TRANSGÊNEROS

Orientações médicas para uma transição segura

AUTOR

José Carlos Martins Junior

• Com dupla formação (Medicina e Odontologia), iniciou seu treinamento em Cirurgia do Esqueleto Facial em 1997 como estagiário no Hospital Municipal Souza Aguiar- RJ (maior hospital de Trauma da América Latina).

• Foi fellow bolsista no serviço de cirurgia Reconstrutora Craniomaxilofacial pela University Hospital of Basel, Suíça.

• Possui Pós-Graduação nas áreas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Plástica Facial e Cirurgia Bucomaxilofacial.

• É Membro da World Professional Association for Transgender Health, (WPATH), a mais respeitada entidade mundial no estudo e no tratamento de questões de identidade de gênero.

• Médico visitante do Filadélfia Transgender Center- EUA

• É Faculty AOCMF internacional.

• É editor internacional do Journal of Craniomaxillofacial Trauma and Reconstruction (Transgender Surgery section).

• Membro da academia Brasileira de Cirurgia Plastica da Face (ABCP)

• Membro da associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial (ABORLCCF)

• Possui artigos médicos publicados nas áreas de Cirurgia Craniomaxilofacial, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

• Palestrante em eventos nacionais e internacionais sobre cirurgias de confirmação de gênero.

• Fundador e diretor médico da Transgender Center Brazil– SP e SC.

• **Colaboradores**

• Claudio Eduardo de Souza

• É graduado em medicina pela Universidade Severino Sombra - RJ

• Especialista em Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Cirurgia Craniomaxilofacial.

• É Membro da World Professional Association for Transgender Health, (WPATH).

• Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP).

• Médico visitante do Filadélfia Transgender Center- EUA

• Palestrante em eventos nacionais e internacionais sobre cirurgias de confirmação de gênero.

• Médico Cirurgião da Transgender Center Brazil- SC.

• José Vinícius S. Martins

• Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Nove de Julho/SP.

• Estagiário da Transgender Center Brazil.

DR. JOSÉ C. MARTINS JR.

TRANSGÊNEROS

Orientações médicas para uma transição segura

FLORIANÓPOLIS, 2020 - 1º EDIÇÃO

AUTORES DO BRASIL

Martins Junior, Dr. José C.
Transgêneros : orientações médicas para uma transição segura / Dr. José C. Martins Jr.. -- 1. ed. -- Florianópolis, SC : Editora Autores do Brasil, 2020.

Bibliografia.

ISBN 978-65-990816-3-7

1. Cirurgia 2. Mudança de sexo 3. Pessoas transgênero - Identidade 4. Sexo - Diferenças (Psicologia) 5. Terapia hormonal I. Título.

20-38851
CDD-617.460592

ISBN 978-65-990816-3-7

Editora Autores do Brasil
www.autoresdobrasil.com
Mail: info@autoresdobrasil.com

Dedicatória

Dedico ao meu pai José Carlos Martins que, com absoluta certeza, sentiria imenso orgulho da trajetória de seu filho que nele muito se inspirou ao ver suas noites de estudos e dedicação à vida militar. Devo a ele também a herança de outro idioma ao me permitir fazer meu *middle school* nos Estados Unidos, na década dos anos oitenta, levando a família para seu estágio na base aérea de Lackland no Texas.

Devo à minha mãe Odete Diniz Martins o despertar em mim da ideia em estudar odontologia como primeira graduação. Mulher de fibra e de personalidade doadora, dedicou toda sua vida ao marido e aos filhos sempre com muito amor.

Ao Gilmar Talon, anjo da guarda, que há dezesseis anos me possibilitou sair para estudar e me dedicar à medicina, cuidando da nossa família com todo carinho do mundo.

Ao meu filho, José Vinicius, que nasceu no fim da minha faculdade de odontologia e cresceu no meio dos meus estudos de medicina. Hoje segue meus passos nos estudos. Peço a Deus saúde para que eu possa ter a chance de dividir o consultório com ele um dia.

À mulher da minha vida. Meu alicerce. Aquela que há vinte e nove anos está ao meu lado. A que possibilitou a realização de todos os meus sonhos e projetos. Quem sempre me apoiou e passou por cima de tudo para estar hoje aqui. Priscila, nosso amor vem de outras vidas.

Índice

Prefácio 13

Agradecimento 15

Capítulo 1 – WPATH e transexualidade 17

Variabilidade de gênero e disforia de gênero 20

Capítulo 2 – Terapia hormonal 25

A–Terapia hormonal na feminização 26

Início da terapia hormonal 26

Efeitos físicos da terapia hormonal 28

Riscos da terapia hormonal 29

Medicações usadas para feminização 32

Estrogênio 32

Medicamentos para reduzir os andrógenos (antiandrógenos) 32

Progesterona 33

Terapia hormonal depois da redesignação sexual 34

B– Terapia hormonal na masculinização 35

Medicações usadas na terapia de masculinização 36

Capítulo 3 – Cirurgia de feminização facial 39

Procedimentos de feminização facial

A–Frontoplastia e orbitoplastia 43

B–Recontorno da mandíbula 55

C–Recontorno da região do mento 57

D–Rinoplastia 60

E–Cartilagem tireóide 65

F–Lipoenxertia facial – Enxertos de gordura 68
G–Procedimentos complementares em feminização facial 71
Escala de feminilidade por Dr. Martins Jr. 77
A candidata ideal para cirurgia de feminização facial 79

Capítulo 4 – Maculinização facial 81
A–Mentoplastia 82
B–Cirurgia ortognática 84
C–Inclusões faciais 86
D–Preenchimentos Faciais 88

Capítulo 5 – Feminização corporal 91
1–Mamoplastia de aumento 94
Técnica para cirurgia das mamas 95
1. Acesso 95
2. Plano de inserção 97
3. Aréolas 98
Volume e perfil dos implantes 100
Dúvidas frequentes em próteses de mama 103
2– Lipoescultura corporal 107
Diferença entre formas corporais androgênicas
(masculina) e estrogênicas (feminina) 107
Características Corporais Androgênicas
(masculinas influenciada pela testosterona) 108
Características corporais estrogênicas
(femininas influenciada por estrogênio) 110
Forma do corpo feminino e seus diferentes tipos 111
Lipoaspiração 115
Aumento de glúteos: gluteoplastia 116

Capítulo 6 – Masculinização corporal 123
1–Mastectomia masculinizadora (criação de um tórax masculino) 125
Critérios para mastectomia masculinizadora: 126
A- Técnica periareolar 126
B- Técnica inframamária (Double incision) 127

Capítulo 7 – Redesignação sexual feminina 131
1– Vaginoplastia 134
1-Técnicas Intestinais 135
2- Inversão peniana 137
3- Profundidade zero (zero deph) 145

Capítulo 8 – Redesignação sexual masculina 151
Metoidioplastia 152
Faloplastia 155
Histerectomia e ooforectomia 158

Capítulo 9 – Mito ou verdade 163

Capítulo 10 – GLOSSÁRIO 173

Bibliografia 177

Agradeço aos pacientes Transhomens e Transmulheres que cederam gentilmente suas imagens para esta obra.

Ariella Moura
Benjamim Cernach
Gaby Miranda
Guilherme Voos
Íris Bertaco
Leonardo Loch
Marcella Alves
San Lopez
Victória Fernandes

Prefácio

Minha iniciação como médico na área de cirurgia de transgêneros e a mudança que tal escolha trouxe à minha maneira de enxergar o mundo, de lidar com as pessoas e principalmente os casos e histórias de amor e aceitação que tive o privilégio de presenciar, logo na minha visita ao Filadelfia Transgender Center nos Estados Unidos, se transformaram em livros.

O preconceito e o recorte social sofridos pelas pessoas trans, de alguma forma, respinga em todos que as cercam, tais como familiares, amigos e em ambientes de trabalho e estudo. E comigo não foi diferente! Diversas vezes percebia olhares e sorrisos de canto de boca dentro do centro cirúrgico vindo de colegas médicos por me dedicar à população trans.

Alguns colegas mais corajosos chegavam a verbalizar frases transfóbicas disfarçadas de observações e questionamentos médicos. Nunca me deixei abalar com tal situação e de alguma forma tento passar isso às minhas pacientes.

Tenho plena convicção de que isso é um grão de areia perto da avalanche de situações humilhantes sofridas diariamente por essas pessoas trans que se tornaram mais visíveis como comunidade nos últimos tempos.

Meu objetivo com este primeiro livro é disseminar informações seguras não só para a comunidade trans, mas para as pessoas cisgêneras que fazem parte de seu ciclo social.

É muito importante que, nós médicos, que atendemos pacientes com disforia de gênero, nos sintamos confortáveis sobre a necessida-

de desse paciente, em alguma época de sua vida, querer alterar estruturas anatômicas consideradas "normais".

Para entender como a cirurgia pode aliviar o sofrimento e angústia dessas pessoas, nós profissionais precisamos ouvir, discutir os seus sintomas, dilemas e histórias de vida.

Espero que esta obra possa ajudar a todos a entender que a cirurgia pode servir, para alguns pacientes, como um instrumento de redesignação facial, corporal ou sexual adequando o fenótipo (aparência física) do indivíduo à sua identidade psíquica.

Agradecimento

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora de Aparecida pela minha trajetória profissional e por ter colocado em meu caminho pessoas importantes que muito contribuíram para esse meu projeto.

Agradeço ao Dr. Amadeu Fialho, meu grande parceiro de personalidade ímpar e gentíl, que iniciou as cirurgias de transgêneros comigo, sempre com muita dedicação e paciência. Ao Dr. Josemar Batista, anestesiologista que acreditou no meu projeto desde o início na cidade de Blumenau, ao Dr. Cláudio Eduardo, meu sócio na Transgender Center Brazil, com o qual divido momentos de enorme satisfação nas cirurgias combinadas de corpo com face e nas redesignações sexuais. À Claudete Jochen, minha instrumentadora há 15 anos, que muito me ajudou quando ainda cursava faculdade de medicina, ela que passou muitas horas de centro cirúrgico ao meu lado desde a cirurgia do trauma, das lesões de cabeça e pescoço, das cirurgias de deformidades e agora com os pacientes transgêneros.

Por fim agradeço ao Doctor Sherman Leis, cirurgião plástico de destaque que teve a humildade em me abrir sua clínica na Filadélfia, Estados Unidos, e me permitir entrar para o mundo da cirurgia de afirmação de gênero.



Ariella Moura

Transgender CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 1

WPATH e transexualidade

A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero (WPATH) é uma associação profissional multidisciplinar internacional, cuja missão é promover a assistência baseada em evidências, educação, pesquisa, promoção e defesa, políticas públicas e o respeito à saúde trans.

A visão da WPATH, conforme sua cartilha, é reunir diversos profissionais dedicados ao desenvolvimento das melhores práticas e políticas de apoio em todo o mundo e que promovam a saúde, a pesquisa, a educação, o respeito, a dignidade e a igualdade de direitos para pessoas trans e com variabilidade de gênero em todos os aspectos culturais.

Uma das principais funções disseminadas pela WPATH é promover os mais altos padrões de assistência à saúde das pessoas, por meio do desenvolvimento das *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero* que é impressa em diversas línguas e disponibilizada à toda população. Elas são baseadas na melhor informação científica disponível e no consenso profissional especializado.

A maioria das pesquisas e experiências nesse campo vem, segundo a WPATH, da América do Norte e Europa Ocidental e, por isso, é necessário adapta-las às outras partes do mundo.

A WPATH também reconhece que a saúde depende não apenas de um bom atendimento clínico, mas também de um ambiente social e político que garanta a tolerância social, a igualdade de direitos e a cidadania plena.

A saúde é promovida por meio de políticas públicas e reformas legais que fomentem essa tolerância e essa igualdade de direitos para a diversidade sexual e de gênero e que eliminem o preconceito, a discriminação e o estigma. A WPATH está comprometida com a promoção e defesa dessas reformas legais e mudanças nas políticas públicas.

A tolerância, a cidadania e a igualdade de direitos precisam ser garantidos por um ambiente social e político, onde uma pessoa trans possa ter direito ao estudo e ao trabalho com as mesmas oportunidades de uma pessoa cis gênero. Desta maneira estaremos ampliando o conceito de saúde e não a medindo somente pelo indicador de um atendimento clínico. Políticas públicas que incluam e favoreçam pessoas trans e com variabilidade de gênero e que permitam sua expressão de gênero são cada vez mais necessárias haja visto a presença marcante dessas pessoas em diferentes áreas da sociedade brasileira.

Texto adaptado das normas de atenção da WPATH - 7 versão

Variabilidade de gênero e disforia de gênero

Ser trans ou com variabilidade de gênero é uma questão de diversidade e não de patologia.

A WPATH emitiu uma declaração em maio de 2010 encorajando a despatologização da variabilidade de gênero em todo o mundo. Essa declaração afirmou que a expressão das características de gênero, incluindo as identidades, é um fenômeno humano comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo.

Infelizmente, ainda nos dias de hoje, em muitas sociedades ao redor do mundo, há um estigma associado à variabilidade de gênero. Esse estigma pode levar ao preconceito e à discriminação, resultando no chamado "estresse de minoria" (I.H. Meyer, 2003).

O estresse de minoria é único, crônico, de base social, e pode aumentar a vulnerabilidade das pessoas trans e com variabilidade de gênero para desenvolver problemas de saúde mental, tais como ansiedade e depressão (Institute of Medicine, 2011).

Além do preconceito e da discriminação na sociedade em geral, o estigma pode contribuir para o abuso e a negligência nas relações com companheiros/as e familiares que, por sua vez, pode conduzir ao sofrimento psíquico. No entanto, segundo a cartilha da WPATH, esses sintomas são socialmente provocados, e não são inerentes ao fato de ser uma pessoa trans ou com variabilidade de gênero.

Variabilidade de gênero não é o mesmo que disforia de gênero.

A não-conformidade de gênero ou variabilidade de gênero refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo (Institute of Medicine, 2011).

A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b).

Somente algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento das suas vidas.

Existem tratamentos disponíveis para ajudar as pessoas com esse tipo de desconforto a explorar sua identidade de gênero e encontrar um papel de gênero que seja confortável para elas (Bockting e Goldberg, 2006).

O tratamento deve ser individualizado: o que pode ajudar uma pessoa a aliviar a disforia de gênero pode ser muito diferente de uma pessoa para outra. Este processo pode ou não envolver uma alteração da expressão de gênero ou cirugias para modificar o corpo ou a face.

As opções de tratamento médico incluem a feminização ou masculinização do corpo por meio de terapia hormonal e/ou cirurgias, que são eficazes no alívio da disforia de gênero e são clinicamente necessárias para muitas pessoas.

As identidades e expressões de gênero são diversas, os hormônios e cirurgias são apenas duas das muitas opções disponíveis para ajudar as pessoas a se sentirem confortáveis consigo mesmas e com sua identidade.

A disforia de gênero pode ser aliviada, em grande parte, por meio de tratamento (Murad et al., 2010).

Algumas pessoas experimentam disforia de gênero a um nível tal que satisfaz os critérios para um diagnóstico formal de transtorno mental. Tal diagnóstico, segundo a cartilha da WPATH, não significa uma licença para a estigmatização ou privação dos direitos civis e humanos.

É muito importante relatar que as pessoas trans e com variabilidade de gênero não estão doentes. Ao contrário, a angústia da disforia de gênero, quando presente, é um sofrimento que pode ser diagnosticável e para o qual existem diferentes opções de tratamento.

A existência de um diagnóstico para tal disforia muitas vezes facilita o acesso aos cuidados médicos a esses pacientes e a um diagnóstico precoce de uma patologia.

À medida que o campo profissional progrediu, os profissionais de saúde reconheceram que, embora muitas pessoas precisem tanto de terapia hormonal como de cirurgias para aliviar a disforia de gênero, outras precisam de apenas uma dessas opções de tratamento, e algumas não precisam de nenhuma das duas (Bockting e Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004).

Muitas vezes, com a ajuda da psicoterapia, alguns indivíduos conseguem integrar seus sentimentos trans no papel de gênero que lhes foi atribuído ao nascer e não sentem a necessidade de feminizar ou masculinizar seu corpo.

Algumas pessoas podem precisar de hormônios, mas não de cirurgias, enquanto outras podem necessitar uma mudança no papel de gênero juntamente com cirurgias. Como indicado acima, o tratamento para disforia de gênero deve ser individualizado.

Devemos considerar como tratamento para controle da disforia de gênero:

- **Terapia hormonal** para feminizar ou masculinizar o corpo;
- **Cirurgias** para mudar as características sexuais primárias e/ou

secundárias (mamas, genitais externos, características faciais, forma do corpo);

- **Psicoterapia** para explorar a identidade, o papel e a expressão de gênero; abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma na saúde mental; aliviar a transfobia internalizada; aumentar o apoio social e entre pares; melhorar a imagem corporal; ou promover resiliência.

Pessoas trans vêm tendo espaço cada vez mais cedo para expressar sua real identidade de gênero e a transição durante a adolescência é uma realidade.

As intervenções físicas para adolescentes são divididas em três categorias ou estágios (Hembree et al., 2009):

1. **Intervenções totalmente reversíveis**. Suprimindo a produção de estrogênio ou de testosterona e, consequentemente, retardar as mudanças físicas da puberdade. Contraceptivos orais contínuos podem ser usados para suprimir a menstruação.
2. **Intervenções parcialmente reversíveis**. Terapia hormonal para feminizar ou masculinizar o corpo. Algumas das alterações induzidas por hormônios podem precisar de cirurgia de reconstrução para reverter o efeito (por exemplo, a ginecomastia causada pelo estrogênio), enquanto outras mudanças não são reversíveis (por exemplo, engrossamento da voz causada pela testosterona).
3. **Intervenções irreversíveis**. São procedimentos cirúrgicos. Um processo gradual é recomendado para manter as opções em aberto para as duas primeiras etapas. Não se deve saltar de um estágio para outro até que não haja passado tempo suficiente para que os/as adolescentes e seus pais assimilem plenamente os efeitos das intervenções anteriores.

Texto adaptado das normas de atenção da WPATH - 7 versão



Íris Bertaco

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 2

Terapia hormonal

A– Terapia hormonal na feminização

A terapia hormonal na feminização consiste na administração de medicamentos (hormônios) para induzir mudanças em um corpo masculino com a intenção de deixa-lo mais próximo de um corpo feminino.

É uma intervenção médica necessária para muitas mulheres trans e com variabilidade de gênero que se apresentam com desconforto ou mal-estar intenso causado pela disforia.

Algumas pessoas podem procurar feminização "plena", enquanto outras experimentam alívio com uma apresentação andrógena resultante da diminuição das características sexuais secundárias masculinas presentes.

A terapia hormonal deve ser individualizada com base no propósito de cada mulher trans, na relação risco/benefício dos medicamentos, na presença de outras condições médicas e na consideração de questões sociais e econômicas.

A terapia hormonal pode proporcionar um conforto significativo para as pacientes que não desejam ou que não querem fazer uma transição social, ou ainda não podem passar por uma cirurgia.

A terapia hormonal é um critério recomendado para alguns dos tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero.

Início da terapia hormonal

O inicio da terapia hormonal deve ser feito após a realização de uma consulta com um médico endocrinologista. É muito importante

dizer que os riscos em se iniciar uma terapia hormonal são diversos e irão acompanhar a paciente pelo resto da vida.

Critérios para a terapia hormonal de feminização (WPATH)

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir o tratamento;
3. maioridade (se menor de idade deve ter consentimento dos pais ou responsáveis); e
4. não haver problemas de saúde ou mental, se houver que estejam controlados.

O preconceito e a falta de experiência de muitos médicos são uma realidade que ainda afasta a mulher trans do acesso a uma terapia hormonal efetiva e segura. Muitas cidades do interior do Brasil não dispõem de médicos aptos a conduzir uma terapia hormonal feminilizante, obrigando essas pacientes a iniciarem uma auto medicação mesmo sabendo dos riscos envolvidos nessa prática.

Efeitos físicos da terapia hormonal

A terapia hormonal de feminização induz mudanças físicas variáveis que surgem ao longo do tratamento. São esperadas alteração da voz, diminuição do pelo facial e corporal, crescimento mamário, diminuição da função erétil, diminuição do tamanho dos testículos e aumento da porcentagem de gordura corporal em comparação com a massa muscular.

A paciente deve entender que a maioria das mudanças físicas ocorrem no curso de dois anos, sendo que o grau e o tempo exato dos efeitos podem variar bastante. O Quadro 1 descreve o curso de tempo aproximado das mudanças físicas na terapia hormonal de feminização.

As alterações corporais vão depender da dose, medicamentos utilizados e se a droga é oral, gel ou injetável. A escolha é feita pelo médico endocrinologista com os objetivos específicos de cada paciente. Não existe evidência atual de que a resposta à terapia hormonal possa ser prevista com base na idade, constituição física, etnia ou aparência da família, com exceção do engrossamento da voz em transhomens.

QUADRO 1: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS FEMINIZANTES*		
Efeitos	Inicio esperado	Máximo efeito esperado
Redistribuição da gordura corporal	3-6 meses	2 a 5 anos
Diminuição da massa muscular/força	3-6 meses	1 a 2 anos
Suavização da pele/diminuição da oleosidade	3-6 meses	Desconhecido
Diminuição da libido	1-3 meses	1 a 2 anos
Diminuições de ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Crescimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção de esperma	Variável	Variável
Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial	6-12 meses	> 3 anos
Calvície de padrão masculino	Sem rebote, perda se detém em 1-3 meses	1-2 anos

Retirado de Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH)- Versão 2012.
B. As estimações representam observações clinicas publicadas e não publicadas.
C. Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.
D. Dependem significativamente da quantidade de exercício.

Riscos da terapia hormonal

Todas as intervenções trazem riscos, ainda mais se não realizadas por um profissional não médico. A probabilidade de um evento grave acontecer depende de muitos fatores: da automedicação, dose, via de administração e das características clinicas da paciente (idade, doenças, antecedentes familiares e hábitos de saúde).

Os riscos associados com a terapia hormonal se resumem no Quadro 2.

QUADRO 2: RISCOS ASSOCIADOS À TERAPIA HORMONAL		
ITENS EM NEGRITO SÃO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS		
Nível de risco	Hormônios feminizantes	Hormônios masculinizantes
Provável aumento de risco	Doença tromboembólica	Policitemia
	venosa	
	Cálculos biliares	Aumento de peso
	Enzimas hepáticas elevadas	Acne
	Aumento de peso	Alopecia androgênica (calvície)
	Hipertrigliceridemia	Apneia do sono
Provável aumento de risco na		
presença de fatores de risco	Doença cardiovascular	
adicionais		
	Hipertensão	Enzimas hepáticas elevadas
Possível aumento de risco	Hiperprolactinemia ou	Hiperlipidêmica
	prolactinoma	
		Desestabilização de certos
		transtornos psiquiátricos
Possível aumento de risco na		
presença de fatores de risco	Diabetes tipo 2	Doença cardiovascular
adicionais		
		Hipertensão
		Diabetes tipo 2

		Perda de densidade óssea
Sem aumento de riscos ou		Câncer de mama
evidencias de risco não concluinte	Câncer de mama	
ou não documentada		Câncer cervical
		Câncer de ovário
		Câncer uterino

Retirado de Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH)- Versão 2012
A. O risco é maior com a administração de estrogênios orais que com a administração transdérmicos.
B. Outros fatores de risco incluem a idade.
C. Incluem transtorno bipolar, esquizofrenia e outros que podem incluir sintomas maníacos ou psicóticos. Este evento adverso parece associado a doses mais altas ou concentrações suprafisiológicas de testosterona no sangue.

Medicações usadas para feminização

Estrogênio

A utilização de estrogênio via oral, especificamente o etinilestradiol, parece aumentar o risco de tromboembolia venosa (TEV), por isso, não é recomendado para a terapia hormonal feminizante.

Para as pessoas com fatores de risco para TEV, recomenda-se estrogênio transdérmico. O risco de efeitos adversos aumenta com doses mais elevadas, particularmente com doses que levam a níveis suprafisiológicos.

As pacientes com doenças que podem ser afetadas pelo estrogênio devem evitar o uso por via oral, se possível, e começar com níveis mais baixos.

Medicamentos para reduzir os andrógenos (antiandrógenos)

Uma combinação de duas medicações, estrogênio e antiandrógenos, é o regime mais comumente estudado para a feminização. Os medicamentos comumente usados para reduzir os efeitos da androgenização (masculinização) pertencem a várias classes de medicamentos que têm tanto o efeito de reduzir os níveis da testosterona do próprio corpo como a atividade da testosterona nos tecidos e, portanto, a redução das características masculinas, como, por exemplo, os pêlos do corpo.

Como minimizam a dose de estrogênio necessária para suprimir a testosterona, contribuem assim a reduzir os riscos associados com altas doses de estrogênio usado pelo médico.

Os antiandrógenos comumente utilizados incluem o seguinte:

- *Espironolactona*: é um medicamento usado para normalizar a pressão alta. A pressão arterial deve ser sempre medida e os eletrólitos do sangue devem ser monitorados.
- *Acetato de ciproterona*: é um composto com propriedades anti-androgênicas. Este medicamento possui potenciais efeitos tóxicos ao fígado, mas é amplamente utilizado por alguns profissionais.
- *Agonistas de GnRH:* são neuro-hormônios que bloqueiam o receptor do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), bloqueando a liberação do hormônio folículo estimulante e do hormônio luteinizante. Isto leva ao bloqueio das gônadas, altamente eficiente. No entanto, esses medicamentos são caros e só estão disponíveis como injeções ou implantes.
- *Inibidores 5-alfa-redutase (finasterida e dutasterida)*: bloqueiam a conversão de testosterona em 5-alfa-di-hidrotestosterona. Esses medicamentos têm efeitos benéficos sobre a perda de cabelo, o crescimento de pêlos no corpo, as glândulas sebáceas, e a consistência da pele.

A ciproterona e a espironolactona são as medicações mais comumente usadas e, provavelmente, aquelas com o melhor custo-benefício.

Progesterona

Com a exceção da ciproterona, a inclusão de progesterona na terapia hormonal de feminização é controversa. Como a progesterona desem-

penha um papel no desenvolvimento da mama a nível celular, alguns médicos acreditam que esses agentes são necessários para o desenvolvimento completo. Suspeita-se que a progesterona (especialmente medroxiprogesterona) também aumenta o risco de câncer da mama e o risco cardiovascular em mulheres cisgêneros.

Terapia hormonal depois da redesignação sexual

Algumas mulheres trans possuem indicação ou desejam a cirurgia de redesignação sexual. Após a cirurgia a terapia hormonal com estrogênio geralmente continua durante toda a vida, a menos que surjam contra-indicações médicas. As doses hormonais muitas vezes diminuem após a cirurgia, isso deve ser ajustado com a avaliação de exames de sangue pelo médico endocrinologista.

Orientamos às pacientes redesignadas a realizarem uma consulta com endocrinologista a partir do terceiro mês de pós operatório. Esse será o momento para solicitação de exames laboratoriais e dosagem hormonal sanguínea para definição de um novo esquema terapeutico. Com a retirada dos testículos a produção de testosterona cai para níveis pouco expressivos e não mais haverá indicação do uso de bloqueadores.

B– Terapia hormonal na masculinização

Assim como na feminização, a terapia hormonal na masculinização também deve ser realizada sempre por um médico especialista e deve ser individualizada.

As contraindicações absolutas para a terapia com testosterona incluem a gravidez, a doença arterial coronariana instável e policitemia não tratada com um hematócrito de 55% ou mais.

Com a conversão metabólica da testosterona em estrogênio, pode-se aumentar o risco de câncer entre os pacientes com histórico de câncer de mama ou outros tipos de câncer estrogênio-dependentes . Portanto, a consulta com um oncologista pode ser indicada pelo endocrinologista antes do uso de hormônios.

Algumas doenças podem ser agravadas pelo uso de testosterona e devem ser avaliadas e tratadas, de preferência antes de iniciar a terapia de maculinização. A consulta com um cardiologista é recomendada para transhomens com doença cardiovascular ou cerebrovascular conhecida.

