

# BMJ Best Practice

## Disforia de gênero em adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	14
<b>Tratamento</b>	<b>16</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	21
Opções de tratamento	23
Novidades	33
<b>Acompanhamento</b>	<b>34</b>
Recomendações	34
Complicações	36
Prognóstico	37
<b>Diretrizes</b>	<b>38</b>
Diretrizes de diagnóstico	38
Diretrizes de tratamento	38
<b>Recursos online</b>	<b>40</b>
<b>Referências</b>	<b>41</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>45</b>

## Resumo

- ◇ É necessário o parecer de um subespecialista para qualquer paciente com disforia de gênero suspeita ou confirmada. O tratamento é complexo e deve ser realizado apenas como parte de um conjunto de cuidados fornecidos por uma equipe multidisciplinar com vasta experiência nessa área.
- ◇ Em crianças e adolescentes, transtornos de identidade de gênero são particularmente complicados, podem ter comorbidade elevada e podem mudar de forma à medida que os pacientes amadurecem, o que faz a avaliação de um especialista especialmente importante. Este tópico cobre o manejo da disforia de gênero somente em adultos.
- ◇ A disforia de gênero geralmente não é acentuada o suficiente para fazer com que os pacientes busquem intervenção médica. Travestismo bivalente é a segunda manifestação mais comum.
- ◇ A maioria das clínicas trata os pacientes com hormônios apenas quando eles são adultos e já alteraram seu papel social de gênero (ou, ocasionalmente, têm um tempo definido e acordado de quando o farão).
- ◇ A maioria das clínicas não realizará mastectomia bilateral a menos que tenha havido uma alteração de papel social do gênero feminino para outro papel, demonstravelmente estável, geralmente masculino.
- ◇ Nenhuma clínica realizará cirurgia genital a menos que tenha havido acordo de 2 profissionais devidamente treinados e o paciente tenha vivido com sucesso demonstrado no novo papel de gênero por pelo menos 1 ano.

## Definição

A não conformidade de gênero é quando a identidade de gênero de uma pessoa, seu papel ou sua expressão diferem das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo.<sup>[1]</sup>

A disforia de gênero está presente quando há uma dissonância aflitiva entre o sexo biológico da pessoa e o papel social de gênero associado, conforme atribuído no nascimento, e o senso da pessoa de seu próprio gênero.<sup>[1]</sup>

Apenas algumas pessoas não conformes com seu gênero sofrem disforia em algum momento de suas vidas.<sup>[1]</sup>

O termo "transtorno de identidade de gênero" foi substituído por "disforia de gênero" no último Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), após consideração pela American Psychiatric Association.<sup>[2] [3]</sup>

## Epidemiologia

Aproximadamente 7 a 9 pessoas em cada 100,000 têm disforia de gênero suficientemente acentuada para buscar atendimento médico.<sup>[12]</sup>

No norte da Europa, a prevalência do transexualismo foi estimada em aproximadamente 1:12,000 casos em homens e 1:30,000 casos em mulheres.<sup>[13] [14] [15] [16]</sup> Nos EUA, aparentemente não há nenhuma associação significativa com classe social, inteligência ou ascendência. Apresentações a clínicas de identidade de gênero são cada vez mais comuns, mas isso pode refletir uma maior conscientização, um maior acesso ao tratamento, em vez de um aumento da incidência.<sup>[1]</sup>

A manifestação mais comum da disforia de gênero em indivíduos nascidos homens é o travestismo bivalente (também conhecido como cross-dressing; o termo 'travesti' às vezes é considerado pejorativo, embora seja usado neste tópico porque o travestismo bivalente é um diagnóstico da "Classificação Internacional de Doenças, versão 10"). O travestismo bivalente pode ser descrito como o uso de roupas do sexo oposto durante uma parte do tempo para aproveitar a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem o desejo de algo mais permanente. Nenhuma excitação sexual acompanha o travestismo, o que o distingue do travestismo fetichista. O travestismo bivalente frequentemente não é levado ao conhecimento dos médicos.

A disforia de gênero mais acentuada é caracterizada pelo desejo de viver e ser aceito em um papel de gênero social que não o designado ao nascer, geralmente acompanhado por um sentimento de desconforto com o próprio corpo, especialmente quanto às características sexuais primárias e secundárias que as pessoas usam para atribuir um papel de gênero social, como genitais, mamas ou pelos faciais. O desejo geralmente vem se apresentando nos últimos 2 anos e não deve ser um sintoma de transtorno mental, embora possa coexistir com tal transtorno;<sup>[4]</sup> discernir que ambos estão presentes de forma independente requer especialistas em identidade de gênero com experiência em psiquiatria ou psicologia. A disforia de gênero pode estar associada a anomalias intersexo, genéticas ou de cromossomos sexuais. Essas anomalias não devem ser consideradas causas e sua presença raramente altera o tratamento clínico. O adjetivo 'transexual' é aplicado frequentemente pela profissão médica para descrever as pessoas que procuram mudar ou que mudaram suas características sexuais primárias e/ou secundárias através de intervenções médicas de feminilização ou masculinização (hormônios e/ou cirurgia), tipicamente acompanhadas por uma mudança permanente no papel do gênero.<sup>[1]</sup>

## Etiologia

Não está claro o que causa a disforia de gênero. Inicialmente, as hipóteses sobre a causalidade abordavam fatores psicológicos e se originavam principalmente de uma perspectiva psicanalítica.[8] No entanto, ao longo das décadas, as evidências disponíveis sugeriram uma etiologia multifatorial, com uma importância cada vez maior de fatores biológicos.[17]

Sabe-se que há uma taxa elevada de disforia de gênero em pessoas com síndrome de Klinefelter.[18] Sabe-se também que os nascidos biologicamente masculinos com transtornos de identidade de gênero apresentam maior probabilidade de ser canhoto que a população em geral.[19] Árvores genealógicas de pacientes nascidos biologicamente masculinos mostram uma ausência relativa de tios maternos, e que esses pacientes apresentam maior probabilidade de estarem mais abaixo na ordem de nascimentos masculinos.[20] Uma hipótese feita a partir desses achados supõe que, nessas famílias, as mulheres desencadeiam uma resposta imune ao cromossomo Y na gestação, e o título aumenta a cada gravidez masculina sucessiva.

Algumas observações sugerem que crianças e adultos com distúrbios de identidade de gênero exibem mais características de transtorno do espectro autista (TEA) que a população geral.[21] [22] Em um gênero, a prevalência clínica de traços de autismo consistente com um diagnóstico clínico de TEA entre indivíduos passando por tratamento foi de 5.5% comparado com relatos diagnósticos de TEA de 0.5% a 2.0% na população geral.[23] Pessoas com disforia de gênero e DSA simultâneas têm uma apresentação atípica de disforia de gênero, tornando mais difícil um diagnóstico correto e a determinação das opções de tratamento para a disforia de gênero.[21]

## Fisiopatologia

Como regra geral, as funções neurológica e fisiológica em pessoas com transtornos de identidade de gênero parecem ser as mesmas que na população em geral.

No entanto, parece haver um aumento na taxa de não destros[19] e um aumento na taxa de transtorno do espectro autista (TEA) e das características do TEA.[21] [22] [23] Um pequeno estudo mostrou que o tamanho do núcleo do leito da estria terminal do cérebro estava em harmonia com a percepção de gênero do paciente, em vez de seu sexo biológico.[24] Outro estudo em indivíduos transexuais nascidos biologicamente femininos antes do tratamento hormonal mostrou alterações na substância branca semelhantes às alterações observadas em homens.[25]

A disforia de gênero é ligeiramente mais comum em pessoas com síndrome de Klinefelter, síndromes de insensibilidade androgênica parcial[26] e hiperplasia adrenal congênita.[27] [28] [29] Nessas circunstâncias, ainda se aplica um diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de disforia de gênero (sem outra especificação), em vez de transexualismo, porque esse último diagnóstico requer a ausência de qualquer anormalidade endócrina ou cromossômica. Essa distinção deve se perder na CID-11 e o tratamento ainda é o mesmo que para o transexualismo.

## Classificação

## Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)[4]

Travestismo bivalente (também conhecido como cross-dressing; o termo 'travesti' pode ser considerado pejorativo em algumas partes do mundo).[5]

- Uso de roupas do sexo oposto durante uma parte do tempo para aproveitar a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem o desejo de algo mais permanente. Nenhuma excitação sexual acompanha o travestismo, o que o distingue do travestismo fetichista.

### Transexualismo

- Desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, geralmente acompanhado por uma sensação de desconforto com o próprio sexo anatômico. O desejo deve ter estado presente por pelo menos 2 anos, e não deve ser um sintoma de outro transtorno mental ou associado a qualquer anormalidade de intersexo, genética ou de cromossomo sexual.

### Disforia de gênero na infância

- Sofrimento intenso e persistente sobre o sexo atribuído, juntamente com o desejo de ser do outro sexo. O diagnóstico requer um transtorno profundo da percepção normal de masculinidade ou feminilidade. O diagnóstico não deve ser feito quando o indivíduo tenha atingido a puberdade.

Foi estabelecido que a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) não incluiria a disforia de gênero na seção voltada aos transtornos do funcionamento psicológico, com a provável destinação sendo uma seção dedicada aos transtornos da diferenciação sexual.

## Prevenção primária

Não está claro se é desejável tentar prevenir os transtornos de identidade de gênero. Algumas pessoas, particularmente grupos de pacientes, veria este estado como uma variação natural na expressão humana e consideraria qualquer tentativa de prevenção como sendo semelhante à eugenia. Em todo caso, a prevenção primária não é possível atualmente.

