis femininos para estrogênio sérico aproximadamente de 200 ng/mL e testosterona <50 ng/dL. Para o transexual mulher para homem, utiliza-se o Cipionato ou enatato de testosterona intramuscular na dose de 100–200 mg a cada 15 dias. Aqui, também deve-se manter os níveis hormonais (estrogênio e testosterona) correspondentes aos níveis masculinos. Se houver sangramento uterino, utilizar progesterona ou considerar a possibilidade de ablação do endométrio<sup>17,18</sup>.

Na Suécia, a aprovação da cirurgia de redesignação sexual se deu após a observação da impossibilidade de reverter a condição transexual pela psicoterapia. Desde então, em vários países houve a adoção da cirurgia de redesignação sexual desde que antecedida pela TH, visando a integridade dos pacientes transexuais<sup>19</sup>. Nesse sentido, a TH oferece uma abordagem reversível, anterior à gonadectomia, ou seja, uma janela de oportunidade para que o paciente possa avaliar sua decisão em relação à mudança de sexo, que é um procedimento irreversível<sup>20</sup>. A mudança das características sexuais resulta em satisfação para 87% dos transexuais homem para mulher e 97% dos transexuais mulher para homem, sendo o arrependimento referido em 1% dos pacientes tratados (WPATH)<sup>21-23</sup>.

**Quadro 1.** Critérios para diagnóstico de transexualismo\*

<p><b>302. Transtorno da identidade de gênero (em crianças e em adolescentes ou adultos)</b></p> <p>A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto).          B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste 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.          Codificar com base na idade atual:          302.6 Transtorno da identidade de gênero em crianças;          302.85 Transtorno da identidade de gênero em adolescentes ou adultos.</p>
<p><b>302.6 Transtorno da identidade de gênero sem outra especificação</b></p> <p>Incluem-se nesta categoria diagnóstica os casos não transexuais, tais como condições intersexuais, disforia concomitante quanto gênero, comportamento travéstico transitório relacionado ao estresse, preocupação persistente com castração, sem desejo de adquirir características sexuais do sexo oposto.</p>

\*Traduzido de: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2000<sup>2</sup>.

A TH deve observar os cuidados com os efeitos adversos, considerando os riscos da terapia estrogênica (cardiovascular principalmente) para os transexuais homem para mulher, e androgênica (alterações hepáticas e lipídicas) para os transexuais mulher para homem<sup>24</sup>. Uma coorte de um ano que acompanhou 966 transexuais homem para mulher e 365 transexuais mulher para homem encontrou um incremento de 51% nas taxas de mortalidade entre transexuais homem para mulher em relação à população geral. Em transexuais mulher para homem, a testosterona está associada à maior incidência de doença metabólica<sup>25</sup> bem como a um elevado risco de desenvolver câncer de mama e de endométrio e eritrocitose (hematócrito >50%). A utilização do etinilestradiol em transexuais homem para mulher foi associada a um risco três vezes maior de morte por doença cardiovascular<sup>26</sup>. Já a utilização do estradiol está associada a um risco muito elevado de tromboembolismo e risco moderado de desenvolver macroprolactinemia, disfunção hepática severa, câncer de mama, doença coronariana, doença cerebrovascular, migração severa.

A *The World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* elaborou um guia com recomendações para o manejo do paciente transexual<sup>22,27</sup>, baseando-se na experiência dos Estados Unidos e da Europa ocidental. Várias estratégias, entretanto, são tratadas como sugestões, dado que a complexidade da abordagem desta condição deve levar em conta também os hábitos e valores de cada cultura. Assim, alguns autores recomendam a supressão da puberdade no estágio 2 de Tanner<sup>28</sup> por meio de análogos do GnRH, para impedir o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e favorecer que haja tempo maior até a tomada a decisão sobre a indicação e o benefício da cirurgia de redesignação sexual do paciente<sup>29</sup>. Não obstante, o pequeno número de evidências sobre os riscos da supressão do eixo hipotálamo hipofisário, parece que os padrões relativos à densidade mineral óssea e à saúde mental são mantidos como demonstrado em estudo de longo *follow-up*<sup>30</sup>.

