

O “outro revisitado” ou a Desordem de identidade de gênero e o Saber - uma questão social – estudo sobre a transexualidade

Angela Casillo Christóforo*

Amanda V. L. Athayde**

Ser transexual é ter desejo de viver e de ser aceito como pessoa do sexo oposto.

O transexualismo, também conhecido como desordem de identidade de gênero (DIG), disforia de gênero ou transgênero, é a forma mais extrema de distúrbio da identidade sexual. É caracterizado por uma discordância entre o sexo anatômico de um indivíduo e sua identidade de gênero.¹

A identidade de gênero de uma pessoa descreve como ela se expressa publicamente no vestuário, no uso de cosméticos, na aparência, na linguagem corporal e no comportamento. Normalmente, a identidade do gênero e o sexo anatômico estão de acordo. Entretanto, em transexuais existe uma discordância importante entre o sexo anatômico e a identidade de gênero, e um desconforto persistente com relação ao sexo genital, normalmente desde a infância. A sensação de ter o sexo inapropriado leva à intensa vontade de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto por meio de tratamento hormonal e cirúrgico.²

O termo transexual apareceu pela primeira vez na literatura médica no trabalho de Hirschfeld, em 1923.³ Neste estudo ainda não existia a diferenciação entre travestismo, homossexualismo afeminado ou transexualismo. Apenas na década de 1940, o termo começou a ser

usado com um sentido mais moderno para designar pessoas que desejassem viver permanentemente como o gênero contrário. Em 1966, a publicação do livro *O Fenômeno Transexual*, por Harry Benjamin, fez muitos médicos reconhecerem os potenciais benefícios da cirurgia para troca de sexo.⁴

Durante as décadas de 1960 e 1970, médicos começaram a usar o termo “transexual verdadeiro” para pessoas com desenvolvimento atípico da sua identidade de gênero que apresentaram melhora na qualidade de vida com tratamento específico e conseqüente cirurgia genital. Os transexuais verdadeiros deveriam ter identificação com o sexo oposto expressado pelo comportamento na infância, na adolescência e na vida adulta, não interesse heterossexual, relativo ao seu sexo anatômico, e poderiam ser de ambos os sexos. O termo “Síndrome da Disforia de Gênero” foi adotado posteriormente para designar a presença de algum problema de identidade de gênero até a Psiquiatria desenvolver uma nomenclatura oficial.⁵

O diagnóstico de transexualismo foi introduzido no DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais), em 1980, para indivíduos com disforia de gênero que demonstravam, pelo menos por dois anos, o interesse contínuo de transformar o seu sexo anatômico e social. Apesar dos termos diagnósticos desenvolvidos, o termo transexual continuou a ser utilizado pela maioria para designar qualquer pessoa que desejasse trocar seu sexo anatômico.

Em 1994, o DSM-IV substituiu o termo “transexualismo” por “desordem de identidade de gênero”. Dependendo da idade, aqueles que apresentavam identificação com o sexo oposto, desconforto

persistente com o seu sexo e com sua identidade de gênero eram diagnosticados como desordem de identidade de gênero da infância, da adolescência ou da vida adulta. Para pessoas que não se enquadravam nestes critérios era usado o diagnóstico de desordem de identidade de gênero não específica. Esta categoria incluía aqueles que desejavam castração ou retirada do pênis sem o desejo de desenvolver mamas, ou aqueles que desejavam mamas e terapia hormonal sem reconstrução da genitália, ou o intersexo congênito, entre outros. Os pacientes também deveriam ser subclassificados de acordo com a orientação sexual: atraído pelo sexo masculino, feminino, ambos ou nenhum.

O CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) fornece cinco diagnósticos para transtornos de identidade sexual.

- **Transexualismo:** trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo, em geral, acompanha-se de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação, por referência a seu próprio sexo anatômico, e do desejo de se submeter a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal, a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.
- **Travestismo bivalente:** este termo designa o fato de usar vestimentas do sexo oposto durante uma parte de sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de vestimenta não se acompanha de excitação sexual.
- **Transtorno de identidade sexual na infância:** transtorno que usualmente se manifesta no início da infância – e sempre bem antes da puberdade –, caracterizado por um persistente e intenso sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser – ou a insistência de que se é – do outro sexo. Há uma preocupação

persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio ao próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal.

- Outros transtornos da identidade sexual e transtorno não especificado da identidade sexual.

