

Review Article/Artigo de Revisão

Endocrine treatment in gender identity disorder Tratamento endócrino no transtorno de identidade de género

Anabela Giestas*, Isabel Palma**

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar do Porto

ABSTRACT

Gender identity disorder, also known as transsexualism, is a rare entity in psychiatry used to describe people who feel profound discomfort about their biological sex. Various biological and psychosocial explanations have been suggested, however none of them provide a satisfactory explanation.

Sex reassignment involves a multidisciplinary team, including mental health professionals, endocrinologists, urologists and surgeons. In this article we review the approach to these patients, with a special focus on the endocrine treatment of transsexual people.

Keywords: Gender identity disorder; endocrine treatment

INTRODUÇÃO

O transtorno de identidade de género (TIG), também conhecido como transexualismo (TS) ou transexualidade, é uma identidade rara em psiquiatria usada para descrever pessoas que desejam viver e que se identificam como membros do sexo biológico e anatómico oposto¹.

O termo “transexual feminino para masculino” (TFM) refere-se a homens transexuais, ou seja, pessoas com uma identidade de género masculino e cujo sexo atribuído à nascença foi o feminino. O termo “transexual masculino para feminino” (TMF) refere-se a mulheres transexuais, ou seja, pessoas com uma identidade de género feminino e cujo sexo atribuído à nascença foi o masculino.

De acordo os estudos, a frequência do TIG é muito va-

riável, estimando-se de 1 /10.000 a 1/100.000 no caso do TMF e 1/30.000 a 1/400.000 no caso do TFM².

A etiologia do TIG está mal esclarecida e os estudos são inconclusivos.

Entre as possíveis causas do TIG podemos incluir factores genéticos (especialmente em crianças com TIG), o estado hormonal pré-natal (androgenização de fetos 46,XX), factores sociais pós-natais e determinantes hormonais pós-pubertários³.

Os estudos também não mostraram haver diferenças nos níveis de hormonas sexuais entre transexuais e não transexuais⁴.

Actualmente apontam-se também algumas diferenças anatómicas cerebrais entre transexuais e não transexuais. A hipótese mais aceite é de que se trata de uma diferenciação

* Interna Complementar de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP)

** Assistente Hospitalar de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP)

sexual prejudicada a nível cerebral⁵. Zhou *et al*⁶ mostraram que o volume da subdivisão central do leito do núcleo da estria terminalis (área essencial no comportamento sexual) é maior em homens que mulheres. Contudo, TMF e TFM têm estria terminalis com tamanhos e números de neurónios semelhantes aos de mulheres controlos e homens controlos, respectivamente.

Anomalias funcionais ou morfológicas que interfiram na acção dos androgénios a nível cerebral podem ser responsáveis pela dissociação entre sexo psicológico, gonadal, hormonal e fenotípico no TS. No entanto, um estudo recente publicado por Ujike *et al*⁷, não mostrou relação entre variantes de genes relacionados com hormonas sexuais (receptores androgénios, estrogénios, progesterona, aromatase) e susceptibilidade individual para TFM ou TMF.

Não é possível identificar uma causa isolada para TIG, pelo que a sua etiologia é desconhecida, multifactorial e complexa.

O tratamento do TIG envolve uma equipa multidisciplinar, incluindo entre outros, profissionais em saúde mental, endocrinologistas, urologistas e outros cirurgiões.

De acordo com as últimas recomendações publicadas em 2009 por consenso de várias sociedades (Endocrine Society, European Society of Endocrinology, European Society for Paediatric Endocrinology, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, World Professional Association for Transgender Health)⁸, a abordagem aos pacientes com TIG envolve várias fases, começando pelo diagnóstico correcto, psicoterapia e experiência de vida real, tratamento hormonal e cirúrgico.

Tabela I – Critérios Diagnósticos para Transtorno da Identidade de Género (TIG)⁹

A. Uma forte e persistente identificação com o género oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo facto de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes requisitos:

- (1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto
- (2) em meninos, preferência pelo uso de roupas do género oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas
- (3) preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto
- (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto
- (5) forte preferência por companheiros do sexo oposto

Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se frequentemente por alguém do sexo posto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reacções típicos do sexo oposto.

