

Cirurgia de Redesignação Sexual pela Técnica de Inversão Peniana
Sexual Reassignment Surgery by Penile Inversion Technique

José Carlos Martins Jr*

José Vinicius S. Martins**

RESUMO: O presente artigo tem objetivo de descrever a cirurgia de redesignação sexual em mulheres transexuais por meio de inversão peniana, utilizada em um serviço especializado no Estado de Santa Catarina e discutir aspectos da técnica cirúrgica, da qualidade de vida e saúde física com suas consequências psicológicas e sociais, além da satisfação sexual pós cirurgia. **Materiais e métodos:** Revisão bibliográfica qualitativa de caráter descritivo-exploratório, incluindo análise crítica, interpretação literária e compreensão de textos selecionados referentes ao tema com descrição da técnica. **Conclusão:** A técnica de inversão peniana apresenta bons resultados quanto a estética e função, convívio social, melhora da qualidade de vida, saúde física e psicológica da mulher transexual.

Palavras-chave: Cirurgia de Readequação Sexual. Inversão peniana. Qualidade de vida. Saúde física e psicológica. Satisfação sexual.

ABSTRACT: This article aims to describe the sexual reassignment surgery in transgender women using the penile inversion technique performed in a specialized service in the state of Santa Catarina and to discuss aspects of the surgical technique, quality of life and physical health with its psychological and emotional consequences. social, in addition to post-surgery sexual satisfaction. **Materials and methods:** As a methodology, a qualitative bibliographical review of a descriptive-exploratory nature was used, including critical analysis, literary interpretation and understanding of selected texts related to the theme. **Conclusion:** The technique presents good results in terms of aesthetics and function, social interaction, quality of life, physical and psychological health of the transwoman.

Keywords: Sexual Reassignment Surgery. Penile Inversion. Quality of Life. Physical Health and psychologic, Sexual Satisfaction.

INTRODUÇÃO

Sociedades de Cirurgiões Plásticos em todo o mundo denominam a Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) por diversos termos, tais como procedimento cirúrgico de confirmação de gênero, cirurgia de realinhamento de sexo, e mais recentemente, cirurgia de afirmação de gênero. Tais termos seguem ainda alocados junto a diversos procedimentos cirúrgicos de reconstrução

* Médico, especialista em cirurgia plástica, especialista em cirurgia bucomaxilofacial, fellowship Hospital Universitário de Basel- Suíça, Membro do CBCP.

**Acadêmico da décima segunda fase do curso de Medicina da Faculdade Nove de Julho- SP.

sexual, tais como genitoplastia feminizadora, penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, metoidioplastia ou faloplastia (MANRIQUE et al., 2018).

É importante destacar que no Brasil, desde a publicação da Portaria No 457, de agosto de 2008, foi liberado o processo transexualizador disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); sendo que, em novembro de 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.803, ampliou referido processo, elevando o número de procedimentos hospitalares e ambulatoriais liberados, incluindo nessa os procedimentos para CRS de homens e mulheres trans.

Nessa temática é pertinente destacar que, em todo o mundo, é tido como mais habitual à busca de redesignação sexual entre mulheres trans, ato esse tido como verdade também no Brasil, onde dados do Ministério da Saúde indicam que entre 2015 e 2016 todas as CRS realizadas foram do masculino para o feminino;

Existe uma tendência da população leiga em confundir identidade de gênero, forma como um indivíduo se entende, com orientação sexual, maneira como esse indivíduo se relaciona afetivamente e/ou sexualmente com outra pessoa.

Por tanto, uma pessoa “trans” pode ter uma orientação homossexual, bissexual ou assexuada.

É pertinente enfatizar que o transgênero aparece como F64.0 na classificação internacional de doenças (ROSSI NETO et al., 2012).

A WPATH (world professional association for transgender health) emitiu uma declaração em 2010, para todo o mundo, despatologizando a variabilidade de gênero (WPATH, Board of Directors, 2010). Essa declaração afirmou que “a expressão das características de gênero, incluindo as identidades, que não estão associadas de maneira estereotipada com o sexo atribuído ao nascer, é um fenômeno humano comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo”.