Nas últimas duas décadas, a atitude frente à cirurgia para troca de sexo parece estar mudando na área médica. Em vários países, a DIG está sendo diagnosticada e tratada por especialistas e equipes multidisciplinares. O tratamento normalmente é custeado pelo governo e a alteração dos registros civis é realizada para proporcionar adaptação social. O interesse científico também vem crescendo e vários estudos estão sendo realizados nesta área.⁶

As estimativas de prevalência de transexualismo na população acima de 15 anos normalmente se baseiam no número de transexuais tratados nos grandes centros ou em levantamentos psiquiátricos. Estes números variam muito, dependendo de cada estudo. Os primeiros estudos trazem uma prevalência de 1:100.000 até 1:24.000 para transexuais masculinos para feminino e 1:400.000 até 1:100.000 para transexuais femininos para masculino. Dois estudos mais recentes, realizados em Singapura e na Holanda, demonstram prevalências ainda maiores de 1:10.000 transexuais masculinos para feminino e 1:30.000 transexuais femininos para masculino.⁷

Na Alemanha, uma estimativa baseada nas solicitações para troca de sexo de 1981 até 1990 apresentou números semelhantes aos estudos mais antigos, 1:104.000 transexuais femininos para masculino e 1:42.000 transexuais masculinos para feminino. Outro estudo recente realizado na Suécia mostrou uma prevalência de 1:130.000, com uma relação masculino:feminino de 1:1.⁸

O Conselho Federal de Medicina (CFM), desde 1997, autoriza o tratamento das desordens de identidade de gênero por hospitais universitários no Brasil. A Resolução do CFM nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, regulamenta este tratamento. Esta resolução considera ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição ao fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio, e que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico.

Está autorizada a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia para o tratamento dos casos de transexualismo masculino para feminino e, ainda a título experimental, a cirurgia de neofaloplastia para tratamento do transexualismo feminino para masculino. A seleção dos pacientes para cirurgia deve ser feita por equipe multidisciplinar, com acompanhamento de, no mínimo, dois anos para confirmar o diagnóstico. O paciente deve ser maior de 21 anos e não ter contra-indicações para a cirurgia.

A causa, tanto psicogênica ou biológica, das desordens de identidade de gênero ainda é controversa e discutida há vários anos. Alguns autores acreditam que este distúrbio reflete a saúde física e mental da mãe durante a gestação, ou que decorre de um distúrbio de interação que ocorre em partes do cérebro com os hormônios durante o desenvolvimento do feto, pois na sexta semana de gestação se define o sexo do cérebro e se inicia a determinação do gênero. Outras teorias descrevem problemas de desenvolvimento no início da infância.⁹

Algumas evidências sugerem que a etiologia possui bases neurobiológicas durante o desenvolvimento fetal. Vários núcleos sexuais dismórficos foram encontrados na região do hipotálamo. Zhou et al.

encontraram semelhança na estrutura do cérebro de transexuais masculinos para femininos com os padrões femininos.¹⁰ Kruijver et al. perceberam que o número de neurônios em transexuais masculinos para femininos era similar ao das mulheres e o número em transexuais femininos para masculinos era semelhante ao dos homens.¹¹ Hormônios podem influenciar consideravelmente no desenvolvimento dismórfico em fases críticas, como no período fetal, durante o período do nascimento e, principalmente, após o nascimento.¹²

Um estudo clássico mostrou que o volume da subdivisão central do núcleo da *stria terminalis*, uma área do cérebro que é essencial para o comportamento sexual, é maior em homens do que em mulheres. O tamanho semelhante ao feminino foi encontrado em transexuais masculinos para femininos. Ele não é influenciado pelos hormônios sexuais na vida adulta e é independente da orientação sexual.¹³

Estudos em animais levam a uma hipótese de que a diferenciação sexual do cérebro em transexuais pode não seguir a diferenciação sexual do restante do organismo.¹⁴

O diagnóstico da DIG se apóia, principalmente, em critérios clínicos, tais como desejo intenso de pertencer ao sexo oposto, dificuldade de adaptação precoce, antipatia pelo órgão genital, baixa frequência de relações heterossexuais e baixo impulso sexual.¹⁵

Conforme DSM-IV de 1994 da Associação Americana de Psiquiatria, os critérios para diagnóstico do transexualismo como distúrbio de identidade de gênero são:

- forte persistência de identificação cruzada de gênero, ou seja, neurologicamente responder a estímulos sexuais contrários ao sexo biológico;

- evidência permanente e persistente de desconforto com o sexo que lhe foi atribuído biologicamente, ou seja, um sentido de impropriedade do papel sexual daquele gênero;
- diagnóstico excludente à condição intersexual física, confirmado clinicamente;
- presença de angústia em impedimentos significantes à vida social, ocupacional, etc.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com homossexualismo, travestismo, início precoce de desordens da personalidade, crises da adolescência, DIG induzida, desordens intersexuais e psicoses.

O acompanhamento pelos profissionais da área de saúde do paciente com DIG envolve confirmação do diagnóstico, psicoterapia, convívio social no sexo desejado, terapia hormonal e tratamento cirúrgico.¹⁶

O tratamento da DIG deve ser feito por uma equipe multidisciplinar formada por endocrinologista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião, entre outros. O principal objetivo do tratamento pela equipe é proporcionar conforto com o sexo escolhido para poder maximizar o bem-estar psicológico e a satisfação pessoal.