B. Desconforto persistente com o seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de género deste sexo.

Em crianças, a perturbação manifesta-se por qualquer das seguintes formas: em meninos, afirmação de que o seu pénis ou testículos são repulsivos ou desaparecerão, declaração de que seria melhor não ter um pénis ou aversão a brincadeiras rudes e rejeição a brinquedos, jogos e actividades estereotipadamente masculinos; em meninas, rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pénis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormonas, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objectivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.

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 actual:

302.6 Transtorno da Identidade de Género em Crianças

302.85 Transtorno da Identidade de Género em Adolescentes ou Adultos

Especificar para indivíduos sexualmente maduros:

Atracção sexual por homens

Atracção sexual por mulheres

Atracção sexual por ambos os sexos

Ausência de atracção sexual por quaisquer dos sexos

Tabela II – Critérios da CID-10 para transtornos da identidade sexual (F64)¹⁰**Transexualismo (F64.0)**

- (1) Desejo de viver e ser aceite enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo acompanha-se em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência ao seu próprio sexo anatómico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal com a finalidade de tornar o seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.
- (2) Persistência da identidade transexual por mais de 2 anos
- (3) O transtorno não é sintoma de nenhuma doença mental ou genética, intersexo ou anormalidade cromossómica.

Transtorno de identidade sexual na infância (F64.2)

Transtorno que usualmente se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente e intenso sofrimento em relação a pertencer a um determinado sexo, juntamente com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a roupa e as actividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação da identidade sexual normal; não é suficiente que uma menina seja traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada.

Exclui:

- orientação sexual egodistónica (F66.1)
- transtorno da maturação sexual (F66.0)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de TIG deve ser feito com muito cuidado por profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras, sexólogos), de preferência especializados na área de transtornos sexuais. Deve-se também avaliar factores de risco psicossociais que possam influenciar negativamente a abordagem e terapêuticas subsequentes durante o processo de mudança de sexo⁸.

Os critérios de diagnóstico de TIG (tabelas I e II) encontram-se especificados no sistema de classificação psiquiátrica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR)⁹ ou na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁰. O diagnóstico diferencial deve ser feito com homossexualismo, travestismo, início precoce de transtornos da personalidade, crises da adolescência, doenças intersexuais congénitas e psicoses. Na esquizofrenia, por exemplo, pode haver, raramente, delírios de pertencer ao sexo oposto⁹. A categoria TIG Sem Outra Especificação pode ser usada para indivíduos com um problema de identidade de género com uma condição intersexual congénita concomitante (por ex., síndrome de insensibilidade a androgénios ou hipoplasia adrenal congénita)⁹.

PSICOTERAPIA E EXPERIÊNCIA DE VIDA REAL (REAL LIFE EXPERIENCE)

A psicoterapia beneficia muitos dos pacientes com TIG¹¹, visto que apresentam diversos problemas psicológicos e alguma

resistência em falarem sobre os seus problemas, devido a inúmeras rejeições sofridas.

Por vezes os pacientes têm expectativas pouco realistas em relação ao tratamento hormonal e cirúrgico, e neste ponto o aconselhamento permite esclarecer melhor os transexuais sobre os riscos e benefícios destes tratamentos².

É recomendado ainda a adopção de comportamentos e papéis característicos do género pretendido, processo este designado por Experiência de Vida Real (Real Life Experience), durante um período de aproximadamente 12 meses⁸. Os pacientes bem preparados durante este período, geralmente, tornam-se bem integrados socialmente após a correcção cirúrgica¹.

Durante todo este processo é fundamental o acompanhamento pelo profissional de saúde e um bom apoio familiar e psicossocial.

TRATAMENTO HORMONAL

A terapia hormonal constitui um importante componente no tratamento médico do TIG.

O tratamento hormonal ou endócrino só deverá ser iniciado pelo endocrinologista se os pacientes verificarem as seguintes condições⁸:

Adultos:

1. Preencher os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR ou CID-10 para TIG ou TS
2. Ausência de comorbilidade psiquiátrica que interfira com o tratamento

3. Compreender riscos e benefícios do tratamento hormonal e cirúrgico
4. Psicoterapia e experiência de vida real durante cerca de 12 meses (mínimo 3 meses).