Exames de sangue são importantes tanto para avaliar o risco inicial como potenciais efeitos adversos futuros dessa terapia.

A maioria das mudanças físicas na masculinização também ocorrem no curso do tempo. A quantidade de mudanças físicas e a linha de tempo exata dos efeitos, assim como na feminização, pode variar bastante. O Quadro 3 descreve o curso de tempo aproximado das mudanças físicas na terapia hormonal.

Os riscos associados com a terapia hormonal para masculinização são diversos e foram citados anteriormente no Quadro 2.

QUADRO 3: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS MASCULINIZANTES*		
Efeitos	Inicio esperado	Máximo efeito esperado
Oleosidade da pele/acne	1-6 meses	1-2 anos
Crescimento do pelo facial/corporal	3-6 meses	3-5 anos
Alopecia androgênica	>12 meses	Variável
Aumento massa muscular/ força	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição da gordura corporal	3-6 meses	2-5 anos
Fim da menstruação	2-6 meses	n/a
Aumento do clitóris	3-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 anos
Engrossamento da voz	3-12 meses	1-2 anos

Retirado de Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH)- Versão 2012.
B. As estimações representam observações clinicas publicadas e não publicadas.
C. Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.
D. Dependem significativamente da quantidade de exercício.

Medicações usadas na terapia de masculinização

Testosterona

A testosterona é normalmente administrada por via oral, transdérmica ou intramuscular, embora preparações orais e implantes também estejam disponíveis. O undecanoato de testosterona para uso oral resulta em menores níveis de testosterona no sangue e tem eficácia limitada na supressão da menstruação.

Como o cipionato ou enantato de testosterona intramuscular são frequentemente administrados a cada 2 ou 4 semanas, alguns trans homens podem observar uma variação cíclica em efeitos secundários (por exemplo, fadiga e irritabilidade no fim do ciclo, agressividade ou humor expansivo no início do ciclo), bem como mais tempo fora dos níveis fisiológicos normais. Essas situações podem ser minimizadas

pela utilização de uma dosagem mais baixa e uma administração mais frequente, ou através da utilização de uma preparação por adesivo diária.

O undecanoato de testosterona intramuscular mantém estáveis os níveis fisiológicos de testosterona por cerca de 12 semanas. Há evidências de que a testosterona por adesivo e intramuscular alcançem resultados masculinizantes semelhantes, embora o processo possa ser um pouco mais lento com preparações por adesivo.

É importante dizer que o objetivo é usar a menor dose necessária para manter o resultado clínico desejado, observando-se as devidas precauções para manter a densidade óssea.

Outras medicações

A progesterona, incluindo a medroxiprogesterona, pode ser usada por um curto período de tempo para ajudar a bloquear a menstruação no início da terapia hormonal. Os agonistas de GnRH podem ser usados de forma semelhante, bem como para a hemorragia uterina refratária em pacientes sem anomalia ginecológica.

É de extrema importância o acompanhamento clínico pelo médico durante o uso de hormônios. Isso servirá para se avaliar o grau de masculinização alcançados, além da possibilidade de se realizar o diagnóstico precoce de alguma doença desenvolvida ao longo da terapia e a possível presença de efeitos adversos das medicações.



Victória Fernandes

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 3

Cirurgia de feminização facial

A feminização facial é considerada um grupo de procedimentos cirúrgicos derivados da cirurgia plástica e cirurgia craniomaxilofacial com o objetivo de alterar as características masculinas de uma face.

Essas técnicas podem ser usadas em pacientes do gênero feminino (mulheres Cisgêneros) que possuem traços marcadamente masculinos ou, com maior frequência, usadas em pacientes transgêneros do masculino para o feminino (MtF).

Douglas Ousterhout foi o pioneiro na utilização e popularização destas cirurgias nos anos 80 e 90. Em seu trabalho ele examinou centenas de crânios secos da coleção de crânios da Universidade de San Francisco na Califórnia, criando técnicas baseadas nas principais características que diferenciavam os gêneros.

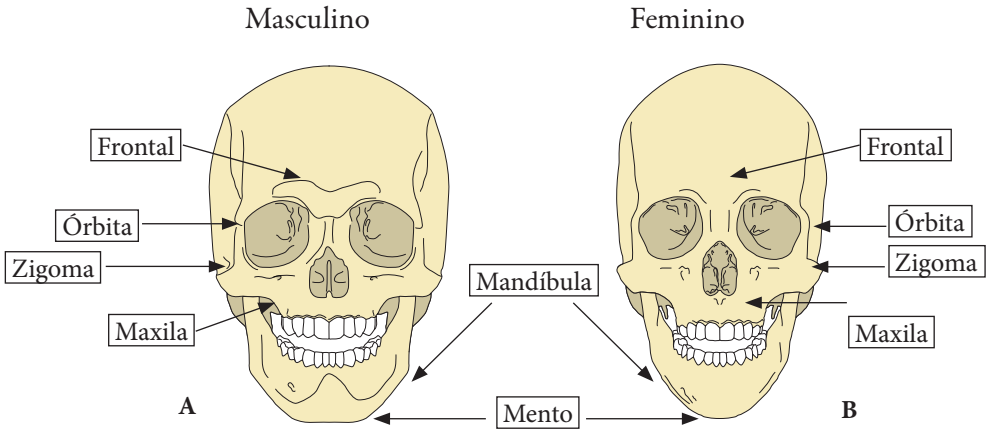


Figura 1- Diferenças nos formatos do crânio e face nos gêneros masculino-A e feminino-B na vista frontal.

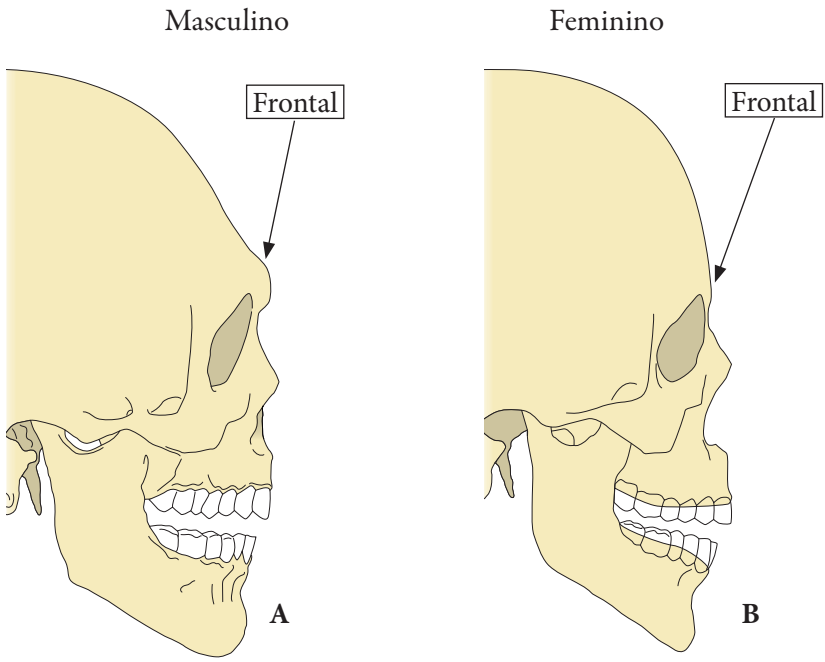


Figura 2- Diferenças nos formatos do crânio e face nos gêneros em vista lateral. A- masculino (projeção do osso frontal) B-feminino (frontal suave).

Principais regiões com diferenças ósseas marcantes entre a face masculina e feminina.

A- Tamanho do crânio
B- Osso frontal (testa)
C- Órbita
D- Ossos zigomáticos (maçãs do rosto)
E- Mandíbula
F- Mento

As técnicas utilizadas e as áreas a serem modificadas são individualizadas de acordo com cada caso. Algumas pacientes transgêneros

exigem uma abordagem mais ampla com maiores ressecções ósseas e manipulações de tecidos moles, enquanto outras necessitam pequenas manipulações.

Ao longo do tempo, várias técnicas foram criadas ou adaptadas ao arsenal terapêutico. Entre elas, o recontorno do osso frontal e órbita, recontorno da mandíbula e região do mento, cartilagem tireóidea, rinoplastia, enxertos de gordura, além das técnicas clássicas de manipulação de tecidos moles derivadas da cirurgia plástica.

As técnicas de feminização facial também podem envolver outros procedimentos, como avanço da linha capilar, transplante de cabelo, levantamento de sobrancelhas e lifting dos lábios. Algumas das técnicas que usamos hoje em dia foram desenvolvidas ou melhoradas por mim ao longo dos anos.

As características individuais de cada mulher transgênero tem relação direta com a idade do inicio da terapia hormonal e padrões genéticos herdados.

Pacientes que fizeram bloqueio hormonal antes da puberdade ou iniciaram terapia hormonal precoce possuem maior tendência a terem traços masculinos menos marcantes e aquelas que trazem tamanhos e formatos de face e crânio menores por características familiares também se beneficiam.

O diagnóstico e plano cirúrgico são baseados em uma combinação de avaliações esqueléticas através de radiografias, medições antropométricas, tomografias computadorizadas, fotografias e programas de computador. A autoavaliação da paciente e, principalmente a experiência do cirurgião são muito importantes para ajudar no planejamento cirúrgico.

Procedimentos de feminização facial
A– Frontoplastia e orbitoplastia

São técnicas cirúrgicas onde trabalhamos a região óssea da fronte e ossos que acomodam os olhos e conteúdo orbital. O osso frontal masculino é mais projetado, apresenta saliências entre a região das sobrancelhas e acima do nariz, chamada glabela.

A linha temporal é mais espessa e marcada, as órbitas são mais projetadas e fechadas. A fronte óssea feminina é mais arredondada, mais lisa entre as sobrancelhas e a transição entre o nariz e a testa é mais suave.

As sobrancelhas masculinas são mais retas e se posicionam em cima do osso orbital, enquanto as femininas são arqueadas e posicionadas acima das bordas orbitais.

A altura da testa é um ponto importante, porém não determinante na leitura feminina. Uma distância entre a linha capilar e a glabela (região entre as sobrancelhas) na mulher cisgênero dista entre 5 e 6 centímetros.

Muito importante dizer que a leitura de gênero da região frontal é a soma da altura da testa com sua projeção. Por tanto, somente uma testa alta não configura masculinidade.

Existem dezenas de rostos conhecidos no cinema, na musica e nas passarelas que apresentam uma testa longa e são considerados de grande beleza.

A combinação entre uma testa alta e uma projeção óssea leva a uma leitura masculinizada da face.

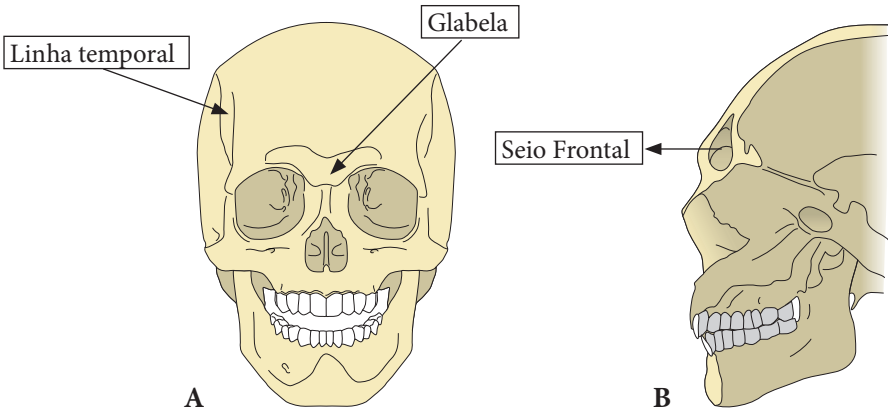


Figura 3- Vista da linha temporal e glabela em A e seio frontal em B.

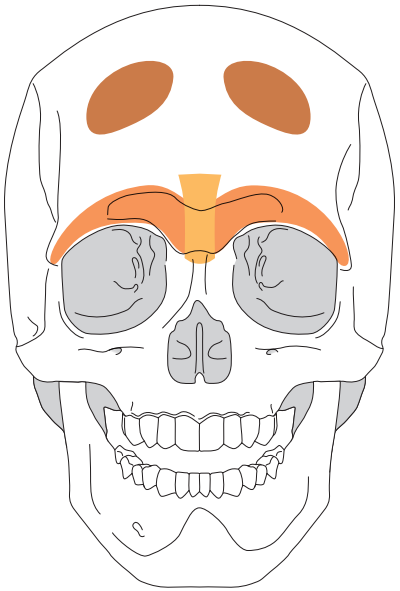


Figura 4- Áreas no terço superior da face que podem ser trabalhadas durante a cirurgia de feminizaçao facial.

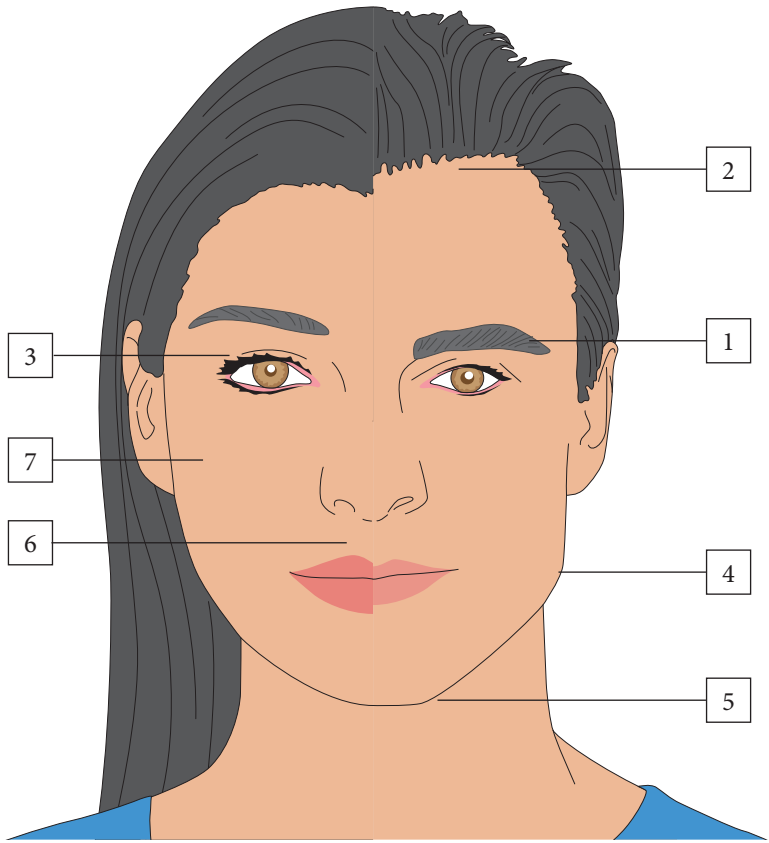


Figura 5- Comparação entre face masculina e feminina 1- Altura das sobrancelhas 2- Altura da linha capilar 3- Altura da órbita e canto externo do olho 4- Mandíbula 5- Mento 6- Altura e projeção do lábio superior 7- Projeção do zigoma.

Técnica de frontoplastia

A cirurgia consiste em se fazer uma incisão na região do couro cabeludo, podendo ser intracapilar (escondido) ou na linha capilar. É importante dizer que, sempre que houver necessidade de avanço de couro cabeludo, a incisão deve ficar na linha capilar.

Cada cicatriz possui um comportamento diferente de acordo com a textura da pele, oleosidade e coloração. A maioria das cicatrizes desenvolvem boa aparência ao longo dos anos, porém, podem existir casos de cicatriz hipertrófica, hipopigmentada ou atrófica.

** Cirurgia é uma troca! A paciente poderá "trocar" uma testa alta por uma possível linha de cicatriz.*

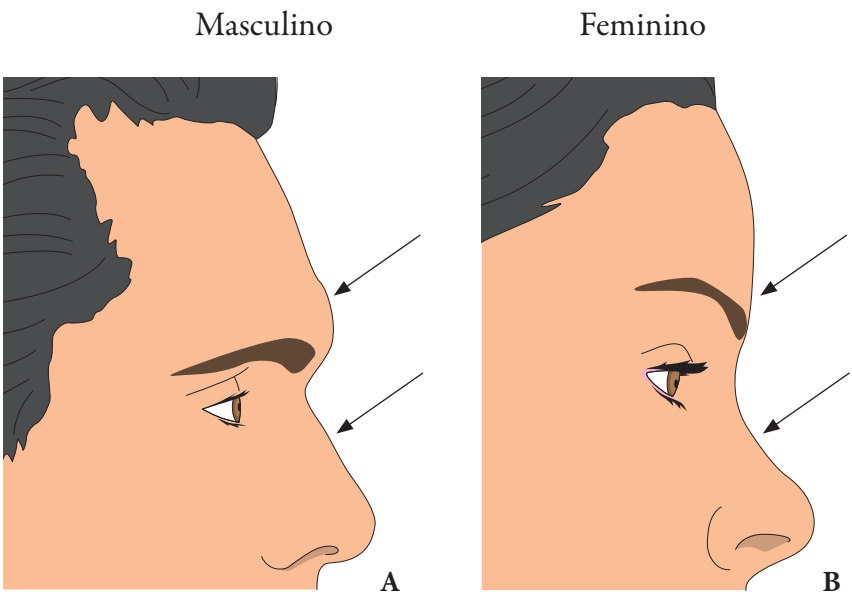


Figura 6- Comparação da projeção da testa e curvatura nasal em A- Gênero masculino mais projetado e com dorso nasal reto em B- contorno suave da testa e dorso nasal curvo no gênero feminino.

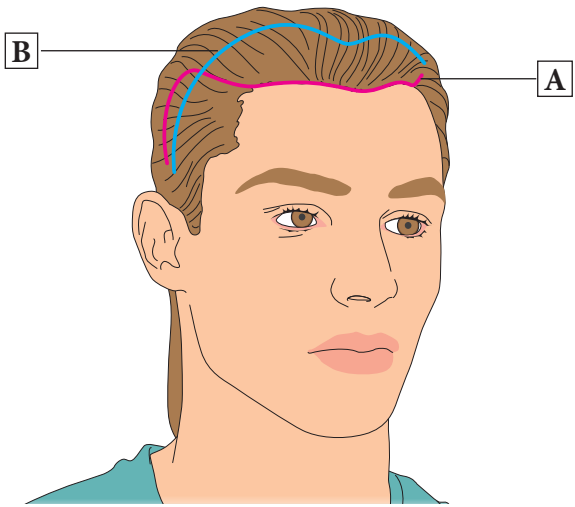


Figura 7- Diferentes tipos de Incisão para frontoplastia. A- Incisão pré capilar em vermelho realizada nos casos de avanço de couro cabeludo B- Incisão intra capilar para frontoplastia clássica sem avanço de couro cabeludo. As incisões devem ser realizadas de forma que se permita o crescimento capilar através das mesmas.

Após a incisão, toda pele será rebatida, o osso frontal será exposto e as órbitas dissecadas com nervos e globos oculares protegidos. Existem algumas técnicas para remodelação da projeção óssea frontal, porém as mais comumente utilizadas por mim são a frontoplastia tipo I e III.

A **frontoplastia tipo I** é aquela realizada por desgastes ósseos seletivos através de instrumentos rotatórios e remodelação das órbitas. Não há retirada de porções ósseas ou o uso de miniplacas e miniparafusos.

Essa técnica é indicada para pacientes com tábua óssea frontal espessa e pouca projeção.

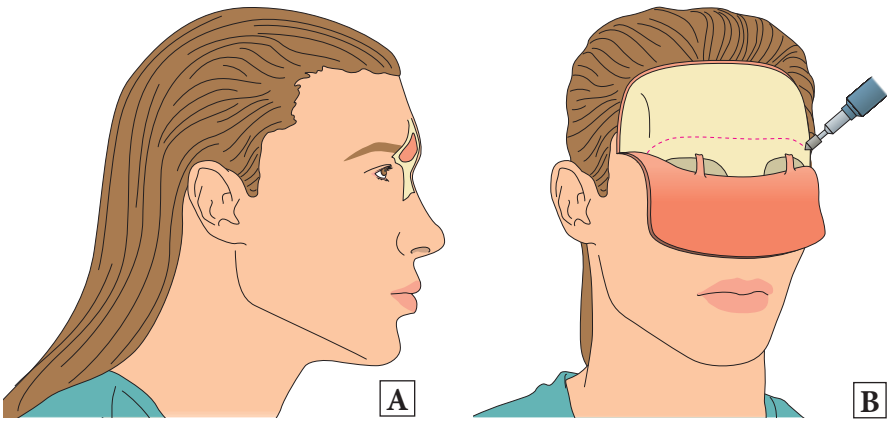


Figura 8- Frontoplastia tipo Tipo I - Desgaste e remodelamento ósseo do frontal e órbitas.

A **frontoplastia tipo III** é uma técnica executada através da retirada de uma porção óssea, que pode variar em tamanho de acordo com a anatomia de cada paciente, remodelação e reposicionamento seguido de fixação por miniplacas e miniparafusos ou minitelas de titânio, de acordo com a experiência de cada cirurgião.

Normalmente esse material em titânio não acarreta a nenhum tipo de transtorno e raramente necessita ser retirado.

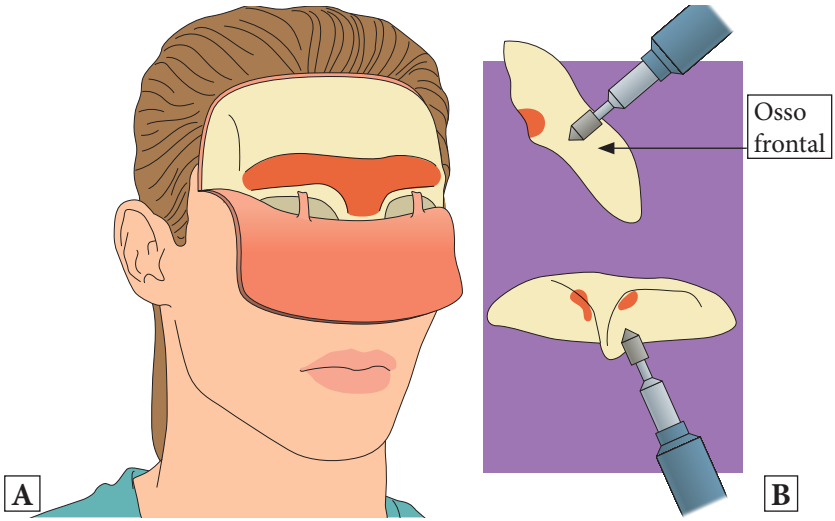


Figura 9- Frontoplastia tipo III –A Retirada da área óssea demarcada em vermelho B- Remodelamento ósseo por brocas.

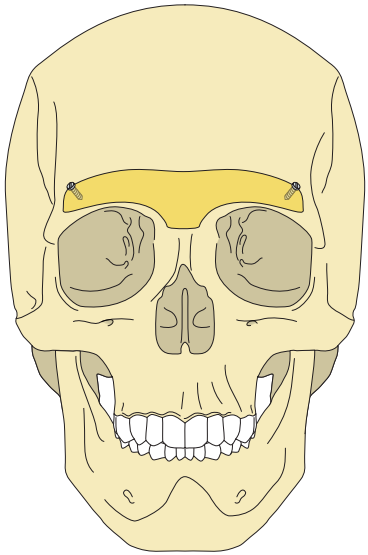


Figura 10- Reposicionamento do osso frontal remodelado e fixação por parafusos de titâneo.

Canto externo do olho

A feminização facial é a soma de modificações de pequenos detalhes anatômicos. Um deles é o chamado eixo intercantal, que no gênero masculino é mais retilíneo quando comparado ao feminino. As técnicas para inclinação do canto externo do olho podem ser aplicadas, quando indicadas, no momento da frontoplastia ou de forma isolada após a cirurgia. A técnica modificada por mim envolve a suspenção e amarração do canto externo do olho no sítio da frontoplastia.

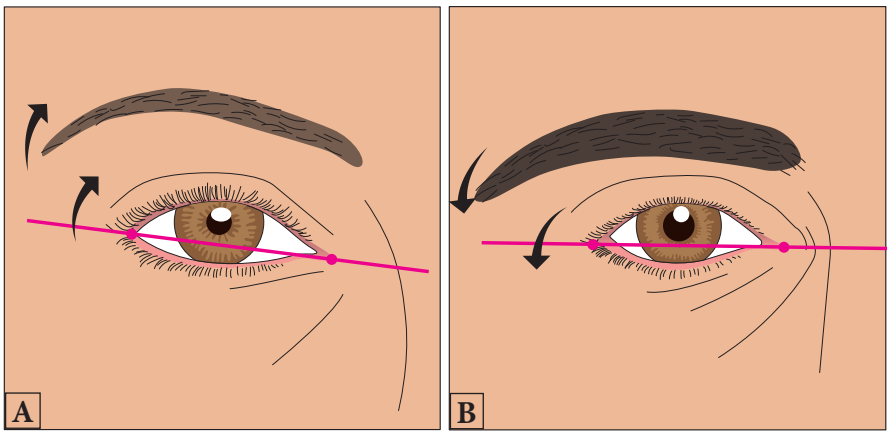


Figura 11- Comparação entre canto externo do olho feminino e o masculino. A- no gênero feminino o canto externo do olho apresenta uma leve inclinação superior quando comparado ao gênero masculino em B.

Linha capilar

A linha capilar pode ter influência indireta na leitura de gênero. O formato dessa linha só poderá ser modificado pela técnica do transplante capilar, enquanto a altura pode ser modificada pela cirurgia de avanço do couro cabeludo.

É muito importante deixar registrado que essa característica (linha de implantação alta ou não arredondada) pode estar presente em uma mulher cisgênero sem representar masculinidade.

A avaliação e a possível modificação desta região deve obedecer a critérios individualizados, sendo que o que para uma mulher trans se encaixa bem, para outra pode não ter o mesmo efeito.

Há uma tendência de cirurgiões de todo o mundo de fazerem menos modificações da linha capilar pela técnica do avanço, reservando este procedimento para os casos de linhas arredondadas e com alta densidade folicular.

As resseções temporais, também conhecidas como "entradas" podem ser amenizadas pela técnica do transplante capilar fio a fio (FUE) ou pela técnica do retalho de couro cabeludo (FUT).

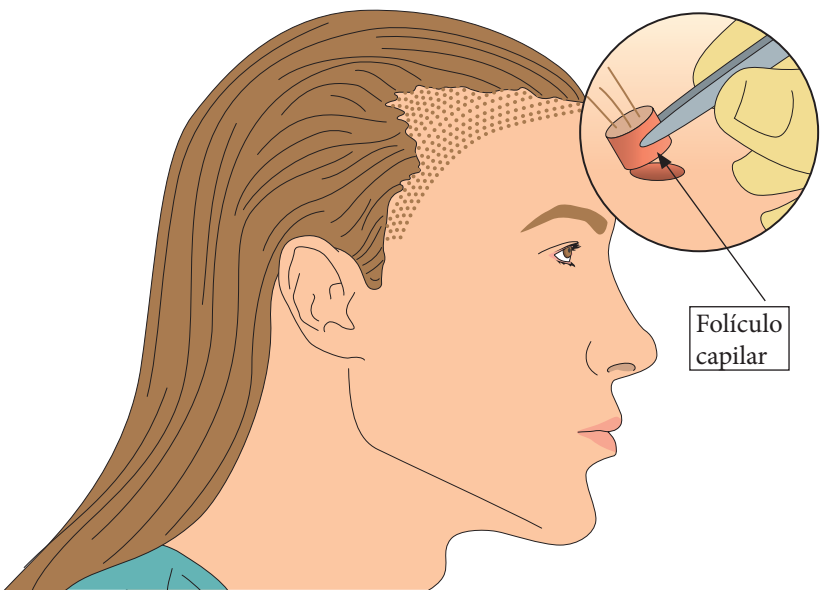


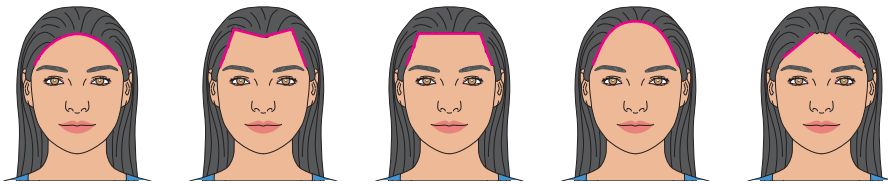
Figura 12- Transplante capilar pela técnica FUE (fio a fio) para fechamento das entradas e refinamento do avanço de couro cabeludo.