## Rastreamento

### Rastreamento

Não há medidas atuais para o rastreamento da população geral para transtornos de identidade de gênero. Além disso, tal rastreamento não parece adequado aos profissionais da saúde ou grupos de pacientes.

## Prevenção secundária

Os pacientes que estiverem sob terapias hormonais devem evitar estados pró-trombogênicos, como obesidade, tabagismo ou inatividade.



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 45 anos de idade, vestido como mulher, pede uma receita para estrogênios e um encaminhamento rápido para cirurgia de mudança de sexo por motivos de transexualismo autodiagnosticado. Ele fornece uma história de travestismo ao longo de toda a vida, que se tornou sexualmente excitante na puberdade. Sua excitação sexual diminuiu por volta dos 20 anos de idade, sendo substituída por uma sensação de relaxamento e conforto, quando em um papel feminino, descrita como a capacidade de expressar seu lado feminino. Ele é casado, mas separado e tem 2 filhos. A atividade sexual de seu casamento (que nunca foi muito boa) diminuiu após o nascimento dos filhos. Ele escondeu o travestismo de sua esposa até que ela descobriu suas roupas femininas e supôs que ele estava tendo um caso. Embora inicialmente tolerante de seu travestismo, ela se tornou cada vez mais insatisfeita enquanto ele passava mais tempo em um papel feminino e sugeriu que eles poderiam viver juntos como irmãs. Afastando-se de sua esposa e filhos, ele começou a comprar estrogênios na internet. Para todos os efeitos, ele vivia como uma mulher, com exceção de seu trabalho, onde nada se sabia sobre sua vida feminina fora dali. Ele começou a se sentir cada vez mais infeliz em sua vida profissional masculina, sentindo que ele só é verdadeiramente ele mesmo quando está vivendo como uma mulher.

### Caso clínico #2

Uma mulher de 35 anos de idade solicita tratamento com androgênios e uma mastectomia bilateral. Ela parece masculina e muitas vezes é tida como um homem um pouco mais jovem que sua idade cronológica. Ela descreve uma história de comportamento masculino na infância, tendo sido amplamente reconhecida como lésbica durante o Ensino Médio. Declarando-se ser lésbica no final da adolescência, ela passou a fazer parte de círculos sociais lésbicos por alguns anos e construiu, com alguma facilidade, relacionamentos com mulheres. Esses relacionamentos tendiam a fracassar depois de alguns meses porque as parceiras se queixavam de que, ao invés de ser uma mulher masculina, ela se comportava mais como um homem. Embora sua libido fosse boa e ela fosse uma parceira sexual atenciosa, ela não suportava receber atenção às suas próprias características sexuais femininas, e a natureza unilateral da relação sexual tornava-se, depois de um tempo, perturbadora para suas parceiras. Finalmente, ela sentiu que seu senso de masculinidade não podia mais ser negado a si mesma e aos outros, e decidiu viver como um homem. Ela está desesperada para interromper seus períodos menstruais, buscando tratamento com androgênios para aumentar os pelos faciais e corporais e perder suas mamas.

### Outras apresentações

A maioria dos pacientes nascidos biologicamente homens com disforia de gênero apresenta-se com um histórico de travestismo inicialmente fetichista e, posteriormente, bivalente. Um número menor apresenta uma história de homossexualidade mais precoce, muito feminina, associada a uma baixa libido e um senso cada vez maior de feminilidade que os leva a viver como uma mulher e ser visto por outros (incluindo homens gays) como uma mulher. Quase todas as pacientes nascidas biologicamente mulheres têm uma história de comportamento masculino na infância, e muitas foram (pelo menos por um tempo) identificadas por elas mesmas ou por outras pessoas como mulheres lésbicas masculinas. Uma pequena porcentagem de pessoas de qualquer um dos sexos biológicos apresenta disforia de gênero acentuada e comportamento de sexo cruzado, até mesmo desde os primeiros anos da infância. Essas pessoas são



muitas vezes consideradas como sendo do sexo oposto na infância e muito frequentemente têm atração sexual por seu próprio sexo biológico. No entanto, é importante observar que a disforia de gênero da infância não continua necessariamente na vida adulta.[1] Uma série de estudos em meninos e meninas com disforia de gênero sugere que a persistência na vida adulta ocorre em 6% a 27% das crianças.[6] [7] [8] [9] [10] [11]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O médico deve confirmar que a disforia de gênero está presente há mais de 2 anos, e que não é um sintoma direto de nenhum transtorno mental.[4] Deve-se também determinar se há uma história precedente de disforia de gênero na infância, usando informantes se possível.

### Quadro clínico

A história deve elucidar se a disforia de gênero foi precedida por travestismo fetichista, travestismo bivalente (cross-dressing) ou homossexualidade feminina/masculina. O consumo de hormônios e de outros medicamentos sem prescrição deve ser investigado, bem como quaisquer tentativas anteriores de tratamento, incluindo cirurgia.

A orientação sexual é um atributo totalmente distinto da identidade de gênero, mas em termos unicamente estatísticos, a maioria dos pacientes nascidos biologicamente femininos se interessam sexualmente por mulheres, ao passo que pacientes nascidos biologicamente masculinos podem se interessar por um ou outro sexo e apresentam maior probabilidade de passar por ampliação ou mudança da orientação sexual após uma mudança de papel de gênero social. A libido tende a ser baixa em pacientes nascidos biologicamente masculinos e normal em pacientes nascidos biologicamente femininos.

O exame físico geralmente é normal. O vestuário e o penteado podem ser neutros ou se assemelhar aos do outro sexo. O estilo vocal e maneirismos muitas vezes se assemelham aos do outro sexo, particularmente em pacientes nascidos biologicamente femininos.

Deve-se avaliar se há uma intenção séria de mudar o papel social de gênero, ou se o desejo declarado de tratamento hormonal ou cirurgia visa eliminar as características de um sexo sem procurar as características do outro ou adquirir características de ambos, principalmente sem alterar o papel de gênero social. Essa última apresentação está mais de acordo com transtorno dismórfico corporal ou autoginefilia.

### Investigações laboratoriais

Androgênios séricos devem ser verificados. A presença de testosterona e di-hidrotestosterona séricas elevadas e hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) não suprimidos sugere uma síndrome de insensibilidade androgênica parcial, o que requer um aconselhamento genético para a família. Baixos níveis de testosterona e altos níveis de gonadotrofinas em homens sugerem síndrome de Klinefelter. Níveis elevados de androgênios em mulheres podem sugerir síndrome do ovário policístico.

Os pacientes que estão sendo considerados para tratamento hormonal devem ser rastreados primeiramente para as contraindicações.[5] Os exames de sangue recomendados incluem testes da função hepática, lipídios, hematócrito e hemoglobina (para avaliar a policitemia) e prolactina. Aqueles que recebem tratamento endócrino e que têm contraindicações relativas aos hormônios (por exemplo,

tabagismo, diabetes, doença hepática etc.) devem debater intensamente com o seu médico a respeito dos riscos e benefícios da terapia.[30] Os clínicos devem enfatizar a importância do abandono do hábito de fumar, já que o tabagismo aumenta o risco tromboembólico decorrente do tratamento hormonal.

## Fatores de risco

### Fracos

#### hiperplasia adrenal congênita

- Associada a uma taxa ligeiramente elevada de disforia de gênero.[27] [29] [28]

#### síndromes de insensibilidade androgênica parcial

- Associada a uma taxa ligeiramente elevada de disforia de gênero.[26]

#### síndrome de Klinefelter

- Associada a uma taxa ligeiramente elevada de disforia de gênero.[18]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### disforia de gênero (comum)

- Deve haver a presença do desejo de viver como outro gênero e uma busca de transformação corporal para assemelhar-se o mais próximo possível ao outro papel de gênero. Isso deve ter estado presente por pelo menos 2 anos. Deve haver ausência de qualquer sintomatologia psiquiátrica que possa ser a causa direta desses sentimentos.[4]

#### aparência ou resposta emocional alteradas (comum)

- Os pacientes muitas vezes já tomaram medidas em relação ao vestuário e penteado para assemelhar-se ao outro sexo. Seus maneirismos frequentemente se assemelham aos do outro sexo, particularmente em pacientes nascidos biologicamente femininos.

### Outros fatores de diagnóstico

#### função sexual diminuída ou homossexualidade (comum)

- A libido tende a ser baixa em pacientes nascidos biologicamente masculinos e normal em pacientes nascidos biologicamente femininos. A maioria dos pacientes nascidos biologicamente femininos é sexualmente interessada em mulheres. Pacientes nascidos biologicamente masculinos podem ser interessados em ambos os sexos. A orientação sexual é muito menos significativa no quesito diagnóstico que a libido.