Adolescentes:

1. Preencher os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR ou CID-10 para TIG ou TS
2. Ausência de comorbilidade psiquiátrica que interfira com o tratamento
3. Compreender riscos e benefícios do tratamento hormonal e cirúrgico
4. Suporte psicológico, social e familiar adequado
5. Supressão da puberdade a partir do estágio 2 de Tanner
6. Indução da puberdade a partir dos 16 anos de idade.

O tratamento hormonal ou endócrino não é recomendado em crianças porque existe remissão em 75 a 80% das crianças pré-pubertárias com diagnóstico de TIG¹². Os estudos mostram que a abordagem terapêutica deverá apenas ser realizada a partir do estágio 2 de Tanner porque nesta fase ainda é possível reverter as características sexuais secundárias indesejáveis e induzir com maior taxa de sucesso as alterações físicas do sexo desejado¹³.

Nos adolescentes, o tratamento hormonal compreende duas fases⁸:

1. Supressão da puberdade com análogo de GnRH (hormona libertadora das gonadotrofinas) ou outras alternativas menos eficazes mas mais baratas (medroxiprogesterona, anti-androgénios ou anti-estrogénios). Este tratamento é reversível porque se for suspenso, voltam a surgir as características sexuais secundárias indesejáveis. Recomendada a partir do estágio 2 de Tanner.

2. Indução da puberdade com estrogénios no caso dos adolescentes TFM ou com androgénios (testosterona)

no caso dos adolescentes TFM. Este tratamento é irreversível e só recomendado a partir dos 16 anos. Durante o tratamento de indução deve ser mantida a supressão com análogo de GnRH até à gonadectomia.

O esquema terapêutico de indução da puberdade é semelhante ao usado em doentes hipogonádicos.

Não se explica em detalhe o tratamento hormonal de reatribuição de sexo nos adolescentes porque em Portugal não se faz este tipo de tratamento em adolescentes.

Em adultos, o endocrinologista antes de iniciar a hormonoterapia, além de verificar se o paciente preenche todos os requisitos já descritos, deve também avaliar as condições médicas que poderão agravar ou ser contra-indicação para o tratamento hormonal (tabela III)⁸.

Nos TFM adultos o tratamento hormonal tem como finalidade induzir a masculinização em mulheres biológicas através da administração de testosterona¹⁴.

O regime de substituição hormonal nos TFM é semelhante ao usado em homens com hipogonadismo¹⁵.

As doses de testosterona deverão ser suficientes para manter níveis séricos de testosterona, nos TFM, idênticos aos níveis fisiológicos encontrados nos homens (320-1000 ng/dL)⁸. Não são recomendados níveis supra-fisiológicos devido ao maior risco de efeitos secundários⁸ (aumento do peso, alterações do hematócrito e da tensão arterial, acne, elevação enzimas hepáticas).

A via de administração em adultos pode ser oral, parentérica ou transdérmica, conforme ilustrado no quadro 1.

Os primeiros efeitos masculinizantes da terapêutica com testosterona em TFM surgem 3 a 6 meses após o seu início, causando aumento da massa muscular, pilosidade corporal, oleosidade da pele, libido e ainda redistribuição da gordura corporal e diminuição ou cessação dos períodos menstruais⁸. Ao fim de um ano de terapêutica verifica-se

Tabela III – Condições médicas que agravam com o tratamento hormonal⁸

TMF tratados com estrogénio

- Doença tromboembólica
- Macroprolactinoma
- Doença hepática severa (transaminases > 3 x limite superior do normal)
- Cancro da mama
- Doença arterial coronária
- Doença cerebrovascular
- Enxaquecas severas

TFM tratados com testosterona

- Cancro da mama ou do útero
- Eritrocitose (hematócrito > 50%)
- Doença hepática severa (transaminases > 3 x limite superior do normal)

Quadro 1 – Regimes de tratamento hormonal com testosterona (T)

Testosterona Oral	Dose
Undecanoato T	160-240 mg/d
Parentérica	Dose
Enantato/cipionato T	100-200 mg IM 2/2 sem
Undecanoato T	1000 mg IM 3/3 M
Transdémica	Dose
Gel Test 1%	2.5-10 g/d
Pós-menopausa	2.5-7.5 mg/d
Formulações comercializadas em Portugal	
Testosterona Oral	Dose
Andriol® (undecanoato T)	40 mg por comp.
Parentérica	Dose
Testoviron Depot® (enantato T)	} ampolas 250 mg/ml IM (fornece 180 mg T), 2-4 sem
Sustenon® (decanoato T)	
Nebido® (undecanoato T)	
Transdémica	Dose
Testogel® e Testim®	50 mg T/5 g gel, 24/24h
Testopatch®	1,8 mg /24h e 2,4 mg/24h, 2 pensos 2/2 dias

aumento do clítoris, voz mais grave e alopecia com padrão masculino em alguns TFM⁸.