Importante ressaltar que, para ser uma candidata à cirurgia de transplante capilar, a paciente deverá ter uma boa densidade capilar que permita a retirada de folículos e a redistribuição para a região a ser corrigida. Algumas pacientes não apresentam uma densidade mínima necessária, o que as obriga a adotar o uso de perucas ou apliques.

O transplante poderá mudar o contorno da linha capilar e deve sempre ser realizada após a cirurgia de frontoplastia. A técnica do avanço somente modifica a altura da testa mantendo o mesmo formato.

Formatos de linha capilar

Muitas transmulheres saem em busca de uma linha capilar feminina perfeita, arredondada, imaginando que esta seria a única forma de deixar o contorno capilar mais feminino. Isso é um grande equívoco! Existem diferentes formatos de linha capilar que não atrapalham em nada a leitura do gênero.



Arredondado | Forma de "M" | Retangular | Forma de cúpula | Triangular

Figura 13- Diferentes formatos de linha capilar.

PICO DA VIÚVA

É um crescimento capilar, normalmente excêntrico, ou seja, fora da linha média, que acompanha certos contornos capilares, trazendo feminilidade e naturalidade à paciente.

Um avanço capilar irá apagar esse detalhe.

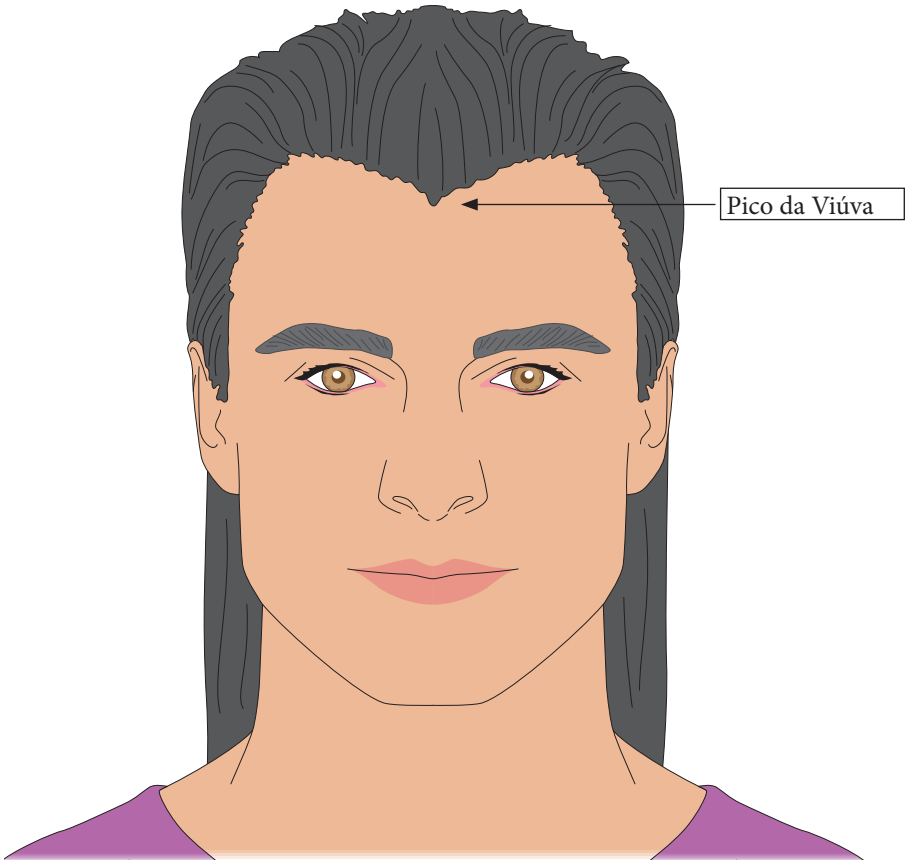


Figura 14- Pico da viúva.

Nome do procedimento: Frontoplastia
Tempo de procedimento: de 1,5 a 3 horas (dependendo do caso)
Tipo de anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Dormência temporária da pele da testa e região da cabeça
- Paralização temporária dos movimentos da testa
- Assimetria temporária da região das sobrancelhas
- Perda reversível da densidade dos cabelos
- Cicatriz (caso de avanço de linha capilar)

Resultado final: entre 18 a 24 meses.

B– Recontorno da mandíbula

A mandíbula ou maxilar inferior ocupa um papel importante na leitura do contorno facial. Ela fornece, juntamente com o mento (ponta do queixo), uma "moldura" para a face.

A mandíbula masculina normalmente é mais densa, com protuberâncias laterais mais marcadas devido às inserções musculares mais fortes e ângulos goníacos mais abertos.

Porém, existem muitas mulheres cisgêneros que possuem as características citadas sem traduzirem uma aparência masculinizada. Isso porque a mandíbula é a continuação do mento e depende dele para levar a uma aparência mais leve ou pesada para cada face.

O formato da mandíbula pode ser alterado através de ressecções ósseas ou por desgastes seletivos. Uma função muito importante deste osso é dar sustentação para os tecidos moles faciais e dar a separação entre a área do pescoço e da face.

Devemos evitar grandes desgastes nessa região, pois isto pode resultar em queda facial (ptose) com possível envelhecimento precoce da paciente.

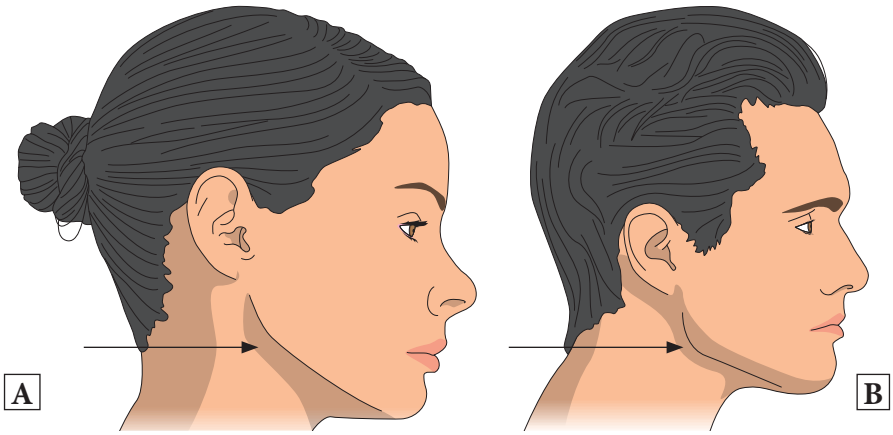


Figura 15- Formato do ângulo mandibular suave. no gênero feminino - A marcado e mais volumoso no gênero masculino B

Para conseguir o efeito desejado, a técnica consiste em realizar cortes por dentro da boca (sem cicatrizes) seguidos de desgastes ósseos e retirada de porções especificas da mandíbula.

O tratamento com eletrólise para retirada dos pelos faciais deve ser interrompido completamente pelo menos duas semanas antes da cirurgia facial e não deve ser retomado antes de um mês após a cirurgia da mandíbula ou do mento.

A quantidade de osso a ser removido dependerá de uma análise criteriosa de exames de radiografia, tomografia computadorizada e estudos cefalométricos. A experiência do cirurgião e seu senso estético tem grande valor nesse momento.

C– Recontorno da região do mento

O mento é a região mais anterior da face, perdendo apenas para o nariz no terço médio, e uma das mais passíveis de autoavaliação. A maioria das transmulheres se queixa desta região e deseja sua modificação.

São inúmeras as técnicas para a feminização deste segmento, podendo ir desde pequenos desgastes até às ressecções e reposicionamento do bloco ósseo e fixação por miniplaca e miniparafusos de titânio. Mentoplastia de avanço não segue os mesmos critérios na técnica de feminização facial e pode masculinizar uma face se não for bem executada.

Importante: O uso de próteses de silicone ou polietileno poroso na feminização do mento tem papel muito limitado, na maioria das vezes não leva a um bom resultado e frequentemente precisa ser removido.

***Nunca se esqueça: feminização facial é cirurgia óssea!**

A região mandibular e a do mento dão entrada e passagem a nervos e vasos sanguíneos que limitam os desgastes e ressecções amplas dependendo da paciente. Por isso, cada resultado é impar e não pode ser comparado com outro no mesmo procedimento.

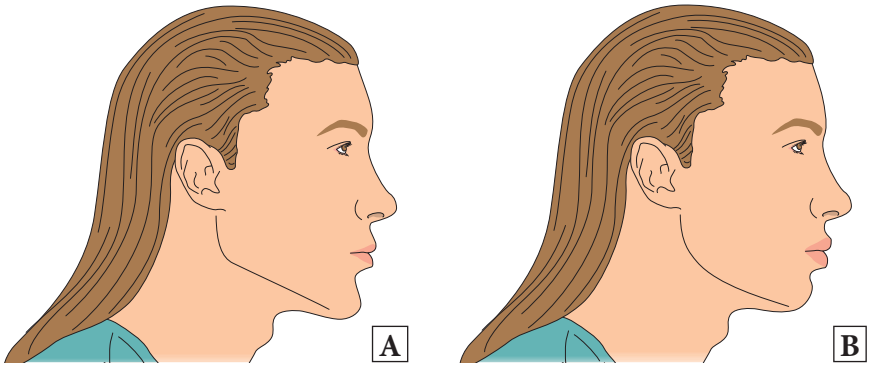


Figura 16- Mento mais alto e mais projetado no gênero masculino -A e mais curto e retraído no feminino -B

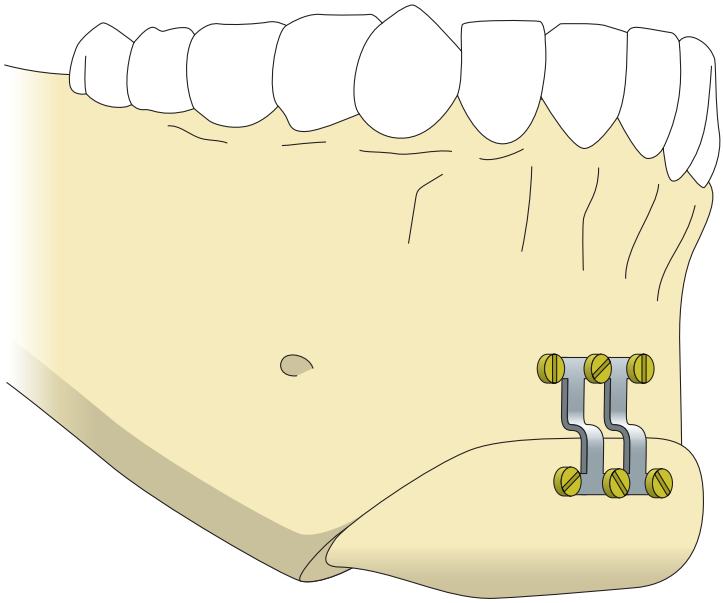


Figura 17- Mento Fixado com placa e parafusos

Nome do procedimento: Cirurgia do contorno facial
Tempo de procedimento: de 1,5 a 2 horas (dependendo do caso)
Tipo de anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório

- Inchaço com perda temporária do contorno facial
- Rouxidão
- Dormência temporária da pele da face
- Dificuldade temporária nos movimentos dos lábios
- Assimetria temporária da região dos lábios e da face
- Perda reversível da densidade dos cabelos

Resultado final: entre 18 a 24 meses.

D– Rinoplastia

O nariz desempenha um papel importante no trato respiratório e é um dos órgãos mais visíveis na face devido à sua posição central. Ele destaca a forma dos olhos e ajuda a definir a estética da face como um todo.

Na prática clínica, não existe um conceito universal de 'rosto perfeito', nem um formato específico de nariz que possa ser considerado um modelo de beleza.

Para descrevermos um nariz devemos levar em conta a raça e o gênero, por isso para um bom resultado o cirurgião deve incluir no planejamento pré-operatório as diferenças de forma nasal em relação a essas duas variáveis.

Durante a avaliação do nariz de uma mulher trans devemos imaginar que este deve harmonizar com o restante da face.

É comum o conceito de que as mulheres têm olhos maiores, nariz menor, lábios mais cheios, menor distância entre lábios e queixo, lábio inferior menor e zigomas delicadamente delineados.

Por outro lado, um homem atraente possui olhos fechados e profundos, nariz maior, maçãs do rosto e mandíbulas pronunciadas, além de testa mais proeminente.

As técnicas de rinoplastia para homens e mulheres são idênticas, diferindo apenas na ressecção das cartilagens e dorso nasal.

A falta de compreensão das diferenças na forma do nariz feminino pode levar a resultados estéticos ruins e prejuízo da função, o que não é uma complicação rara da rinoplastia.

Muitas vezes existe uma falsa ideia de que quanto menor o nariz mais feminino ele parece ser. Essa avaliação errada pode levar a muti-

lações nasais com comprometimento estético, dificuldade respiratória e sequelas de impossível correção.

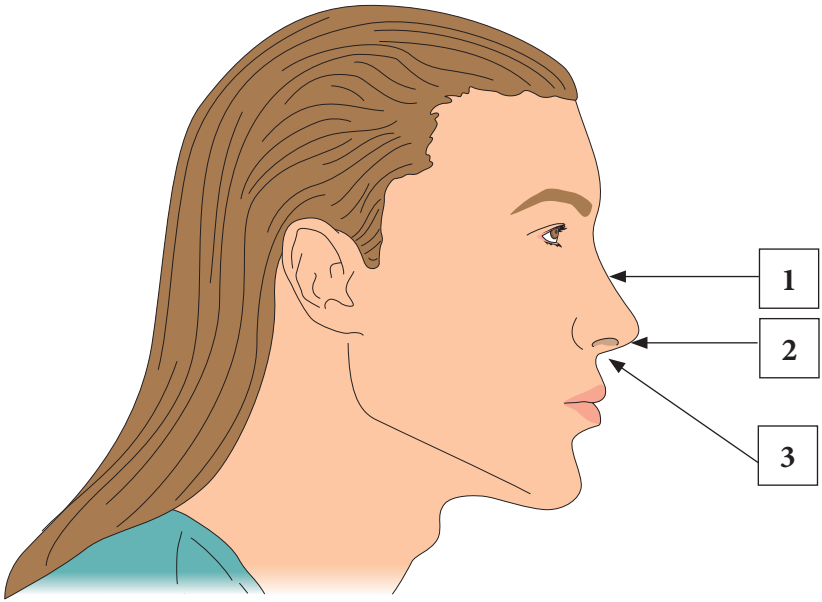


Figura 18- Características do nariz feminino 1- Dorso ligeiramente mais curvado 2- Ponta mais elevada 3- Columela discretamente projetada. Rinoplastia pode ou não estar associada à cirurgia de feminizaçao facial, uma vez que existem faces extremamente femininas com narizes que não seguem padrões femininos pre difinidos.

O exame físico do nariz externo

Iniciamos realizando uma avaliação geral da harmonia nasofacial e da pele que cobre o nariz. Após essa etapa examinamos as cartilagens e a cavidade nasal.

Em seguida, analisamos sistematicamente o nariz, incluindo as seguintes áreas na direção de cima para baixo: ângulo nasofrontal, pirâmide óssea, cartilagem lateral superior e ponta nasal.

Podemos modificar com relativa facilidade a cartilagem nasal e o osso, mas a natureza da pele de cobertura (espessura, textura e elasticidade) terá influência direta sobre o resultado estético final.

A espessura da pele é o parâmetro mais importante. A melhor pele para o resultado perfeito da rinoplastia é de espessura moderada, que consiste na epiderme com um número mínimo de glândulas sebáceas e poros.

Em pacientes com pele fina e delicada são observados menos inchaço pós-operatório e cicatrização rápida das feridas. No entanto, não disfarça pequenas irregularidades no esqueleto, tornando o formato do nariz antinatural. Na maioria das pacientes, a pele é de espessura média ou fina.

Para aquelas com pele mais espessa, observa-se um maior inchaço pós-operatório, juntamente com uma cicatrização mais lenta e contração mais pronunciada. A criação de tecido cicatricial sob a pele é mais intensa também, principalmente nos casos de redução nasal, sendo mais difícil obter a definição acentuada do nariz e, após a cirurgia, adere mal ao esqueleto nasal.

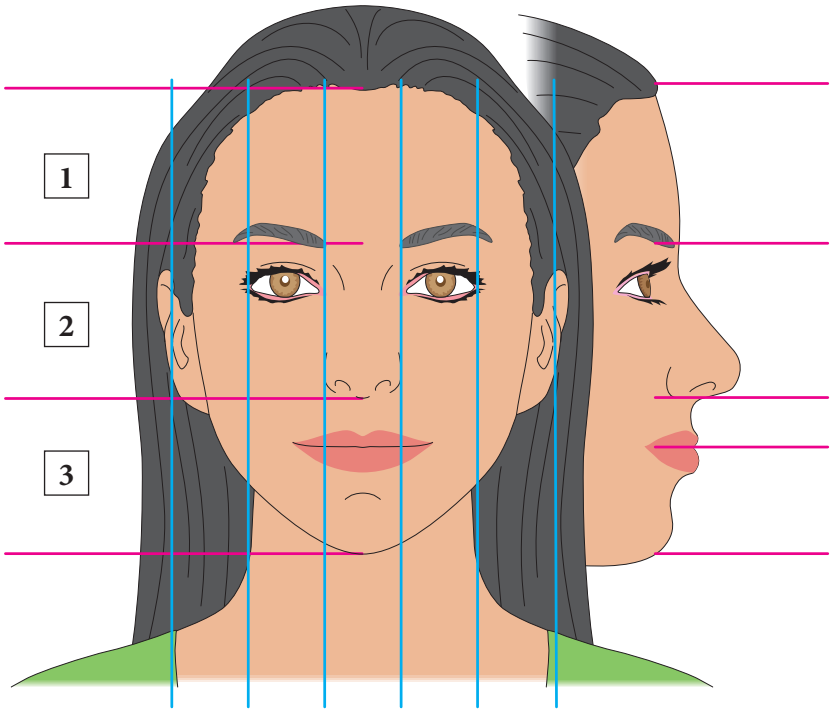


Figura 19- Avaliação das proporções faciais Terço superior-1 Terço Médio -2 Terço Inferior- 3. No terço inferior, em perfil, notamos que o lábio superior é responsável por 1/3 da medida enquanto os outros 2/3 são ocupados do lábio inferior ao mento. As linhas verticais em azul representam avaliação das proporções dos quintos faciais. A beleza facial pode ser definida quando a proporção, harmonia e simetria estão presentes.

O planejamento da rinoplastia em feminização facial pode se dar em três fases distintas:

1. **Antes da cirurgia de feminização**: é uma opção iniciar seu processo de transição pela cirurgia nasal. Além de ser uma intervenção mais barata que o restante que virá pela frente, permite

também à paciente já ter uma auto- avaliação melhor, podendo ter um reflexo positivo na disforia de gênero.

2. **Juntamente com a cirurgia de feminização facial:** dependendo do tipo de nariz a ser operado, a opção de se fazer juntamente com a cirurgia de feminização facial é valida. Principalmente os narizes primários e com necessidades estéticas menos complexas. Narizes já operados ou com indicação de grandes alterações associadas a enxertias de cartilagem são melhores conduzidos separadamente, antes ou depois da cirurgia feminizadora facial.

3. **Após a cirurgia de feminização facial:** a vantagem dessa escolha reside no fato de que o nariz será operado em uma face já feminina. O cirurgião terá mais facilidade em visualizar as estruturas faciais já modificadas e refinar os detalhes do nariz, principalmente a área próxima à testa (ângulo nasofrontal).

Nome do procedimento: Rinoplastia
Tempo de procedimento: de 1,5 a 5 horas (dependendo do caso)
Anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório:
- Inchaço
- Rouxidão
- Dormência temporária da pele do nariz
- Dificuldade temporária na respiração nasal
- Perda reversível da densidade dos cabelos

Resultado final: entre 18 a 24 meses.

E– Cartilagem tireóide

A cartilagem tireoide, conhecida popularmente como pomo-de-adão, está localizada no terço superior do pescoço, logo abaixo da garganta, apresentando-se como uma protuberância, a proeminência laríngea. Ela é o resultado da convergência da cartilagem tireoide e se expande na puberdade tanto nos homens como nas mulheres, porém é no gênero masculino que ela fica mais visível para ajudar no processo de amadurecimento da voz.

Como os homens cisgêneros possuem vozes mais fortes, essa estrutura, que abriga as pregas vocais, precisa ser maior, diferente das mulheres cisgêneros que as vozes costumam ser mais finas e a estrutura não precisa ser tão grande. Ou seja, tudo é questão de forma e função.

Em casos isolados o pomo de adão pode ser mais visível em algumas mulheres cisgêneros, o que pode significar o resultado de herança genética, irregularidades anatômicas ou disfunções hormonais endógenas ou uso de hormônios masculinizantes.

Existe um grande mito sobre esta estrutura anatômica. Diferentemente do que pensa grande parte do mundo trans, essa estrutura não identifica o gênero, a não ser nos casos de grandes projeções da cartilagem.

Muitas pacientes sofrem de grande disforia por não terem operado o "pomo", quando na verdade ele nem é notado pelo observador leigo na maioria dos casos.

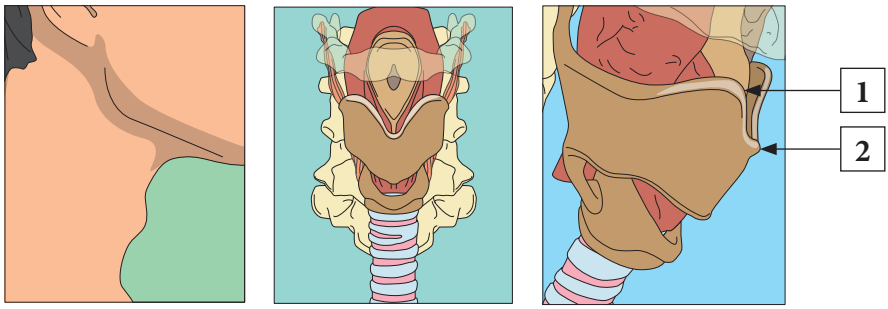


Figura 20- Projeção da cartilagem tireoide ou "Pomo d Adão". 1 e 2 – Áreas remodeladas durante a cirurgia através de laminas de bisturi ou instrumentos rotatórios. Pacientes mais velhas apresentam essa cartilagem mais calcificada.

Na mulher trans o pomo de Adão pode ser reduzido através de uma pequena incisão horizontal no pescoço imediatamente abaixo da mandíbula para se esconder a cicatriz.

A grande preocupação deste tipo de intervenção é não retirar grandes porções de cartilagem que possam alterar a estrutura que dá sustentação às pregas vocais sob o risco de alterar a voz da paciente para um timbre mais grave de forma permanente.

Para diminuir esse tipo de complicação, técnicas endoscópicas foram desenvolvidas para monitorar a altura e a quantidade da ressecção planejada, dando mais segurança ao procedimento e permitindo a retirada de maiores porções de cartilagem.

Cirurgia do pomo-de-adão não afina a voz.

O procedimento geralmente é realizado sob anestesia geral ou sedação e pode ser incluído nos procedimentos de feminização facial.

Nome do procedimento: Tireoplastia ou Suaviazação do pomo-de-adão
Tempo de procedimento: de 30 a 60 minutos
Anestesia: Geral

Oque esperar no pós-operatório:

- Inchaço com perda da definição do pescoço
- Rouxidão
- Dormência temporária da pele do pescoço
- Cicatriz normalmente escondida abaixo da mandíbula
- Perda reversível da densidade dos cabelos.

Resultado final: 3 a 6 meses (cicatriz até 24 meses).

F– Lipoenxertia facial – Enxertos de gordura

A gordura é ideal para pacientes que desejam adicionar contorno e projeção em diferentes áreas da face e é frequentemente a escolha mais econômica para a volumização da face atrófica, envelhecida, sendo considerada também uma importante ferramenta na feminização facial.

A compreensão dos conceitos de envelhecimento e de volume facial é fundamental para o sucesso de qualquer material de preenchimento, principalmente com um material de longa duração, como a gordura autóloga (da própria paciente).

A gordura pode ser retirada de diversos locais como abdome, face interna dos joelhos, braços, etc., sendo usada para dar volume às regiões zigomáticas (maçãs do rosto), sulcos faciais como bigode chinês, linhas de expressão, região temporal e lábios. É um procedimento frequentemente realizado no mesmo ato cirúrgico da feminização facial.

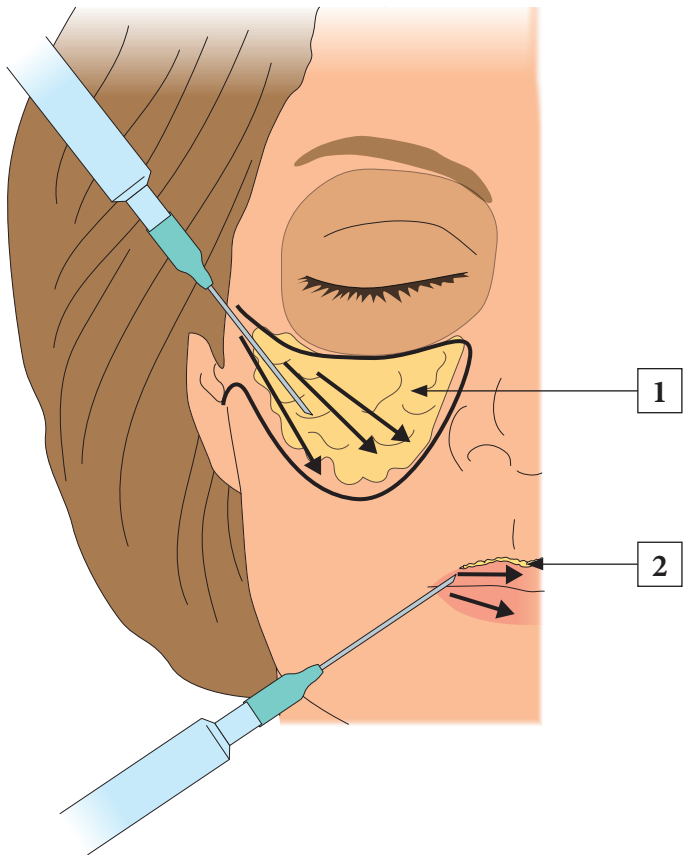


Figura 21- Lipoenxertia facial com cânulas. A- Aumento da região de zigoma B- volumização dos lábios.

A desvantagem em trabalhar com enxertia de gordura é a variação de resultados e a imprevisibilidade da absorção em alguns casos.

O médico deve se esforçar para seguir minuciosamente a técnica descrita na literatura médica a fim de diminuir o volume da perda do enxerto, como tipo de cânula de retirada do enxerto, volume e pressão na seringa no momento da coleta, tratamento da gordura, método de injeção e locais de injeção.

A literatura relata uma perda entre 20 e 30% do volume injetado, podendo esse valor variar para mais ou para menos. Algumas vezes poderá haver indicação de procedimentos adicionais em áreas de baixa retenção da gordura (absorção), como um aumento adicional com preenchedores a base de ácido hialurônico ou uma nova lipoenxertia.

A grande vantagem desta técnica é que trata-se de material da própria paciente (autólogo) e que, quando bem executada, traz naturalidade e jovialidade à face, diferentemente das próteses de silicone ou poilietileno poroso usadas para se dar projeção à região zigomática, que com o processo de envelhecimento facial podem se tornar artificiais e distorcer a anatomia local. Uma vez a gordura integrada ao leito receptor ela se comportará como a gordura local durante todo o processo de envelhecimento.