A disforia de gênero (DG), ou transtorno de identidade de gênero (TIG), descreve o sofrimento que uma pessoa experimenta como resultado do sexo e do gênero que lhe foram atribuídos ao nascimento. Nesse caso, o sexo atribuído não corresponde à identidade de gênero da pessoa, o que leva a mesma a ser alocada na designação transgênero (HEYLENS et al., 2012. Pg.754).

Segundo a WPATH, as CRS necessárias incluem (1) histerectomia completa, (2) ovariectomia, (3) mastectomia bilateral, (4) reconstrução ou aumento do tórax, incluindo próteses mamárias se necessário, (5) reconstrução genital (vaginoplastia), a qual pode se dar através de diversas intervenções, variando a cada paciente, e (6) feminização facial. Além disso, outros

procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos também são considerados tratamentos necessários pela WPATH, incluindo a eletrólise facial, a harmonização facial e implantes capilares (SUTCLIFFE et al., 2009).

VAGINOPLASTIA

Vaginoplastia pode ser descrita como sendo um tipo de genitoplastia que resulta na construção ou reconstrução da vagina. A CRS embasada pela técnica de inversão peniana busca, basicamente, criar uma vagina ao inverter a pele do pênis, podendo essa se valer ou não de enxertos (BUNCAMPER et al., 2016).

Cabe destacar que existem diversas técnicas de vaginoplastia em mulheres trans, porém inexiste um padrão-ouro internacionalmente aceito para a mesma, em particular no que diz respeito a quais métodos permitem a criação de uma profundidade neovaginal suficiente; Sendo no entanto, um fato que a grande maioria dos cirurgiões têm preferência pela técnica de inversão peniana (HORBACH et al., 2015).

Em linhas gerais pode-se dizer que na inversão peniana a pele do pênis invertida é pediculada no abdome inferior servindo de revestimento da vagina criada, sendo a pele cortada para formar um retalho de tamanho apropriado, que muitas vezes, acaba sendo combinado com um enxerto escrotal e retalho uretral, a qual será em sequência mais profundamente apresentada no transcorrer da técnica cirúrgica (HORBACH et al., 2015).

Estudos relatam que em indivíduos adultos os riscos da vaginoplastia têm taxas e tipos de complicação variando segundo a técnica escolhida, sendo (BUNCAMPER et al., 2016; SILVA et al., 2018):

- Necrose da região clitoral- 1 - 3% das pacientes;
- Necrose da vagina criada cirurgicamente- 3,7 - 4,2% das pacientes;
- Encolhimento vaginal- 2 - 10% das pacientes;
- Estenose ou estreitamento do orifício vaginal- 12 - 15% das pacientes,
- Complicações da parede vaginal posterior, menos de 1% das pacientes;
- Dor genital- 4 - 9% das pacientes;
- Fístula retovaginal- 1% das pacientes;
- Prolapso vaginal- 1 – 2% das pacientes;

- Problemas relacionados ao esvaziamento da bexiga; 13% relatando melhora após duas semanas, 68% relatando nenhuma melhora e 19% relatando piora;
- Perda do controle da bexiga e incontinência urinária afetam em média 19% das pacientes.
- Infecções do trato urinário acometem, em média 32% das pacientes.

BUNCAMPER et al. em 2016 destaca que na técnica de inversão peniana pode-se necessitar complementos para:

- Aumento da profundidade do canal vaginal, o qual é criado ao se utilizar segmentos do intestino grosso ou delgado para referido canal, no entanto, tal usualidade é pouco difundida.
- Melhorar a aparência externa (lábios), com emprego de retalhos da pele peniana e escrotal ou enxertos advindos de outras partes do corpo.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A técnica de CRS, nesse estudo apresentada, foi descrita, em maiores detalhes, no artigo publicado por Sigurjonsson e colaboradores no ano de 2016; neste artigo apresento algumas modificações realizadas referentes ao retalho da bolsa escrotal ao qual preferimos usá-lo como enxerto.

Descrição da técnica

A paciente é colocada em posição de litotomia, sob anestesia geral (foto 1)



Foto 1 – Posição de litotomia

Inicialmente é feita a remoção da pele da bolsa escrotal, seguida de emagrecimento e fixada a um molde para se confeccionar o fundo da neovagina (foto 2). A orquiectômica clássica é na sequência realizada por ligadura dos funículos bilateralmente.