#### fala e qualidade vocal atípicos (incomum)

- A qualidade vocal e o estilo da fala podem se assemelhar aos do outro sexo.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>testosterona sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usados para descartar condições associadas.</li> <li>• Altos níveis de testosterona com hormônio folículo-estimulante e LH altos ou normais sugerem síndrome de insensibilidade androgênica parcial.</li> <li>• Baixos níveis de testosterona e altos níveis de gonadotrofinas em homens sugerem síndrome de Klinefelter.</li> <li>• Níveis elevados de androgênios em mulheres podem sugerir síndrome do ovário policístico.</li> <li>• Recomenda-se a coleta matinal de amostras.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>di-hidrotestosterona sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usados para descartar condições associadas.</li> <li>• Altos níveis de testosterona e di-hidrotestosterona com FSH e LH altos ou normais sugerem síndrome de insensibilidade androgênica parcial.</li> <li>• Recomenda-se a coleta matinal de amostras.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) séricos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usados para descartar condições associadas.</li> <li>• Altos níveis de testosterona com FSH e LH altos ou normais sugerem síndrome de insensibilidade androgênica parcial.</li> <li>• Baixos níveis de testosterona e altos níveis de gonadotrofinas em homens sugerem síndrome de Klinefelter.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>prolactina sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usados para descartar condições associadas.</li> <li>• A elevação pode sugerir prolactinoma ou uso de drogas.</li> <li>• Após o tratamento, a prolactina não deve se elevar acima de 1000 unidades internacionais (UI).</li> <li>• Deve ser repetida a cada 6 meses enquanto o paciente estiver em terapia hormonal.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>testes séricos da função hepática</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspartato transaminase (AST), fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase séricas devem ser acompanhadas a cada 6 meses enquanto o paciente estiver em terapia hormonal.</li> </ul>	<b>basal normal</b>
<b>perfil lipídico sérico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) pode estar raramente elevado com tratamento hormonal. A dislipidemia deve ser tratada como seria para qualquer outra causa.</li> <li>• Deve ser repetido a cada 6 meses.</li> </ul>	<b>deve estar normal inicialmente</b>
<b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VCM elevado indica possível abuso de álcool. Hb pode se elevar após tratamento androgênico, particularmente em fumantes.</li> <li>• Deve ser acompanhada a cada 6 meses.</li> </ul>	<b>volume corpuscular médio (VCM) e hemoglobina (Hb) devem estar normais inicialmente</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Autoginefilia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes do sexo masculino procuram o tratamento hormonal e/ou cirurgia para obter características corporais femininas (geralmente mamas), mas ou não querem mudar seu papel social de gênero ou fazem apenas esforços mínimos a respeito disso.</li> <li>• Atividade sexual frequentemente de grau maior e mais precoce que no transexualismo, e um elemento sexualizado ao desejo por características femininas (que pode não ser admitido).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Transtorno dismórfico corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente abomina e busca a eliminação de características sexuais primárias ou secundárias, mas em nenhum momento deseja nenhum outro papel de gênero ou nem tem planos de mudar de papel de gênero social.</li> <li>• Afora essa preocupação, a função no papel do gênero de nascimento é frequentemente muito boa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Orientação sexual egodistônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A principal motivação do paciente é um relacionamento íntimo com alguém do mesmo sexo de nascimento.</li> <li>• O paciente tem visões muito negativas sobre a homossexualidade e busca explicação médica e legitimação desse desejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Psicose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A apresentação do paciente tem a textura psicológica de um delírio. O paciente não está muito preocupado com a forma como os outros o/a veem como um membro do sexo oposto.</li> <li>Frequentemente há uma história de psicose ou delírios. Algumas vezes, sintomas negativos ou sintomas afetivos estão presentes no momento da entrevista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Travestismo fetichista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O uso de roupas do sexo oposto está associado à excitação sexual. As roupas são frequentemente sexualizadas. O comportamento pode ser acompanhado por masturbação. Após o orgasmo muitas vezes há um sentimento de vergonha e uma remoção rápida das roupas, acompanhados por uma resolução (transitória) de nunca se travestir novamente.</li> <li>Encontrado quase exclusivamente em homens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno de personalidade borderline</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O senso de identidade é geralmente incerto, e não é isolado da identidade de gênero. Crenças sobre uma variedade de aspectos da identidade são intensas mas superficiais e, algumas vezes, breves.</li> <li>• Outros aspectos da história pessoal são consistentes com transtorno de personalidade, e esse diagnóstico pode já ter sido feito. A disforia de gênero é de início recente, mas se apresenta muito intensamente.</li> <li>• O transtorno de personalidade limítrofe não descarta o encaminhamento a uma clínica de identidade de gênero, mas pode complicar o tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum exame diferencial: o diagnóstico é clínico.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)[4]

#### Travestismo bivalente

- Diagnosticado no contexto do uso de roupas do sexo oposto durante uma parte do tempo para aproveitar a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem o desejo de algo mais permanente.
- Nenhuma excitação sexual acompanha o travestismo, o que distingue esse transtorno do travestismo fetichista.

#### Transexualismo

- Descrito como o desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto. É geralmente acompanhado por uma sensação de desconforto com o próprio sexo anatômico.
- O desejo deve ter estado presente por pelo menos 2 anos, e não deve ser um sintoma de outro transtorno mental ou associado a qualquer anormalidade de intersexo, genética ou de cromossomo sexual.

#### Disforia de gênero na infância

- Sofrimento intenso e persistente sobre o sexo atribuído, juntamente com o desejo de ser do outro sexo. O diagnóstico requer um transtorno profundo da aceção normal de masculinidade ou feminilidade.

- O diagnóstico não deve ser feito quando o indivíduo tenha atingido a puberdade.

## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[2]

### Disforia de gênero em adolescentes e adultos

- Uma incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído ao indivíduo, com uma duração mínima de 6 meses, que se manifesta por pelo menos duas das seguintes características:
  - Uma incongruência acentuada entre o gênero e as características sexuais primárias e/ou secundárias do indivíduo (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias esperadas).
  - Um forte desejo de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias por causa de uma incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, o desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias esperadas).
  - Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
  - Um forte desejo de ser do outro gênero (ou algum gênero alternativo, diferente do gênero atribuído ao indivíduo).
  - Um forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou algum gênero alternativo, diferente do gênero atribuído ao indivíduo).
  - Uma convicção forte de que o indivíduo tem os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou algum gênero alternativo, diferente do gênero atribuído ao indivíduo).
- A condição está associada a um sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento nas áreas social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.
- Existem dois especificadores:
  - Com um distúrbio de desenvolvimento sexual (por exemplo, hiperplasia adrenal congênita).
  - Pós-transição: o indivíduo fez a transição para uma vida em tempo integral no gênero desejado (com ou sem a legalização de mudança de sexo) e foi submetido a (ou está se preparando para realizar) pelo menos 1 procedimento médico transexual ou esquema de tratamento (por exemplo, tratamento hormonal transexual convencional ou cirurgia de mudança de sexo, confirmando o gênero desejado).
- Atualmente existem também critérios distintos para o diagnóstico de crianças; no entanto, essa monografia não abrange a disforia de gênero em crianças. A disforia de gênero não é mais classificada sob a categoria de disfunções sexuais e distúrbios parafílicos, sendo considerada um transtorno por si só. O termo "transtorno de identidade de gênero" foi substituído por "disforia de gênero" para evitar estigmatização. [APA: gender dysphoria]



## Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida ao máximo grau possível por meio do alívio seguro e sustentável da disforia de gênero. Um princípio geral é que as etapas reversíveis devem ter sido negociadas com êxito antes que as etapas irreversíveis sejam contempladas.[1] Além disso, etapas significantes ou irreversíveis devem ser aprovadas por dois profissionais da saúde mental, qualificados e com experiência em identidade de gênero (geralmente, mas não necessariamente, profissionais de saúde mental), antes de serem realizadas. É necessário o apoio de um subespecialista. Nenhum tratamento médico deve ser realizado sem um apoio psicológico devidamente qualificado.[1]

### Qualidade do diagnóstico

Já que o diagnóstico é a porta de entrada para tratamentos potencialmente drásticos e irreversíveis, é conveniente que sejam identificadas as comorbidades, que os diagnósticos diferenciais sejam excluídos e que seja feito um diagnóstico correto por um especialista qualificado em disforia de gênero que trabalhe no contexto de uma equipe multidisciplinar em uma clínica especializada em identidade de gênero.

Os pacientes devem ter sido bioquimicamente rastreados para outros diagnósticos possíveis, como a síndrome de Klinefelter, síndrome do ovário policístico, hiperplasia adrenal congênita ou síndrome de insensibilidade androgênica parcial. Tais rastreamentos garantem que o paciente está apto a receber tratamento hormonal transexual, quando este for indicado; uma síndrome de insensibilidade androgênica parcial também indica a necessidade de aconselhamento genético para a família do paciente.

### Experiência prática no mundo real

O processo de adotar plenamente um novo papel de gênero ou apresentação de gênero no dia a dia é conhecido como experiência do 'mundo real' ou da 'vida real'. [30] Muitos médicos acreditam que o tratamento hormonal geralmente não deve ser iniciado a menos que o paciente já tenha alterado o papel de gênero. [30] Isso inclui alterar legalmente o registro para o outro sexo e alterar o nome em todos os documentos. Todas as outras pessoas devem estar cientes dessa mudança e devem tratar o paciente como sendo do sexo escolhido, mesmo que eles saibam que isso não foi sempre assim. O grau no qual isso pode ser aplicado na prática se torna aparente para o médico e para o(a) paciente. Mudanças no papel de gênero social para um papel não binário na vida real podem ser mais difíceis de alcançar do que imagina o/a paciente e, após a experiência prática, podem ser modificadas em uma mudança mais direta para um papel de gênero social mais distinto.

Alguns grupos de pacientes afirmam que o tratamento hormonal deve preceder uma alteração do papel de gênero. No entanto, essa abordagem envolve um período prolongado de tratamento hormonal potencialmente perigoso, que pode resultar em um paciente permanentemente insatisfeito com o grau da mudança corporal e no adiamento indefinido de qualquer mudança de papel.