A lipoenxertia pode ser repetida para um melhor resultado dependendo do grau de absorção de cada paciente.

Nome do procedimento: Lipoenxertia Facial
Tempo de procedimento: de 30 a 60 minutos
Anestesia: Geral

Oque esperar no pós-operatório:
- Inchaço
- Rouxidão

Resultado final: 8 a 12 semanas

G– Procedimentos complementares em feminização facial

A feminização facial pode ser acompanhada de outros procedimentos cirúrgicos a fim de levar embelezamento ou rejuvenescimento para as faces maduras.

Esses procedimentos podem ser realizados no mesmo tempo cirúrgico, planejados anteriormente ou após a cirurgia esquelética. São eles: blefaroplastias, lip lifting, bichectomia, otoplastia, lifting facial, lipoaspiração cervical e transplante capilar.

Cada caso é único e levamos em consideração a idade da paciente, o volume de pele, densidade muscular, volume de tecido subcutâneo e o grau de envelhecimento para indicar cada procedimento, que pode ou não ser realizado concomitantemente à feminização facial.

Pacientes que fazem sua transição em um período mais tardio muitas vezes terão indicação de procedimentos de rejuvenecimento facial, enquanto outras pacientes mais jovens com deformidades dento esqueléticas podem aproveitar a intervenção para correção dessas alterações através de cirurgia ortognática.

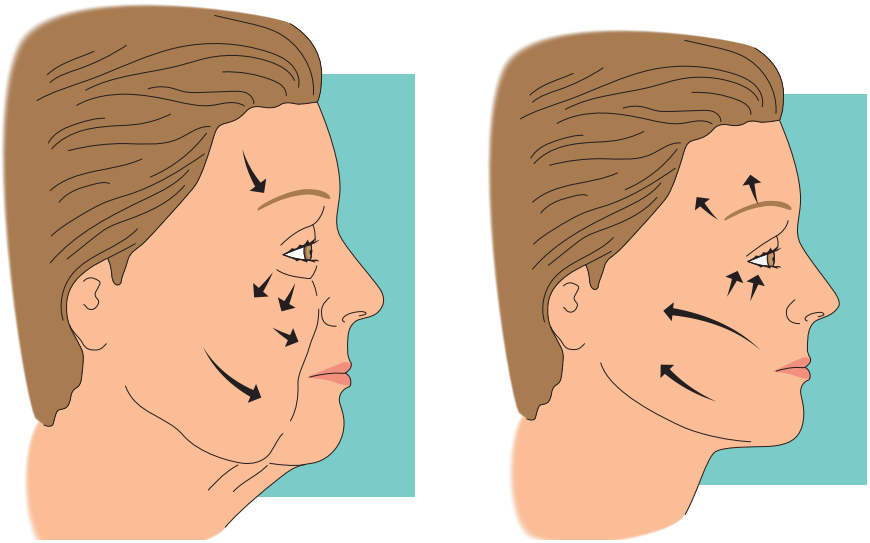


Figura 22- Lifting facial- Cirurgia para suspensão da musculatura, tecido subcutâneo e pele da face. Esta cirurgia pode ser realizada em conjunto com a feminização facial, porém na maioria dos casos é indicada um intervalo entre 12 a 18 meses da cirurgia esquelética. Este procedimento é indicado para pacientes de meia idade que apresentam queda dos tecidos faciais. Quando realizado em pacientes jovens pode levar a uma aparência artificial.

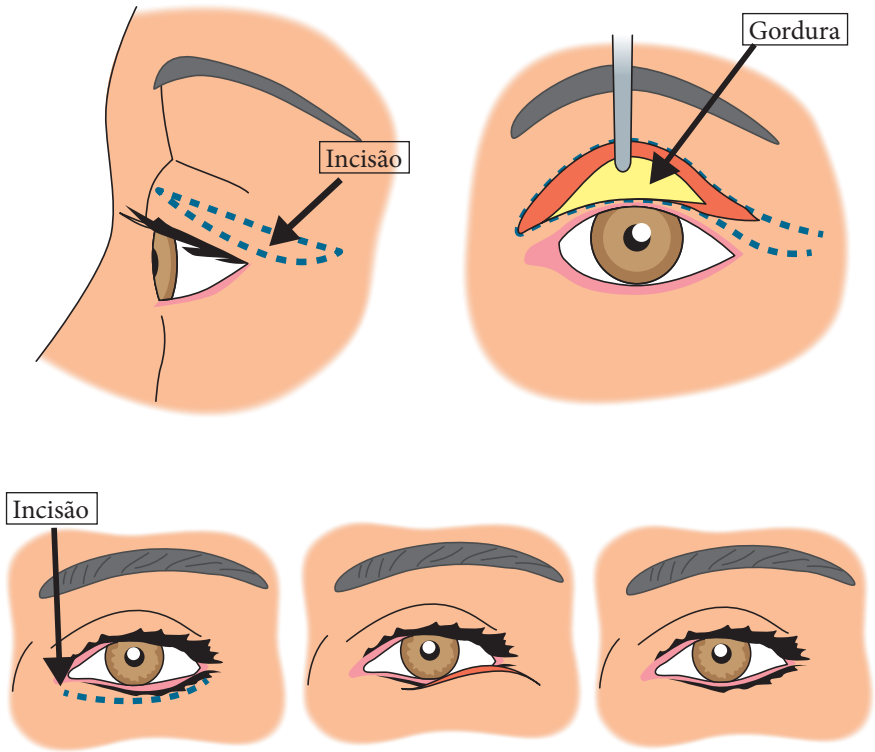


Figura 23- Blefaroplastia superior e inferior- Indicadas para as pacientes com excesso de pele e/ou deslocamento de gordura nas pálpebras. Estes procedimentos podem ser realizados em conjunto com a feminização facial ou em um segundo tempo cirúrgico.

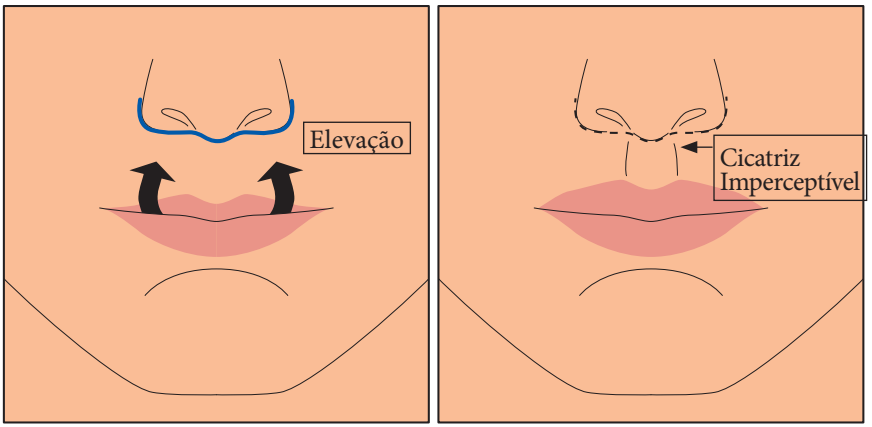


Figura 24- Lip Lifting (elevação do lábio superior). Técnica usada para diminuir a distância entre o nariz e lábio superior. A cicatriz ficará escondida abaixo da região nasal. Este procedimento permite uma projeção do lábio além de aumentar as exposição dos dentes incisivos, muito benéfico no gênero feminino.

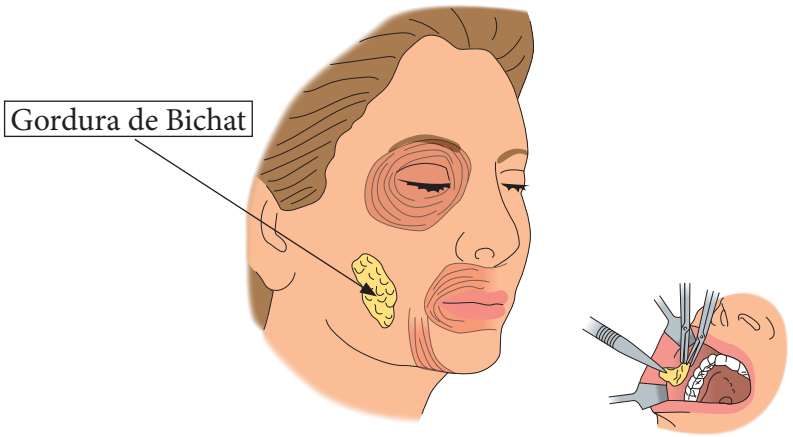


Figura 25- Remoção da gordura das bochechas (bichectomia) Técnica realizada por dentro da boca com o objetivo de sombrear a área abaixo do zigoma. Deve ser restrita a casos bem selecionados para se evitar esqueletização do terço médio facial com o processo de envelhecimento.

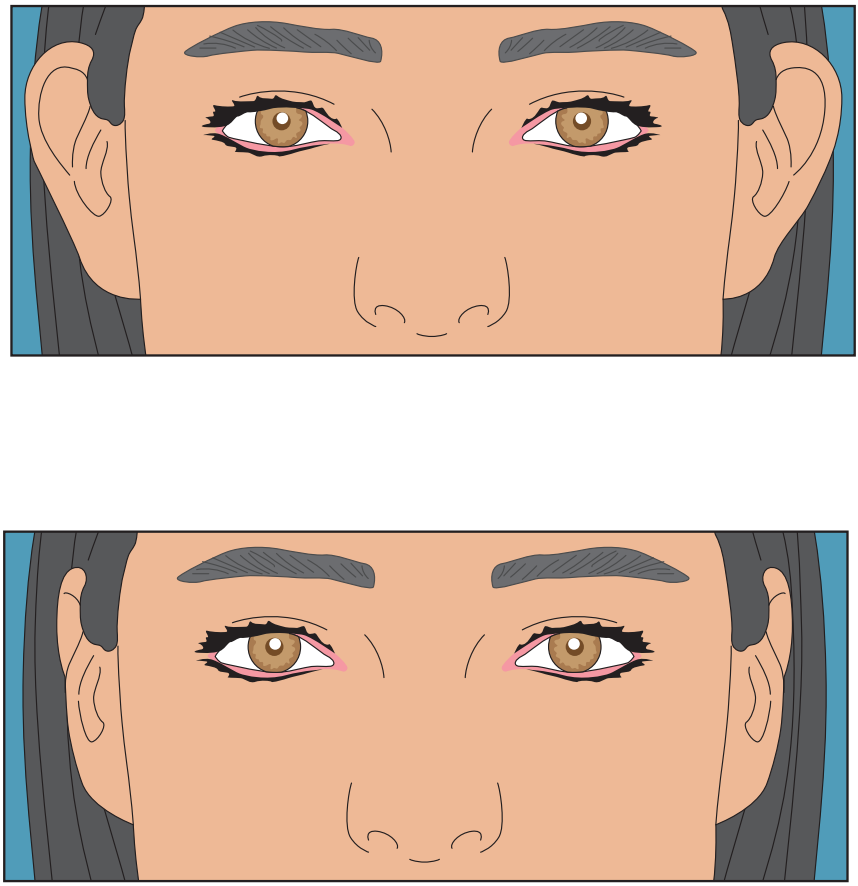
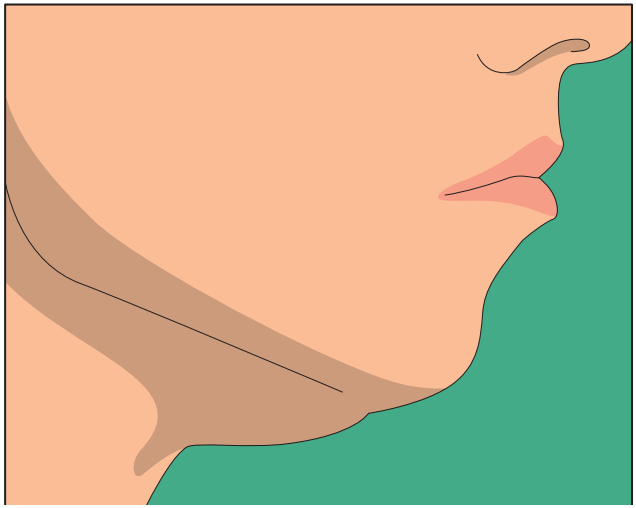
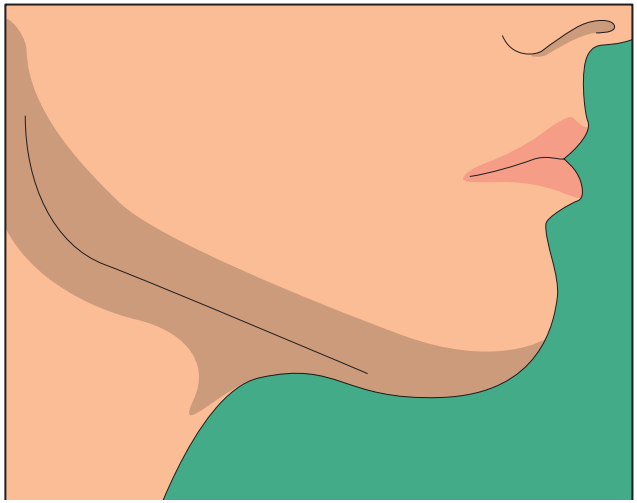


Figura 26- Otoplastia. Técnica para correção de orelhas em abano e harmonização da face.



A



B

Figura 27- A- Presença de gordura abaixo da mandíbula com retração do mento. B- correção com lipoaspiração do pescoço e avanço ósseo do mento para melhorar o perfil facial.

Escala de feminilidade por Dr. Martins Jr.

Há tempos deixei de usar um termo amplamente difundido na comunidade trans. A chamada "passabilidade". Esse termo não condiz com a realidade de uma transmulher, pois traz a ideia de alguém que quer se passar por algo que na verdade não é. Desta forma, substituí o termo *passabilidade* por *feminilidade*.

Após a observação de inúmeras pacientes já operadas e dos resultados que consegui obter ao longo dos anos, criei e adotei uma classificação que leva em conta o nível de feminilidade de uma face.

Nível 0 – É aquela paciente totalmente masculina. Nunca fez uso de hormônios, face virgem de qualquer procedimento cirúrgico; sem terapia hormonal. Por mais que se esforce em usar artefatos externos como peruca, brincos, maquiagem, roupas que a ligue ao universo feminino, pode ser facilmente identificada como masculina. Normalmente ainda não vive no gênero feminino em tempo integral.

Nível I- Apesar de se identificar o gênero masculino, conseguimos notar traços femininos isolados. Já iniciou o processo de terapia hormonal e já vive parcialmente ou totalmente no gênero feminino. Algumas vezes interpretados pela população leiga como homossexual ou afeminado.

Nível II- Traços femininos caracterizam essas pacientes, porém consegue-se notar traços masculinos isolados como testa alta e proeminente, queixo discretamente quadrado. Nariz com ângulo fechado e

dorso alto, zigomas sem projeção e lábios pouco projetados. Não tem histórico de cirurgias ou passou por procedimentos e obteve resultados pobres.

Nível III- Essa é uma transmulher "quase" perfeita. Impossível, no dia-a-dia, notarmos qualquer traço que a ligue ao gênero masculino. Poucas saliências ósseas, contorno facial arredondado ou levemente quadrado. Estruturas anatômicas delicadas e harmônicas. Normalmente com uma genética favorável e histórico de uma terapia hormonal precoce.

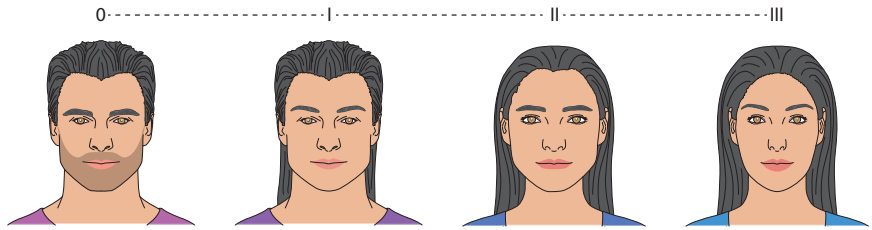


Figura 28- Escala de feminilidade por Dr. Martins Jr.

Conseguimos andar sobre essa linha com certa limitação. Normalmente se anda uma casa. Dependendo do tipo de pele, dos hormônios e do formato da face, consegue-se andar duas. Atingir grau três nem sempre será possível, nem com as melhores técnicas esqueléticas existentes no mundo. Isso não pode servir para desestimular a paciente que planeja a cirurgia e nem uma licença para que a mesma viva frustrada com o resultado alcançado.

A candidata ideal para cirurgia de feminização facial

- Maior de idade
- Iniciado terapia hormonal ou em vias de iniciar
- Vivendo integral no gênero feminino
- Nível baixo ou controlado de disforia
- Bom estado de saúde ou com doenças controladas (HIV, Hipertensão, diabetes, etc)
- Sem expectativas irreais e que entenda a limitação de cada resultado

Importante: Feminização facial NÃO "transforma" mulher trans em mulher cisgênero. Cada resultado é único e não deve ser comparado ao outro!



Guilherme Voos

Transgender CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 4

Maculinização facial

Diferentemente da feminização facial, masculinizar uma face cirurgicamente não é algo muito usual, pois a maioria das alterações necessárias para uma leitura de gênero masculina ficam a cargo de uma poderosa substância: a testosterona.

Ela é capaz de mudar a composição da pele, de induzir ao crescimento de pelos (pilificação), de retrair a linha capilar (entradas) em pacientes susceptíveis e aumentar a aposição óssea facial (alargar a face).

Alguns homens trans podem recorrer a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para refinar detalhes que, somados, podem liga-lo de forma mais clara ao gênero.

A– Mentoplastia

É uma técnica esquelética, de fácil execução, que visa projetar o mento (ponta do queixo) através de cortes ósseos e reposicionamento através de miniplaca e miniparafusos de titânio.

A quantidade de avanço, ou seja, de deslocamento ósseo, é calculado através de estudos de rx e cefalometrias, onde levamos em consideração além do posicionamento dentário, a relação entre os maxilares e a face.

Nestes casos também evito o uso de próteses de silicone devido ao seu índice de complicações ao longo do tempo, como reabsorções ósseas, deslocamentos, infecções, necessidade de troca do material, entre outras.

A mentoplastia óssea pode ser considerada a forma mais "fisiológica" para tratamento desta região, pois trata-se de movimentação do osso do próprio paciente que calcificará em uma nova posição.

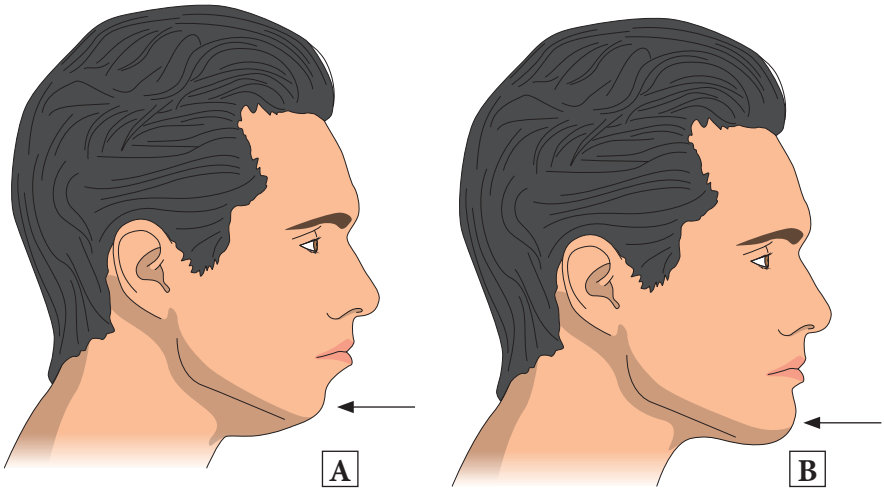


Figura 29 - Contorno retraído do mento em A e sua projeção com mentoplastia de avanço ósseo em B. A projeção do terço inferior da face está sempre associada à masculinidade. A quantidade de avanço é calculada de acordo com cada face previamente à cirurgia.

Nome do procedimento: Mentoplastia
Tempo de procedimento: de 60 a 90 minutos
Anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório:

- Inchaço
- Rouxidão
- Sensação temporária de anestesia na pele do queixo

Resultado final: entre 6 a 12 meses.

B– Cirurgia ortognática

Indicada para pacientes com alterações da oclusão dentária (mordida) ou planejada de forma a avançar os dois maxilares, mantendo a relação de oclusão original, ela traz projeção facial do terço médio e/ou inferior da face, conferindo mais masculinidade ao homem trans.

A técnica consiste em fazer cortes nos ossos maxilares e/ou mandibulares, seguidos de fraturas cirúrgicas e avanço para uma posição mais anterior.

Na maioria dos casos, há necessidade de uso de aparelhos dentários e do auxilio de um dentista ortodontista acompanhando este paciente em conjunto com o cirurgião.

Com a evolução das técnicas digitais, hoje pode-se realizar o planejamento virtual das movimentações, trazendo assim maior precisão na localização dos cortes ósseos.

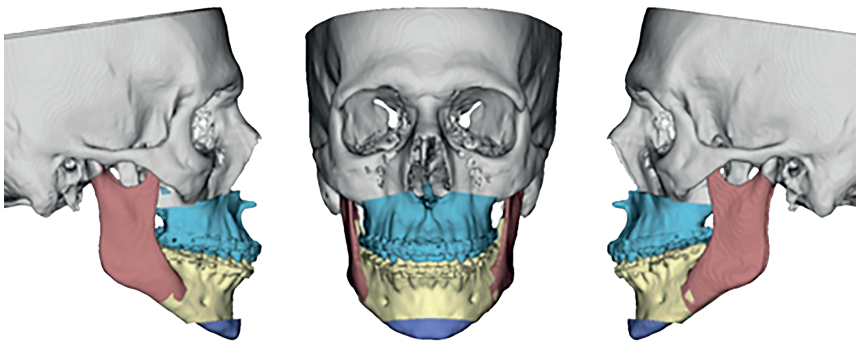


Figura 30- Planejamento virtual em tomografia computadorizada dos cortes ósseos a serem realizados nos maxilares. Podemos movimentar o maxilar superior (em azul), maxilar inferior (vermelho e amarelo) e mento (em roxo).

Nome do procedimento: Cirurgia ortognática
Tempo de procedimento: de 1 a 4 horas
Anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório:

- Inchaço
- Rouxidão
- Sensação temporária de anestesia na pele da face
- Dificuldade de mastigação
- Alteração da posição dentária

Resultado final: entre 18 a 24 meses.

C– Inclusões faciais

Com o desenvolvimento de material e técnicas de preenchimentos faciais à base de ácido hialurônico, as inclusões faciais estão perdendo espaço.

A técnica consiste em cirurgias, realizadas normalmente por via intrabucal, para colocação de próteses fabricadas em polietileno poroso ou silicone médico que dão projeção ao ângulo da mandíbula, mento ou zigomas (maçãs do rosto).

A desvantagem está relacionada ao preço do material, riscos de infecção, riscos de deslocamentos e necessidade de retirada ao longo do tempo.

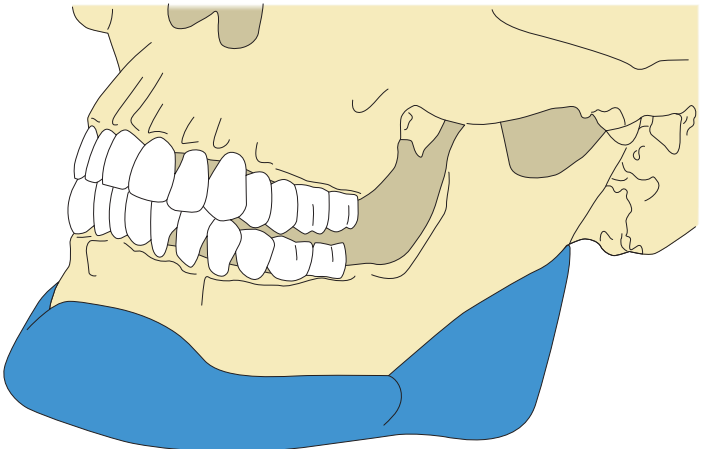


Figura 31- Inclusões de próteses faciais (em azul) no terço inferior da face aumentando o volume e a projeção facial. Essas próteses podem ser confeccionas em silicone médico ou polietileno poroso.

Nome do procedimento: Inclusão de próteses faciais
Tempo de procedimento: de 1 a 2 horas
Anestesia: Geral

O que esperar no pós-operatório:

- Inchaço
- Rouxidão
- Sensação temporária de anestesia na pele da face

Resultado final: entre 8 a 12 semanas.

D– Preenchimentos Faciais

São técnicas criadas para correção de sulcos, rugas e cicatrizes, por meio da injeção de substâncias sob a pele, subcutâneo e músculos diminuindo assim sua profundidade.

Com o desenvolvimento do material e técnicas de preenchimento, iniciou-se o seu uso no contorno facial, com a possibilidade de se conseguir uma mudança do padrão facial de um paciente.

O ácido hialurônico é o principal preenchedor utilizado nos dias de hoje. O corpo humano fabrica esta substância, porém essa produção cai com o passar dos anos.

Conseguimos criar volumes em áreas localizadas que imitam saliências ósseas de forma rápida, fácil e segura. O inconveniente é que o resultado não é permanente e necessita de reaplicações em períodos que variam de acordo com o local onde foi injetado.

Pacientes que necessitam grandes volumizações são melhores tratados pela associação com lipoenxertia ou técnicas de mobilização óssea.

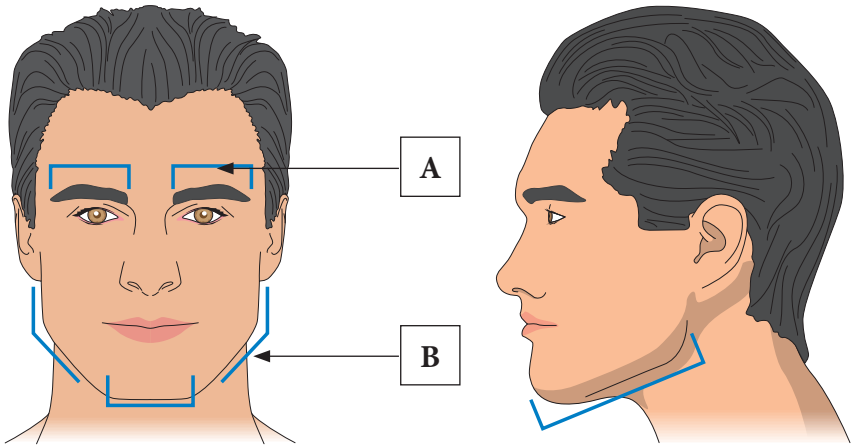


Figura 32- áreas de volumização para masculinização facial, A- arco do supercílio e B- contorno facial.

Nome do procedimento: Preenchimentos faciais
Tempo de procedimento: de 30 a 60 minutos
Anestesia: Local

Oque esperar no pós-operatório:

- Inchaço
- Rouxidão
- Assimetrias temporárias

Resultado final: entre 1 a 2 semanas.



San Lopez

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 5

Feminização corporal

A terapia hormonal é de fundamental importância para se conseguir alterações do contorno corporal que levam à mudança da identidade de gênero, como redistribuição da gordura, volume muscular, textura da pele, etc.

Entretanto, essas mudanças variam em cada paciente e possuem limites individuais. Nesse momento lançamos mão das intervenções cirúrgicas. Desta forma, é condição essencial que a terapia hormonal preceda qualquer alteração cirúrgica.

A feminização corporal é um conjunto de procedimentos cirúrgicos que visam a mudança da leitura corporal do gênero masculino.

Como dito acima, é indicada após o inicio de uma terapia hormonal e deve respeitar uma ordem cronológica para um melhor resultado. Médicos devem ter senso de responsabilidade e um bom conhecimento da transição de cada paciente, além das expectativas que cercam o resultado dessas cirurgias.