Foto 2- Pele da bolsa escrotal

A pele peniana é incisada distalmente ao longo da borda da glândula proximal ou através da pele do prepúcio, nos casos de planejamento dos pequenos lábios pela rotação deste retalho, separada dos corpos cavernosos e do tecido esponjoso através de um desenluvamento (foto 3).



Foto 3- Desenluvamento peniano

Um pedaço triangular da glândula proximal é retirado e dissecado do pênis, superficial à túnica albugínea para preservar a inervação e o suprimento vascular do tecido erógeno. Assim, um retalho sensorial é levantado para uso como um neoclitoris (foto 4).



Foto 4- Neoclitoris

A uretra é completamente dissecada dos corpos e dividida em um comprimento adequado antes que os restos penianos sejam amputados próximo à sínfise no radix, e cada corpo cavernoso é ligado.

O retalho contendo o neoclitoris é fixado ao púbis e em seguida atravessa o retalho uretral para que haja um forramento mucoso sob o mesmo compatível com o vestíbulo vaginal.

A criação do canal neovaginal na área entre a bexiga e o reto segue por dissecação aguda através da musculatura perineal e da rafe perineal. Uma vez que a musculatura contrátil tenha sido incisada, a dissecação romba sob palpação bimanual, direcionada para a próstata é realizada até que profundidade e largura suficientes sejam alcançadas. Um dilatador vaginal de 40 mm de diâmetro x 160 mm de comprimento é inserido para determinar um espaço neovaginal suficiente (Foto 5).



Foto 5- Dilatador

A pele do pênis é suturada ao enxerto de bolsa escrotal e invaginada para a cavidade neovaginal (foto 6). Não é indicado incisar a pele pré-pélvica nem dissecar a parte inferior do abdômen para preservar a máxima vascularização na pele do pênis. É interessante destacar ainda que a pele do pênis não deve ser ancorada no espaço neovaginal por sutura



Foto 6- Retalho suturado ao enxerto

Em seguida, são realizadas incisões fusiformes craniais à neovagina, sendo suturados o retalho e a uretra e pele do prepúcio para formação dos pequenos e grandes lábios (foto 7). As incisões laterais são fechadas por sutura e a cavidade neovaginal é preenchida com gaze de vaselina antes do curativo compressivo.



Foto 7- Pequenos e grandes lábios

Essa invaginação causa uma tração craniana significativa da pele, fazendo com que a comissura posterior se eleve para cobrir uma parte do orifício vaginal.

Em caso de sangramento ou contaminação fecal, a área cirúrgica é inspecionada, porém, os curativos são mantidos até o sétimo dia de pós-operatório, quando o cateter uretral será retirado. Essa invaginação causa uma tração craniana significativa da pele, fazendo com que a comissura posterior se eleve para cobrir uma parte do orifício vaginal. Em caso de sangramento ou contaminação fecal, a área cirúrgica é inspecionada, porém, os curativos são mantidos até o sétimo dia de pós-operatório, quando o cateter uretral será retirado.

DISCUSSÃO

A Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) pode ser descrita como sendo um procedimento cirúrgico que leva um indivíduo transgênero a deter um órgão sexual condizente a seu gênero identificado (MANRIQUE et al., 2018).

A primeira CRS em mulher trans realizada no mundo se deu em Berlim, no ano de 1931, em Dora Richter, a qual se tornou a primeira mulher transexual conhecida a se submeter à abordagem cirúrgica da vaginoplastia. Ritcher foi seguida por Lili Elbe, também no ano de 1931, a qual realizou CRS junto ao Dr. Magnus Hirschfeld, médico e sexólogo judeu alemão, sendo a CRS seguida de outros quatro procedimentos subsequentes, incluindo um transplante uterino mal sucedido que resultou em sua morte (MUNRO, 2016. Pg. 1).

