



# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Jaqueline Neves Lubianca  
Edison Capp  
organizadores

## Alunos

Aline Santiago Luiz  
Ana Paula Nascimento  
Anthony de Freitas de Sousa  
Ashiley Lacerda Ribeiro  
Bárbara Polli  
Brhayan Decosta da Silva  
Bruno Eduardo Lara da Silva  
Camila Barcellos  
Carolina Bonatto do Amarante  
Carolina Zanfir Ferreira  
Caroline dos Passos  
Christofer Adiel Bernstein  
Daniela Vargas de Souza  
Danielle Mattos Pereira  
Débora Milene Ferreira Alves  
Diéssy dos Santos Borniger  
Eduardo Rockenbach Cidade  
Eduardo Stürmer da Silva  
Eric do Nascimento Sutil  
Felipe Brittes Rott  
Felipe Jung Spielmann  
Felipe Schütz  
Fernanda Engel Gandolfi  
Gabriel Schuch Schulz  
Guilherme Fernandes Gonçalves  
Guilherme Gonzaga Vaz  
Gustavo Guimarães  
Gustavo Hauenstein  
Haniel Bispo de Souza Maranhão  
Hellen Dittrich de Assis  
Hilter Martin Silva Peña  
Igor Ongaratto Scherer

Isabel Meneghetti Coimbra  
Isabela Abreu Brinckmann  
Isabela Lazzarotto  
Ismael Roque Pereira  
Jeovana Ceresa  
Jéssica Limana  
Joanna Thayná C. Lopes Gonçalves  
Josué Faustini Centenaro  
Juliana Barros Rodrigues  
Julio Cesar F. Bertoloto  
Kandara Caroline Borges Souto  
Laércio Araújo  
Laís Santos Dias Gomes  
Larissa Horos Bueno  
Laura Chuang  
Laura Ferrarese Brum  
Laura Fontana Steinmetz  
Lia Grub Becker  
Lucas França Viana  
Lucas Uglione da Ros  
Marcelo Garroni  
Marcelo Henrique Machado  
Maria Isabel Schreiber  
Mayra Angélica de Souza Antunes  
Milena Nunes Pinto  
Nicole Mastella  
Paola Andressa Ribas  
Patrícia Gabriela Riedel  
Pedro Henrique Vargas Jesus  
Pedro Roberto Bandeira Garcia  
Rafael Lopes da Rosa  
Renata Fogaça Borges  
Ricardo Horn Oliveira

Rodrigo Martins Teixeira  
Rosa Maria Moreno Barbosa  
Stefon Kareem de Coteau  
Thiago Bastos Vasconcelos  
Victor Matheus O. Marques  
Vinícius Lovison  
Vitória Fedrizzi Sakai  
**Monitores PPSM 2021/2**  
Ariadne Garcia Leite  
Arthur Becker Simões  
Giovanna Sandi Maroso  
Juliana da Silva Uhlmann  
Júlia Stüker  
Laura Motta Bellan  
Leticia Zanotelli Fernandes  
**Professores**  
Adriani Oliveira Galão  
Ana Selma Bertelli Picoloto  
Alberto Mantovani Abeche  
Daniela Vanessa Vettori  
Eduardo Pandolfi Passos  
Helena von Eye Corleta  
Janete Vettorazzi  
Jaqueline Neves Lubianca  
João Sabino da Cunha Filho  
José A. de Azevedo Magalhães  
José Geraldo Lopes Ramos  
Márcia Appel Binda  
Maria Celeste Osório Wender  
Maria Lúcia Oppermann  
Ricardo Francalacci Savaris  
Sérgio H. de Almeida Martins Costa  
Solange Garcia Accetta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Porto Alegre 2022  
UFRGS

## **Perfil dos pacientes transexuais masculinos submetidos à cirurgia de afirmação de gênero no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

*Isabela Lazzarotto  
Laura Chuang  
Marcelo Garroni  
Vinícius Lovison  
Júlia Stüker  
Márcia Appel Binda*

Registros de transexualidade e não binarismo de gênero datam da idade antiga (1,2). No entanto, o reconhecimento da sua legitimidade ganhou visibilidade apenas recentemente nos países ocidentais. A introdução do termo disforia de gênero na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (3) e o conhecimento de que intervenções medicamentosas e cirúrgicas podem reduzir o desconforto gerado pela percepção do próprio indivíduo sobre a incongruência existente entre o seu gênero expresso e o designado ao nascimento, despertou um novo olhar sobre o assunto.