Expectativas irreais devem ser diagnosticadas e pontualmente trabalhadas.

É muito importante que as pacientes que buscam tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero questionem as seguintes informações com seus médicos:

- Quais as diferentes técnicas cirúrgicas disponíveis e quais as opções alternativas;
- quais as vantagens e desvantagens de cada técnica;
- quais as limitações para alcançar os resultados "ideais";

- quais os riscos inerentes e as possíveis complicações;
- se pode haver necessidade de reoperação ou necessidade de retoque de cada procedimento; e
- por onde começar e quais as etapas necessárias para uma mudança da leitura corporal.

As principais intervenções cirúrgicas disponíveis para uma feminização corporal são:

1. Cirurgia das mamas: mamoplastias de aumento.
2. Lipoesculturas.
3. Aumento dos glúteos: gluteoplastias.
4. Cirurgias genitais: vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastía.

Os procedimentos de feminização corporal devem seguir um planejamento individualizado. Oque é indicado para uma paciente pode não ser para outra. Planejar uma feminização corporal levando em conta a fase da terapia hormonal aumenta as chances de um bom resultado além de diminuir o índice de distorções da anatomia corporal.

1– Mamoplastia de aumento

Para muitas mulheres trans, a mamoplastia de aumento é o procedimento mais emblemático de sua transição e é considerado por algumas pacientes o primeiro procedimento a ser feito nesse processo.

Ela consiste na adequação do tórax masculino para um mais feminino, mais frequentemente através da inserção de implantes de silicone, sendo a cirurgia mais realizada dentro da cirurgia plástica e também entre a população de mulheres trans.

A educação da paciente sobre as particularidades desta cirurgia, limitação estética, seleção dos implantes, vias de acesso e planos de inserção, além de atenção aos cuidados pós-operatório, são essenciais para uma recuperação tranquila, rápida e um bom resultado estético.

Critérios para o aumento de mama em uma mulher trans segundo WPATH:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade; e
4. Problemas de saúde física ou mental controlados.

Apesar de não ser um critério específico, recomenda-se que as mulheres trans se submetam à terapia hormonal feminizante por 12 meses antes da cirurgia ou no mínimo entre 3 e 6 meses.

O objetivo é maximizar o crescimento da mama (broto mamário) a fim de se obter um melhor envelope para instalação das próteses e, consequentemente, melhores resultados estéticos.

O procedimento deve ser individualizado através da consideração dos desejos da paciente, padrões físicos e experiência do médico.

Técnica para cirurgia das mamas

A terapia hormonal realizada pelo endocrinologista, para o inicio de transição, leva a algum desenvolvimento das mamas. No entanto, isso nem sempre é suficiente para que a paciente possa viver confortavelmente e diminuir sua disforia.

Existem alguns detalhes que se deve levar em conta quando se opera uma mulher trans sob o risco de se obter um resultado desfavorável se não forem seguidos:

1. Acesso

Existem basicamente três vias de acesso para se posicionar os implantes de silicone.

Via inframamária

Realizada por uma pequena incisão feita no sulco abaixo da futura mama, chamada de sulco inframamário. A cicatriz é fina, cerca de 5 centímetros, sendo facilmente escondida dentro desse sulco.

A vantagem desse tipo de incisão é um acesso direto, mais amplo, permitindo a inserção de implantes maiores, com maior precisão e mais facilmente em relação ao músculo peitoral.

Peri-areolar

A incisão é feita em torno da borda externa da aréola, de modo que a cicatriz fique localizada dentro dessa transição natural entre pele e a área pigmentada.

Existe uma certa dificuldade em se instalar implantes de volumes grandes, principalmente em se tratando de aréolas pequenas como as da mulher trans. Outro inconveniente é a possibilidade de uma cicatriz aparente e distorção do formato areolar.

Transaxilar

Esse acesso se dá por uma pequena incisão feita na axila, através da qual o cirurgião colocará o implante mamário podendo usar uma câmera e instrumentos especializados para garantir o posicionamento ideal.

Isso deixa uma pequena cicatriz na axila e pode ficar mais evidente quando a paciente usa uma camiseta ou um top.

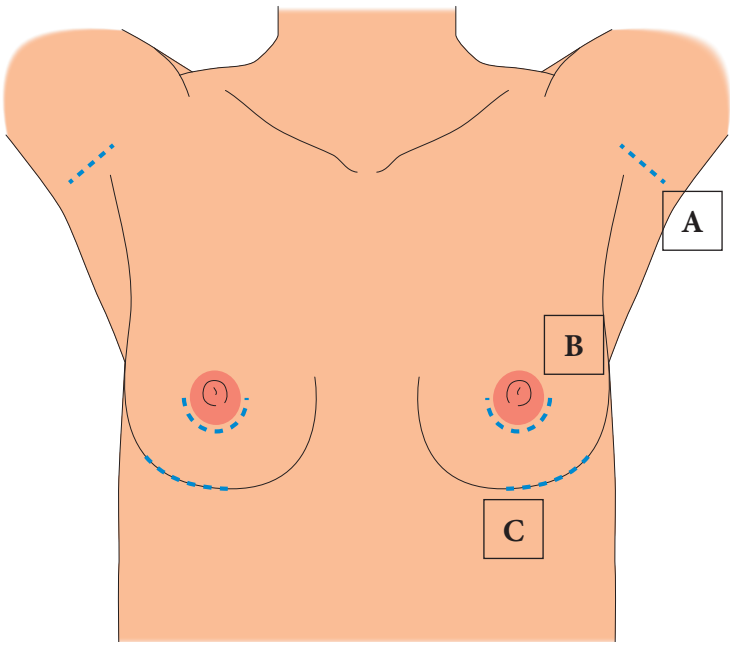


Figura 33- Acessos para instalação dos implantes de mama da mulher trans. A- Axilar B- Peri areolar C- Inframamária.

2. Plano de inserção

Prótese por baixo ou por cima do músculo?

Uma das principais dúvidas relacionadas à mamoplastia de aumento em mulheres trans surge em relação ao plano de inserção das próteses.

Acima do músculo (subglandular)

O plano subglandular é uma boa opção para mulheres cisgêneros que desejam mamas mais projetadas. A principal vantagem desse acesso é a recuperação mais tranquila, rápida e com menos desconforto.

No entanto, tal plano pode não ser indicado caso o tamanho das próteses escolhidas seja muito grande, quando a paciente possui a pele muito fina ou, como nas mulheres trans, quando há pouco tecido mamário.

Isso porque, nos casos de mulheres cis ou trans que optam por esta via, pode ocorrer algum grau de flacidez de pele ou até mesmo causar o chamado efeito "rippling", que são ondulações que acarretam um efeito de enrugamento das próteses, podendo ser percebido visualmente.

Abaixo do músculo (submuscular)

Neste caso, as próteses são posicionadas sob os músculos peitorais. Diferentemente das mulheres cis gêneros, as mulheres trans devem preferencialmente ter seus implantes de silicone colocados embaixo do músculo peitoral.

Essa escolha se dá porque há pouco tecido mamário na região, mesmo depois da terapia hormonal. O músculo dá uma cobertura adicional de tecido aos implantes, levando a uma aparência mais natural das mamas, além de diminuir o risco de contratura capsular.

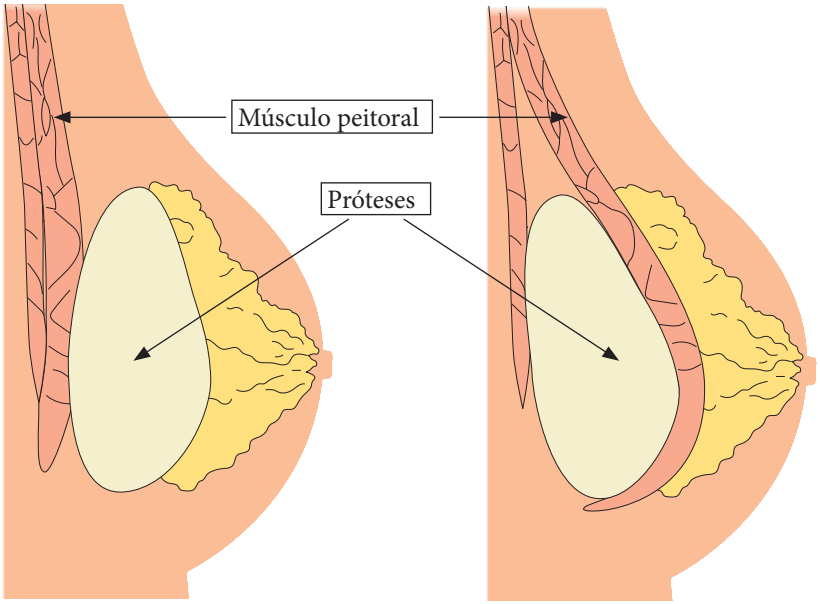


Figura 34- Planos para instalação dos implantes de mama. A- Acima do músculo peitoral (subglandular) B- Abaixo do músculo (Submuscular).

3. Aréolas

O complexo aréolo-mamilar em uma paciente trans, na maioria das vezes, parece subdesenvolvido e lateralizado, mesmo após anos de terapia hormonal.

A paciente deve estar ciente de que os implantes nem sempre podem se assemelhar perfeitamente às mamas de mulheres cis gêneros. Isso não chega ao ponto de condenar o resultado final ou desestimular

a realização desta cirurgia, pois são detalhes muitas vezes não percebidos pela população leiga e muitas vezes nem pela própria paciente.

Cirurgiões com experiência em operar mulheres trans lançam mão de manobras que visam minimizar essa diferença na posição dos mamilos no momento da cirurgia, de forma a deixar as mamas com uma aparência mais natural.

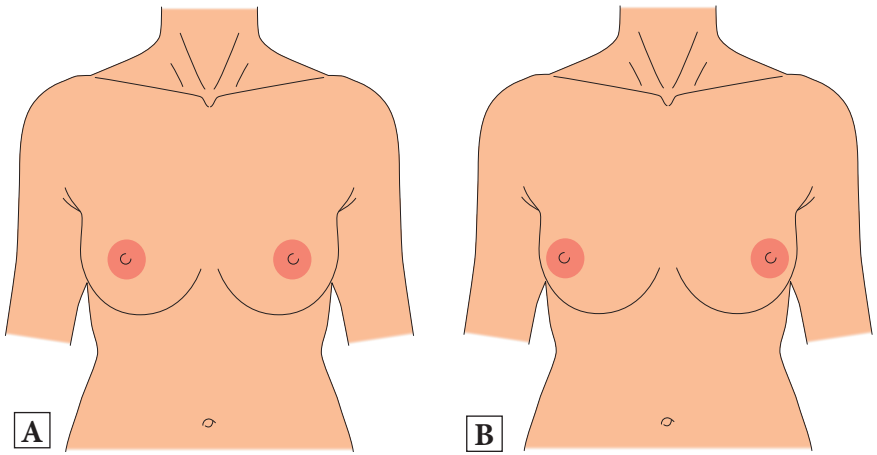


Figura 35- Posiçao das Aréolas em mulheres Cisgêneros Centralizadas -A. Em mulheres trans lateralizadas em B. Essas diferenças devem ser levadas em consideração no momento do planejamento da cirurgia. Exitem técnicas que miniminizam essa diferença.

Mulheres Trans

Melhor opção para mamoplastia de aumento:

- Implantes abaixo do músculo
- Acesso pelo sulco inframamário

Volume e perfil dos implantes

As próteses de silicone variam de acordo com a forma, perfil e volume. A escolha do melhor implante para uma mulher trans deverá ser realizado pelo cirurgião durante uma consulta.

Deve-se avaliar a altura e peso da paciente, o tamanho do tórax, tempo de terapia hormonal, volume do broto mamário, espessura da pele de cobertura, posicionamento das aréolas e o desejo da paciente.

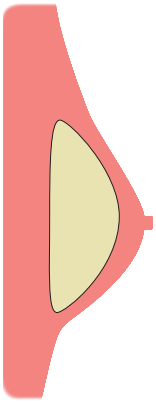
O volume das próteses muda de acordo com a marca selecionada pelo cirurgião, podendo variar entre 150 e 1050 ml.

Existe uma tendência em selecionarmos volumes maiores em casos de mulheres com estatura mediana/alta e aquelas com tórax mais largos, enquanto próteses menores são normalmente indicadas para biotipos menores.



Figura 36- Tipos de perfis de implantes mamários.

Perfil Baixo e Moderado



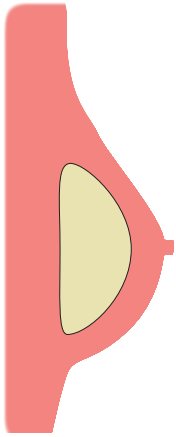
São modelos de implante que possuem maior diâmetro e menor projeção, ou seja, base mais larga e altura menor.

Esses tipos de próteses são pouco utilizados, já que essa forma de prótese não projeta a mama e o colo fica apagado.

São recomendados para as mulheres trans que não querem os seios em evidência e possuem tórax mais largo, já que nesse caso eles são pouco projetados.

Figura 37- Aspecto aproximado da mama com implante em perfil baixo ou moderado.

Perfil alto

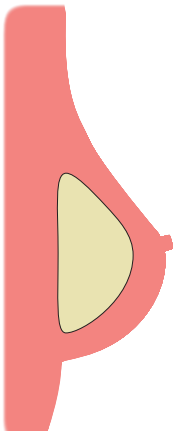


O perfil alto é um dos tipos de implantes mais escolhidos pelas pacientes. Este modelo preenche bastante a parte superior da mama, por isso é o que mais marca o colo.

Indicado para quem possui o tórax proporcional e já tem, naturalmente, mamas com volume considerável.

Figura 38- Aspecto aproximado da mama com implante em perfil alto.

Perfil superalto



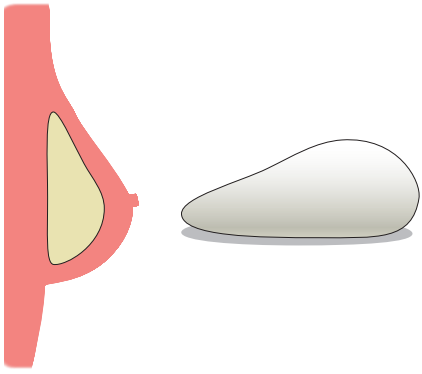
Este formato de implante é o que possui menor base e maior projeção. Grande parte do seu volume está concentrado no centro da prótese, por isso as mamas ficam mais projetadas para frente.

Por ser considerado um formato de colo médio, a prótese cônica dá um resultado um pouco mais discreto.

É mais recomendada para quem tem o tórax estreito e as mamas pequenas, já que a base não é alargada e a projeção é bem evidente.

Figura 39- Aspecto aproximado da mama com implante em perfil superalto.

Implante anatômico ou formato de gota



O perfil anatômico, ou popularmente conhecido como prótese "em gota", tem a maior parte do volume concentrado em seu polo inferior (parte de baixo). E dessa forma, proporciona o aumento da mama, mas sem perder o "contorno natural".

A prótese anatômica deixa a mama sem nenhuma projeção, o colo fica pouco marcado e a parte de baixo dos seios com maior volume.

Figura 40- Aspecto aproximado da mama com implante em Formato em gota.

Esses tipos de implantes são mais indicados para pacientes cis gêneros que precisam reconstruir suas mamas, devido ao câncer mamário ou para aquelas que desejam esta aparência peculiar.

Vale a pena ressaltar que essa é uma prótese que não dá colo para a paciente, por isso, é um modelo que pode ser muito pouco utilizado em cirurgia estética.

É importante a mulher trans entender que o mesmo volume de prótese pode comportar-se de maneira diferente em pacientes diferentes.

Um exemplo: se você e sua amiga optaram por um implante de 300 ml, cada uma poderá ter um resultado diferente. Isso por que o resultado final é a soma do implante com o tecido mamário que a paciente ganhou durante a terapia hormonal.

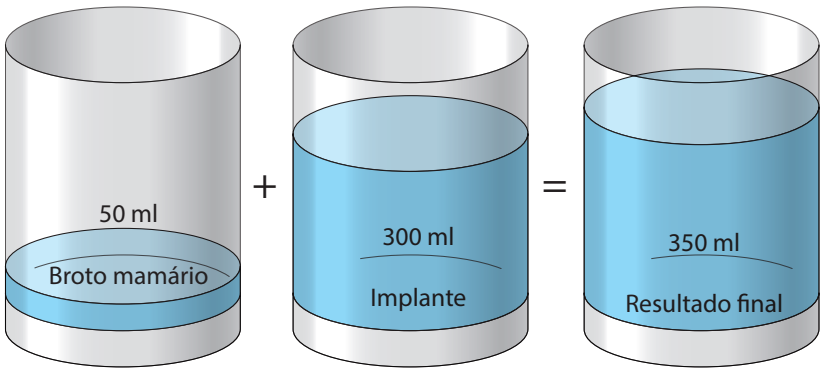


Figura 41- Somatório do volume do broto mamário conseguido na terapia hormonal com o volume do implante mamário escolhido pela paciente.

Dúvidas frequentes em próteses de mama

O pós-operatório é doloroso?

Cada pessoa tem um nível de sensibilidade, contudo as cirurgias de implantes mamários em mulheres trans exigem afastamento muscu-

lar e provocam mais sensibilidade do que nas cirurgias de mulheres cis que optam pela técnica subglandular. Além disso, as próteses primárias, ou seja, aquelas em que a paciente as coloca pela primeira vez, possuem uma tendência maior ao desconforto devido à pressão do envelope de pele e músculo.

De qualquer forma, existem recursos dos mais variados para atenuar ou mesmo eliminar a dor e o desconforto. O que pode ser mais desconfortável para algumas pacientes é a indicação de diminuir a movimentação dos braços no pós-operatório e a necessidade de dormir em posição ereta nas primeiras horas.

Cuidados pós-operatórios para cirurgia de aumento das mamas

- É muito importante seguir a recomendação de restringir os movimentos dos braços no pós-cirúrgico. Ao mover os braços, o músculo peitoral que sustenta as mamas também se movimenta, e isso pode afetar a recuperação e a cicatrização. Em um período de 30 dias a paciente não deve levantar os braços num ângulo maior que 90º (acima das mamas). Os movimentos devem ser lentos e sempre dentro dos limites recomendados pelo cirurgião.
- Embora haja a restrição dos movimentos dos braços, é importante que a mulher trans faça pequenas caminhadas ao longo do dia para movimentar as pernas e prevenir a trombose venosa profunda (TVP), principalmente aquelas pacientes que se encontram em terapia hormonal, incluído aquelas que pausaram para cirurgia.
- Durante 60 dias após a cirurgia, a paciente precisará dormir de barriga para cima. Embora possa ser desconfortável, essa recomendação é importante para prevenir deslocamento da prótese ou até mesmo sangramentos.
- O uso da faixa no polo superior das mamas durante o pós-ope-

ratório é essencial para mulheres trans, pois, normalmente, as próteses submusculares apresentam uma tendência a se deslocarem na parte superior e o uso da faixa possibilita que os implantes fiquem no lugar.

- O ideal é esperar pelo menos duas semanas para dirigir, devido à restrição dos movimentos dos braços. Isso é ainda mais importante para carros que não são automáticos e precisam da troca de marcha. Qualquer movimento brusco ou muito amplo com os braços deve ser evitado.
- Pequenas caminhadas estão liberadas. Porém, academia, corrida, pilates, ioga e natação, por exemplo, só devem ser feitas após 60 dias. Os implantes submusculares podem demandar uma restrição ainda maior, de até três meses.
- O sutiã cirúrgico deverá ser usado desde o dia da cirurgia. Ele será colocado logo após o término do procedimento e deverá ser usado por, no mínimo, 30 dias. Este sutiã reduz o risco de sangramento por meio da compressão das mamas. Seu uso também diminui a dor no pós-operatório e mantém as mamas no lugar. No segundo mês após à cirurgia, a paciente pode usar um sutiã sem arame, porém com boa sustentação. Após este período, é permitido usar qualquer sutiã, lembrando que, para as atividades físicas, o ideal é sempre usar um top com um tecido que dê bastante apoio para as mamas e isso vale para o resto da vida.
- **T**omar sol fica proibido durante 30 dias após a cirurgia. Entretanto, essa recomendação pode se prolongar, dependendo da evolução das equimoses (manchas roxas). O sol pode ainda escurecer a cicatriz, que não deve ser exposta por no mínimo um ano e após este período apenas com um protetor solar.
- **Drenagem linfática** manual é recomendada para diminuir o inchaço, muito comum no pós-cirúrgico.
- É fundamental hidratar a pele das mamas com produtos espe-

cíficos após a cirurgia para evitar o desenvolvimento de estrias, assim como usar sutiãs e tops com boa sustentação ao longo da vida.

Nome do procedimento: Mamoplastia de aumento
Tempo de procedimento: de 90 a 120 minutos
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós-operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Perda reversível da densidade dos cabelos
- Cicatriz

Resultado final: entre 6 e 18 meses.

2– Lipoescultura corporal

Normalmente, as pessoas designadas como mulheres cis ao nascimento e que têm uma puberdade influenciada pelo estrogênio tendem a armazenar gordura mais facilmente e em regiões do corpo, como quadris, nádegas e coxas, levando a uma aparência mais curvilínea e feminina.

A mulher trans, após iniciar sua terapia hormonal com um endocrinologista, começa a experimentar alterações no contorno corporal que se manifestam, como redistribuição da gordura e volume muscular, porém, como já dito, cada paciente terá suas próprias alterações e seus próprios resultados.

A cirurgia, especialmente as lipoaspirações e lipoenxertias, são uma ferramenta importante nas mãos do cirurgião experiente para refinar os resultados da terapia hormonal.

Embora seja possível obter uma forma corporal feminina por meio de uma variedade de opções não cirúrgicas e de estilo de vida, há limitações específicas de cada corpo e que abordaremos abaixo.

Diferença entre formas corporais androgênicas (masculina) e estrogênicas (feminina)

O desenvolvimento puberal ao que uma pessoa se submete determina a estrutura óssea geral que ela terá quando adulta. Alterações na estrutura esquelética são improváveis com a terapia hormonal e a modificação cirúrgica dos ossos do corpo apresenta riscos significa-

tivos que podem superar os benefícios baseados nas atuais técnicas cirúrgicas.

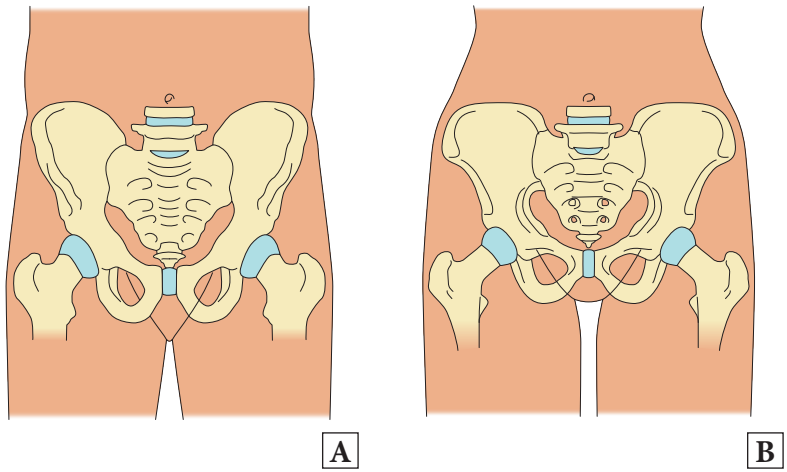


Figura 42-Formato da pelve óssea masculina em A e feminina em B. Essa diferença óssea é acentuada durante a ação dos hormônios durante a puberdade e não sofrerão alterações com a terapia hormonal feminizante na idade adulta.

Características Corporais Androgênicas (masculinas influenciada pela testosterona)

- Deposição subcutânea de gordura aumentada ao longo do abdômen e flancos;
- Cavidades pélvicas estreitas;
- Menor gordura corporal do que as formas femininas;
- Relação cintura-quadril diferente;
- Forma glútea com concavidade.

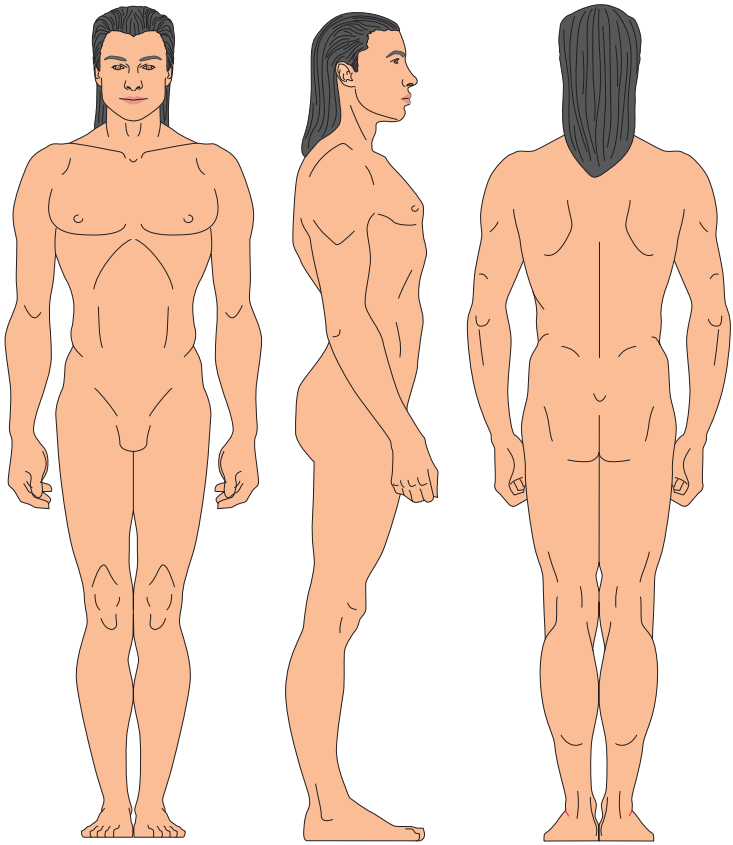


Figura 43- Leitura corporal do gênero masculino estabelecido na idade adulta pelo efeito da testosterona.

Características corporais estrogênicas (femininas influenciada por estrogênio)

- Maior proporção de gordura depositada nas áreas glúteas e quadris;
- Cavidades pélvicas mais amplas;
- 10% mais gordura corporal em comparação com formas masculinas;
- Relação cintura-quadril diferente; e
- Os glúteos têm uma forma redonda "mais cheia".

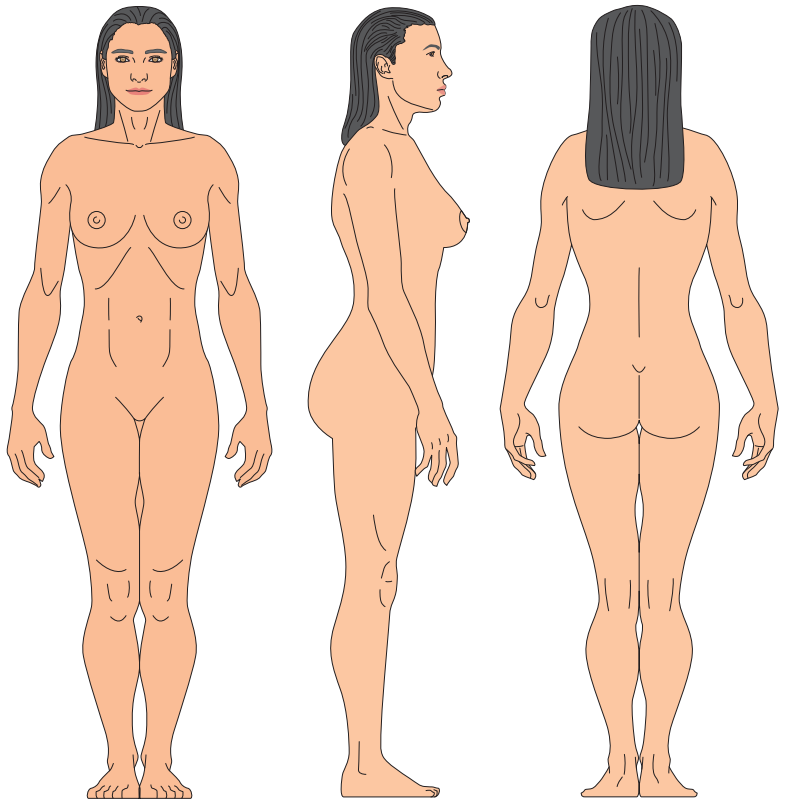


Figura 44- Leitura corporal do gênero feminino estabelecido na idade adulta pelo efeito do estrógeno.