É interessante enfatizar que a CRS é tida ainda como sendo parte de um tratamento para disforia de gênero junto a indivíduos transgêneros, sendo que, até poucos anos atrás, a mesma era liberada a ser empregada junto a indivíduos intersexuais que, por serem menores de idade (bebês e crianças), não dispunham de consentimento a tal ato, o que, historicamente, acabou por resultados catastróficos junto a diversos casos, incluindo transtorno de estresse pós-traumático e suicídio (SILVA et al., 2018). Em 2013 uma declaração do Relator Especial das Nações Unidas sobre a Tortura condenou o emprego de CRS não consensual junto a indivíduos intersexuais.

Nessa temática é pertinente destacar que no Brasil a CRS é mais comumente realizada junto a indivíduos fisiologicamente masculinos que buscam alcançar uma aparência genital feminina, sendo que essa só segue liberada de ser realizada junto aos mesmos quando esses detém (1) 18 anos de idade ou mais, (2) comprovado acompanhamento psicoterápico por, pelo menos um ano, (3)

laudo psicológico/ psiquiátrico favorável ao ato, e (4) diagnóstico de transexualidade médica comprovada (HORBACH et al., 2015).

No Brasil muitas CRS são realizadas fora sistema único de saúde, em unidades particulares, o que indica que no país existe uma grande e crescente procura por tal cirurgia, o que traz à tona a necessidade eminente de que mais cirurgiões voltem seus olhares a tal nicho de mercado, elevando assim seus entendimentos acerca da temática bem como das viabilidades de ação a mesma, de modo a dispor de melhores e mais bem sucedidas intervenções

Na conduta do paciente com ginecomastia o distúrbio psicológico é um dos principais sintomas, portanto a terapêutica psicológica deve ser associada, lembrando que o tratamento geralmente é por intervenção cirúrgica. No estudo em questão, o método por lipoaspiração e a técnica transareolopapilar no procedimento Pitanguy foi a que melhor removeu excesso de tecido dermocutâneo glandular e gorduroso, na experiência do cirurgião. Todos os pacientes submetidos ao tratamento com o emprego da técnica descrita ficaram satisfeitos aos 4 meses de pós-operatório, proporcionando uma melhor recuperação no processo de cicatrização da incisão cirúrgica. Os pacientes foram orientados a não elevar os braços por 20 dias, uso de colete de malha compressiva por 30 dias e evitar esforço físico em geral.

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE FÍSICA E SATISFAÇÃO GERAL APÓS CRS

Diversos estudos indicam que pacientes de CRS podem experimentar mudanças profundas em sua saúde física bem como na Qualidade de Vida (QV) após a cirurgia, as quais podem ser positivas ou negativas, explicando a importância dessas, antes de ser aprovada tal cirurgia, e as pacientes se mostraram profundamente conhecedoras/ informadas do que a CRS pode gerar em suas vidas como um todo a curto, médio e longo prazo, evitando assim arrependimentos (MANRIQUE et al., 2018).

Cabe destacar que, em face do aumento do número de CRS em todo o mundo, também se elevou, consideravelmente, o número de estudos tentando medir a QV e saúde física autopercebida de pacientes CRS.

Nesse contexto é pertinente enfatizar que a maioria desses estudos se utilizam de escalas variadas, sendo que nessas, de um modo geral, é observado que as transexuais após a CRS, classificaram sua QV autopercebida como sendo —normal ou —muito boa; No entanto, a pontuação geral desses segue menor do que o grupo controle nos estudos.

Nesse ponto deve ser destacado, porém que existem poucos, no entanto válidos estudos que evidenciam nível similar de QV entre indivíduos transexuais após CRS e grupo controle, sendo um bom exemplo o estudo de Gomez-Gil e colaboradores (2014); Porém, esses só se mostram igualitários após 15 meses da CRS, o que pesquisadores indicam ser decorrente de certas limitações físicas e pessoais percebidas pelas pacientes após a CRS, que ao longo dos anos são superadas ou ganham menor valor.

É importante, sob tal foco lembrar que já em 2009 Kuhn e colaboradores indicavam as falas de Gomez-Gil e colaboradores (2014), sendo ainda em seu estudo indicado que a QV de pacientes transexuais após CRS pode variar segundo uma ampla gama, tais como:

- Variação hormonal - homens trans obtiveram uma pontuação de QV e saúde mais alta do que as mulheres trans o que, segundo especialista, pode estar ligado aos níveis mais elevados de testosterona circulante;
- Aparência física compatível ao máximo possível; a redesignação sexual de mulheres trans que se submeteram à cirurgia atrelada à feminização, em especial da face, relataram uma maior QV e satisfação geral em diferentes aspectos do que as mulheres trans que não se valeram de tal feminização.