O crescente arsenal de conhecimento e de critérios diagnósticos e medidas terapêuticas já normatizadas, inclusive em nosso país, exigem que o ginecologista se interesse e se atualize sobre essas questões<sup>31</sup>, as quais farão cada vez mais parte do cotidiano da prática profissional de várias especialidades. Mesmo que não haja interesse em acompanhar casos dessa natureza, é preciso saber reconhecer e encaminhar os pacientes. Entretanto, a literatura enfatiza o importante papel do ginecologista no seguimento destas pacientes após a cirurgia de redesignação sexual<sup>32</sup>, uma vez que a reposição hormonal será realizada durante toda a vida, é preciso estar atento para as complicações descritas acima e especialmente o risco aumentado para câncer de mama nos transexuais homem para mulher e câncer de endométrio nos transexuais mulher para homem<sup>33</sup>.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
3. Bakker A, van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand.* 1993;87(4):237-8.
4. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry.* 2007;22(3):137-41.
5. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract.* 1999;49(449):991-2.
6. Masumori N. Status of sex reassignment surgery for gender identity disorder in Japan. *Int J Urol.* 2012;19(5):402-14.
7. Zucker KJ. Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2004;13(3):551-68, vii.
8. 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(5):2034-41.
9. Garcia-Falgueras A, Swaab DF. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain.* 2008;131(Pt 12):3132-46.
10. Santarnecchi, E. Vatti G, Déttore D, Rossi A. Intrinsic cerebral connectivity analysis in an untreated female-to-male transsexual subject: a first attempt using resting-state fMRI. *Neuroendocrinology.* 2012;96(3):188-93.
11. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature.* 1995;378(6552):68-70.
12. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Segovia S, Gomez Á, et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *J Psychiatr Res.* 2011;45(2):199-204.
13. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2011;32(2):214-26.
14. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res.* 2010;186:41-62.

15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.955, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2010 set. 3;Sec.1:109-10.
16. Knezevich EL, Viereck LK, Drincic AT. Medical management of adult transsexual persons. *Pharmacotherapy*. 2012;32(1):54-66.
17. Meriggiola MC, Jannini EA, Lenzi A, Maggi M, Manieri C. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. *Eur J Endocrinol*. 2010;162(5):831-3.
18. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(9):3132-54.
19. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res*. 1999;46(4):315-33.
20. Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. *Qual Life Res*. 2006;15(9):1447-57.
21. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214-31.
22. Selvaggi G, Dhejne C, Landen M, Elander A, The 2011 WPATH standards of care and penile reconstruction in female-to-male transsexual individuals. *Adv Urol*. 2012;2012:581712.
23. Johansson A, Sundbom E, Höjerback T, Bodlund O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2010;39(6):1429-37.
24. Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR. Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocr Pract*. 2003;9(1):12-21.
25. Shao T, Grossbard ML, Klein P. Breast cancer in female-to-male transsexuals: two cases with a review of physiology and management. *Clin Breast Cancer*. 2011;11(6):417-9.
26. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde WP, van Trotsenburg MA, Gooren LJ. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*. 2011;164(4):635-42.
27. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *Int J Transgenderism*. 2011;13(4):165-232.
28. Hembree WC. Guidelines for pubertal suppression and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(4):725-32.
29. de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011;8(8):2276-83.
30. Cohen-Kettenis PT, Schagen SE, Steensma TD, de Vries AL, Delemarre-van de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav*. 2011;40(4):843-7.
31. Fugate SR, Apodaca CC, Hibbert ML. Gender reassignment surgery and the gynecological patient(1). *Prim Care Update Ob Gyns*. 2001;8(1):22-4.
32. Eicher W. [Transsexuality—standards of care]. *Zentralbl Gynakol*. 1995;117(2):61-6.
33. Urban RR, Teng NN, Kapp DS. Gynecologic malignancies in female-to-male transgender patients: the need of original gender surveillance. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204(5):e9-e12.