Forma do corpo feminino e seus diferentes tipos

Vários estudos procuraram definir a estética feminina 'ideal' da cintura, quadris e nádegas. As abordagens no contorno corporal das mulheres transexuais visam aumentar o tecido adiposo na região glútea para destacar uma transição distinta da região lombar.

Para as mulheres trans, o excesso de flanco e gordura abdominal pode resultar em uma cintura significativamente maior que a forma feminina ideal.

A redução da cintura através da lipoaspiração dessas áreas pode ter um impacto significativo no ajuste das roupas femininas, o que tende a acentuar a cintura.

Em pacientes com tecido adiposo limitado, essa área é aspirada agressivamente, enquanto as áreas logo acima e abaixo são deixadas na tentativa de criar um abdômen feminino.

Quando aspirado adequadamente, o contorno acentua a silhueta e permite uma transição suave do meio das costas para a região glútea superior.

Podemos classificar os corpos femininos em cinco formas:

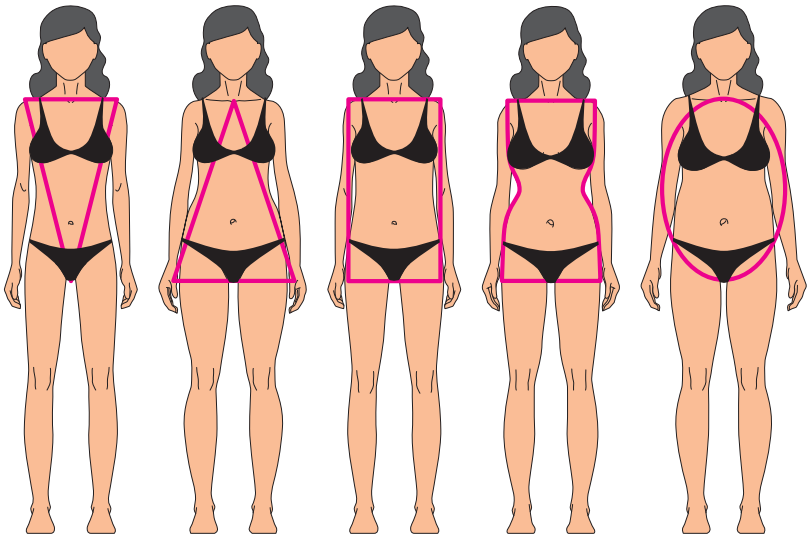
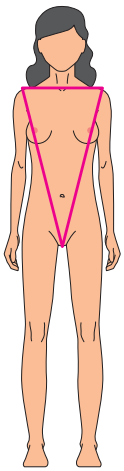


Figura 45- Formas de corpo feminino. A- Triangular invertido B- Triangular C- Retangular D- Em ampulheta E- Oval.

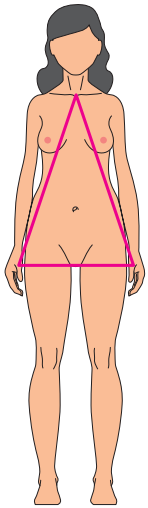
Triângulo invertido



Essas mulheres possuem a medida do quadril maior que a do busto.

Figura 46- Forma triangular invertida.

Triangular

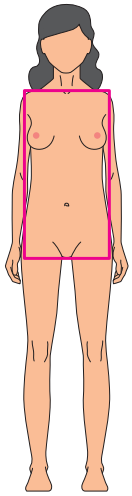


Essas mulheres possuem a medida do quadril maior que a do busto, enquanto a distribuição de gordura pode variar. Esses formatos de corpos têm maior probabilidade a ganhar volume nos quadris, nádegas e coxas do que na parte superior do corpo.

Aproximadamente 20% das mulheres cis se enquadram nessa categoria. Personalidades como Jennifer Lopez ou Beyoncé são bons exemplos.

Figura 47- Forma triangular.

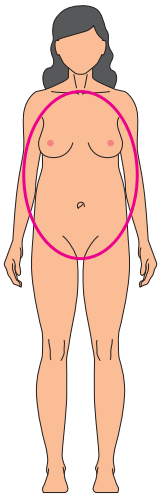
Retangular



Essas mulheres apresentam uma distribuição muito uniforme de gordura entre a cintura, as nádegas, o tórax e o rosto. Essa é a forma de corpo mais comum, abrangendo cerca de 46% das mulheres cis. Um exemplo é a atriz Cameron Diaz.

Figura 48- Forma retangular.

Oval

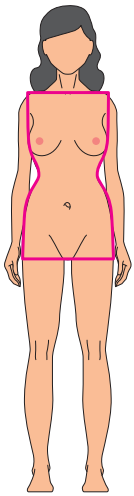


Essas pacientes têm ombros comparativamente mais largos que os quadris e geralmente possuem mamas maiores, cintura menos definida, quadris e coxas finas.

A gordura é distribuída principalmente na face, mamas e abdômen. Cerca de 14% das mulheres cis se enquadram nessa categoria de corpo.

Figura 49- Forma oval.

Ampulheta



Esta denominação descreve um tipo de corpo com gordura distribuída igualmente entre a parte superior e inferior e uma cintura muito estreita.

Embora essa forma clássica de ampulheta seja frequentemente admirada e reverenciada em atrizes clássicas de Hollywood como Marilyn Monroe ou Sophia Loren, pesquisas recentes sugerem que apenas 8% das mulheres se enquadram nesse formato de corpo.

Figura 50- Forma em ampulheta.

Lipoaspiração

A lipoaspiração é um procedimento cirúrgico que utiliza uma técnica de sucção para remover gordura de áreas específicas do corpo, como abdômen, quadris, coxas, nádegas, braços ou pescoço.

A lipoaspiração, no caso da mulher trans, tem o objetivo de moldar (contornar) essas áreas e usar a gordura retirada para dar volumes em outras áreas especificas.

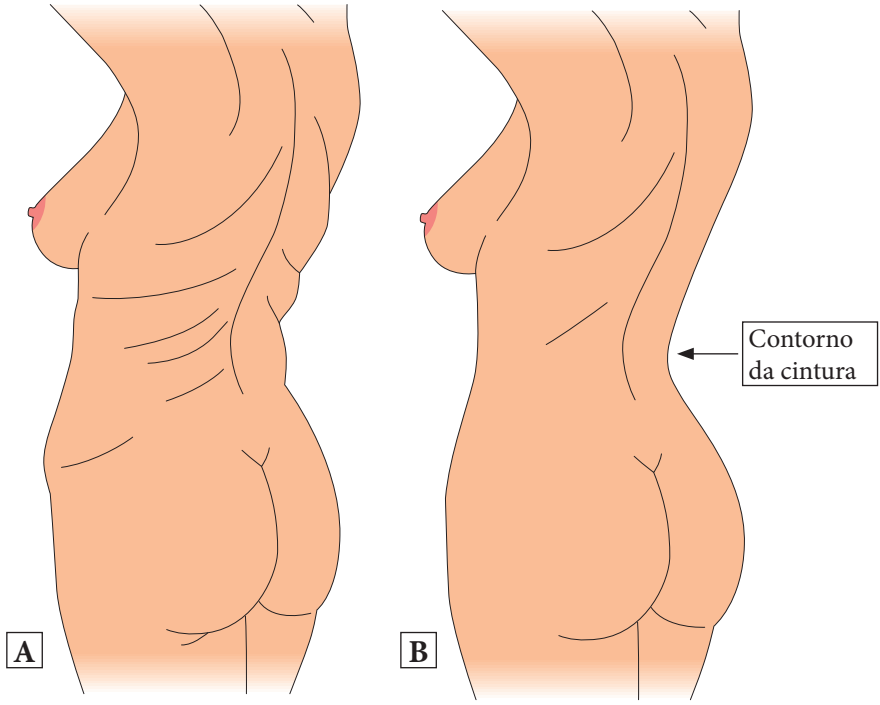


Figura 51- Lipoaspiraçao para criação de contorno corporal feminino A- Antes B-Depois.

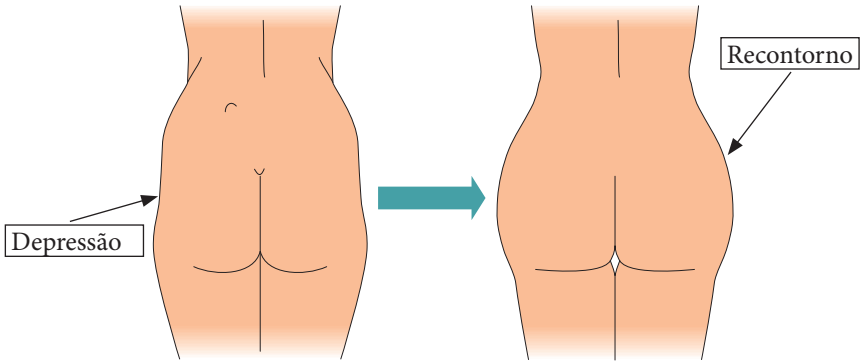


Figura 52 - Lipoaspiração da linha da cintura associado à lipoenxertia para criação da curvatura dos glúteos.

Aumento de glúteos: gluteoplastia

Os glúteos são muito importantes na leitura do gênero feminino e podem ser considerados, juntamente com as mamas, como símbolos de máxima feminilidade e pontos chave na feminização corporal.

A região glútea é composta por três músculos (glúteo máximo, mínimo e médio) e um tecido adiposo (gordura) subcutâneo.

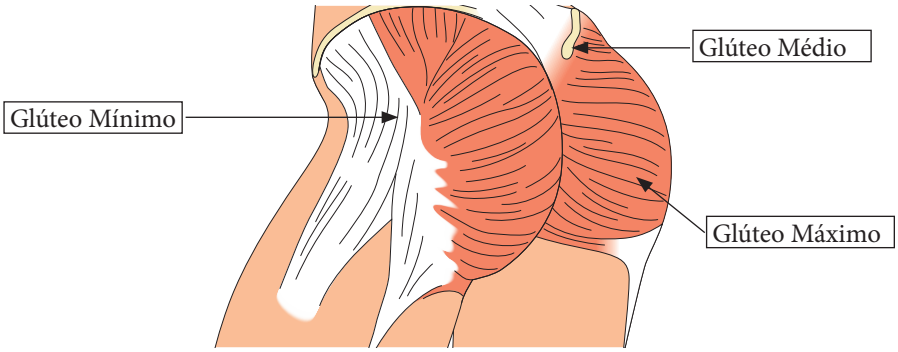


Figura 53 – Músculos da região glútea.

A terapia hormonal, como já mencionado, contribui para redistribuição da gordura corporal e, consequentemente, da região glútea, no entanto cada organismo terá seu próprio resultado.

Os exercícios físicos, próprios para essa região, têm influência na musculatura local e contribui para uma remodelação, porém os resultados são mais lentos e bem limitados.

A gluteoplastia é a cirurgia plástica que visa aumentar, dar firmeza ou remodelar a região dos glúteos, sendo um dos procedimentos mais procurados no Brasil.

No caso da gluteoplastia da mulher trans, o procedimento pode ser realizado através de enxerto de gordura retirada da própria paciente, também através da inserção de implantes de silicone ou a combinação de ambos.

A técnica a ser escolhida depende do formato dos glúteos e do volume a ser alcançado.

Os implantes de glúteos proporcionam mais projeção e volume por centímetro cúbico do que a gordura. Ao contrário dos implantes de mama que estão na metade do músculo, o implante de glúteo é colocado sob a fáscia muscular, que não é tão expansível quanto a mama. A cicatriz é escondida na prega interglútea e se torna bem discreta ao longo do tempo.

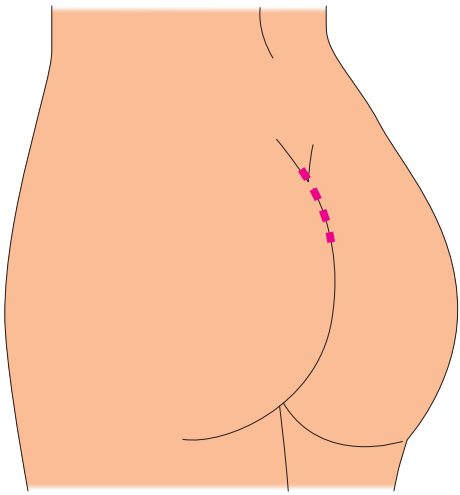


Figura 54 – Cicatriz de 7 cm escondida no sulco glúteo pós-instalação de próteses.

De tal modo, a maioria das pacientes pode não ter um músculo glúteo grande o suficiente para acomodar um implante grande. Não obstante, como já dito acima, podemos lançar mão de enxerto de gordura para melhorar a forma e a aparência da região glútea. A combinação de próteses de glúteos com lipoenxertia pode ser uma boa opção.

Devemos conhecer as características e proporções universais que compõem um glúteo atraente e natural.

As quatro formas mais comuns de glúteos são: forma quadrada, redonda, coração invertido e em V.

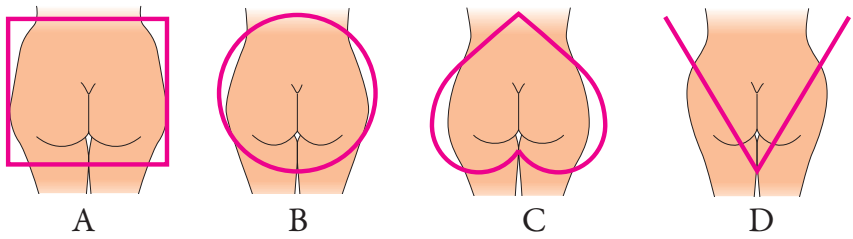


Figura 55 – Formatos de glúteos. A- Quadrado B- Arredondado C- Em coração D- Em "V"

O pós-operatório dos implantes de glúteo é um pouco mais desconfortável do que a lipoenxertia, já que a prótese de silicone requer cuidados específicos para evitar o seu deslocamento.

Recomenda-se que a paciente fique sem sentar por 1 mês contando com o auxílio de algumas almofadas para não deixar o peso do corpo na região dos glúteos.

Já na lipoenxertia, a paciente pode se sentar e se deitar normalmente e não precisará retirar os pontos, pois eles são absorvíveis pelo organismo. Uma orientação importante é não fazer drenagens linfáticas na região do enxerto de gordura para se evitar absorções.

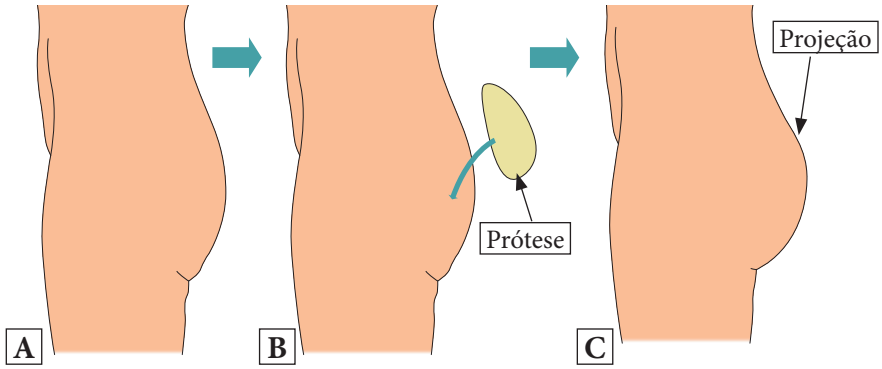


Figura 56 – Prótese de glúteos. A- Antes B- Prótese C- Projeção alcançada pela prótese.

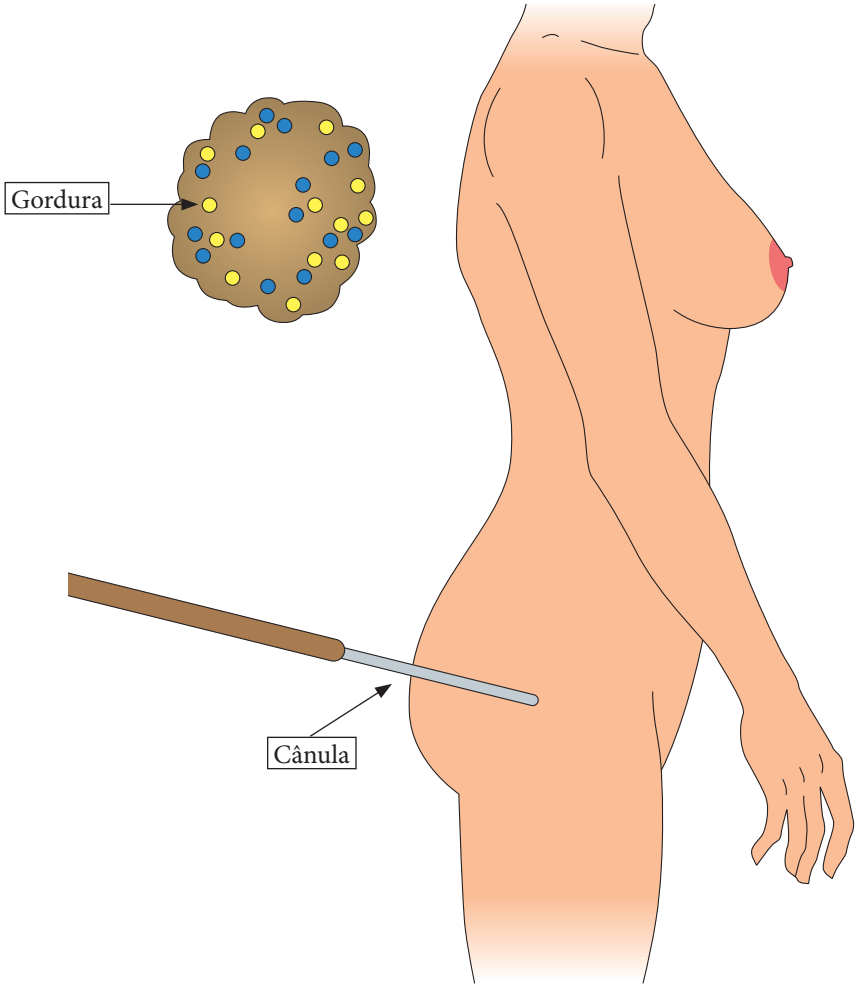


Figura 57 – Lipoenxertia de Glúteos. Gordura retirada da lipoaspiração e injetada da região lateral dos glúteos. Pode ser associada aos implantes de glúteos.

Nome do procedimento: Feminização Corporal
Tempo de procedimento: de 3 a 6 horas (dependendo da intervenção)
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós- operatório

- Inchaço
- Dor
- Rouxidão
- Cicatrizes (dependendo da intervenção)

Resultado final: entre 12 e 18 meses



Leonardo Loch

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 6

Masculinização corporal

Como já dito anteriormente, a maioria das transformações necessárias para transição e controle da disforia de gênero do homem trans estão a cargo da testosterona.

Ela é capaz de produzir as seguintes alterações corporais quando utilizada em uma terapia hormonal conduzida por um médico endocrinologista:

- Crescimento de pelos do corpo;
- Aumento do clitóris;
- Aumento da libido;
- Aumento da massa muscular;
- Redistribuição de gordura corporal;
- Parada da menstruação, embora possa haver algum sangramento, exigindo o ajuste da dosagem;
- Desenvolvimento de acne em alguns indivíduos.

Cada paciente terá sua própria resposta à terapia hormonal, fazendo com que o médico ajuste a dosagem, tipo e o tempo de administração de cada droga.

Alguns homens trans, por vezes, podem se sentir frustrados com o ritmo lento das mudanças provocadas pela terapia. O que eles precisam entender é que, como na puberdade, as mudanças físicas irão se manifestar ao longo dos meses como mostra a tabela 3 *(página 36)*.

Doses elevadas de hormônios não necessariamente produzem resultados melhores ou mais rápidos e aumentam efeitos colaterais.

Baseado na tríade de tratamento da disforia, as cirurgias disponíveis para o homem trans são:

1– Mastectomia masculinizadora (criação de um tórax masculino)

A cirurgia do contorno do tórax é um passo importante da transição feminina para a masculina e muito auxilia no tratamento da disforia, sendo a cirurgia mais procurada por homens trans.

Esse procedimento é um desafio para o cirurgião, muitas vezes devido ao volume dos tecidos e ao posicionamento das aréolas. Pouco tem em comum com as mastectomias realizadas em mulheres cisgêneros para o tratamento do câncer de mama.

Desta forma, cirurgiões que se dedicam a este procedimento frequentemente possuem um tipo de treinamento específico e buscam outros resultados, diferentes das mastectomias oncológicas.

Os objetivos dessa cirurgia incluem o contorno estético do tórax através da retirada do tecido mamário e excesso de pele, redução e reposição dos mamilos e aréolas, liberação dos sulcos infra mamários e, em alguns casos, a lipoaspiração do tórax. Em todos os casos devemos minimizar as cicatrizes e preservar a sensibilidade dos mamilos, porém nem sempre será possível.

Critérios para mastectomia masculinizadora:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. capacidade para tomar decisão com pleno conhecimento e para consentir o tratamento;
3. maioridade; e
4. problema de saúde, se houver, bem controlado.

Para o paciente ser submetido a esta cirurgia ele deverá apresentar um laudo de profissional de saúde mental que ateste sua condição e a indicação do procedimento.

Várias técnicas podem ser usadas com esse objetivo e a escolha pelo cirurgião tem ligação direta com a qualidade da pele do paciente, da elasticidade, do grau de ptose (queda) e da posição do mamilo e aréola.

A- Técnica periareolar

Para mamas pequenas e sem queda, esta pode ser a técnica de escolha com a redução da aréola pela ressecção de seu polo inferior. A desvantagem desta técnica é não permitir o reposicionamento areolar.

Uma variação da técnica (*purse string*) com enxerto areolar pode ser usada em mamas maiores e com queda discreta, necessitando pequena ressecção de pele.

A cicatriz nesta técnica se restringe à região em volta das aréolas, porém em alguns casos ela pode sofrer algum grau de hipertrofia ou distorção.

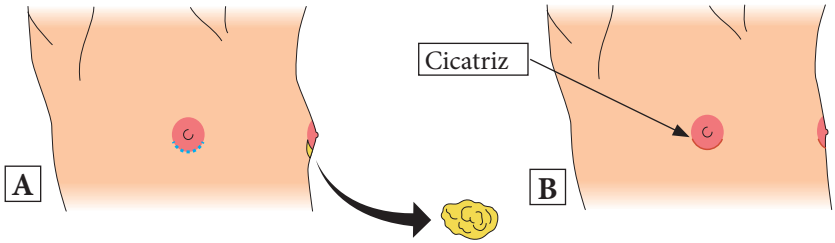


Figura 58 – Técnica periareolar. A-Ressecção do tecido mamário por uma incisão abaixo da aréola. Essa aréola não poderá ser reposicionada por esse método, podendo permanecer em uma posição pouco favorável em alguns casos. A cicatriz, por essa técnica ficará ligeiramente abaixo das aréolas B.

B- Técnica inframamária (Double incision)

Indicada para pacientes com mamas mais volumosas e com quedas, permitindo uma retirada expressiva de tecido subcutâneo e pele. Possibilita um perfeito reposicionamento das aréolas em forma de enxerto e um reposicionamento do sulco inframamário abaixo da linha do peitoral. Em alguns casos, pode estar indicada uma lipoaspiração da parede lateral do tórax, próximo à região das axilas, para um melhor resultado.

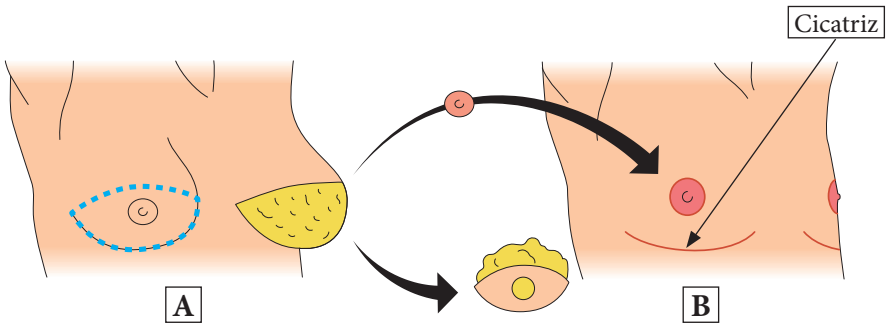


Figura 59 – Técnica Inframamária. Ressecção do tecido por fuso de pele e tecido mamário A, seguido de reposicionamento das aréolas como enxertos B. Por esta técnica será possível um perfeito reposicionamento das aréolas em relação ao músculo peitoral.

Um curativo especial permanecerá no enxerto do mamilo por uma semana e os drenos serão removidos entre 24 a 48 horas. O desconforto pós-operatório é normalmente de leve a moderado e é controlado pelo uso de analgésicos.

A movimentação dos braços deve ser restrita durante a primeira semana. Isso inclui dirigir, levantar ou alcançar objetos. Em uma semana, as atividades diárias normais podem ser retomadas; exercícios e levantamento de peso podem ser retomados de 6 a 8 semanas após a cirurgia.

As cicatrizes são permanentes, mas devem diminuir gradualmente no primeiro ano após a cirurgia. O paciente não deve se expor ao sol durante esse período.

Pós-operatório

- Antibióticos, analgésicos e anti-inflamatório;
- drenos nas axilas por 24 a 48 horas;
- curativo compressivo ao redor do tórax por 5 dias; e
- camiseta compressiva por 8 semanas.

Como em qualquer cirurgia, existem complicações potenciais associadas à mastectomia masculinizadora. No entanto, ela é considerada um procedimento muito seguro, e a maioria dos pacientes sente que os benefícios superam os riscos.

As possíveis complicações incluem hematomas, inchaço, coágulos sanguíneos, infecção e seroma (acúmulo de líquidos) e cicatrizes antiestéticas.

É comum o paciente apresentar uma sensação diminuída ou ausente do mamilo no pós-operatório, dependendo da técnica utilizada.

A maioria dos pacientes relata um aumento na satisfação sexual após o procedimento, provavelmente devido ao aumento da confiança e auto estima.

Cirurgias para refinamento de cicatrizes inframamárias ou areolares não são incomuns e poderão ser planejadas após um período de 12 a 18 meses.

Nome do procedimento: Mastectomia Masculinizadora
Tempo de procedimento: de 2 a 4 horas (dependendo da técnica)
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós- operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Cicatriz

Resultado final: entre 18 e 24 meses



Gaby Miranda

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 7

Redesignação sexual feminina

A cirurgia de redesignação sexual é erroneamente considerada pela população em geral como sendo o sonho de toda mulher trans. O que ela não sabe é que muitas pessoas trans e com variabilidade de gênero estão confortáveis com seus orgãos sexuais e sua sexualidade sem cirurgia e para muitas outras a cirurgia é essencial e clinicamente necessária para aliviar suas disforias de gênero.

Para esse último grupo a cirurgia pode ajuda-las a se sentirem mais confortáveis com seus parceiros sexuais ou em locais como consultórios médicos, piscinas, praias, banheiros públicos e academias e devem ser encarados como tratamento médico necessário para o controle da disforia de gênero.

Não devemos medir esforços em educar a população em geral que existe grande diferença em identidade de gênero e orientação sexual. A primeira é como a pessoa se entende e se identifica e a segunda faz referencia à sua prática sexual e relação afetiva.

*Uma mulher trans pode se entender como tal e ainda adotar práticas homossexuais, heterosexuais, bisexuais ou ser assexuada.

Identidade de gênero é diferente de orientação sexual!