Pacientes com autoginefilia buscam tratamento hormonal sem qualquer alteração do papel de gênero e podem apresentar esse argumento (de forma explícita ou veladamente) para atingir esse objetivo. A autoginefilia pode posteriormente se dissipar, deixando-os com uma feminização indesejada.

Há um consenso universal de que um período de experiência prática de, no mínimo, 1 ano (incluindo pelo menos 1 ano de tratamento hormonal consistente, a menos que seja inconveniente ou contraindicado) deve preceder qualquer cirurgia genital. [1] [30] Períodos mais longos seriam necessários se houver algum problema durante a experiência no novo papel de gênero, para dar tempo para que

esses problemas sejam resolvidos. Os pacientes não devem ser submetidos a tratamento cirúrgico até que eles estejam prosperando (não apenas sobrevivendo) em seu novo papel de gênero.

## Tratamento hormonal transexual

A terapia hormonal envolve fornecer hormônios exógenos para:[1] [30]

- Reduzir os níveis de hormônio endógeno (com uma redução de características sexuais secundárias do sexo biológico da pessoa)
- Substituir esses hormônios endógenos pelos do sexo reatribuído, seguindo princípios de reposição hormonal para pacientes com hipogonadismo.

O tratamento individualizado é necessário com base nos objetivos do pacientes, em qualquer contraindicações médicas e no perfil de efeitos colaterais das medicações usadas. A terapia hormonal pode levar a mudanças físicas irreversíveis e, portanto, é essencial obter o consentimento informado, incluindo uma discussão completa dos riscos e benefícios, além dos efeitos sobre a capacidade reprodutiva.[1] O rastreamento e abordagem dos problemas de saúde mental agudos e crônicos é uma parte fundamental deste processo.

O tratamento hormonal varia de acordo com o sexo de nascimento do paciente. A maioria dos clínicos entende que o tratamento hormonal deve ser realizado depois de uma alteração do papel de gênero.[30] Raramente o tratamento hormonal é usado em pacientes que não desejam fazer uma transição do papel social do gênero ou se submeter à cirurgia, ou que sejam incapazes de se submeter a ele.[1]

O atendimento do transgênero é um campo interdisciplinar e, portanto, a coordenação do atendimento e o encaminhamento para tratamento hormonal dentro de uma equipe de atendimento global do paciente é recomendado. As diretrizes da World Professional Association for Transgender Health adverte que os profissionais de saúde que recomendam terapia hormonal compartilham a responsabilidade ética e legal por essa decisão com o médico que presta o serviço.[1]

Os critérios para terapia hormonal incluem:[1]

- Disforia de gênero persistente, bem documentada
- Capacidade de tomar uma decisão totalmente informada e consentir com o tratamento
- Problemas de saúde mental ou médicos relevantes bem controlados.

Tratamento hormonal em nascidos biologicamente masculinos

- O estrogênio, com ou sem supressão de gonadotrofina com um agonista do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), é usado em pacientes nascidos biologicamente masculinos. Embora os bloqueadores de androgênio (como a espironolactona, ciproterona e inibidores de 5-alfa-redutase) são notados por algumas diretrizes por serem os agentes de supressão de gonadotrofina mais utilizados,[1] o autor deste tópico não os recomenda porque o seu uso frequente reflete não uma superioridade, mas sim a disponibilidade do formulário local ou nacional ou a viabilidade econômica. O agente ideal é aquele que inibe toda a função testicular com zero efeitos colaterais, ou com um mínimo deles, o que pode ser alcançado com um agonista de GnRH. As desvantagens dos agonistas de GnRH são o requisito de administração parenteral e um custo relativamente maior, que às vezes impede a colocação nos formulários disponíveis.
- Os riscos associados à terapia de estrogênio em nascidos biologicamente do sexo masculino são:[30]

- Risco muito alto de desfechos adversos
  - Doença tromboembólica
- Risco moderado de desfechos adversos
  - Macroprolactinoma
  - Câncer de mama
  - Doença arterial coronariana (DAC)
  - Doença cerebrovascular
  - Colelitíase
  - Hipertrigliceridemia
- Contraindicações para o tratamento de feminilização com estrogênio:[1]
  - Eventos trombóticos venosos prévios relacionados a um estado hipercoagulável subjacente
  - História de câncer sensível ao estrogênio
  - Doença hepática em estágio terminal.

#### Tratamento hormonal em nascidos biologicamente femininos

- A supressão de gonadotrofina geralmente não é necessária em pacientes nascidos biologicamente femininos, já que os androgênios isolados suprimem a função ovariana muito bem.
- Os riscos associados à terapia de testosterona nos nascidos biologicamente femininos são:[30]
  - Risco muito alto de desfechos adversos
    - Policitemia (hematócrito >50%)
  - Risco moderado de desfechos adversos
    - Disfunção hepática grave (transaminases > triplo do limite superior do normal)
    - Doença arterial coronariana (DAC)
    - Doença cerebrovascular
    - Hipertensão
    - Câncer de mama ou uterino.
- As contraindicações para o tratamento masculinizante com testosterona são:[1]
  - Gestação
  - Doença arterial coronariana instável
  - Policitemia não tratada com um hematócrito de 55% ou superior.

Todos os pacientes devem receber a oportunidade de armazenar gametas antes do tratamento hormonal, como é o caso de qualquer tratamento médico obrigatório que remove a fertilidade natural.[1]

Tipicamente leva 2 anos ou mais para que os pacientes alcancem resultados masculinizantes/feminilizantes máximos a partir dos hormônios. Se tiver ocorrido supressão gonadal com um agonista de GnRH, a mesma dose será necessária após qualquer cirurgia genital; porém, mais adiante na vida pode

ser necessário reduzir as doses para alcançar os mesmos níveis hormonais, pois o metabolismo hepático dos esteroides sexuais pode diminuir com a idade.

Para pacientes que partem para a gonadectomia, a terapia hormonal com estrogênio ou testosterona geralmente continua por toda a vida, a menos que se desenvolvam contraindicações.[1]

## **Crítérios para cirurgia genital e remoção das gônadas**

Alguns pacientes com disforia de gênero são capazes de viver com êxito em seu papel de gênero preferido sem cirurgia, mas para outros a cirurgia genital é a etapa final (e a mais considerada) no processo de tratamento.[1] Assim como o tratamento hormonal, os profissionais de saúde mental que recomendam a cirurgia genital compartilham a responsabilidade ética e legal por essa decisão com o médico que realiza a cirurgia. Os critérios para iniciar a cirurgia genital são os mesmos para iniciar a terapia hormonal, com um critério adicional (devido à sua maior invasividade):[1]

- Um ano de terapia hormonal contínua e vivendo no papel de gênero desejado (a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada).

As diretrizes de prática clínica da Endocrine Society recomendam que a cirurgia genital e a remoção das gônadas deveria ser considerada apenas se o médico que supervisiona o tratamento hormonal e o profissional de saúde mental que supervisiona a disforia de gênero do paciente concordarem que a cirurgia é clinicamente necessária e benéfica para o paciente em geral e o médico que supervisiona o tratamento hormonal tenha liberado o paciente clinicamente para a cirurgia.[30]

## **Nascidos biologicamente masculinos: cirurgias e tratamento adjuvantes**

### **Remoção de pelos**

- Isso pode ser feito com eletrólise ou laserterapia.[1] Todos os outros métodos não são permanentes. A laserterapia funciona apenas com pelos de cor escura e pele de cor clara.

### **Cirurgia de cabeça e pescoço**

- A cirurgia de redução de cartilagem tireoide é por vezes necessária em pacientes nascidos biologicamente masculinos, altos, magros, cuja cartilagem tireoide é inaceitavelmente proeminente. Esse procedimento geralmente não é problemático. Ela pode ser combinada com uma aproximação cricotireoidea.
- A aproximação cricotireoidea pode ser feita isoladamente ou em combinação com uma redução de cartilagem tireoide. Ele altera a qualidade vocal para um timbre mais feminino. Só deve ser realizada quando a fonoterapia falhar e, geralmente, requer acompanhamento com fonoterapia.
- A cirurgia craniofacial é uma cirurgia complexa e, por vezes, muito radical, que é algumas vezes útil, mas só deverá ser contemplada quando o tratamento com hormônios tiver sido totalmente utilizado e quando uma cosmese mais simples tiver falhado.

### **Mamoplastia de aumento**

- Embora não seja um pré-requisito formal, recomenda-se que os pacientes recebam tratamento com hormônio feminizante (por um mínimo de 12 meses) antes da cirurgia.[1] Na experiência do autor, é preferível um mínimo de 2 anos. É muito problemático em termos estéticos se o

desenvolvimento natural das mamas sob estimulação estrogênica for feito após uma mamoplastia de aumento.[30]

#### Cirurgia genital

- Este procedimento só é indicado quando o paciente tiver passado pelo menos um ano em terapia hormonal contínua e vivendo no papel de gênero desejado (a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada).[1] Muitos médicos desejariam 2 anos. Ao longo desse período de tempo, o paciente deve ter mostrado melhora das funções psicológica, social e, provavelmente, ocupacional.
- A cirurgia usa os órgãos genitais existentes para formar uma vulva, neoclitoris e prepúcio clitoridiano, lábios e (geralmente) neovagina. A remoção dos pelos genitais pré-operatória é algumas vezes necessária, particularmente em pacientes que foram circuncidados. Os resultados estéticos podem ser muito bons.