Na América Latina, o acesso pioneiro, via sistema público de saúde, às terapias destinadas à afirmação de gênero (TAG) iniciou em Cuba em 2008 (4). No Brasil, o atendimento público tem se estruturado através de centros multidisciplinares, constituídos por psiquiatras, psicólogos, urologistas, ginecologistas, mastologistas, otorrinolaringologistas, que de forma organizada, programada e periódica tem como objetivo oferecer uma abordagem global ao indivíduo transexual. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) destaca-se nesse cenário e conta com o Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) que atua desde o diagnóstico e suporte psicológico até intervenções cirúrgicas para

adequação corporal. No caso de homens trans (i.e. assinalados do sexo feminino ao nascimento), a TAG inclui tratamentos hormonais de base androgênica (testosterona isolada ou em associação com progesterona) e cirurgias de afirmação sexual (mastectomia, histerectomia e anexectomia, colpectomia até construção da genitália externa – metoidioplastia) (5).

Estudos observacionais recentes demonstram um aumento expressivo da procura por tratamento hormonal e intervenções cirúrgicas relacionadas à disforia de gênero (6,7). Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico e os dados cirúrgicos dos pacientes transexuais masculinos submetidos à TAG no HCPA.

## Métodos

Foi realizado um estudo transversal. Os dados foram obtidos a partir da revisão de prontuários médicos. Foram incluídos pacientes transexuais masculinos submetidos à cirurgia de afirmação de gênero no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Todos os pacientes estavam inseridos no Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e utilizando terapia androgênica por um período mínimo de 2 anos.

Para caracterização da população analisada foram descritas as seguintes variáveis: (1) demográficas e psicossociais (idade, etnia, escolaridade, IMC, sexo do parceiro); (2) clínico-laboratoriais (comorbidades, Ht/Hb, perfil lipídico, testosterona sérica) e, (3) cirúrgicas (tipo de cirurgia, tempo cirúrgico e complicações trans e pós-operatórias).

Para descrição das intervenções cirúrgicas, utilizamos as seguintes definições: (1) pan-histerectomia como a retirada do útero, incluindo colo e corpo, associada a salpingo-ooforectomia bilateral; (2) colpectomia como a retirada da vagina em toda sua extensão (a partir do colo uterino até 2 cm da abertura do intróito vaginal); (3) mastectomia com a retirada das mamas (incluindo pele e com enxerto livre do complexo aréolo-mamilar).

Em relação às vias cirúrgicas, foram utilizadas: (1) via laparoscópica com uso de manipulador e extrator uterino (Edlo®); (2) via incisional com abertura de parede de tipo Pfannenstiel, (3) via combinada, caracterizada por incisão tipo Pfannenstiel para retirada do útero e anexos associada à via vaginal para colpectomia.

Foram definidas como complicações cirúrgicas maiores aquelas que determinaram cirurgia adicional ou reinternação, sendo as menores aquelas solucionadas com medidas de intervenção de caráter ambulatorial. O volume de sangue perdido foi estimado por meio de pesagem de compressas e gazes no transoperatório.

## **Análise estatística**

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar as associações entre as variáveis, o teste da correlação de Spearman foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

## **Resultados**

### ***Perfil psicossocial e história médica progressa***

Todas as variáveis demográficas e psicossociais estão descritas na Tabela 1. Foram avaliados 23 pacientes. A idade média foi 35,4 anos ( $\pm 9,8$ ). Cerca de 90% dos pacientes eram autodeclarados brancos ( $n=21$ , 91,3%). O nível de escolaridade predominante foi segundo grau incompleto ( $n=6$ , 26,1%). O IMC médio de 28,9 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 6,1$ ), definindo sobrepeso. Doze pacientes eram hígidos (52,2%). Nos demais, encontramos uma prevalência de 4,3% ( $n=1$ ) de Hipertensão Arterial Sistêmica, 4,3% ( $n=1$ ) de pacientes com múltiplas comorbidades e 39,1% ( $n=9$ ) com outras condições médicas associadas. Constatamos que 39,1% ( $n=9$ ) dos pacientes utilizavam medicamentos psiquiátricos.