A cirurgia de redesignação sexual ainda é algo visto com muita desconfiança entre muitas pessoas, incluindo alguns profissionais da saúde, que se opõem à cirurgia como tratamento para a disforia de gênero, por razões éticas, e por pensarem não ser algo natural, além de questões religiosas.

Estudos de acompanhamento mostraram um efeito benéfico e inegável da cirurgia de redesignação de sexo nos resultados pós-operatórios, tais como o bem-estar subjetivo, estética e função sexual (De Cuypere et al., 2005; Gijs e Brewaeys, 2007; Klein e Gorzalka, 2009; Pfafflin e Junge, 1998).

As cirurgias genitais devem ser realizadas somente após a avaliação da paciente por dois profissionais de saúde mental e acompanhamento por um ano, seguido da emissão de laudos indicando a cirurgia, segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina e orientação da WPATH.

Não é ético negar atendimento e cirurgia com base na soropositividade para infecções transmitidas pelo sangue, como HIV ou hepatite B ou C, desde que a paciente apresente controle da doença.

Texto adaptado das normas de atenção da WPATH - 7 versão

1– Vaginoplastia

O termo vaginoplastia inclui vários procedimentos que transformam a genitália externa masculina em feminina. A sensação sexual é um objetivo importante nesta cirurgia, juntamente com a criação de uma vagina funcional e esteticamente aceitável.

Os objetivos da vaginoplastia incluem:

- Criação de uma vulva saudável e esteticamente aceitável (incluindo clitóris, pequenos e grandes lábios e abertura vaginal);
- Encurtamento da uretra, com a criação de uma abertura uretral que permita um fluxo urinário normal e retilíneo;
- Criação de uma neovagina com dimensões adequadas para a relação sexual com penetração (mínimo de 12 cm), idealmente alinhada com epitélio úmido, elástico e sem pelos;
- Eliminação do tecido erétil (para evitar estreitamento da abertura vaginal e protrusão do meato da uretra durante a excitação sexual);
- Possibilitar orgasmo;

A vaginoplastia inclui orquiectomia (retirada dos testículos), criação de uma cavidade vaginal e neoclitoris, labioplastia e dissecção peniana com penectomia parcial.

Geralmente é realizada em um único tempo cirúrgico, embora alguns cirurgiões prefiram realizar a labioplastia e clitoroplastia em um segundo tempo após a cicatrização da vaginoplastia inicial.

Técnicas para redesignação sexual feminina

1- Técnicas Intestinais
2- Inversão Peniana
3- Profundidade zero (*zero deph*)

1-Técnicas Intestinais

O uso de um segmento do intestino pode ser a escolha se a inversão peniana ou enxertos de pele de outros locais falharem. Alguns cirurgiões preferem essas técnicas para uso na cirurgia primária.

Parte do intestino delgado ou intestino grosso pode ser usada, sendo o cólon sigmoide o mais comumente escolhido devido ao seu diâmetro e a menor descarga de muco quando comparada ao jejuno e ao ílio.

É importante que se realize uma colonoscopia (exame por vídeo) pré-operatória para se avaliar a integridade do segmento intestinal e descartar a presença de alguma lesão.

Muitas mulheres trans buscam essas técnicas com o argumento de se obter um resultado mais natural e por não necessitarem do uso de lubrificantes a base d'água durante o ato sexual com penetração.

É importante se ter em mente que a lubrificação intestinal não é estimulada pela excitação sexual e sim uma descarga constante de muco que tende a diminuir com o passar do tempo em algumas pacientes operadas.

Por tanto, escolher essa técnica pelo argumento da lubrificação parece não ser a melhor opção. Os riscos inerentes a estas técnicas são maiores quando comparadas às demais, sendo as mais comuns lesões das paredes intestinais, fístulas, necroses, etc.

Em nossa prática diária indicamos esta opção para casos de complicações ou falhas da inversão peniana.

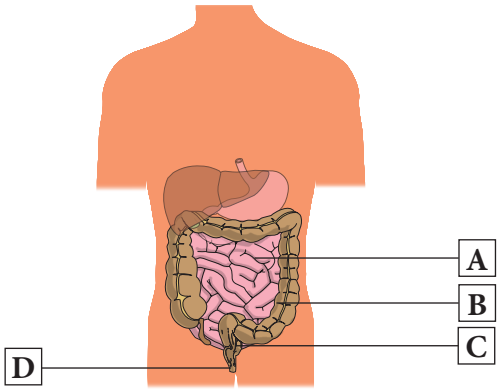


Figura 60 – Cavidade abdominal com suas vísceras.A- Intestino delgado B-Cólon sigmóide usado para confecção da neovagina C -Reto D- Ânus

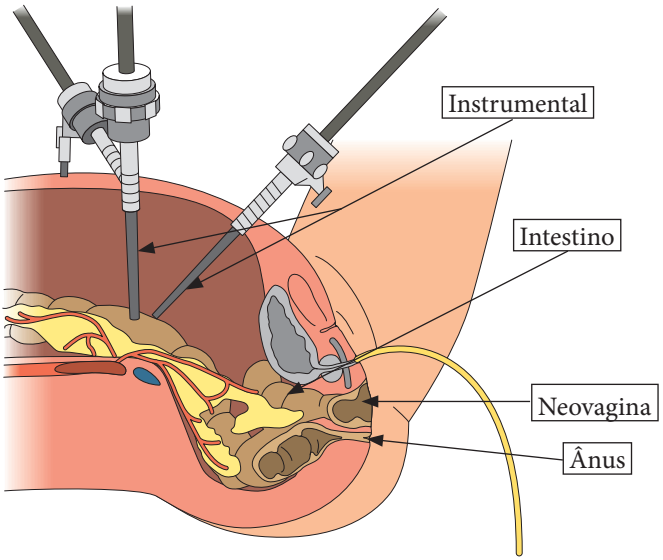


Figura 61 – Manipulação da cavidade abdominal pode ser através de uma abertura tradicional ou pela técnica laparoscópica (uso de câmeras). As técnicas intestinais sempre estão associadas à manipulação da cavidade abdominal, desta forma, poderão estar ligadas a um maior índice de complicação.

2- Inversão peniana

A técnica de inversão peniana é a mais comumente usada para criar a neovagina. Nela a pele do pênis é invertida, unida à pele da bolsa escrotal e usada para criar as paredes internas da neovagina.

Uma porção da parte horizontal da uretra é preservada e usada para modelar a uretra feminina e o tecido circundante. A neovagina é posicionada posteriormente à próstata que é preservada juntamente com as vesículas seminais.

Os pequenos lábios são construídos a partir da pele do pênis e da uretra, e os grandes lábios são construídos a partir da pele peniana.

Uma pequena porção da glande é preservada mantendo anexos ao suprimento de nervos e de vasos sanguíneos. Isso será o neoclitóris, mantendo a sensibilidade excitatória e permitindo o orgasmo. Desta forma, a técnica é capaz de preservar a estética e a função.

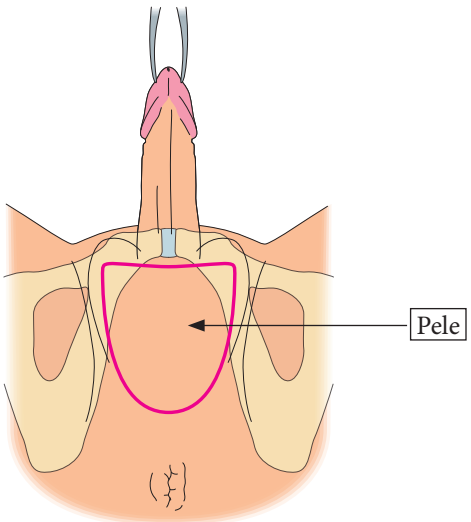


Figura 62 – A- Pele da bolsa escrotal demarcada e retirada para forrar a porção interna da cavidade da neovagina.

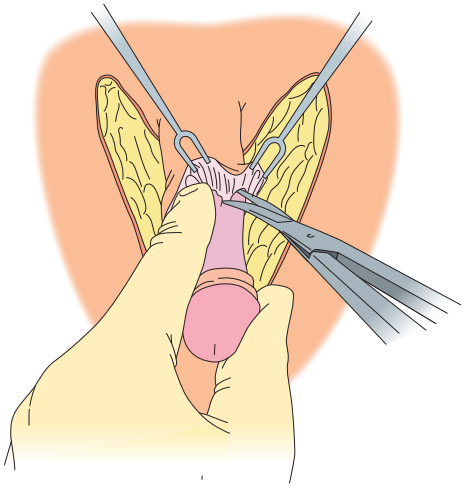


Figura 63- Dissecção da pele do pênis que será usada juntamente com a pele da bolsa escrotal para forrar a cavidade interna da neovagina.

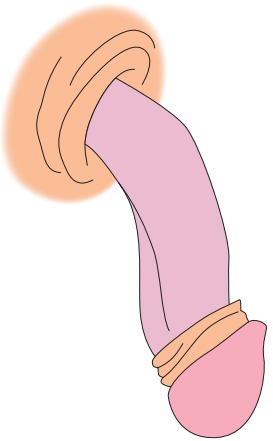


Figura 64- Pênis dissecado e com a pele retraída que funcionará como um retalho.

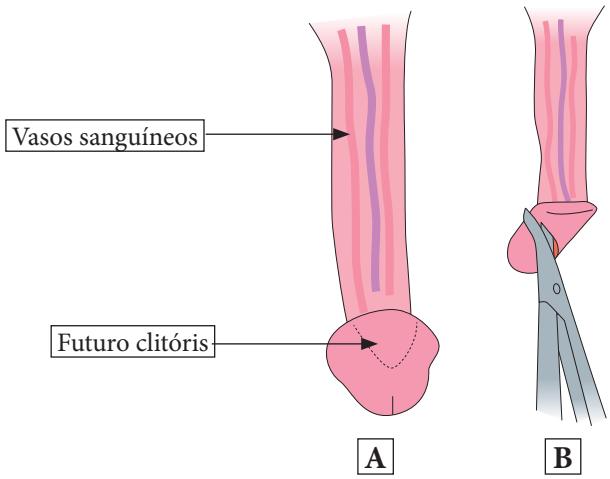


Figura 65- A- Marcação de um triangulo na glande peniana para construção do clitóris. B- Criação do clitóris. Volume e formato do clitóris podem interferir diretamente na sensação de prazer durante o ato sexual.

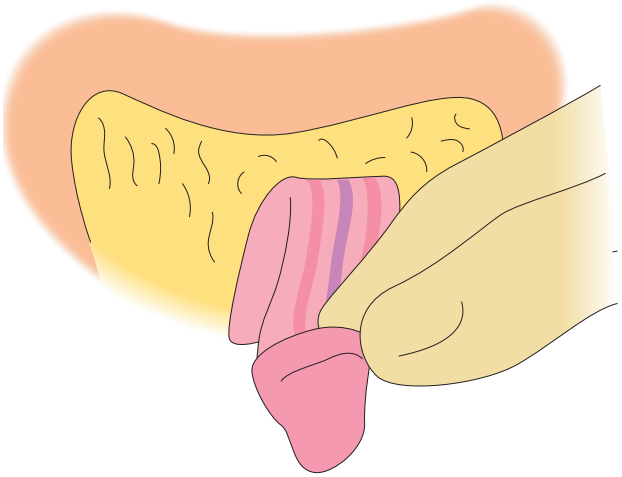


Figura 66- Posicionamento do retalho vásculo-nervoso contendo o clitóris no púbis. É muito importante a manutenção da integridade desses tecidos para a viabilidade do prazer durante a relação sexual.

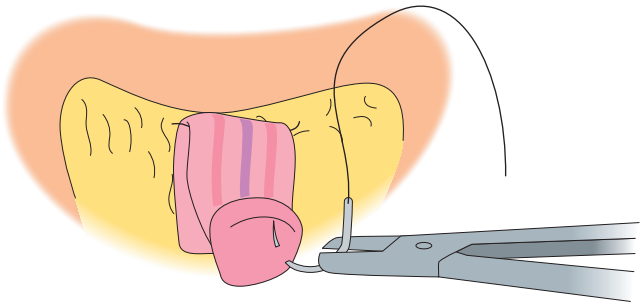


Figura 67 – Sutura do clitóris ao púbis na altura planejada.

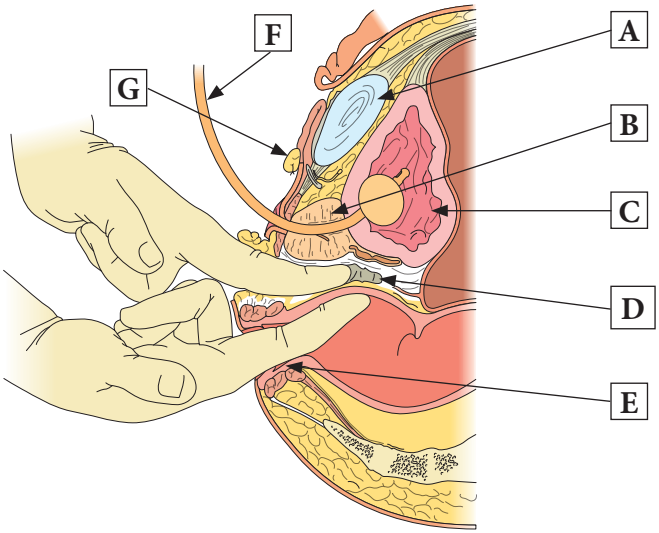


Figura 68- Criação da cavidade vaginal com cuidado para não lesar as paredes do reto, Um dedo do cirurgião é introduzido no anus enquanto o outro auxilia na criação da cavidade vaginal. Podemos substituir a palpação anal pelo dilatador flexível neste momento. A- Osso do púbis B- Próstata C- Bexiga D- Canal vaginal E- Ânus F- Sonda Urinária G- Clitóris

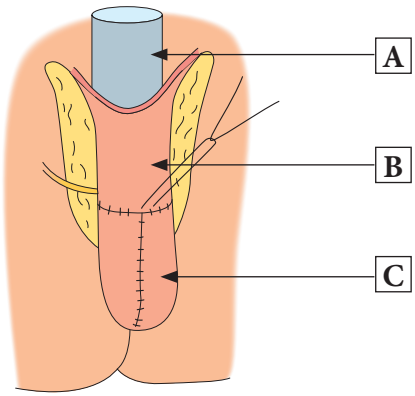


Figura 69 – Pele da bolsa escrotal suturada à pele do pênis invertida e envolvida em um molde para forramento da cavidade vaginal. A- Molde B- Pele do pênis invertida C- Pele da bolsa escrotal

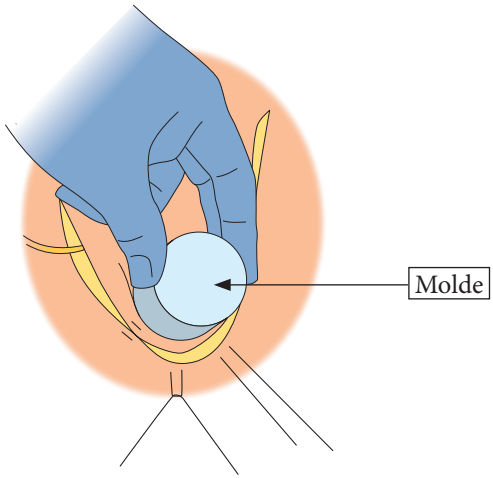


Figura 70 – Pele do pênis + pele da bolsa escrotal invertidos e introduzidos na cavidade vaginal com o molde.

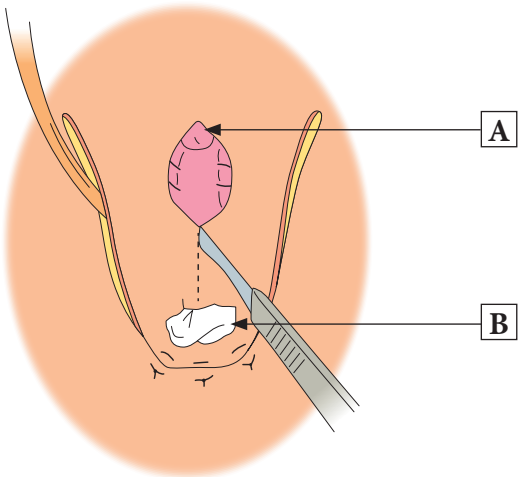


Figura 71 – Abertura da pele para criação dos pequenos lábios. A- Clitóris B- Tampão vaginal

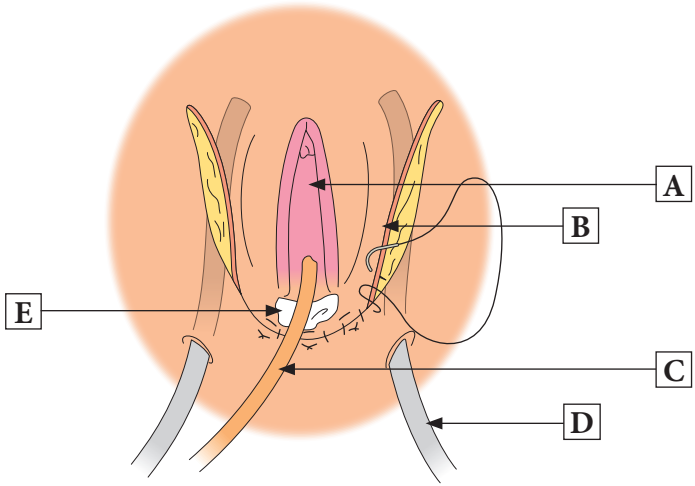


Figura 72- Criação dos grandes lábios. A- Pequenos lábios B- Grandes lábios C- Sonda urinária D- Dreno E- Tampão Vaginal

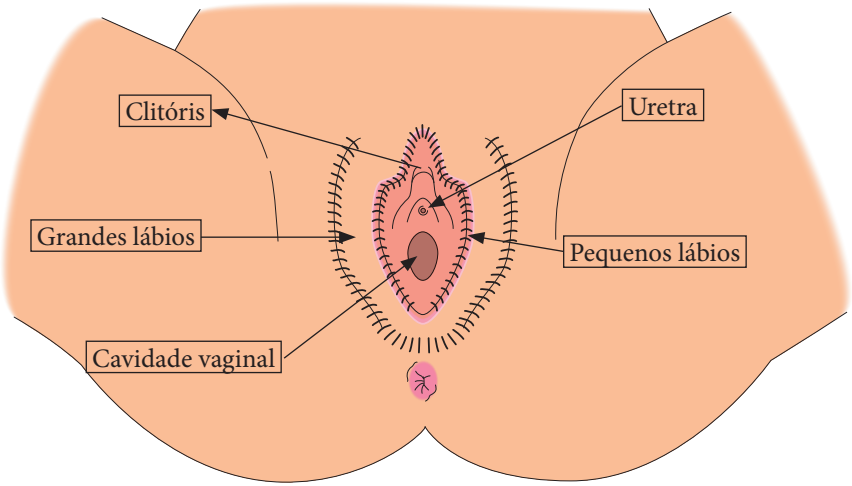


Figura 73- Aspecto imediato da neovagina. As suturas tendem a ficar discretas com o passar dos meses, normalmente entre 18 e 24 meses para o resultado final. Sexo com penetração será permitido após o terceiro mês.

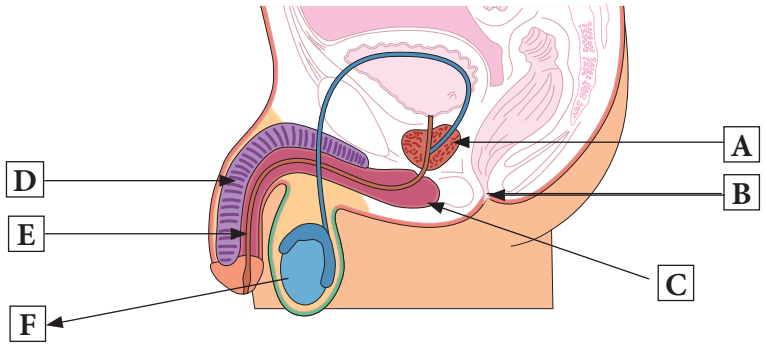


Figura 74- Anatomia da região genital masculina antes da cirurgia de redesignação. A- Próstata B- Ânus C- Corpo esponjoso D-Corpo cavernoso E- Uretra F- Testículo

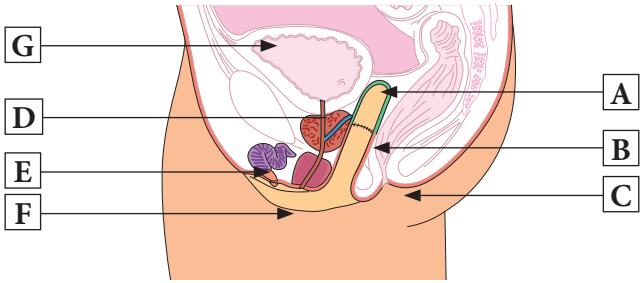


Figura 75- Anatomia da região genital da mulher trans após redesignação sexual pela técnica de inversão peniana com enxerto de bolsa escrotal. A- Pele da bolsa escrotal B- Pele do pênis C- ânus D- Próstata E- Clitóris F- Grandes lábios G- Bexiga

Revisões ou retoques podem ser realizados após a vaginoplastia para refinar a aparência do clitóris, grandes lábios, pequenos lábios e púbis depois de alguns meses da cirurgia primária, porém não são muito frequentes em nossa prática.

Toda e qualquer cirurgia apresenta potencial de complicações e é de extrema importância que a paciente conheça quais os riscos envolvidos neste procedimento.

Os riscos da reconstrução genital feminina incluem:

- Infecção;
- Sangramento pós-operatório;
- Hematoma;
- Fístula reto-vaginal;
- Necrose parcial ou completa do retalho;
- Estenose vaginal ou uretral;
- Prolapso da neovagina;
- Tamanho e formato insatisfatório da neovagina, clitóris ou lábios.

3- Profundidade zero (*zero deph*)

Algumas pacientes podem buscar a chamada penectomia sem vaginoplastia, também conhecida como "profundidade zero", como uma alternativa menos invasiva. Essa é a técnica de escolha quando o sexo com a penetração vaginal não é desejada pela paciente.

No momento da cirurgia é criada uma reentrância vaginal rasa que não requer dilatação como na vaginoplastia. Uma nova abertura uretral para permitir que a paciente urine na posição sentada também é criada. Portanto, não haverá profundidade vaginal e somente a genitália externa (vulva) será criada.

Esta intervenção é mais curta e menos complexa que a vaginoplastia clássica, sendo assim, é seguro realizar cirurgias concomitantes de menor porte.

Como o tecido peniano é necessário na vaginoplastia, a técnica de profundidade zero não é recomendada se a paciente desejar realizar a vaginoplastia convencional e desejar ter um canal futuramente.

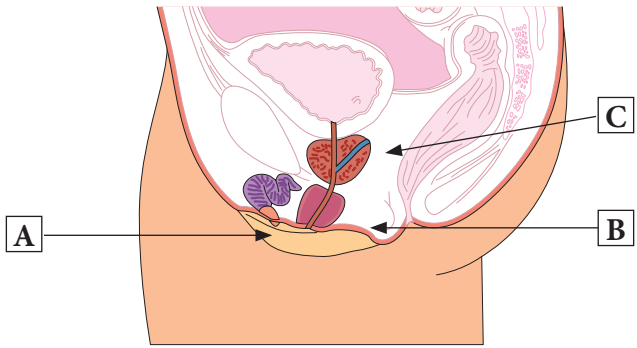


Figura 76 – Técnica da profundidade zero A- Grandes lábios B- reentrância vaginal rasa, C- Ausencia de canal vaginal.Nota-se que não há criação do canal vaginal por esta técnica impedindo assim sexo com penetração.

Pele de tilápia

Muito tem se falado sobre essa variante da técnica de redesignaçao sexual usando pele de tilápia de banco. Ela não pode ser considerada uma técnica de escolha primária e sim para aqueles casos em que houve falha ou complicação da cirurgia de inversão peniana ou intestinal. Também pode ser uma boa alternativa para as pacientes que apresentam escasses de pele peniana e da bolsa escrotal como resultado de uma hormonização na pré- puberdade.

A cirurgia de redesignação sexual ainda é cercada de mitos entre as mulheres trans e até entre médicos que não atuam diretamente no atendimento a pacientes transgêneros.

Questões como orgasmo, profundidade e a aparência do órgão genital despertam a curiosidade da população e são, na maioria das vezes, difundidas de forma incorreta.

Orquiectomia sem vaginoplastia

A orquiectomia (retirada dos testículos) como procedimento único pode ser procurada por algumas pacientes que desejam reduzir os riscos e efeitos colaterais da terapia hormonal, diminuindo assim a dose necessária do bloqueador da testosterona endógena.

Normalmente, os testículos são removidos com preservação da pele da bolsa escrotal, porém há risco de retração dessa pele e danos à mesma que dificultarão a cirurgia de redesignação pela técnica de inversão peniana futuramente. Consequentemente, não recomendamos essa cirurgia se a paciente deseja realizar a vaginoplastia posteriormente.

-Passos para uma cirurgia de redesignação sexual masculina para feminina

1 Iniciar uma terapia com profissional de saúde mental (psiquiatra)
Ele será capaz de lhe ajudar na tomada de decisão e irá prepara-la para tal procedimento. O Conselho Federal de Medicina em 2020 diminuiu o tempo de acompanhamento para um ano antes da emissão de um laudo. Você precisará de dois laudos de profissionais diferentes.

2 Iniciar terapia para eliminação definitiva dos pelos genitais
Essa terapia deve ser realizada com a orientação profissional que irá examiná-la e definir qual a melhor forma de abordagem e tempo de duração do tratamento. Essa escolha deverá ser baseada na coloração de seus pelos, na espessura dos fios e na sua densidade. Importante salientar que mesmo com a terapia de eletrólise alguns fios esparsos podem crescer dentro da neovagina sem representar nenhum tipo de problema.



Figura 77 – Sugestão de desenho de depilação definitiva antes da redesignação sexual em azul. Folículos pilosos remanescentes podem ser cauterizados durante a cirurgia, porém esses devem ser em pequena quantidade para se evitar a formação de pelos em excesso intravaginal no pós operatório.

3 Iniciar terapia Hormonal com endocrinologista
É de fundamental importância, e um pré-requisito, que a paciente já tenha estado ou esteja em hormonização feminizante por um período mínimo de um ano previamente à cirurgia.

Importante saber!

1- Devido à anatomia da pelve em pessoas do gênero masculino, o eixo e as dimensões da neovagina diferem substancialmente daquelas de uma vagina em pessoas do gênero feminino. Por tanto, é importante entender qual a melhor posição sexual que lhe dará conforto e prazer durante a penetração. Cada paciente descobrirá sua melhor forma.
2- O orgasmo é algo aprendido! O toque e a masturbação são essenciais durante o período de dilatação para se conhecer os pontos mais sensíveis e poder guiar seu parceiro. Não existe um tempo previsto para que essa sensação ocorra. Lembre-se que a questão emocional influencia diretamente o orgasmo.
3- As dilatações serão necessárias pelo resto da vida sob o risco de perda de profundidade da neovagina pela negligência, mesmo que haja sexo com penetração frequente. Sexo não substitui a dilatação!
4- As infecções urinárias podem ser comuns após a cirurgia. Tente reconhecer o cheiro e o aspecto da urina normal e procure atendimento médico caso perceba algo diferente.
5- É importante saber que a próstata não foi retirada durante a cirurgia e, mesmo que riscos de tumores ou hiperplasias sejam menores pela supressão hormonal, haverá necessidade de exames para que se possa fazer o diagnóstico precoce de alguma provável lesão.

6- Consultas periódicas com um ginecologista ou com o cirurgião que realizou o procedimento são fundamentais, pelo menos a cada ano. Isso possibilita a detecção de alguma lesão inicial e permite o tratamento precoce.
7- Cuidados com a higiene íntima são necessárias após o ato sexual para remoção de lubrificantes e restos de semem.
8- Pêlos intravaginais não são raros e não requerem nenhum tratamento desde que sejam em pequena quantidade.
9- O uso de protetores de calcinhas e sabonete íntimo são indicados como cuidados diários.
10- Brinquedos eróticos podem ser usados com cuidado para que não lese a mucosa da neovagina, bexiga e intestino.