## Nascidas biologicamente femininas: cirurgias e tratamento adjuvantes

#### Mastectomia bilateral

- Não há consenso sobre quando os pacientes nascidos biologicamente femininos devem se submeter à mastectomia bilateral.[30] Embora a terapia hormonal não seja um pré-requisito formal para a mastectomia bilateral,[1] quase todos os clínicos entendem que o procedimento deve ser realizado depois de uma alteração do papel de gênero e tratamento com androgênios. Alguns grupos de pacientes defendem que a mastectomia deve preceder ambos os eventos. O peso e a forma corporais podem mudar consideravelmente quando os pacientes são tratados com androgênios e pode ser que uma aparência pós-cirúrgica inicialmente boa seja alterada negativamente com o tratamento androgênico subsequente. Podem surgir dificuldades quando um paciente afirma inicialmente que deseja um papel não binário e solicita a mastectomia bilateral e a reconstrução torácica sem tratamento precedente com testosterona. Então pode haver uma evolução subsequente para um papel mais claramente masculino e a correspondente necessidades de tratamento com testosterona, que pode ter um impacto negativo na aparência pós-cirúrgica do paciente.

#### Histerectomia e ooforectomia bilateral

- A consideração da histerectomia e da ooforectomia bilateral é recomendada em 2 anos após o início do tratamento androgênico para prevenir o risco de malignidade ginecológica.[30]
- Para pacientes que não se submeteram previamente à cirurgia abdominal, a técnica laparoscópica de histerectomia e ooforectomia bilateral é recomendada para evitar uma cicatriz abdominal inferior.[1]
- Outras abordagens são transvaginal e transabdominal. O acesso vaginal pode ser difícil, já que a maioria dos pacientes é nulípara e muitas vezes não sofreu intercurso com penetração.[1] A abordagem transabdominal pode utilizar qualquer incisão diferente de uma incisão de Pfannenstiel, já que essa incisão é patognomônica de cirurgia ginecológica e a cicatriz resultante parece estranha em um homem.

#### Faloplastia

- Este procedimento complexo, e frequentemente em vários estágios, é indicado somente quando o paciente viveu um papel masculino recebendo tratamento hormonal contínuo, a menos que contraindicado, durante um período mínimo de 1 ano, impreterivelmente[1] (muitos médicos exigiriam 2 anos). Ao longo desse período de tempo, o paciente deve ter mostrado melhora das funções psicológica, social e, provavelmente, ocupacional.
- Áreas doadoras para faloplastia podem incluir o antebraço, pele abdominal ou tecidos de outras partes do corpo. A complexidade, a duração e os custos do procedimento são tão substanciais que apenas uma minoria dos pacientes opta por se submeter a essa cirurgia. Os resultados estéticos e funcionais são relativamente bons, mas o resultado, mesmo nos melhores centros, é claramente distinguível de um pênis nativo.

#### Cirurgia craniofacial

- Essa cirurgia complexa e, por vezes, muito radical é algumas vezes útil, mas só deverá ser contemplada quando o tratamento com hormônios tiver sido totalmente utilizado e quando uma cosmese mais simples tiver falhado.[30]

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso ( resumo )		
<b>nascidos biologicamente masculinos</b>		
■ alteração de papel bem-sucedida por ≥1 ano	1a	observação no papel sexual alterado por ≥1 ano
	mais	estrogênios
	adjunto	terapia de privação androgênica
	adjunto	remoção de pelos
	adjunto	cirurgia de cabeça e pescoço
	adjunto	mamoplastia de aumento
	adjunto	cirurgia genital
<b>nascidos biologicamente femininos</b>		
■ alteração de papel bem-sucedida por ≥1 ano	1a	observação no papel sexual alterado por ≥1 ano
	mais	androgênios
	adjunto	mastectomia bilateral
	adjunto	histerectomia e ooforectomia bilateral
	adjunto	faloplastia

Em curso		( resumo )
.....	adjunto	cirurgia craniofacial



## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Em curso

#### nascidos biologicamente masculinos

nascidos biologicamente masculinos

1a

**observação no papel sexual alterado por ≥1 ano**

» O tratamento para disforia de gênero não deve ser iniciado a menos que o paciente já tenha alterado o papel de gênero. Isso significa alterar legalmente o registro para o outro sexo e alterar o nome em todos os documentos. Todas as outras pessoas devem estar cientes dessa mudança e devem tratar o paciente como sendo do sexo escolhido, mesmo que eles saibam que isso não foi sempre assim.

» Há um consenso universal de que um período de experiência prática de, no mínimo, 1 ano (mais 1 ano de tratamento hormonal contínuo) deve preceder qualquer cirurgia genital.<sup>[1]</sup><sup>[30]</sup> Períodos mais longos serão necessários se houver algum problema durante a experiência no novo papel de gênero. Os pacientes não devem ser submetidos a tratamento cirúrgico até que eles estejam prosperando (não apenas sobrevivendo) em seu novo papel de gênero.

» Alguns grupos de pacientes defendem que esse tratamento hormonal deve preceder uma alteração do papel de gênero, mas essa abordagem envolve um período prolongado de tratamento hormonal potencialmente perigoso e pode resultar em insatisfação vitalícia com o grau de mudança do corpo e o adiamento indefinido de qualquer alteração de papel.

» Pacientes com autoginefilia buscam tratamento hormonal sem uma alteração do papel de gênero e podem apresentar esse argumento (de forma explícita ou veladamente) para atingir esse objetivo. A autoginefilia pode posteriormente se dissipar, deixando-os com uma feminização indesejada.

■ **alteração de papel bem-sucedida por ≥1 ano**

mais

**estrogênios**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **valerato de estradiol**: 2 mg por via oral uma vez ao dia por pelo menos 3 meses;

## Em curso

em seguida, 2 mg duas vezes ao dia por pelo menos 3 meses; em seguida, 2 mg três vezes ao dia por pelo menos 3 meses; em seguida, aumentar em incrementos de 2 mg/dia a cada 3 meses, de acordo com a resposta, se a feminização for insuficiente após 9 meses de tratamento, principalmente em pacientes de grande porte

## OU

» **estradiol transdérmico**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose; pode ser necessário utilizar vários emplastos para alcançar uma dose adequada

» Os critérios para terapia hormonal incluem:[1] disforia de gênero persistente e bem documentada; capacidade para tomar uma decisão plenamente informada e de consentir com o tratamento; os problemas médicos ou de saúde mental relevantes estando bem documentados.

» Contraindicações para o tratamento de feminilização com estrogênio:[1] eventos trombóticos venosos prévios relacionados a um estado hipercoagulável subjacente; história de câncer sensível ao estrogênio; doença hepática crônica em estágio terminal.

» A maioria dos clínicos requer que o paciente já tenha começado a viver de acordo com o novo papel de gênero antes desse tratamento ser considerado.

» Preferencialmente, o tratamento é feito trabalhando como parte de uma equipe multidisciplinar contendo (ou tendo acesso a) um endocrinologista.

» O tratamento hormonal para transexuais tem o objetivo de produzir em um paciente nascido biologicamente masculino as alterações sexuais secundárias observadas na puberdade dos nascidos biologicamente femininos. Essas alterações serão superimpostas a quaisquer alterações puberais masculinas já ocorridas e não irão revertê-las.

» A progesterona não é indicada, pois não tem nenhum efeito feminizante e é encontrada na puberdade em nascidos biologicamente femininos apenas depois de todo o crescimento da mama ter sido concluído. A progesterona aumenta o risco de câncer de mama e foi associada à depressão.[1]

## Em curso

- » O tratamento com estrogênio está associado a uma queda drástica da capacidade erétil e da libido (ambos geralmente bem-vindos pelo paciente). Não há nenhum efeito na qualidade vocal. O crescimento de pelo facial e corporal é reduzido apenas levemente e nunca para.
- » O efeito colateral mais grave é o risco de doença tromboembólica (o risco é aumentado cerca de 20 vezes em relação aos controles). Por esse motivo, requer o status de não fumante. Testes da função hepática (TFHs), perfil lipídico e prolactina normais devem ser confirmados antes do início do tratamento.[30] Após 3 meses, os dois primeiros devem permanecer normais, e a prolactina <1000 unidades internacionais (UI).[31] Os efeitos colaterais mais raros são testes da função hepática anormais ou dislipidemia com resistência insulínica.
- » O efeito colateral mais comum é o aumento do apetite, que pode causar obesidade. Algumas vezes, há uma redistribuição modesta de gordura em um padrão mais feminino.
- » O tratamento deve começar com doses moderadas e aumentar ao longo do tempo para uma dose que produza estradiol sérico na faixa pré-menopausa feminina normal. O tratamento em altas doses no início está associado à fusão precoce dos dutos e eventual formação de mamas pequenas, rígidas e cônicas que não podem ser aumentadas ou texturizadas mais naturalmente com qualquer manipulação hormonal subsequente.
- » Depois do aumento da dose para 3 vezes ao dia, o nível de estradiol deve ser confirmado para permanecer na faixa pré-menopausa feminina normal.
- » Tipicamente leva 2 anos ou mais para que os pacientes alcancem resultados feminilizantes máximos a partir dos hormônios. Se tiver ocorrido supressão gonadal com um agonista de GnRH, a mesma dose será necessária após qualquer cirurgia genital; porém, mais adiante na vida pode ser necessário reduzir as doses para alcançar os mesmos níveis hormonais, pois o metabolismo hepático dos esteroides sexuais pode diminuir com a idade.
- » Para pacientes que partem para a orquidectomia, a terapia hormonal com estrogênio ou testosterona geralmente continua por toda a vida, a menos que se desenvolvam contraindicações.[1]

## Em curso

**adjunto terapia de privação androgênica**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **goserrelina**: 10.8 mg por via subcutânea a cada 3 meses

» Usada em pacientes nascidos biologicamente masculinos nos quais a produção de androgênio nativa não é suprimida por terapia de estrogênio com dose completa.[31] Esses pacientes tendem a ser mais jovens (<40 anos).