O protocolo de monitorização recomendado pelo consenso de 2009 em pacientes TFM encontra-se resumido na tabela IV⁸.

Nos TFM adultos o tratamento hormonal é mais complexo porque além da indução de características feminizantes com estrogénio, muitos autores defendem a associação de um anti-androgénio para diminuir as características masculinas e potenciar o efeito do estrogénio^{1,14,16}.

O uso de progestativos também é preconizado por alguns autores para potenciar o aumento das mamas, mas está em desuso devido ao risco cardiovascular demonstrado em estudos recentes¹⁷.

Os anti-androgénios utilizados incluem o acetato de ciproterona (Androcur®), a espironolactona (Aldactone®) e alguns autores usaram análogo de GnRH (goserelina) associado ao estrogénio com bons resultados¹⁸. A flutamida não é recomendada como anti-androgénio devido à sua hepatotoxicidade¹⁹.

O objectivo da terapêutica hormonal em TFM consiste em manter níveis séricos de estradiol (E2) (<200 pg/mL) e testosterona (<55 ng/dL) semelhantes aos níveis fisiológicos encontrados em mulheres pré-menopausa⁸. Não são recomendados níveis suprafisiológicos devido ao maior risco de efeitos secundários⁸ (risco tromboembólico, elevação enzimas hepáticas, hiperprolactinemia, insulinoresistência, doença cardiovascular).

No entanto, não é possível fazer o ajuste da dose através da monitorização dos níveis séricos de estradiol se forem usados estrogénios conjugados ou sintéticos (ex. etinilestradiol)⁸. Por este motivo é preferível usar formulações com 17-b-estradiol (muitas delas presentes em terapêutica de substituição hormonal), quer por via oral, transdémica ou parentérica⁸.

Tabela IV – Protocolo de seguimento em TFM⁸

- 1. Periodicidade:** 3/3 M no 1º ano, depois 1-2 x/ano
- 2. Monitorizar sinais de masculinização e efeitos secundários**
- 3. Hemograma e função hepática,** antes do tratamento, 3/3 M no 1º ano, depois 1-2 x/ano
Peso, tensão arterial, lípidos e glicemia jejum, regularmente
- 4. Medir níveis de T cada 2-3 M até níveis fisiológicos (masculinos):**
 - **Enantato/cipionato:** medir a meio entre as injeções; ajustar se <350 ou >700ng/dl
 - **Undecanoato IM:** medir antes da próxima injeção
 - **Transdémico:** medir em qualquer altura após 1 semana
 - **Undecanoato oral:** medir 3-5 h após ingestão
- 5. Medir níveis estrogénios** (devem ser <50 pg/mL) nos 1ºs 6 meses ou até amenorreia >6 M
- 6. Avaliar densidade mineral óssea se factores de risco para osteoporose; senão só a partir dos 60 anos**
- 7. Citologia cervicovaginal (se existe cervix)**
- 8. Mamografia (se não mastectomizado)**

O risco de tromboembolismo venoso destes pacientes é elevado²⁰, particularmente com etinilestradiol²¹. Logo, a maioria das pílulas existentes no mercado e que contêm etinilestradiol não serão o tratamento mais desejável pelo risco acrescido de tromboembolia e pela dificuldade em ajustar a dose através da monitorização dos seus níveis séricos⁸.

Van Kesteren *et al*²⁰, recomendam a administração transdérmica dos estrogénios, especialmente em pacientes com mais de 40 anos, para reduzir os riscos de tromboembolismo venoso.

Antes de iniciar hormonoterapia em TMF deve-se sempre determinar a existência de factores de risco cardiovascular e tromboembólico⁸.

Os diferentes regimes de hormonoterapia para adultos TMF e respectivas vias de administração encontram-se ilustrados no quadro 2⁸.