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Variáveis	n=23
<b>Idade (anos) – média ± DP</b>	35,4 ± 9,8
<b>Raça – n(%)</b>	
Branca	21 (91,3)
Parda	1 (4,3)
Não consta no prontuário	1 (4,3)
<b>Escolaridade – n(%)</b>	
Primeiro grau incompleto	4 (17,4)
Primeiro grau completo	3 (13,0)
Segundo grau incompleto	6 (26,1)
Terceiro grau incompleto	1 (4,3)
Terceiro grau completo	1 (4,3)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>) – média ± DP</b>	28,9 ± 6,1
<b>Comorbidades – n(%)</b>	
HAS	1 (4,3)
Outras	9 (39,1)
Sem comorbidades	12 (52,2)
Múltiplas	1 (4,3)
<b>Uso de medicamentos psiquiátricos– n(%)</b>	
Sim	9 (39,1)
Não	14 (60,9)
<b>Sexo do parceiro – n(%)</b>	
Feminino	18 (78,3)
Não consta no prontuário	5 (21,7)
<b>Tempo de hormonização antes da cirurgia (meses) – mediana (P25-P75)</b>	48 (34-78)
<b>Tipo de tratamento hormonal – n(%)</b>	
Testosterona	19 (82,6)
Testosterona + Progesterona	3 (13,0)
Outro	1 (4,3)

Dos 23 pacientes, dezoito pacientes (78,3%) tinham parceiras do sexo feminino e em cinco casos essa informação não constava em prontuário.

### Variáveis laboratoriais

Todas as variáveis laboratoriais estão descritas na tabela 2. O tempo de hormonização antes da realização da cirurgia foi uma mediana de 48 meses (34-78). O tipo de tratamento hormonal

Tabela 2. Exames laboratoriais e resultados da intervenção cirúrgica.

Variáveis	n=23
<b>Dados laboratoriais</b>	
Hemoglobina antes da cirurgia (mg/dL) – média ± DP	14,6 ± 2,0
Hematócrito antes da cirurgia (mg/dL) – média ± DP	42,8 ± 5,9
Colesterol total (mg/dL) – média ± DP	184,8 ± 40,3
HDL (mg/dL) – média ± DP	49,3 ± 14,6
Triglicerídeos (mg/dL) – média ± DP	122,4 ± 65,2
Nível de testosterona sérico – mediana (P25 – P75)	2,04 (0,68 – 6,93)
<b>Dados cirúrgicos</b>	
<b>Tipo de cirurgia – n(%)</b>	
Pan-Histerectomia	4 (17,4)
Mastectomia	3 (13,0)
Pan-Histerectomia + Mastectomia	9 (39,1)
Pan-Histerectomia + Mastectomia + Colpectomia	4 (17,4)
Pan-Histerectomia + Colpectomia	3 (13,0)
<b>Via cirúrgica – n(%)</b>	
Laparoscopia	9 (39,1)
Laparotomia	14 (60,9)
<b>Tempo cirúrgico (min) – média ± DP</b>	262,4 ± 97,3
<b>Perda sanguínea – n(%)</b>	5 (21,7)
<b>Quantidade de perda sanguínea (ml) – média ± DP</b>	1502 ± 750
<b>Transusão sanguínea* – n(%)</b>	3 (13,0)
<b>Hímen íntegro – n(%)</b>	
Sim	6 (26,1)
Não consta no prontuário	17 (73,9)
<b>Episiotomia para retirada do útero – n(%)</b>	
Sim	3 (13,0)
Não	10 (43,5)
Não consta no prontuário	10 (43,5)
<b>Tempo de internação (dias) – mediana (P25 – P75)</b>	3 (3 – 9)
<b>Quantos dias após cirurgia teve a primeira revisão – média ± DP</b>	9,9 ± 4,2
<b>Reintervenção – n(%)</b>	1 (4,3)
<b>Complicações menores – n(%)</b>	
Ferida Operatória	3 (13,0)
Infecção urinária	2 (8,7)
Flebite	1 (4,3)
Sem complicação	17 (73,9)
<b>Complicações maiores – n(%)</b>	
Abscesso abdominal	1 (4,3)
Sem complicação	22 (95,7)
<b>Tempo de acompanhamento pós-cirúrgico (meses) – média ± DP</b>	32,1 ± 18,6