» Nesses casos, o tratamento adjuvante com um agonista do hormônio liberador de gonadotrofina (usado exatamente como para câncer de próstata) é indicado. Esse tratamento apresenta menos efeitos colaterais que quando utilizado para câncer de próstata e geralmente é bem tolerado, sendo que a densidade óssea é protegida por terapia de esteroides sexuais paralela.

» Antiandrogênios adicionais na forma de bloqueadores de receptor de androgênio não são recomendados porque podem causar depressão, letargia e fadiga e podem ser hepatotóxicos. Algumas vezes, eles são usados no início do tratamento com agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina para evitar os efeitos do pico de androgênio inicial causado por esse tratamento.

» Embora os bloqueadores de androgênio (como a espironolactona, ciproterona e inibidores de 5-alfa-redutase) sejam notados por algumas diretrizes por serem os agentes de supressão de gonadotrofina mais utilizados,[1] o autor deste tópico não os recomenda porque o seu uso frequente reflete não uma superioridade, mas sim a disponibilidade do formulário local ou nacional ou a viabilidade econômica. O agente ideal é aquele que inibe toda a função testicular com zero efeitos colaterais, ou com um mínimo deles, o que pode ser alcançado com um agonista de GnRH. As desvantagens dos agonistas de GnRH são o requisito de administração parenteral e um custo relativamente maior, que às vezes impede a colocação nos formulários disponíveis.

**adjunto remoção de pelos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

## Em curso

## adjunto

» Isso pode ser feito com eletrólise ou laserterapia. Todos os outros métodos não são permanentes. A laserterapia funciona apenas com pelos de cor escura e pele de cor clara.

**cirurgia de cabeça e pescoço**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A redução de cartilagem tireoide, geralmente, é um procedimento não problemático que, algumas vezes é necessário em pacientes nascidos biologicamente masculinos, altos e magros, cuja cartilagem tireoide é inaceitavelmente proeminente. Ela pode ser combinada com uma aproximação cricotireoidea.

» Um procedimento de aproximação cricotireoidea pode ser feito isoladamente ou em combinação com uma redução de cartilagem tireoide. Ele altera a qualidade vocal para um timbre mais feminino. Só deve ser realizada quando a fonoterapia falhar e, geralmente, requer acompanhamento com fonoterapia.

» A cirurgia craniofacial é uma cirurgia complexa e, por vezes, muito radical, que é algumas vezes útil, mas só deverá ser contemplada quando o tratamento com hormônios tiver sido totalmente utilizado e quando uma cosmese mais simples tiver falhado.

## adjunto

**mamoplastia de aumento**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O crescimento da mama na terapia hormonal transexual demora cerca de 2 anos e no final produz mamas que, geralmente, são de um bojo de sutiã um tamanho menor que das parentes de primeiro grau do paciente.

» Embora não seja um pré-requisito formal, recomenda-se que os pacientes recebam tratamento com hormônio feminizante por um mínimo de 12 meses antes da mamoplastia de aumento.<sup>[1]</sup> Na experiência do autor, é preferível um mínimo de 2 anos. É muito problemático em termos estéticos se o desenvolvimento natural das mamas sob estimulação estrogênica for feito após uma mamoplastia de aumento.

## adjunto

**cirurgia genital**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os critérios para cirurgia genital incluem:<sup>[1]</sup> disforia de gênero persistente e bem

## Em curso

documentada; capacidade para tomar uma decisão plenamente informada e de consentir com o tratamento; os problemas médicos ou de saúde mental relevantes estarem bem controlados; um mínimo de 1 ano de terapia hormonal contínua e vivendo no papel de gênero desejado, a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada (muitos médicos exigiriam 2 anos). Ao longo desse período de tempo, o paciente deve ter mostrado melhora das funções psicológica, social e, provavelmente, ocupacional.

» A cirurgia usa os órgãos genitais existentes para formar uma vulva, neoclitoris e prepúcio clitoridiano, lábios e (geralmente) neovagina. A remoção dos pelos genitais pré-operatória é algumas vezes necessária, particularmente em pacientes que foram circuncidados. Os resultados estéticos podem ser muito bons.

## nascidos biologicamente femininos

nascidos biologicamente femininos

1a

**observação no papel sexual alterado por ≥1 ano**

» O tratamento para disforia de gênero não deve ser iniciado a menos que o paciente já tenha alterado o papel de gênero. Isso significa alterar legalmente o registro para o outro sexo e alterar o nome em todos os documentos. Todas as outras pessoas devem estar cientes dessa mudança e devem tratar o paciente como sendo do sexo escolhido, mesmo que eles saibam que isso não foi sempre assim.

» Há um consenso universal de que um período de experiência prática de, no mínimo, 1 ano (mais 1 ano de tratamento hormonal contínuo) deve preceder qualquer cirurgia genital.<sup>[1]</sup><sup>[30]</sup> Períodos mais longos serão necessários se houver algum problema durante a experiência no novo papel de gênero. Os pacientes não devem ser submetidos a tratamento cirúrgico até que eles estejam prosperando (não apenas sobrevivendo) em seu novo papel de gênero.

» Alguns grupos de pacientes defendem que esse tratamento hormonal deve preceder uma alteração do papel de gênero, mas essa abordagem envolve um período prolongado de tratamento hormonal potencialmente perigoso e pode resultar em insatisfação vitalícia com o grau de mudança do corpo e o adiamento indefinido de qualquer alteração de papel.

■ **alteração de papel bem-sucedida por ≥1 ano**

mais

**androgênios**

## Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Os critérios para terapia hormonal incluem:[1] disforia de gênero persistente e bem documentada; capacidade para tomar uma decisão plenamente informada e de consentir com o tratamento; os problemas médicos ou de saúde mental relevantes estando bem documentados.
- » As contraindicações para o tratamento masculinizante com testosterona são:[1] gestação; doença arterial coronariana instável; policitemia não tratada com um hematócrito de 55% ou mais.
- » A maioria dos clínicos requer que o paciente já tenha começado a viver de acordo com o novo papel de gênero antes desse tratamento ser considerado.
- » Preferencialmente, o tratamento é feito trabalhando como parte de uma equipe multidisciplinar contendo (ou tendo acesso a) um endocrinologista.
- » O tratamento hormonal para transexuais tem o objetivo de provocar, em um paciente nascido biologicamente feminino, as alterações sexuais secundárias observadas na puberdade dos nascidos biologicamente masculinos. Essas alterações serão superimpostas a quaisquer alterações puberais femininas já ocorridas e não irão revertê-las.
- » Os androgênios são administrados em posologias suficientes para induzir menopausa, geralmente uma vez ao mês, mas, mais raramente, até uma vez a cada 2 semanas. Quando a menopausa for atingida, geralmente é possível reduzir a frequência sem que os períodos menstruais retornem. O objetivo da terapia é obter níveis de testosterona sérica na faixa normal durante todo o ciclo da dosagem, quando a quantidade de androgênio tende a se relacionar com os níveis de pico e o intervalo da dosagem com os níveis de vale.
- » A supressão de gonadotrofina geralmente não é necessária, já que os androgênios isolados costumam suprimir a função ovariana muito bem.
- » Preparações, doses e restrições de licenciamento para testosterona variam de acordo com o país de prática. Uma série de preparações e vias de administração



## Em curso

estão disponíveis, incluindo injetáveis, géis, emplastos e comprimidos bucais.

» Dados de estudos relatados na literatura entre 1980 e 2010 sugerem fortemente que o tratamento de transexuais feminino para masculino com doses suprafisiológicas de testosterona está associado a efeitos adversos mínimos e a nenhum aumento em mortalidade, câncer de mama, doença vascular ou outros problemas importantes de saúde.[32] No entanto, os médicos conseguem obter uma boa resposta clínica e minimizar os riscos de efeitos adversos ao evitarem os níveis suprafisiológicos de testosterona.

» Tipicamente leva 2 anos ou mais para que os pacientes alcancem resultados masculinizantes máximos a partir dos hormônios.[1]

» Para pacientes que partem para a ooforectomia, a terapia hormonal com testosterona geralmente continua por toda a vida, a menos que se desenvolvam contraindicações.[1]

#### adjunto **mastectomia bilateral**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Não há consenso sobre quando os pacientes nascidos biologicamente femininos devem se submeter à mastectomia bilateral. Embora a terapia hormonal não seja um pré-requisito formal para a mastectomia bilateral,[1] A maioria dos clínicos entendem que o procedimento deve ser realizado depois de uma alteração do papel de gênero e tratamento com androgênios. Alguns grupos de pacientes argumentam que a mastectomia deve preceder ambos os eventos.

#### adjunto **histerectomia e ooforectomia bilateral**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A consideração da histerectomia e da ooforectomia bilateral é recomendada em 2 anos para prevenir o risco de malignidade ginecológica.

» Os critérios para histerectomia e ooforectomia bilateral incluem:[1] disforia de gênero persistente e bem documentada; capacidade para tomar uma decisão plenamente informada e de consentir com o tratamento; problemas médicos ou de saúde mental relevantes bem controlados; um mínimo de 1 ano de terapia hormonal contínua e vivendo no papel de

## Em curso

gênero desejado (a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada).