Quadro 2 – Regimes de tratamento hormonal em TMF	
Estrogénios	Dose
Oral: estradiol	2.0-6.0 mg/d
TD: estradiol	0.1-0.4 mg 2x semana
Parental: valerato E2	5-20 mg IM 2/2 sem
Cipionato de estradiol	2-10 mg semana/sem.
Antiandrogénios	Dose
Espironolactona	100-200 mg/d
Acetato de ciproterona	50-100 mg/d
Agonista GnRH	Dose
Goserelina	3.75 mg sc mensal

Apesar de haver intervariabilidade, os primeiros efeitos feminizantes da terapêutica hormonal em TMF surgem 3 a 6 meses após o seu início, causando diminuição da libido, da pilosidade corporal, da oleosidade da pele e ainda redistribuição da gordura corporal⁸. O aumento mamário é máximo após 2 anos de tratamento⁸. Não se verificam alterações da voz com a hormonoterapia⁸.

O protocolo de monitorização recomendado pelo consenso de 2009 em pacientes TMF encontra-se resumido na tabela V⁸.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico só está indicado em indivíduos que atingiram a maioridade (idade > 18 anos em Portugal) e que verificarem as seguintes condições⁸:

1. Preencher os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR ou CID-10 para TIG ou TS
2. Ausência de comorbilidade psiquiátrica ou médica que contra-indique a cirurgia
3. Compreender riscos e benefícios do tratamento cirúrgico
4. Psicoterapia e experiência de vida real durante mais de 12 meses
5. Resposta favorável ao tratamento hormonal durante mais de 12 meses.

São utilizadas várias técnicas cirúrgicas, não apenas para atingir o objectivo estético, mas também funcional da genitália, tentando-se preservar ao máximo a sensibilidade e capacidade destes indivíduos de atingirem o orgasmo²².

Tabela V – Protocolo de seguimento em TMF ⁸
1. Periodicidade: 3/3 M no 1º ano, depois 1-2 x/ano
2. Monitorizar sinais de feminização e efeitos secundários. Avaliar peso, tensão arterial e monitorizar a função hepática, glicemia jejum e perfil lipídico regularmente.
3. Medir níveis séricos de T e E2 cada 3 M: - T < 55 ng/dl - E2 < 200 pg/mL (pico fisiológico máximo) - Ajustar doses de estrogénio de acordo com nível sérico de E2
4. Nível sérico de prolactina (PRL) antes do tratamento e anualmente *
4. Ionograma (se usar espironolactona) cada 2-3 M no 1º ano
5. Rastreio de cancro (mama, cólon, próstata) idêntico à população não transexual (se não existirem factores de risco adicionais)
6. Avaliar densidade mineral óssea se factores de risco para osteoporose; senão só aos 60 anos
<small>* 20% dos TMF tratados com estrogénios têm aumento da PRL e os níveis normalizam com a redução ou suspensão da terapia. O risco de prolactinoma é baixo e deve-se investigar com imagem se PRL aumentar apesar dos níveis de estrogénios serem estáveis ou reduzidos⁸</small>

Tabela VI – Tratamento cirúrgico do TIG e outras abordagens complementares**TMF**

Gonadectomia (reduz risco de cancro próstata)
 Penectomia
 Vaginoplastia
 Mamoplastia (após 2 anos de terapia com estrogénios)
 Terapia da fala (preferível a fonocirurgia)
 Cirurgia de feminização facial (nariz, lábios, rugas, contornos da face)
 Remoção cosmética pêlos (laser, electrólise)

TFM

Neopénis (múltiplas cirurgias)
 Histerectomia (reduz risco cancro endométrio)
 Ooforectomia (reduz risco cancro ovário)
 Vaginectomia
 Mastectomia
 Cirurgia de masculinização facial
 Terapia da fala

No caso dos TFM o tratamento cirúrgico genital é mais difícil pois geralmente envolve várias intervenções cirúrgicas e os resultados nem sempre são satisfatórios²³.

Além da cirurgia genital, existem outros procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos, que variam de acordo com o fenótipo pretendido⁸ (tabela VI).

A REALIDADE EM PORTUGAL

Em Portugal, a intervenção médica para reatribuição de sexo só foi aprovada em 1995 através de uma resolução do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos²⁴.