utilizado foi a Testosterona injetável intramuscular (n=19, 82,6%), Testosterona + Progesterona (n=3, 13%) e outro fármaco (n=1, 4,3%). Na avaliação pré-cirúrgica, a hemoglobina e o hematócrito antes da cirurgia eram de 14,6 mg/dL ( $\pm$  2,0) e 42,8 mg/dL ( $\pm$  5,9), respectivamente. O colesterol teve um valor médio de 184,8 mg/dL ( $\pm$  40,3), HDL 49,3 mg/dL ( $\pm$  14,6) e triglicerídeos 122,4 mg/dL ( $\pm$  65,2). O nível de testosterona sérico tinha mediana de 2,04 (0,68 - 6,93)

### ***Dados da cirurgia***

Todas as variáveis cirúrgicas podem ser vistas na tabela 2. Quatro pacientes (17,4%) realizaram exclusivamente pan-histerectomia, três (13%), exclusivamente mastectomia, nove (39,1%), pan-histerectomia e mastectomia, quatro (17,4%), pan-histerectomia com mastectomia e colpectomia e três (13,1%), pan-histerectomia e colpectomia. A via laparoscópica foi utilizada em nove pacientes (39,1%), a via incisional em sete (30,45%) e os outros sete pacientes (30,45%) foi utilizada a via combinada (incisional mais vaginal). O tempo cirúrgico médio foi 262,4 min ( $\pm$  97,3 min). Perda sanguínea ocorreu em cinco pacientes, sendo a média estimada de 1502 ml ( $\pm$  750 ml). Apenas três pacientes (13%) necessitaram de transfusão sanguínea. A episiotomia foi realizada em três pacientes (13%), sendo que tivemos perda dessa informação em dez pacientes. Seis pacientes (26,1%) tinham a descrição, em prontuário, da integralidade do hímen e nos demais não havia relato nos registros.

### ***Dados do pós-operatório e complicações***

A mediana do tempo de internação foi de 3 dias (3-9 dias). Apenas um paciente (4,3%) apresentou complicação maior (abscesso intra-abdominal), necessitando de reintervenção cirúrgica. Entre as complicações menores, a infecção de ferida operatória foi a intercorrência mais comum (n=3, 13%), seguida por infecção urinária (n=2, 8,7%) e flebite (n=1, 4,3%). O tempo médio para a primeira revisão pós-operatória foi de 9,9 dias ( $\pm$  4,2 dias) dias. O tempo de acompanhamento pós-cirúrgico médio em ambulatório foi de 32,1 meses ( $\pm$  18,6 m).



## Discussão

O DSM-5 define a disforia de gênero como o sofrimento emocional decorrente da incongruência entre o gênero expresso/percebido e o gênero designado ao nascimento, com tempo de duração mínimo de seis meses. Suas principais manifestações clínicas são: forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero; forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado); forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado). Isto, associado a sofrimento clinicamente significativo com prejuízo do funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A disforia de gênero é, portanto, uma condição que impacta a qualidade de vida das pessoas afetadas. Medidas terapêuticas que oportunizem alívio das tensões e adequação de gênero são hoje bastante difundidas e incorporadas ao atendimento do paciente transexual.

Esse estudo descreve a experiência do HCPA no atendimento aos pacientes transexuais acompanhados junto ao PROTIG, programa referência nacional no atendimento da disforia de gênero.

Foram coletados dados diversos sobre características demográficas. Constatamos que a etnia dos pacientes foi predominantemente autodeclarada branca. Inúmeras podem ser as justificativas para isso: maior dificuldade de acesso a serviços de saúde por populações mais marginalizadas (8); preenchimento inadequado dos prontuários; confundidores na autodeclaração racial, visto que ainda é recente o estigma da autodeclaração de pessoas pardas como brancas no censo demográfico brasileiro (9).

A população de transexuais masculinos apresenta sérias questões em relação à sua própria imagem corporal (10). Além dos aspectos relacionados à disforia de gênero, encontramos uma taxa de outros transtornos psiquiátricos, como de humor e de ansiedade, mais elevada que a média brasileira, sendo essa de 25% (11), enquanto nos dados dos prontuários coletados, encontramos 39% dos pacientes em uso de algum medicamento psiquiátrico.