O manejo destes pacientes ainda é complexo, apesar de algumas diretrizes serem úteis, como a da Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin. Em março de 2001 foi publicada a sexta versão do *Standarts of Care for Gender Identity Disorders*.¹⁷ A orientação principal se baseia em que, depois de estabelecido o diagnóstico, o acompanhamento se divida em três fases: convívio social no sexo desejado, terapia hormonal e cirurgia para troca de genitália e outras características sexuais. É extremamente importante seguir as etapas para poder indicar com segurança o tratamento cirúrgico

definitivo. A indicação cirúrgica precoce e de maneira indevida pode trazer consequências drásticas para o paciente.

O acompanhamento psicoterápico, além de confirmar o diagnóstico, deve verificar a presença de outras condições psiquiátricas. Estima-se que um em dez transexuais tem distúrbios psiquiátricos. Também são relatadas histórias de mutilação de genitália e tentativas de suicídio.¹⁸

O psicoterapeuta deve avaliar a qualidade de vida durante a fase de convívio social no sexo desejado e rever se o paciente pode manter condições como emprego ou atividade estudantil, atividades sociais, adquirir um nome apropriado com o sexo desejado e demonstrar para a sociedade seu desejo de mudar sua identidade de gênero.¹⁹

A reposição hormonal tem um papel importante, tanto anatômico quanto psicológico, no tratamento médico da DIG. O tratamento hormonal melhora a qualidade de vida e faz o paciente se sentir mais adequado ao sexo desejado. Três critérios são necessários para iniciar o tratamento hormonal, segundo a Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin: ser maior de 18 anos, ter conhecimento sobre quais hormônios poderão ser usados e seus riscos e benefícios, e experimentar pelo menos três meses a fase de convívio social no sexo desejado associado à psicoterapia.²⁰

A terapia de reposição hormonal em transexuais masculinos para feminino tem por objetivo desenvolvimento das mamas, redistribuição da gordura corporal, alteração da pele, pêlos e cabelo, diminuição da fertilidade e do tamanho testicular e manutenção da massa óssea.

Em transexuais femininos para masculino, os efeitos esperados são alteração da voz, aumento do clitóris, atrofia de mama, aumento de pêlos, ganho de massa muscular e peso e diminuição da gordura em quadril. A equipe médica deve reconhecer os riscos do uso dos hormônios sexuais e avaliar os benefícios que o tratamento pode trazer

para os pacientes, principalmente em relação às necessidades psicológicas e de adaptação.²¹

Após dois anos de acompanhamento, a cirurgia para troca de sexo deve ser indicada. O tratamento cirúrgico não deve ser tratado como experimental, eletivo ou cosmético, e sim como forma de tratamento apropriado e efetivo para pacientes com DIG.

Alguns estudos mostram o grau de satisfação com a cirurgia e os resultados são variados, dependendo da metodologia, amostra e critérios utilizados. Uma revisão recente trouxe resultados de 87% e 97% de satisfação para transexuais masculinos para feminino e transexuais femininos para masculino, respectivamente.²² Além da indicação correta, o sucesso do tratamento cirúrgico depende também da idade do paciente, do suporte familiar e social e da técnica cirúrgica.²³

A única maneira de fornecer um tratamento definitivo para DIG é a troca de sexo social e genital. Sem tratamento, a condição é crônica e sem remissão.²⁴

Já está comprovado que o tratamento da DIG traz melhora da qualidade de vida, benefícios psicológicos e de adaptação social, e deve ser aceito por toda a sociedade.

Notas e Referências Bibliográficas

* DADOS DAS AUTORAS

**

¹ A. V. L. Athayde. Transexualismo Masculino. *Arq Bra Endocrinol Metab*, vol. 45, nº 4, 2001.

- 2 P. T. Cohen-Kettenis; L. J. Gooren. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 46, nº 4, 1999. p. 315-333.
- 3 P. T. Cohen-Kettenis; L. J. Gooren. Op. cit.
- 4 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. The Standarts of Care for Gender Identity Disorders. *The International Journal of Transgenderism*, vol. 5, nº 1, January/March 2001.
- 5 P. T. Cohen-Kettenis; L. J. Gooren. Op. cit.
- 6 Idem, ibidem.
- 7 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. Op. cit.
- 8 P. T. Cohen-Kettenis; L. J. Gooren. Op. cit.
- 9 K. Wylie. Gender related disorders. *BMJ*, vol. 329, 2004. p. 615-617.
- 10 J. N. Zhou et al. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, vol. 378, 1995. p. 68-70.
- 11 F. P. Kruijver et al. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 85, 2000. p. 2.034-2.041.
- 12 K. Wylie. Op. cit.
- 13 J. N. Zhou et al. Op. cit. *The International Journal of Transgenderism*, vol. 1, nº 1, July/September 1997.
- 14 Idem, ibidem.
- 15 A. V. L. Athayde. Op. cit.
- 16 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. Op. cit.
- 17 Idem, ibidem.
- 18 K. Wylie. Op. cit.

19 Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. Op. cit.

20 Idem, ibidem.

21 E. Moore; A. Wisniewski; A. Dobs. Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 88, nº 8, 2003. p. 3.467-3.473.

22 K. Wylie. Op. cit. E P. T Cohen-Kettenis; L. J. Gooren. Op. cit.

23 K. Wylie. Op. cit.

24 A. V. L. Athayde. Op. cit.