Dentro dessa temática vale ressaltar que em 2017 Lindqvist e colaboradores publicam estudo que objetivou examinar a QV de mulheres transexuais submetidas à cirurgia de CRS; Para tanto, pesquisadores realizaram um estudo de corte prospectivo em 190 pacientes submetidos à CRS de masculino para feminino no Karolinska University Hospital entre 2003 e 2015, utilizando a versão sueca do indicador percentual Short Form-36 Health Survey (SF-36), a dimensionar a QV em oito domínios. Foi assim empregado questionário junto às pacientes no pré-operatório, bem como a 1, 3 e 5 anos de pós-operatório.

Os resultados foram comparados entre os diferentes pontos de medida, bem como entre o grupo de estudo e a população em geral, conferindo que na maioria das dimensões do questionário SF-36, as mulheres transexuais relataram menor QV que a população em geral. Os escores do SF-36 mostraram uma tendência, não significativa, a ser menor 5 anos pós-CRS comparado ao pré-operatório, uma queda consistente com a da população geral.

A autopercepção da saúde em comparação com um ano antes aumentou no primeiro ano pós-operatório, após o qual diminuiu. Atos esses que levaram pesquisadores a concluir que as mulheres transgêneros geralmente têm uma menor QV em comparação com a população geral. A

CRS leva a uma melhora no bem-estar geral como uma tendência, mas a longo prazo, a QV diminui ligeiramente em linha com a do grupo de comparação.

Em 2018 Manrique e colaboradores publicam o estudo intitulado *Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty — Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis*, onde objetivaram verificar meios de minimizar as complicações cirúrgicas e melhorar os resultados das pacientes transexuais.

Para tanto se utilizaram de Revisão Sistemática e Metanálise de artigos selecionados, em vários bancos de dados entre 1985 e 2017, que foram selecionados segundo o atendimento dos critérios especificados de inclusão e exclusão sendo esses ainda submetidos ao modelo de efeitos aleatórios DerSimonian e Laird.

Como resultado tiveram um total de 471 artigos inicialmente identificados, dos quais 46 atenderam a critérios de elegibilidade, onde se conferiu que (1) 3716 casos foram analisados, (2) a incidência global de complicações incluiu o seguinte: 2% (1% a 6%) de fístula, 14% (10% a 18%) de estenose e estenoses e 1% (0% a 6%) de necrose tecidual e 4% (2% -10%) prolapso (limites superior e inferior do intervalo de confiança de 95%), e (3) o índice de satisfação geral das pacientes com a CRS de técnica de inversão peniana é de cerca de 93% sendo que desses 90% indicam deter ótimos resultados funcionais e estéticos, 70% indicam deter ótimos resultados no alcance do orgasmo devido a alta sensibilidade genital e 1% indicam deter arrependimento após a CRS com inversão peniana.

Os resultados levaram os pesquisadores a concluir que múltiplas técnicas cirúrgicas demonstraram meios seguros e confiáveis de vaginoplastia, porém a CRS com o uso da técnica de inversão peniana dispõe às pacientes uma melhor QV geral percebida, em especial pela alta sensibilidade genital preservada pós cirurgia.

No que refere foco a sensibilidade genital da transexual após a CRS, estudos indicam que, dependendo da técnica, procedimentos cirúrgicos empregados, a mulher trans pode ser capaz de manter a sensibilidade genital, igual ou superior, a antes do ato cirúrgico, porém isso nem sempre é possível junto a homens trans.

É interessante destacar que, considerando a importância da sensibilidade genital a dispor uma melhor QV aos indivíduos após a CRS, muitas técnicas inovadoras têm sido discutidas a permitir, em especial ao homens trans, uma maior sensibilidade tátil nas áreas erógenas, as quais tem indicado que técnicas que desprendem menores danos e/ ou lesões à base genital e preservem ao máximo o clitóris junto ao falo construído, apresentam maiores chance de viabilizar mais

sensibilidade local no genital, viabilizando a existência de um maior desejo por dispor ereção a prótese a inserir a mesma em um ato sexual (AINSWORTH; SPIEGE, 2010).