Esses achados estão em concordância com estudos brasileiros e estrangeiros que sugerem aumento do estresse psicossocial e a elevada taxa de depressão de 63,5% nessa população (12,13). Esse panorama é agravado também pela negligência em relação à saúde mental dessa população, sugerido no trabalho de Lane e cols. (10), no qual apenas 50% dos participantes com transtornos mentais tinham o diagnóstico realizado. Esse fenômeno decorre, em parte, do fato de indivíduos transexuais evitarem, em geral, buscar atendimento no sistema de saúde (14,15).

Por conta da disforia de gênero, muitos homens transexuais têm sua vida e saúde sexual afetadas por fatores como aversão e tristeza em relação ao sexo, além de frequentemente evitar o uso de suas genitálias durante o ato sexual ou até mesmo a abstenção total de relações sexuais (16). Nesse aspecto, a cirurgia de afirmação de gênero se mostrou beneficiar essa população, pois após a realização desse procedimento, há uma melhora significativa na vida e saúde sexual dos pacientes, evidenciado pelo aumento da frequência em geral de atividades sexuais, tanto sozinhos quanto com parceiros, e o uso das genitálias nessas práticas (17). Entretanto, é importante salientar que nem todos os homens transexuais têm o desejo de realizar a cirurgia para aceitarem seus corpos e expressarem sua sexualidade - a qual é fluida e pode também mudar ao longo do processo de transição (18). Portanto, é essencial realizar uma anamnese abordando também as práticas sexuais do indivíduo para a escolha da terapia ou cirurgia mais adequadas.

A hormonização é a intervenção médica inicial na terapia de afirmação de gênero. Para a realização de procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, é necessário que o indivíduo trans esteja vivendo como o gênero expresso por no mínimo 24 meses através de hormonização androgênica (19). O principal tratamento hormonal utilizado foi a testosterona injetável intramuscular, uma ampola a cada 21-30 dias. Três pacientes que permaneceram com perda de sangue menstrual persistente durante a terapia com testosterona foram tratados com progestágenos adicionais.

Nos dados coletados, o tempo de hormonização antes da cirurgia obteve uma mediana de 48 meses, sugerindo um retardo entre o acesso ao serviço de saúde especializado e a execução

cirúrgica. Uma explicação possível para esse atraso pode ser o aumento da prevalência da disforia de gênero e da procura pelo atendimento especializado ao longo dos anos (6), aumentando o tempo de espera em nosso centro. De fato, no Brasil, apenas 5 hospitais públicos são habilitados a realizar procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual via SUS, sendo a oferta menor que a demanda existente. Entre os desafios para a ampliação desses serviços estão a habilitação de novos locais e otimização do fluxo nos hospitais que realizam o procedimento. Finalmente, o intervalo de tempo da amostra pode refletir a incerteza dos pacientes quanto a realização de medidas invasivas, dado que, novamente, nem todos os transgêneros masculinos consideram a cirurgia essencial para expressão de sua identidade.

O impacto do tratamento androgênico sobre biomarcadores de risco cardiovascular dos pacientes é um assunto recorrente na literatura (20). Em nosso estudo, encontramos uma associação direta entre o tempo de hormonização e o aumento do nível de colesterol ( $r_s=0,575$ ;  $p=0,008$ ), porém o baixo número de participantes ( $n=23$ ) e a provável magnificação de efeitos confundidores (e.g., IMC médio da amostra de  $28,9 \pm 6,1$ ) não permitem a avaliação fidedigna dessa relação. Os achados da literatura são ainda limitados e inconclusivos em relação ao papel da testosterona sobre a alteração do perfil lipídico, pressão arterial e outros marcadores associados a desfechos cardiovasculares (e.g., glicemia, insulinemia). Contudo, é consenso de que não há evidências que confirmem o aumento de eventos cardiovasculares e mortalidade, sendo o risco de doença cardiovascular praticamente o mesmo entre os homens transgêneros recebendo a terapia hormonal e mulheres ou homens cisgênero não recebendo hormônios exógenos (21,22). Longe de ser um assunto esgotado, um estudo demonstrou aumento no risco de infarto do miocárdio em transexuais masculinos que receberam tratamento hormonal (23).