» A terapia hormonal antes da ooforectomia e histerectomia visa principalmente apresentar supressão de estrogênio reversível, antes que o paciente sofre intervenção cirúrgica irreversível.[1]

» Para pacientes que não se submeteram previamente à cirurgia abdominal, a técnica laparoscópica de histerectomia e ooforectomia bilateral é recomendada para evitar uma cicatriz abdominal inferior.[1]

» Outras abordagens são transvaginal e transabdominal. O acesso vaginal pode ser difícil, já que a maioria dos pacientes é nulípara e muitas vezes não sofreu intercurso com penetração.[1] A abordagem transabdominal deve utilizar qualquer incisão diferente de uma incisão de Pfannenstiel porque essa incisão é patognomônica de cirurgia ginecológica e a cicatriz resultante parece estranha em um homem.

**adjunto faloplastia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os critérios para faloplastia incluem:[1] disforia de gênero persistente e bem documentada; capacidade para tomar uma decisão plenamente informada e de consentir com o tratamento; os problemas médicos ou de saúde mental relevantes estarem bem controlados; um mínimo de 1 ano de terapia hormonal contínua e vivendo no papel de gênero desejado, a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada (muitos médicos exigiriam 2 anos). Ao longo desse período de tempo, o paciente deve ter mostrado melhora das funções psicológica, social e, provavelmente, ocupacional.

» Este é um procedimento complexo e frequentemente de vários estágios.

» Áreas doadoras para faloplastia podem incluir o antebraço, pele abdominal ou tecidos de outras partes do corpo do paciente. A complexidade, a duração e os custos do procedimento são tão substanciais que apenas uma pequena minoria dos pacientes opta por se submeter a essa cirurgia.

» Os resultados estéticos e funcionais são relativamente bons, mas o resultado, mesmo

## Em curso

## adjunto

nos melhores centros, é claramente distinguível de um pênis nativo.

**cirurgia craniofacial**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Essa cirurgia complexa e, por vezes, muito radical é algumas vezes útil, mas só deverá ser contemplada quando o tratamento com hormônios tiver sido totalmente utilizado e quando uma cosmese mais simples tiver falhado.

## Novidades

### Tratamento hormonal transexual pré-puberal

Algumas clínicas pediátricas tratarão crianças com um diagnóstico estabelecido de disforia de gênero na infância com um agonista do hormônio liberador de gonadotrofina, a fim de prevenir os efeitos contínuos da puberdade natural. Essas clínicas considerariam o fornecimento de tratamento hormonal transexual quando o paciente tiver atingido a maioridade para a jurisdição local. Poucos grupos defendem o fornecimento de tratamento hormonal transexual na idade em que a puberdade transexual teria ocorrido, e antes que o paciente tenha atingido a maioridade na jurisdição local. Essa sugestão é controversa e, conseqüentemente, atrai adeptos e detratores em clínicas a algumas centenas de milhas de distância em países vizinhos.[33] [34] [35] [36]

# Recomendações

## Monitoramento

### Revisão clínica

- Para pacientes que recebem tratamento hormonal, recomenda-se a avaliação médica pelo médico prescritor do hormônio a cada 2-3 meses no primeiro ano e a cada 6-12 meses a partir de então.[1] [30] Isto serve para monitorar os sinais apropriados de masculinização/feminilização e o desenvolvimento de quaisquer reações adversas (por exemplo, tromboembolismo venoso, comprometimento cardiovascular). Tipicamente leva 2 anos ou mais para que os pacientes alcancem resultados masculinizantes/feminilizantes máximos a partir dos hormônios.[1]
- Os pacientes que se submetem à gonadectomia precisam de tratamento de reposição hormonal, supervisão ou ambos para prevenir efeitos adversos associados à deficiência hormonal crônica.[30]

### Exames de sangue

- Para pacientes que recebem tratamento hormonal, o monitoramento laboratorial (exame de sangue) a cada 2-3 meses no primeiro ano e a cada 6-12 meses a partir de então é recomendado. Uma prioridade clínica é manter os níveis de testosterona/estrogênio dentro do intervalo fisiológico para pacientes nascidos biologicamente femininos/masculinos respectivamente, dado que as doses suprafisiológicas podem levar a um aumento do risco de efeitos adversos.[30] O monitoramento de longo prazo de lipídios, prolactina, testes da função hepática (além do hematócrito, apenas em nascidos biologicamente femininos) a partir da linha basal é aconselhável, embora os distúrbios sejam raros. As diretrizes da The Endocrine Society contém planos de monitoramento detalhado para pacientes recebendo terapia hormonal cruzada com testosterona e estrogênio, incluindo níveis de hormônio séricos recomendados.[30]

### Mamografia em nascidos biologicamente masculinos

- Não está claro se há necessidade de rastreamento mamográfico de câncer de mama em pacientes nascidos biologicamente masculinos. Os dados são esparsos, mas apenas 5 cânceres de mama foram relatados nesse grupo de pacientes, e esses foram em paciente com esquemas de tratamento não supervisionados que incluíam progesterona (que aumenta o risco de câncer em nascidos biologicamente femininos sob terapia de reposição hormonal). Evitar o uso de progesterona no tratamento parece reduzir significativamente o risco de câncer de mama.[31] Com base em um potencial aumento do risco de câncer de mama com os hormônios feminilizantes, as diretrizes da The Endocrine Society sugerem que os nascidos biologicamente masculinos que tomam hormônios feminilizantes seguem as diretrizes de rastreamento mamário recomendadas para as mulheres biológicas.[30]

### Mamografia em nascidos biologicamente femininos

- Se a mastectomia não for realizada, aplica-se a orientação de rastreamento mamário padrão.

### Rastreamento de próstata em nascidos biologicamente masculinos

- Os nascidos biologicamente masculinos com estrogênios devem seguir as diretrizes de rastreamento de doença prostática e câncer de próstata recomendadas para esses indivíduos nascidos biologicamente masculinos.[30]

### Monitoramento ginecológico

- Qualquer pessoa com útero, colo uterino ou ovários intactos devem ser submetidos aos rastreamentos normais para neoplasias desses órgãos, principalmente porque o tratamento com androgênio de longo prazo está associado à hiperplasia endometrial. A histerectomia total e a ooforectomia devem ser consideradas, com base em uma avaliação dos riscos e benefícios.[30] Pacientes com alteração de registro para masculino podem automaticamente ser eliminados de

programas de rastreamento de câncer cervical e precisam se lembrar de buscar tal rastreamento sem serem lembrados a isso.

Medição da densidade mineral óssea

- Recomendada para pacientes com fatores de risco de osteoporose e em particular nos pacientes que param o tratamento com hormônios sexuais após a gonadectomia.[30]

## Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser educados sobre os sintomas e os sinais de doença tromboembólica e aconselhados a se apresentar imediatamente para investigação, se esses sintomas se manifestarem.[1]

Os pacientes que recebem tratamento hormonal necessitam de informações sobre a provável extensão e momento das alterações induzidas pelos hormônios. Embora os dados sobre isto sejam limitados e um grande grau de variação natural possa ser esperado, as seguintes informações da The Endocrine Society são úteis como um guia geral.[30]

Tempo esperado de efeitos masculinizantes da testosterona[30]

- Início nos primeiros 1-6 meses:
  - Cessação da menstruação
  - Aumento do desejo sexual
  - Aumento de pelo facial e corporal (efeito máximo 4-5 anos)
  - Aumento da oleosidade da pele/acne (efeito máximo 1-2 anos)
  - Aumento da massa muscular (efeito máximo 2-5 anos)
  - Redistribuição de gordura para um padrão mais tipicamente masculino (efeito máximo 2-5 anos)
  - Atrofia vaginal (efeito máximo 1-2 anos).
- In cio no primeiro ano:
  - Agravamento da voz (efeito máximo 1-2 anos)
  - Clitoromegalia (efeito máximo 1-2 anos)
  - Queda de cabelos no padrão masculino (somente em alguns pacientes).

Tempo esperado dos efeitos de feminilização da terapia com estrogênio e antiandrog nio[30]

- Aparecimento nos primeiros 1 a 3 meses:
  - Desejo sexual dimin  do (efeito máximo 3-6 meses)
  - Diminuição das ereções espontâneas (efeito máximo 3-6 meses).
- In cio nos primeiros 3 a 6 meses:
  - Redistribuição de gordura corporal para um padrão mais tipicamente feminino (efeito máximo 2-3 anos)
  - Diminuição da massa e fôrça musculares (efeito máximo 1-2 anos)
  - Amaciamento da pele e diminuição da oleosidade (efeito máximo desconhecido)
  - Crescimento de mamas (efeito máximo 2-3 anos)
  - Diminuição do volume testicular (efeito máximo 2-3 anos).
- In cio nos primeiros 6-12 meses:

- Diminuição do crescimento dos pelos terminais (efeito máximo superior a 3 anos).
- Tempo de início variável:
  - Disfunção sexual masculina
  - Diminuição da produção de espermatozoides (efeito máximo superior a 3 anos)
  - Cabelo.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>obesidade relacionada ao estrogênio ou ao androgênio</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
Os estrogênios e os androgênios aumentam o apetite, portanto, a não ser que o consumo real seja mantido constante, haverá ganho de peso.		
<b>doença tromboembólica relacionada ao estrogênio</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
O tratamento com estrogênio aumenta o risco de doença tromboembólica, principalmente em fumantes. Eventos tromboembólicos ainda não são comuns e, em geral, não são fatais.  Como a doença cardiovascular oclusiva é menos comum, a mortalidade por todas as causas não aumenta em pacientes tratados. <a href="#">[41]</a>		
<b>policitemia relacionada ao androgênio</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
Principalmente antes da histerectomia e da ooforectomia, quando doses mais elevadas de androgênios podem, às vezes, ser administradas para atingir a menopausa.  O tratamento com androgênio aumenta o hematócrito, principalmente em fumantes. A histerectomia e a ooforectomia podem permitir a redução da dose, ou uma flebotomia pode ser necessária. <a href="#">[31]</a>		
<b>hiperprolactinemia relacionada ao estrogênio ou ao androgênio</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
Principalmente no início do tratamento.  Estrogênios e androgênios podem causar o aumento da prolactina. Apenas níveis acima de 1000 unidades internacionais (UI) requerem aconselhamento endócrino. <a href="#">[31]</a>		
<b>dislipidemia relacionada ao estrogênio ou ao androgênio</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
A dislipidemia não é comum, mas vale a pena monitorar. Se aparente, ela é tratada da maneira usual com dieta e estatinas.		