O processo de transição começou inicialmente com as consultas de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos e do Hospital de Santa Maria, onde funcionam equipas pluridisciplinares. Noutros hospitais também existem consultas de transexualidade, embora com menor experiência e meios. O paciente será acompanhado por um psicólogo, psiquiatra ou sexólogo que confirmará o diagnóstico de TIG, e só após terminada a fase de avaliação psicológica será iniciado o tratamento hormonal por um endocrinologista.

Após a terapia hormonal, que dura pelo menos dois anos, cada um dos médicos da equipa pluridisciplinar escreve um relatório médico. Os relatórios serão enviados em anexo no requerimento dirigido ao Bastonário da Ordem dos Médicos, pela pessoa em transição, para que obtenha autorização para a intervenção cirúrgica.

As cirurgias, no sistema público, são feitas no Hospital de Santa Maria no serviço de Cirurgia Plástica, e mais recente-

mente, foi inaugurado no Hospital Universitário de Coimbra a Unidade de Reconstrução Genito-Urinária (URGUS), formada por uma equipa multidisciplinar que inclui as especialidades de Urologia, Ginecologia e Cirurgia Plástica.

O paciente poderá recorrer ao sector privado, no entanto, além de ser mais dispendioso, muitas vezes não se encontram profissionais habilitados nesta área, correndo o risco de se submeter a procedimentos que podem colocar em causa a sua saúde e bem-estar

CONCLUSÃO

O transtorno de identidade de género, apesar da sua raridade, causa muito desconforto e sofrimento nos pacientes transexuais. Por este motivo é fundamental uma equipa de profissionais multidisciplinar, incluindo profissionais em saúde mental, endocrinologistas, urologistas e outros cirurgiões, motivada, sensibilizada e acima de tudo com experiência na área.

Antes de iniciar o tratamento hormonal e endócrino é necessário que seja feito um diagnóstico correcto de TIG por um profissional de saúde e que haja um seguimento psicológico, aconselhamento, psicoterapia e experiência de vida real.

O endocrinologista deve ainda rastrear todas as condições médicas que poderão agravar com a hormonoterapia, e verificar se existem contra-indicações para este tipo de tratamento.

Aconselha-se um seguimento e monitorização de 3 em 3 meses no primeiro ano e depois uma a duas vezes por ano.

A abordagem cirúrgica só está recomendada nos adultos após tratamento hormonal por mais um ano (no mínimo dois anos em Portugal).

BIBLIOGRAFIA

1. Athayde AVL. Transsexualismo masculino. *Arq Bra Endocrinol Metab* 2001; 45(4).
2. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46,315-33.
3. Hepp U, Buddeberg C. Assessment and treatment of transsexualism. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1999; 88:1975-9.
4. Gooren L. The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology* 1990; 15:3-14.
5. Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SH, Doorn CD, Gooren LJ. Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:631-41.
6. Zhou et al. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995; 378:68-70.

7. Ujike H et al. Association study of gender identity disorder and sex hormone-related genes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2009; 33:1241-4.
 8. Wylie C et al. *J Clin Endocrinol Metab*. September 2009; 94(9):3132-54.
 9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2000.
 10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. 1992.
 11. Lothstein L. Sex reassignment surgery: Historical, bioethical and theoretical issues. *Am J Psychiatry* 1982; 139:417-26.
 12. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23.
 13. Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005; 35:89-99.
 14. Gooren L. Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res* 2005; 64(2):31-6.
 15. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:1995-2010.
 16. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:19-25.
 17. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(8):3467-73
 18. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A. Endocrine treatment of female-to-male transsexuals using GnRH agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2005; 113:586-92.
 19. Giusti M, Falivene MR, Carraro A, Cuttica CM, Valenti S, Giordano G. The effect of non-steroidal antiandrogen flutamide on LH pulsatile secretion in MTF transsexual subjects. *J Endocrinol Invest* 1995; 18:420-6.
 20. Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JÁ, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1997; 47:337-42.
 21. Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S, Magdeleyns EJ, Tans G, Gooren LJ, Rosing J. Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:5723-9.
 22. Jarolim L. Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. *BJU Int* 2000; 85:851-6.
 23. Hage JJ, de Graaf FH, Bouman FG, Bloem JJ. Sculpturing the glans in phalloplasty. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92:157-62.
 24. "Transexualidade" in Questões de Bioética (1992) Vol.3, Elaborado por Fernando Leite e Alexandre Graça. Assembleia da República, Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar.
-