A testosterona tem efeito direto sobre a eritropoiese, aumentando o número de glóbulos vermelhos no sangue (i.e. eritrocitose). De fato, esse é um dos principais efeitos descritos na literatura em relação ao uso de testosterona em indivíduos transexuais (24). Policitemia ou eritrocitose se refere aos níveis de hemoglobina ou hematócrito superiores a 18,5 g/dL ou 52%, respectivamente

(25). Pacientes com eritrocitose significativa podem ter indicação de interromper a reposição hormonal, principalmente devido ao risco de eventos tromboembólicos resultantes da hiperviscosidade sanguínea (26,27). Estudo europeu demonstrou policitemia em trans masculinos (2/25 casos), de acordo com a referência do sexo masculino ( $Ht > 52\%$ ) após 9 e 12 meses de tratamento. No entanto, não houve efeitos adversos graves em seguimento de um ano (28). Apesar dessa correlação já estar demonstrada na literatura, analisando os dados do estudo, não identificamos eritrocitose e não houve associação estatisticamente significativa entre os níveis de hematócrito e o tempo de hormonização ( $rs=0,059$ ;  $p=0,801$ ).

Em nossa amostra, todos os pacientes submetidos à cirurgia de redesignação sexual foram submetidos à mastectomia, a maior parte no mesmo momento da cirurgia pélvica ( $n=16$ ). Sete pacientes, no entanto, haviam realizado a mastectomia previamente. Como se sabe, a cirurgia de retirada das mamas é a intervenção cirúrgica mais realizada (29), já que promove redução significativa da disforia de gênero em pacientes transexuais masculinos (30), contribuindo expressivamente para a aceitação social do gênero masculino do indivíduo. Frequentemente é a única intervenção cirúrgica realizada na vida de um homem trans (31). Em concordância com essa informação, o estudo de Lane e cols. (10) demonstrou que homens trans que ainda não realizaram a mastectomia têm o mesmo grau de insatisfação com a imagem corporal, avaliada pelo índice BREAST-Q, que mulheres que realizaram mastectomia sem reconstrução mamária.

As demais intervenções, relacionadas às cirurgias do trato genital inferior (*bottom surgery*), visam dois aspectos principais: (1) a parada do sangramento vaginal menstrual que pode ocorrer mesmo durante tratamento hormonal (32); (2) preparar para a construção da genitália masculina (i.e, metoidioplastia ou faloplastia), estimado em 33% por estudos de coorte, com menos de 1% de taxa de arrependimento (33); (3) a retirada dos órgãos representativos da identidade de gênero, prevenindo também, a eventual incidência de doenças neoplásicas.

A opção de realização de colpectomia, presente em 7 dos nossos pacientes, traz consigo um maior risco de complicações, sobretudo sangramento. A orientação pré-operatória em nosso

Centro compreende a explicação acerca desse aspecto, assim como aborda temas como práticas sexuais, o desejo de construção da genitália externa e de congelamento dos óvulos para preservação da fertilidade (34).

A avaliação do canal vaginal e da integridade do hímen, através de exame físico, implica diretamente na tomada de decisão sobre a via cirúrgica. A via laparoscópica (VLP) é frequentemente mais difícil em pacientes com hímen íntegros e/ou introito vaginal estreito, uma vez que se faz necessário para sua realização a passagem vaginal do manipulador e extrator uterino de diâmetro mais amplo do que a largura da vagina. A utilização de incisões de episiotomia permitem a passagem mais fácil do aparelho. De fato, no nosso estudo, os pacientes sabidamente com hímen íntegro (n=6) foram submetidos ou a histerectomia por incisão transversa ou a histerectomia VLP associada a episiotomia.

Em nosso centro, a cirurgia de afirmação de gênero é realizada em um mesmo momento cirúrgico. A variabilidade no tempo de intervenção ( $262,4 \pm 97,3$ ) está relacionada à extensão do procedimento, que pode variar de pan-histerectomia isolada (n=4) até a pan-histerectomia associada à colpectomia e mastectomia (n=4). O volume de perda sanguínea (n=5, média de  $1502\text{mL} \pm 750$ ) varia de acordo com a complexidade do procedimento, bem como a necessidade de transfusão sanguínea (n=3). Dessa forma, o volume médio de perda sanguínea registrado se deve, sobretudo, aos 3 pacientes que necessitaram de transfusão submetidos à colpectomia, não devendo ser generalizado para toda a amostra.

