

Reunião SBEM-MG de 27/03/10

A reunião foi aqui resumida pela Dra. Beatriz Santana Soares, endocrinologista do Hospital Mater Dei, coordenadora do Ambulatório de Neuroendocrinologia e preceptora do Ambulatório de Transexualismo do Hospital da Baleia

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia- regional Minas Gerais teve o prazer de receber os Drs. Amanda Valéria Luna de Atahyde – (RJ), Jordana Fantini - (MG) e Eloisio Alessandro Silva – (RJ) para uma reunião do Programa de Educação Médica Continuada realizado no dia 27 de Março de 2010, na Associação Médica de Minas Gerais. Vários associados estavam presentes pois o tema- transexualismo- é motivo de grande controvérsia e muitas vezes evitado por muitos endocrinologistas.

Dra. Amanda Athayde, endocrinologista coordenadora do Ambulatório de Transexualismo do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE – (RJ), presidente da Associação de Ex-residentes do IEDE (RJ) e representante da SBEM na Sociedade Brasileira do Climatério – SOBRAC – e professora da UERJ, iniciou a sessão conceituando o transexualismo como uma disforia de gênero, um distúrbio da identidade sexual onde ocorre uma incompatibilidade do sexo anatômico com o sexo desejado. Segundo ela a prevalência é de 1:12.000 para pacientes transexuais masculino para feminino (MtF) e 1:30.000 para pacientes transexuais feminino para masculino (FtM). A etiologia não é muito bem definida podendo variar desde alterações na diferenciação sexual cerebral intra-útero até causas genéticas.



Dra. Amanda

O manejo, segundo Dra. Amanda Athayde, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar contendo psiquiatra, psicólogo, endocrinologista e cirurgião. O diagnóstico deverá ser feito pela equipe psiquiátrica (lembrando que transexualismo está incluído como distúrbios mentais no DSM-IV, e no CID10- F-64). Uma vez firmado o diagnóstico o paciente deve receber todo o cuidado necessário para aliviar seu sofrimento como tratamento psicológico, terapia hormonal e oferta de cirurgia de correção genital.

Sobre o tratamento Dra. Amanda frisou bastante que é irreversível, daí a imposição de um diagnóstico indubitável pela psiquiatria. Segundo ela, pacientes FtM procuram assistência mais precocemente que MtF e, obviamente, quanto antes houver a possibilidade de tratamento, melhor a resposta. Dra. Amanda nos lembrou que as leis

brasileiras ainda não nos permite tratar menores de idade, embora isso já ocorra com sucesso em outros países. Aproveitou para apresentar o novo consenso publicado pela Endocrine Society - Tratamento de Pessoas transexuais, cujo site é www.endosociety.org/guidelines/final/upload/Endocrine-Treatment-of-Transsexual-Persons.pdf

Relatou ainda que, na sua casuística de 124 pacientes já atendidos no ambulatório, mantém o acompanhamento de 60, dos quais 32 já foram operados para correção da genitália. Previamente a decisão do início da terapia hormonal, foi sugerido que alguns exames sejam realizados como: hemograma, provas de função hepática, bioquímica, anti-HIV, gonadotrofinas, estrogênicos e androgênicos.

O tratamento hormonal, iniciado depois que o paciente já se transveste em todos as situações do cotidiano, consiste no uso de anti-androgênicos como flutamina ou acetato de ciproterona, associado a estrogênios nos MtF. Vários esquemas posológicos foram sugeridos mas, rotineiramente, Dra Amanda usa acetato de ciproterona na dose de 50-100 mg/dia associado a gel de 17B-estradiol percutâneo- 1-2 mg/dia. No caso dos pacientes FtM utiliza-se ésteres de testosterona na dose de 250mg, intramuscular a cada 4 semanas. Pode ser necessário o uso de progestágeno para se corrigir hiperplasia endometrial. O seguimento dos pacientes é feito com dosagens hormonais, avaliação óssea anual, mamografia com ou sem US de mama, US de próstata e PSA.

Seguindo a palestra da Dra Amanda ouvimos a psicóloga e terapeuta sexual Dra. Jordana Fantini, que vem desenvolvendo um trabalho com transexuais no Hospital de Clínicas em São Paulo. Dra. Jordana colocou sua experiência na condução emocional desses pacientes, dizendo que a grande maioria deles a procura com muitos questionamentos e que o diagnóstico correto é imprescindível para a conduta



Dra. Jordana

adequada do caso. Relatou também que o acompanhamento psicológico é necessário durante o processo de terapia hormonal e antes da decisão de reversão do sexo genital pois, um período de 2 anos de boa adaptação ao novo sexo é necessário para a indicação cirúrgica. Finalizou colocando a psicoterapia como peça fundamental na construção da nova identidade não apenas sexual, mas também jurídica.

Por último, tivemos a brilhante palestra da Dr. Eloisio Alexsandro que veio nos trazer informações sobre indicações, táticas e técnicas cirúrgicas. Dr Eloisio é coordenador do grupo de urologia reconstrutora genital do hospital Pedro Ernesto- RJ,

onde realiza cirurgias de mudança de sexo há alguns anos. Iniciou sua palestra dizendo que “ninguém entra no bloco cirúrgico com um sexo e sai com outro” o processo é gradual, lento, sendo os 2 anos iniciais de acompanhamento cruciais para a indicação cirúrgica, que se torna apenas mais um passo de toda a transformação.



Dr. Alex

Dr Eloisio mostrou um trabalho recentemente publicado por seu grupo avaliando nível de satisfação dos pacientes durante todo o tratamento. Curiosamente os pacientes já se tornam muito satisfeitos apenas por serem escutados e entendidos, o que ocorre na acolhida feita pelo psicólogo e/ou psiquiatra no início do processo. A melhora da satisfação psicológica e social se intensificam com a reposição hormonal culminando no seu ponto máximo após a cirurgia e troca de documentação jurídica ($P < 0,001$).

Entre as táticas para a realização da cirurgia de correção de sexo nos pacientes MtF tem-se: orquiectomia bilateral, penectomia parcial, neoclitoroplastia, neocolpovulvoplastia. Dr Eloisio lembrou que a realização da neoclitoroplastia ajuda na manutenção da sensibilidade durante o ato sexual. Muitos pacientes, segundo ele aproximadamente 85%, mantêm o orgasmo durante o ato sexual após a cirurgia. A próstata e a vesícula seminal não são retirados e precisam ser avaliados durante a condução clínica pós-operatória.

Já os pacientes FtM são inicialmente tratados com técnicas de mudança corporal, não necessariamente genitais. A realização de mastectomia bilateral é uma delas, seguida de histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral laparoscópica. Posteriormente é realizada a cirurgia genital, embora com táticas e técnicas mais trabalhosas e de mais difícil execução.

Finalmente, um discurso comum entre todos os palestrantes é que a sociedade médica precisa modificar seu posicionamento perante esses pacientes. Nós, endocrinologistas, psiquiatras, cirurgiões não podemos nos furtar da responsabilidade de oferecer a esses pacientes um tratamento digno, correto e ético. O sofrimento e angústia pelos quais passam, não raramente desde a infância, precisam ser minimizados de maneira humanizada. Afinal, não foi pelo alívio do sofrimento humano que juramos?

Beatriz

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.