Complicações	Período de execução	Probabilidade
perda óssea	longo prazo	baixa
A massa óssea geralmente é preservada com o uso de qualquer esteroide sexual. O risco de osteoporose é maior nos pacientes que param o tratamento com hormônios sexuais após a gonadectomia.[30]		

## Prognóstico

### Transtorno de identidade de gênero precedido por uma disforia de gênero na infância

O prognóstico geralmente é muito bom, principalmente em pacientes nascidos biologicamente femininos. A maioria dos pacientes é perdida no acompanhamento e continua a viver vidas normais em seu novo papel de gênero. O sucesso técnico da cirurgia e o reconhecimento legal subsequente de uma mudança de sexo estão fortemente relacionados ao bom desfecho psicológico e social.[37]

### Transtorno de identidade de gênero precedido por um diagnóstico de travestismo bivalente

O prognóstico é ligeiramente mais reservado. Arrependimentos sobre a cirurgia de mudança de sexo estão associados a apoio insuficiente de familiares e amigos, ausência de uma história anterior de disforia de gênero na infância e ausência de atração pelo mesmo sexo biológico.[38] [39] Em pacientes nascidos biologicamente masculinos, o serviço militar completo, uma história tipicamente masculina, trabalhos fisicamente exigentes e uma idade comparativamente avançada (>30 anos) na primeira solicitação da cirurgia revelaram ser fatores de prognóstico desfavorável nas avaliações de mudança de sexo.[40]

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Guidelines for the care of trans\* patients in primary care

**Publicado por:** Royal College of General Practitioners Northern Ireland

**Última publicação em:**  
2017

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Guidelines for the care of trans patients in primary care

**Publicado por:** Royal College of General Practitioners Northern Ireland

**Última publicação em:**  
2017

#### Consensus statement on management of intersex disorders

**Publicado por:** European Society for Paediatric Endocrinology

**Última publicação em:**  
2006

### Internacional

#### Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (7th version)

**Publicado por:** World Professional Association for Transgender Health

**Última publicação em:**  
2011

### América do Norte

#### Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons

**Publicado por:** Endocrine Society

**Última publicação em:**  
2017

#### Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people

**Publicado por:** American Psychological Association

**Última publicação em:**  
2015

#### Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder

**Publicado por:** American Psychiatric Association

**Última publicação em:**  
2012

## América do Norte

### Endocrine treatment of transsexual persons

**Publicado por:** Endocrine Society

**Última publicação em:**  
2009

## Recursos online

1. [APA: gender dysphoria](#) (*external link*)

## Artigos principais

- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, v7. *Int J Transgend*. 2012;13(4):165-232. [Texto completo](#)
- Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2012 Aug;41(4):759-96. [Resumo](#)
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (ICD). 10th revision. 2016 [Internet publication]. [Texto completo](#)
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3869-903. [Resumo](#)
- Barrett J. Transsexualism and other disorders of gender identity: a practical guide to management. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Publishing; 2007.

## Referências

1. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, v7. *Int J Transgend*. 2012;13(4):165-232. [Texto completo](#)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2012 Aug;41(4):759-96. [Resumo](#)
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (ICD). 10th revision. 2016 [Internet publication]. [Texto completo](#)
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Health care for transgender individuals. Committee Opinion No. 512. *Obstet Gynecol* 2011;118:1454-8. [Texto completo](#)
6. Zuger B. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *J Nerv Ment Dis*. 1984 Feb;172(2):90-7. [Resumo](#)
7. Zucker KJ. Intersexuality and gender identity differentiation. *Ann Rev Sex Research*. 1999;10(1):1-69.
8. Money J, Ehrhardt AA. Man and woman, boy and girl: differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1973.
9. Green R. The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press; 1987.

10. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, et al. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol.* 2008 Jan;44(1):34-45. [Resumo](#)
11. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec;47(12):1413-23. [Resumo](#)
12. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, et al. Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):613-26. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav.* 1996 Dec;25(6):589-600. [Resumo](#)
14. De Gascun C, Kelly J, Salter N, et al. Gender identity disorder. *Ir Med J.* 2006 May;99(5):146-48. [Resumo](#)
15. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry.* 2007 Apr;22(3):137-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract.* 1999 Dec;49(449):991-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Swaab DF, Chung WC, Kruijver FP, et al. Sex differences in the human hypothalamus in the different stages of human life. *Neurobiol Aging.* 2003 May-Jun;24(suppl 1):S1-16. [Resumo](#)
18. Diamond M, Watson LA. Androgen insensitivity syndrome and Klinefelter's syndrome: sex and gender considerations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2004 Jul;13(3):623-40. [Resumo](#)
19. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH, Doorn C, et al. Cognitive ability and cerebral lateralization in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology.* 1998 Aug;23(6):631-41. [Resumo](#)
20. Green R, Keverne EB. The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: an explanation involving genomic imprinting. *J Theor Biol.* 2000 Jan 7;202(1):55-63. [Resumo](#)
21. Van Der Miesen AI, Hurley H, De Vries AL. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: a narrative review. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):70-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, et al. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: a systematic review of the literature. *Sex Med Rev.* 2016 Jan;4(1):3-14. [Resumo](#)
23. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2014 Feb;43(2):387-93. [Resumo](#)
24. Le Vay S. The sexual brain. Boston, MA: MIT Press;1993.
25. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E et al. The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *J Psychiatr Res.* 2011 Jul;45(7):949-54. [Resumo](#)

26. Peterson RE, Imperato-McGinley J, Gautier T, et al. Male pseudohermaphroditism due to steroid 5 alpha reductase deficiency. *Am J Med.* 1977 Feb;62(2):170-91. [Resumo](#)
27. Meyer-Bahlburg HF. Hormones and psychosexual differentiation: implications for the management of intersexuality, homosexuality and transsexuality. *Clin Endocrinol Metab.* 1982 Nov;11(3):681-701. [Resumo](#)
28. Dittmann RW, Kappes MH, Kappes ME, et al. Congenital adrenal hyperplasia II: gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple virilizing patients. *Psychoneuroendocrinology.* 1990;15(5-6):421-34. [Resumo](#)
29. Dittmann RW, Kappes MH, Kappes ME, et al. Gender related behavior and attitudes in female patients and sisters. *Psychoneuroendocrinology.* 1990;15(5-6):401-20. [Resumo](#)
30. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Nov 1;102(11):3869-903. [Resumo](#)
31. Barrett J. Transsexualism and other disorders of gender identity: a practical guide to management. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Publishing; 2007.
32. Traish AM, Gooren LJ. Safety of physiological testosterone therapy in women: lessons from female-to-male transsexuals (FMT) treated with pharmacological testosterone therapy. *J Sex Med.* 2010 Nov;7(11):3758-64. [Resumo](#)
33. Korte AG, Lehmkuhl U, Goecker D. Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105:834-841. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009 Sept;94(9):3132-54. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes. Statement on the management of gender identity disorder (GID) in children and adolescents. December 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Baranyi A, Piber D, Rothenhausler HB. Male-to-female transsexualism: sex reassignment surgery from a biopsychosocial perspective [in German]. *Wien Med Wochenschr.* 2009;159:548-557. [Resumo](#)
37. Tsoi WF, Kok LP, Yeo KL, et al. Follow-up study of female transsexuals. *Ann Acad Med Singapore.* 1995 Sep;24(5):664-7. [Resumo](#)
38. Landen M, Walinder J, Lundstrom B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Mar;97(3):189-94. [Resumo](#)
39. Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, et al. Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can J Psychiatry.* 1989 Feb;34(1):43-5. [Resumo](#)



40. Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N. Prognostic factors vs. outcome in male-to-female transsexualism: a follow-up study of 13 cases. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Mar;75(3):268-74. [Resumo](#)
41. Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, et al. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1997 Sep;47(3):337-42. [Resumo](#)

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 20, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **James Barrett, FRCPsych, BSc, MSc**

---

Consultant Psychiatrist and Lead Clinician

Charing Cross Gender Identity Clinic, London, UK

DIVULGAÇÕES: JB is an author of a number of references cited in this topic.

### // Colegas revisores:

#### **Roy Goldberg, MD**

---

Medical Director

Kings Harbor Multicare Center, Bronx, NY

DIVULGAÇÕES: RG declares that he has no competing interests.

#### **Craig N. Sawchuk, PhD**

---

Affiliate Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington Medical Center, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: CNS declares that he has no competing interests.