Apesar da complexidade cirúrgica, a taxa geral de complicações foi reduzida (< 30%), sendo a maioria, de baixa complexidade. Entre as complicações menores, as mais frequentes foram a infecção de incisão cirúrgica, a ITU e a flebite. Apenas um caso apresentou complicação grave relacionada à perfuração de víscera oca que ocorreu durante abertura da parede abdominal, evoluindo para abscesso abdominal e sendo o único que necessitou de reintervenção. Em comparação, o estudo de Nikkels e cols. (35), mostra uma taxa de complicações cirúrgicas graves, representadas por lesões ureterais, vesicais e intestinais, de aproximadamente 10%.

Após a realização do procedimento, não foi constatada perda de seguimento dos pacientes. O tempo de acompanhamento pós cirúrgico em meses foi de  $32,1 \pm 18,6$  (média  $\pm$  DP). A primeira revisão após o procedimento foi realizada em até 18 dias, sendo a média e desvio padrão de  $9,9 \pm 4,2$ .

## Conclusão

A cirurgia afirmativa de gênero é a etapa final das intervenções que visam a adequação do indivíduo ao gênero de identificação. O período prévio à cirurgia consiste de hormonização androgênica e este pode ainda ser otimizado para garantir maior acesso ao serviço de saúde. No nosso estudo, realizado em hospital universitário, a taxa de complicações cirúrgicas foi considerada baixa, tornando o procedimento seguro. No entanto, cabe ressaltar que como toda a prática cirúrgica existe uma curva de aprendizado que, após superada, leva à diminuição dos desfechos adversos. Finalmente, valorizamos a importância da abordagem multidisciplinar e de uma equipe cirúrgica treinada em cirurgias de grande porte, com consideração especial ao Programa de Transtornos de Identidade de Gênero da nossa Instituição.

## Referências

1. West BA. Encyclopedia of the Peoples of Asia and Oceania. 2010. 277–278 p.
2. Wilfong TG. The Egyptian World: Gender and Sexuality. 1st ed. Wilkinson T, editor. 2007. 211 p.
3. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. World Psychiatry [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2021 Sep 25];12(2):92–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20050>.
4. Kirk EJ, Huish R. Transsexuals' Right to Health? A Cuban Case Study. Health Hum Rights [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 Sep 25];20(2):215. Available from: </pmc/articles/PMC6293354/>.
5. JD S, V T. Care of Transgender Persons. N Engl J Med [Internet]. 2019 Dec 19 [cited 2021 Sep 13];381(25):2451–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31851801/>.

6. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015 Sep 1;30(6):807–15.
7. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med [Internet]*. 2018;15(4):582–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
8. ML B. Health inequalities: a global perspective. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2017 [cited 2021 Sep 25];22(7):2097–108. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723991/>.
9. Muniz JO. Preto no branco?: mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. *Dados [Internet]*. 2012 [cited 2021 Sep 25];55(1):251–82. Available from: <http://www.scielo.br/j/dados/a/h5MfN9HqYTvxsfsVsZDcbJ/?lang=pt>.
10. Lane M, Kirsch MJ, Sluiter EC, Hamill JB, Ives GC, Gilman RH, et al. Prevalence of Psychosocial Distress in Transmen Seeking Gender-Affirming Mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2020;1376–80.
11. Brunoni AR, Suen PJC, Bacchi PS, Razza LB, Klein I, Dos Santos LA, et al. Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: Findings from the elsa-brasil covid-19 mental health cohort. *Psychol Med*. 2021;(May).
12. Lobato MI, Soll BM, Costa AB, Saadeh A, Gagliotti DAM, Fresán A, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: Frequency, intensity and social causation – an ICD-11 field study. *Brazilian J Psychiatry*. 2019;41(4):310–5.
13. RA, UBZ, A J, A K, A N, F M. Prevalence of Suicide Ideation and its Relationship with Depression among Transgender Population. *J Coll Physicians Surg Pak [Internet]*. 2019 Apr 1 [cited 2021 Sep 25];29(4):349–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30925959/>.
14. ME S, BD M, I A, M R, P C, T K, et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health [Internet]*. 2014 [cited 2021 Sep 25];13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25261275/>.

15. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *Ann Emerg Med*. 2014 Jun 1;63(6):713-720.e1.
16. T D, W van B. Trans people's experience of sexuality in the Netherlands: a pilot study. *J Homosex [Internet]*. 2014 [cited 2021 Sep 13];61(5):654–72.
17. van de Griff TC, Pigot GLS, Boudhan S, Elfering L, Kreukels BPC, Gijs LACL, et al. A Longitudinal Study of Motivations Before and Psychosexual Outcomes After Genital Gender-Confirming Surgery in Transmen. *J Sex Med [Internet]*. 2017;14(12):1621–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>.
18. Stephenson R, Riley E, Rogers E, Suarez N, Metheny N, Senda J, et al. The Sexual Health of Transgender Men : A Scoping Review The Sexual Health of Transgender Men : A Scoping Review. *J Sex Res [Internet]*. 2017;00(00):1–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>.
19. Ettner R, Monstrey S, Coleman E. Principles of Transgender Medicine and Surgery. *Principles of Transgender Medicine and Surgery*. 2016.
20. CG S, O H, F M, RS B, SS M, M M. Cardiovascular Disease Among Transgender Adults Receiving Hormone Therapy: A Narrative Review. *Ann Intern Med [Internet]*. 2017 Aug 15 [cited 2021 Sep 25];167(4):256–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738421/>.
21. Blok CJM De, Wiepjes CM, Velzen DM Van, Staphorsius AS, Nota NM, Gooren LJG, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment : a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *LANCET Diabetes Endocrinol [Internet]*. 9(10):663–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00185-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6).
22. MB E, MZ G, MH M, PJ E, VM M. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]*. 2010 Jan [cited 2021 Sep 25];72(1):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19473174/>.



23. NM N, CM W, CJM de B, LJG G, BPC K, M den H. Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. *Circulation* [Internet]. 2019 Mar 12 [cited 2021 Sep 25];139(11):1461–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30776252/>.
24. AD C, B K, KM L, T C, AB S, S B. Effects of graded doses of testosterone on erythropoiesis in healthy young and older men. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2008 [cited 2021 Sep 26];93(3):914–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18160461/>.
25. Ohlander SJ, Varghese B, Pastuszak AW. Erythrocytosis Following Testosterone Therapy. *Sex Med Rev* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Sep 26];6(1):77. Available from: [/pmc/articles/PMC5690890/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30776252/).
26. S B, GR C, FJ H, AM M, PJ S, RS S, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 26];95(6):2536–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20525905/>.
27. YZ J, DH Z, ZY D, YZ L, XY Z, JR W, et al. Relationship Between Hematocrit Level and Cardiovascular Risk Factors in a Community-Based Population. *J Clin Lab Anal* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Sep 26];29(4):289–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24849556/>.
28. K W, E VC, T S, I H, AD F, K T, et al. Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med* [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 26];11(8):1999–2011. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24828032/>.
29. KEY C, S D, SJ M. Chest Surgery for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Sep 26];45(3):369–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908625/>.
30. Grift TC van de, Kreukels BPC, Elfering L, Özer M, Bouman M-B, Buncamper ME, et al. Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mastectomy. *J Sex Med* [Internet].

- 2016 Nov 1 [cited 2021 Sep 25];13(11):1778–86. Available from: <http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743609516304052/fulltext>.
31. M K, HMS L, EF R, JD S. Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocr Pract* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Sep 25];23(7):780–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28448757/>.
32. WC H, P C-K, HA D de W, LJ G, WJ M, NP S, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2009 [cited 2021 Sep 26];94(9):3132–54.
33. Bustos VP, Bustos SS, Mascaró A, Corral G Del, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 26];9(3). Available from: </pmc/articles/PMC8099405/>.
34. K W, E VC, G P, E E, D D, F V de P, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod* [Internet]. 2012 [cited 2021 Sep 26];27(2):483–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22128292/>.
35. Nikkels C, van Trotsenburg M, Huirne J, Bouman MB, de Leeuw R, van Mello N, et al. Vaginal Colpectomy in Transgender Men: A Retrospective Cohort Study on Surgical Procedure and Outcomes. *J Sex Med* [Internet]. 2019;16(6):924–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.263>.