Nome do procedimento: Redesignação Sexual
Tempo de procedimento: 6 horas
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós- operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Dificuldade para urinar
- Cicatriz em genitália externa

Resultado final: Entre 18 e 24 meses



Benjamim Cernach

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 8

Redesignação sexual masculina

A redesignação sexual em homens trans são realizadas em menor número quando comparado às mulheres trans. As técnicas ainda apresentam resultados não tão animadores, tanto do ponto de vista funcional quanto estético, e estão associadas a altos índices de complicações.

Entre as principais intervenções cirúrgicas para o homem trans destacamos:

Metoidioplastia

É a criação de um falo (pênis) a partir do clitóris aumentado pela terapia hormonal. O clitóris aumenta naturalmente quando o homem trans começa a fazer uso da testosterona. Um mínimo de um ano de terapia hormonal é um requisito para todas as cirurgias genitais masculinizadoras.

Durante a metoidioplastia, os ligamentos do clitóris são desinseridos, o que permite com que ele se alongue e assuma uma posição mais semelhante a um pênis natural. Em média, o falo criado possui entre 5 e 7 cm de comprimento, o que não é suficiente para penetrar sexualmente uma parceira.

A cabeça do clitóris pode ser esculpida para se parecer mais com a glande do pênis. Ao mesmo tempo, os lábios vaginais podem ser remodelados em um escroto, com ou sem próteses testiculares.

A metoidioplastia pode ser realizada com ou sem procedimentos de alongamento da uretra. O alongamento uretral estende a uretra ao longo do novo falo, permitindo o escoamento da urina pelo órgão criado.

Ser capaz de urinar em pé pode ser um dos motivos pelos quais os homens trans escolhem se submeter a cirurgia genital. No entanto, o alongamento da uretra aumenta o risco de complicações cirúrgicas. Essas complicações podem incluir alterações do jato da urina, bloqueios urinários ou fístulas.

Ela é geralmente considerada uma cirurgia de estágio único. No entanto, alguns pacientes podem necessitar de cirurgias adicionais para se alcançar os resultados desejados, como refinamento estético ou funcional.

Na prática observamos que este procedimento é cercado de inúmeras complicações de difícil tratamento, podendo levar o paciente a frustrações e um aumento de sua disforia.

Alongamento de clitóris

A técnica de alongamento clitoriano isolado, sem alongamento da uretra, é considerada mais simples e com menor porcentagem de complicações, podendo ser uma boa opção para alguns pacientes.

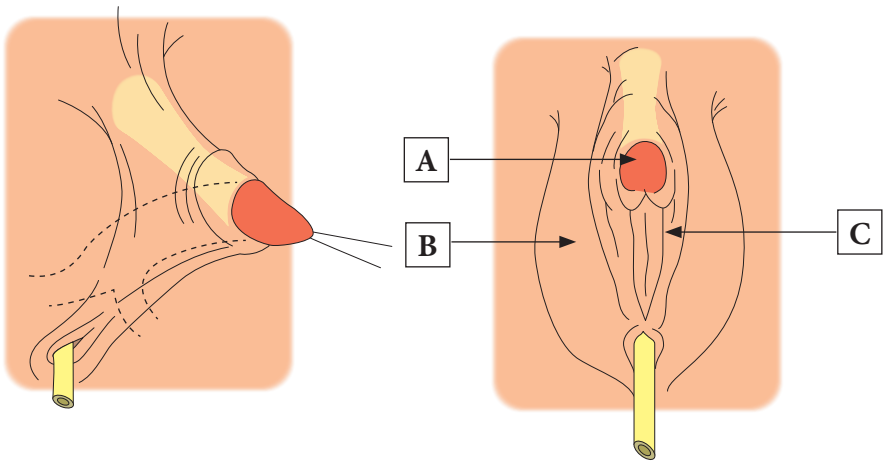


Figura 78 – Técnica para alongamento clitoriano A- Clitóris B- Grandes lábios C- Pequenos lábios. Esta técnica não permite um alongamento ao ponto de se conseguir penetração durante um ato sexual.

Nome do procedimento: Metoidioplastia
Tempo de procedimento: de 3 a 7 horas (depende do estágio)
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós-operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Dificuldade para urinar
- Cicatriz

Resultado final: depende do estágio

Faloplastia

É a construção de um pênis, sendo uma escolha para alguns homens trans interessados em cirurgia de confirmação de gênero. O objetivo desta técnica é construir um pênis esteticamente atraente, de tamanho suficiente, capaz de obter sensações e liberar a urina em uma posição ereta. É um procedimento complexo que geralmente envolve mais de uma cirurgia.

As técnicas de faloplastia continuam evoluindo com o passar do tempo. Atualmente, o procedimento padrão-ouro é conhecido como faloplastia radial do antebraço com retalho livre. Durante esse procedimento, os cirurgiões usam um retalho de pele do antebraço para construir o corpo do pênis.

Este tecido é usado para fazer a uretra e o corpo do pênis em uma estrutura de "tubo dentro de um tubo". O tubo maior é basicamente enrolado ao redor do tubo interno. Os enxertos de pele são então retirados de áreas imperceptíveis do corpo, onde não deixam cicatrizes visíveis, e enxertados no local da doação.

A uretra feminina é mais curta que a masculina, por isso o cirurgião deve alongar a uretra e anexá-la à uretra feminina, para que a urina flua da ponta do pênis.

O clitóris geralmente é deixado no lugar próximo à base do pênis, onde ainda pode ser estimulado. Os pacientes que conseguem atingir o orgasmo antes da cirurgia geralmente ainda podem fazê-lo após a cirurgia com esta estimulação.

Esta cirurgia é considerada de maior complexidade quando comparada à metoidioplastia e também cercada de complicações e falhas, principalmente referentes ao alongamento da uretra e construção da glande.

Este falo não terá ereção e não será capaz de dar prazer e ejaculação ao homem trans. Muitas vezes a aparência estética é precária e acaba trazendo frustração ao paciente contribuindo mais uma vez para o aumento da sua disforia.

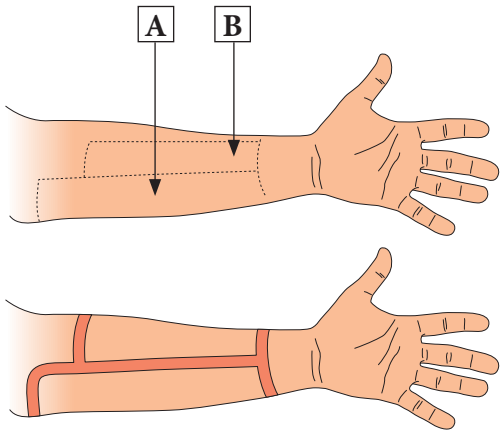


Figura 79- Retalho de antebraço para construção do pênis. Em A- marcação da pele para criação do corpo peniano e glande e da uretra em B.

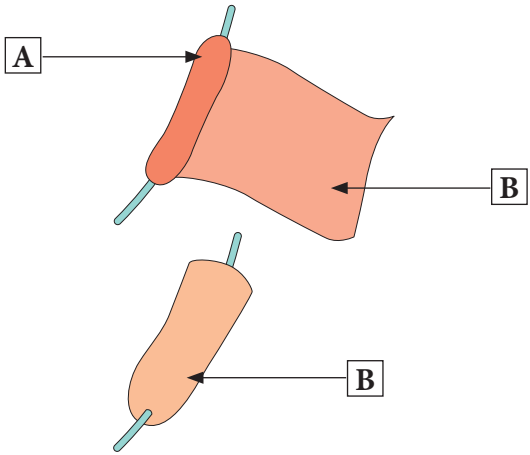


Figura 80- Construção da uretra em A pelo dobramento da pele e em B- formato do pênis já com a pele dobrada em formato de cilindro envolvendo a pele da uretra. Formato de "tubo envolvendo outro tubo".

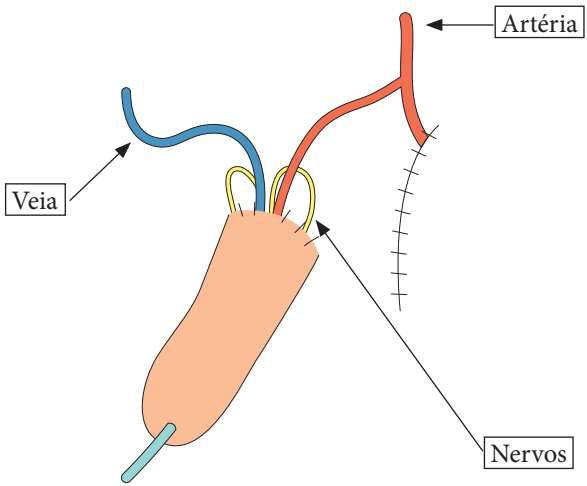


Figura 81 – Veia e artéria ligadas ao pênis construído, Nervo cutâneo

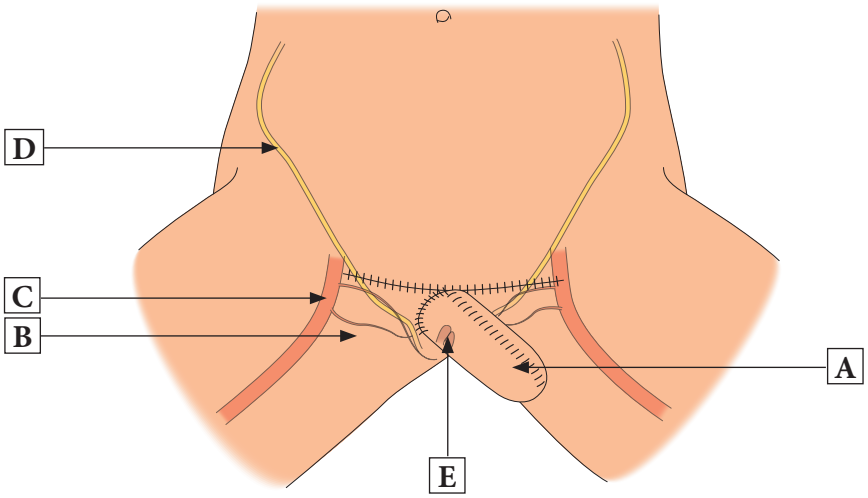


Figura 82- Pênis construído A, Nervos cutâneos B, C- Artéria femoral D- Nervo ílioinguinal, E- Clitóris

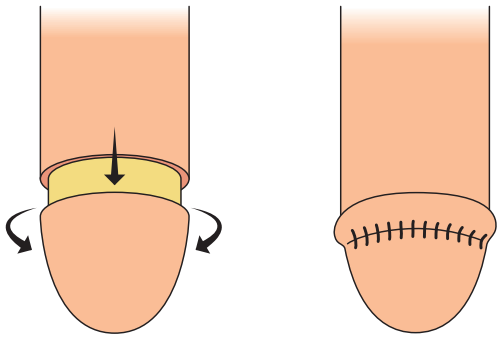


Figura 83- Refinamento do tecido para criação da glande peniana.

Nome do procedimento: Faloplastia
Tempo de procedimento: de 8 a 10 horas (dependendo do estágio cirúrgico)
Tipo de anestesia: Geral

Oque esperar no pós- operatório

- Inchaço
- Rouxidão
- Dificuldade para urinar
- Cicatriz em genitália externa e antebraços

Resultado final: depende do estágio cirúrgico

Histerectomia e ooforectomia

A *histerectomia* é o nome técnico para a retirada do útero e *ooforectomia* a retirada dos ovários.
A Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero

(WPATH) afirma que a histerectomia é um procedimento cirúrgico clinicamente necessário para o tratamento da disforia de gênero em alguns pacientes. Um número significativo de homens transgêneros se submete ou planeja realizar esse procedimento.

Estudos têm relatado o efeito da cirurgia de afirmação de gênero no funcionamento psicossocial e sexual de homens trans. Os dados sobre a incidência de histerectomia e problemas perioperatórios associados em homens trans que procuram tratamento de afirmação de gênero são limitados.

Na literatura disponível, os casos relatados foram realizados por um único cirurgião em uma única instituição e envolveram apenas pequenos estudos.

Além disso, o foco principal de muitos estudos que examinam a histerectomia na população transgênera masculina concentrou-se na viabilidade do procedimento, em vez de resultados associados à cirurgia.

Nesta população única, a histerectomia é frequentemente realizada para o tratamento da disforia de gênero e, por sua vez, é comum que os pacientes não relatem nenhuma doença ginecológica uterina concomitante no momento da cirurgia.

Uma vez que esses pacientes carecem de patologia ginecológica evidente, é importante entender melhor os riscos associados à histerectomia para a afirmação de gênero.

Alguns médicos recomendam histerectomia e ooforectomia nos primeiros cinco anos após o início da terapia com testosterona. Há duas razões para isso. Primeiro, existe alguma preocupação de que o tratamento a longo prazo com testosterona possa fazer com que os ovários desenvolvam sintomas semelhantes aos observados na síndrome do ovário policístico.

Também tem sido associada a um risco aumentado de hiperplasia endometrial, uma condição que ocorre quando o revestimento do

útero cresce demais, além de câncer endometrial e câncer de ovário.

É difícil provar se o risco para esse tipo de câncer aumenta com a terapia com testosterona em homens trans. Esses pacientes são uma população pequena e muitos são submetidos à histerectomia e ooforectomia no início de seu tratamento hormonal, dificultando o estudo dos efeitos a longo prazo da testosterona no útero e ovários.

Além disso, alguns homens trans podem ter sofrido de síndrome do ovário policístico antes de iniciar o tratamento com testosterona.

Uma outra razão pela qual pode ser considerado benéfico se fazer a cirurgia de histerectomia e ooforectomia é que, após a remoção dos ovários, as doses de testosterona geralmente podem ser reduzidas, pois não haverá produção de estrogênio pelos ovários.

O homem transexual deve fazer exames de Papanicolau regularmente para rastrear câncer de colo do útero e deve procurar atendimento médico se sentir algum sangramento vaginal irregular, incluindo escapes, cólicas ou dor.

Não é incomum para homens trans experimentar um acúmulo de tecido endometrial, especialmente durante os primeiros anos de terapia com testosterona.

O tecido endometrial (recobrimento interno do útero) é normalmente eliminado durante a menstruação, mas como esse processo geralmente é interrompido alguns meses após a terapia com testosterona, o tecido adicional pode continuar a se acumular e, eventualmente, começar a se espalhar na forma de escapes.

Como o sangramento irregular pode ser um sinal de câncer, embora esse geralmente não seja o caso, os homens trans que sofrem algum sangramento ou escape devem consultar um médico para determinar a causa dessas alterações.

Existem três maneiras principais pelas quais o útero pode ser removido do corpo:

- Através de uma incisão no abdômen;
- através de uma incisão na parte superior da vagina (às vezes auxiliada por câmeras através de pequenas incisões no abdômen); e
- através de uma combinação de pequenas incisões no abdômen e também através da vagina;

O tipo de cirurgia a ser escolhida dependerá das limitações físicas do paciente e da experiência do cirurgião.



Marcella Alves

Transgender
CENTER BRAZIL

CAPÍTULO 9

Mito ou verdade

– Quanto mais profunda a vagina melhor o resultado.



É muito comum as mulheres trans ligarem o sucesso da cirurgia à profundidade da vagina e o prazer que tal profundidade proporciona. Uma vagina cis tem em média 12 cm de profundidade e uma neovagina pode chegar entre 16 e 18 cm. Consideramos aceitável até 12 cm, abaixo disso há indicação de revisão cirúrgica.

– Quanto maior o pênis, maior a profundidade.



A profundidade tem relação com a anatomia da pelve da mulher trans. Mulheres altas com a cavidade pélvica alta têm uma tendência a terem maior profundidade interna, pois a neovagina é construída em um espaço criado atrás da bexiga até o teto da pelve. Mulheres trans mais baixas podem ter cavidades pélvicas mais rasas, limitando a profundidade vaginal.

– Terei que usar lubrificantes durante a relação sexual.



Se a técnica de escolha for a inversão peniana, lubrificantes a base d'água deverão ser usados durante o ato sexual. Milhares de mulheres cis gêneros usam tais lubrificantes no dia a dia sem nenhum empecilho. Escolher a técnica intestinal somente pela lubrificação na nossa avaliação não se faz necessária.

– A técnica intestinal permite a lubrificação durante estímulo sexual.



A lubrificação pela técnica intestinal não tem relação com a fase de excitação. Ela acontece a todo o tempo, independente do estímulo sexual, pois trata–se de um muco do intestino.

– Existem pacientes operadas pela técnica de inversão peniana que possuem lubrificação natural.



Na técnica de inversão peniana são mantidas a próstata e vesículas seminais que são as responsáveis por aquele liquido excitatório que sai do pênis no inicio do ato sexual. As pacientes continuam produzindo esse lubrificante natural, eliminado pela uretra, que acaba por facilitar a penetração em alguns casos. Lembre– se: as preliminares precisam ser bem trabalhadas para que isso ocorra.

– As dilatações da neovagina são dolorosas e trazem sofrimento intenso à paciente.



As dilatações podem ser realizadas com dilatadores flexíveis em tamanho progressivo e trazem desconforto leve nos primeiros dias, porém com o passar do tempo torna– se algo simples e em alguns casos prazeroso.

– A neovagina permite à paciente ter orgasmos.



Uma vez preservada a inervação e a vascularização da antiga glande durante a cirurgia, a paciente terá condições de atingir o orgasmo. Lembramos que existe um componente emocional ligado ao prazer e a paciente precisa entender que o orgasmo é algo aprendido ao longo do tempo, da mesma forma como acontece com mulheres cis gêneros.

– Terei que me submeter à depilação definitiva antes da cirurgia.



A depilação da bolsa escrotal será necessária previamente à intervenção pois essa pele irá forrar a parte interna da vagina. A quantidade de sessões necessárias irá depender da espessura e coloração do pelo. Alguns pelos resistentes ao tratamento podem ser cauterizados durante a cirurgia.

– Poderei ter pelos dentro da vagina.



Mesmo após muitas sessões de eletrólise, alguns folículos podem estar presentes na pele da bolsa escrotal e continuarem o crescimento intravaginal. Isso não causará nenhum tipo de transtorno no dia a dia desde que sejam em pouca quantidade.

– Poderei escolher o formato da minha vagina.



O resultado estético está ligado à técnica empregada pelo cirurgião e às características de cada mulher trans. Quantidade de gordura no púbis, elasticidade e coloração da pele influenciam no resultado.

– Terei que fazer um preparo intestinal antes da redesignação sexual.



O preparo intestinal é realizado com a introdução de um flit enema por via retal um dia antes da cirurgia e na manhã do procedimento para a técnica de inversão peniana.

– O fumo pode comprometer o resultado na feminização facial e principalmente na redesignação sexual.



Técnicas como avanço do couro cabeludo, liftings faciais e redesignação sexual são extremamente prejudicadas pelo fumo podendo haver necroses parciais ou totais da pele no pós– operatório. As incisões realizadas por dentro da boca para cirurgia do contorno facial também apresentam uma tendência a abrirem.

– Devo interromper a terapia hormonal antes da cirurgia.



A terapia hormonal deverá ser interrompida duas semanas antes das cirurgias corporais, devido ao risco de trombose venosa profunda, porém mantemos o seu uso durante as cirurgias faciais. Deve–se avaliar o risco de trombose em cada caso.

– Após a frontoplastia, as rugas da minha testa desaparecerão.



A frontoplastia trabalha a região óssea da testa juntamente com o reposicionamento das sobrancelhas. As rugas da testa deverão ser amenizadas com o uso do Botox após 6 meses da cirurgia.

– A cirurgia do pomo–de–adão é a que mais traz feminilidade a uma mulher Trans.



A cirurgia que mais feminiza uma face é a frontoplastia. Muitas mulheres trans acreditam ser identificadas por essa pequena região do pescoço quando na verdade a testa é a principal responsável pela leitura do gênero.

– A cirurgia do pomo– de– adão irá modificar minha voz.



Se a técnica for executada de forma correta ela não modificará a estrutura das cartilagens onde se inserem as pregas vocais, não levando à modificação da voz.

CAPÍTULO 10

GLOSSÁRIO

Modificado da cartilha da WPATH

Cirurgia de redesignação sexual : cirurgia que visa modificar as características dos genitais para afirmar a identidade de gênero de uma pessoa.

Cirurgia de feminização facial: conjunto de procedimentos cirúrgicos realizados no esqueleto facial de uma mulher trans com a finalidade de suavização de traços masculinos. Também pode ser realizada em mulheres cis gêneros que apresentam a face masculinizada.

Disforia de gênero: incômodo ou desconforto causado pela discordância entre a identidade de gênero e o gênero designado à pessoa ao nascer.

Expressões de gênero: maneira pela qual uma pessoa comunica sua identidade de gênero através da sua aparência física (incluindo a vestimenta, os estilos de cabelo e o uso de cosméticos), dos gestos, dos modos de falar e dos padrões de comportamento na interação com as outras pessoas.

Genderqueer: pode ser usado por pessoas cuja identidade e/ou papel de gênero não se ajusta a uma compreensão binária de gênero como algo limitado às categorias de homem ou mulher, masculino ou feminino.

Homem a mulher (HaM ou MtF): adjetivo usado para descrever pessoas designadas no nascimento como homens e que estão transitando ou transitaram seu corpo e/ou papel de gênero ao feminino.

Hormônios bioidênticos: hormônios que são estruturalmente idênticos aos encontrados no corpo humano.

Identidade de gênero: percepção intrínseca de uma pessoa de ser homem, mulher, ou alguma alternativa de gênero ou combinação de gêneros (transgênero, queer, etc.). A identidade de gênero de uma pessoa pode ou não corresponder ao gênero atribuído ao nascer.

Mulher a Homem (MaH ou FtM): adjetivo usado para descrever pessoas designadas ao nascimento como mulheres e que estão transitando ou transitaram seu corpo e/ou papel de gênero ao masculino.

Não conformidade de gênero / variabilidade de gênero: medida em que a identidade ou expressão de gênero de uma pessoa difere das normas e expectativas sociais atribuídas ao seu gênero designado ao nascer em uma determinada cultura.

Papel de gênero: Conjunto de normas sociais, comportamentais e expectativas relacionadas com as diferentes categorias de identidades sexuais e de gênero em uma determinada cultura. O comportamento de uma pessoa pode ser diferente do papel de gênero tradicionalmente associado ao seu gênero designado ao nascer ou à sua identidade de gênero, assim como transcender completamente do sistema de papéis de gênero culturalmente estabelecido.

Sexo: o sexo é designado ao nascer como masculino ou feminino, usualmente baseado na aparência dos órgãos genitais externos. Quando os genitais externos são ambíguos, outros componentes do sexo (genitais internos, sexo cromossômico e hormonal) são considerados a fim de atribuir o sexo (Grumbach, Hughes, e Conte, 2003; MacLaughlin e Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Para a maioria das pessoas, a identidade e expressão de gênero são consistentes com o sexo atribuído no nascimento; para as pessoas trans e com variabilidade de gênero, a identidade ou expressão de gênero difere do seu sexo designado ao nascer.

Transgênero: adjetivo usado para descrever um grupo diversificado de pessoas cujas identidades de gênero diferem em diversos graus do sexo com o qual foram designadas ao nascer (Bockting, 1999). O ter-

mo, às vezes, contrasta-se com "transexual". Nesse caso, "transgênero" refere-se a pessoas que não alteraram ou não desejam modificar os caracteres sexuais primários com que nasceram. Vários grupos de mulheres transgêneros em diferentes países de língua espanhola começaram a exigir a ser reconhecidas como transgêneras, um neologismo que significa o caráter feminino da sua identidade. Essa é uma declaração importante, uma vez que a língua espanhola (assim como a língua portuguesa) incorpora o gênero de uma maneira avassaladora.

Transição: período durante o qual as pessoas mudam o papel de gênero associado ao sexo com o qual foram designadas ao nascer para um papel de gênero diferente. Para muitas pessoas, isso implica viver socialmente em "outro" papel de gênero; para outras, significa a procura do papel e da expressão de gênero que seja mais confortável para eles. A transição pode ou não incluir feminilização ou masculinização do corpo através de hormônios e outros procedimentos médicos. A natureza e duração da transição é variável e individualizada.

Travesti: termo usado para se referir a pessoas que usam roupas e adotam outras formas de expressões de gênero culturalmente associadas ao outro sexo. Em alguns países da América Latina, ele é usado para se referir àquelas pessoas designadas como homens ao nascer que não poupam esforços para feminilizar seu corpo e aparência, preferindo usar pronomes femininos, sem necessariamente consideradar-se mulheres ou desejar mudar seus caracteres sexuais primários natais através de cirurgia genital (Kulick, 1998).

Variações biológicas do sexo (vBs): em certos contextos são também chamados de "estados ou condições intersexuais." Condições em que o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico não se ajusta ao modelo binário convencional do sexo. Algumas pessoas se opõem fortemente ao rótulo de "desordem" e consideram essas condições como uma questão de diversidade

Bibliografia

- 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH) – 7a versão
- Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding . Washington, DC: The National Academies Press.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. American Journal of Public Health, 93(2), 262–265
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi–dimensional rehabilitative regimen. Western Journal of Medicine, 120(5), 386– 391.
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W.(2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. International Journal of Transgenderism, 12(2), 115–118. doi:10.108 0/15532739.2010.509215
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P. Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508–005–7926–5
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). International Journal of Transgenderism, 9(3/4).

– Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta–analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology, 72(2), 214–231. doi:10.1111/ j.1365–2265.2009.03625.x
– Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). International Journal of Transgenderism, 9(3/4).
– Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real–life experience: From gender dichotomy to gender diversity. Sexologies, 17(4), 211– 224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
– Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender–variant people and their families. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
– Hembree, W. C., Cohen–Kettenis, P., Delemarre–van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9), 3132– 3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
– Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adultsand adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. Annual Review of Sex Research, 18, 178–224.
– Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). The Journal of Sexual Medicine, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/ j.1743–6109.2009.01370.x Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow–up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. International Journal of Transgenderism . Retrieved from http://web. archive.org/web/20070503090247 /http://www.symposion.com/ijt/ pfaefflin/1000.htm

– Bartels RJ, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG . An unusual use of the Cronin breast prothesis: case report. Plast Reconstr Surg. 1969; 44:500.
– Gonzalez–Ulloa M. Gluteoplasty: a ten–year report. Aesthetic Plast Surg. 1991; 15:85–91.
– Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Reducing wound complications in gluteal augmentation surgery. Plast Reconstr Surg. 2012; 130(5):706e–13e.
– Serra F, Aboudib JH, Marques RG. Intramuscular technique for gluteal augmentation: determination and quantification of muscle atrophy and implant position by computed tomographic scan. Plast Reconstr Surg. 2013; 131:253e–9e.
– Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. Aesthetic Surg J. 1998; 18:439–41.
– Serra F, Aboudib JH, Cedrola JP, de Castro CC. Gluteoplasty: anatomic basis and technique. Aesthet Surg J. 2010; 30:579–92.
– Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G. et al, Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? Plast Reconstr Surg. 2009;124:510–518
– Perovic, S.V., Djordjevic, M.L. Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals. BJU Int. 2003;92:981–985
– Fang, R.H., Kao, Y.S., Ma, S. et al, Phalloplasty in female–to–male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: a series of 22 cases. Br J Plast Surg. 1999;52:217–222
– Morrison, Shane D.; Vyas, Krishna S.; Motakef, Saba; Gast, Katherine M.; Chung, Michael T.; Rashidi, Vania; Satterwhite, Thomas; Kuzon, William; Cederna, Paul S., Facial Feminization: Systematic Review of the Literature, Plastic and Reconstructive Surgery, Volume 137, Number 6, June 2016, pp. 1759–1770(12)



Editora Autores do Brasil