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DA CRS

Após a CRS, transexuais tendem a serem menos disfóricos, o que os permite participar, social e psicologicamente, mais ativamente na comunidade.

Wierckx e colaboradores (2011) indicam ainda que após a CRS:

- Níveis de ansiedade, depressão e hostilidade se mostram menores junto aos pacientes
- Os pacientes tendem a pontuar bem para a saúde mental autopercebida, a qual é dimensionada de um modo independente à satisfação sexual.
- A maioria das pacientes relata se sentirem felizes e satisfeitas com a CRS sendo que, a maioria dos estudos, indicam que menos de 2% das pacientes expressam arrependimento com a CRS.

No que refere especificamente ao arrependimento após a CRS, estudos como o de Dhejne e colaboradores (2011) destacam que esse pode decorrer à disforia de gênero não resolvida, ou a um senso de identidade fraco e flutuante, o qual pode levar a paciente, até mesmo, ao suicídio, sendo por isso vital que antes de ser liberado uma paciente a CRS tenha esse um aval psicológico minucioso acerca de viabilidade ao mesmo.

Norton e Herek (2013) e Jokić-Begić e colaboradores (2014) corroboram que após a CRS, as transexuais começam a se perceber inseridas em ambientes novos, podendo essas se tornarem vítimas de diversos obstáculos sociais, tais como discriminação, preconceito e comportamentos estigmatizantes, os quais se mostram muito mais graves e intensos do que os desprovidos a indivíduos LGBT; Tais ambientes podem desencadear ou piorar a transfobia internalizada, a depressão, a ansiedade e o estresse pós-traumático à CRS, podendo ceder às pacientes pós CRS sentimentos de profundo arrependimento.

Assim, faz-se vital que as pacientes trans que buscam pela CRS percebam que o resultado da CRS muda não só a estética como o psicológico da mesma, bem como dos que o circundam em sociedade, levando literalmente tudo ao seu redor direta ou indiretamente, também mudar. Portanto, é imprescindível que pacientes após CRS detenham de apoio psicológico frequente e, a fim de

melhor se adaptarem às mudanças, bem como para se sentirem mais aceitas e confiantes/ felizes com os resultados cirúrgicos.

Adams (2012) e Hess e colaboradores (2014) lembram que embora estudos tenham sugerido que as consequências positivas, sociais e psicológicas da CRS superam as consequências negativas dessa, deve ser lembrado que a maioria dos estudos com tais indicativos detém de resultados falhos, tendo visto a incapacidade desses alcançarem o público total das CRS na pesquisa/ análise. Referidos autores lembram ainda que muitos estudos a cerca dos resultados após a CRS são falhos também em bases metodológicas, no que conferem controles randomizados duplocegos, número de participantes, baixas taxas de acompanhamento entre outros.

SATISFAÇÃO SEXUAL

De um modo amplo, pode ser dito que a maioria das transexuais após a CRS relata desfrutar de uma vida sexual melhor e mais satisfatória, sendo tal indicação, quase sempre, entendida como mais ligada às novas características sexuais primárias (estética) do que com a excitação ou alcance de orgasmos pelos mesmos.

Segundo Bockting (2014), tal ato é indicado como sendo fato por diversos estudos, os quais relatam que antes de passarem pela CRS, as pacientes transexuais possuíam órgãos sexuais indesejados o que as tornavam frígidas e pouco entusiasmadas em se envolver em atividades sexuais; Porém, com a CRS esses indivíduos começam a se sentir altamente satisfeitas consigo e por conseguinte com tudo que o novo mundo sexual lhes pode ofertar, encarando qualquer resultado como positivo e excitante, mesmo que o alcançado não lhe propicie orgasmos.

Sob tal foco deve ser enfatizado que o orgasmo advém da sensibilidade erógena de cada indivíduo, podendo o orgasmo atingido com a masturbação ou com as relações sexuais ser utilizado como dimensionador do percentual de sensibilidade genital alcançado após a CRS (AINSWORTH; SPIEGE, 2010). Muitos estudos indicam que:

- Tanto homens trans como mulheres trans relataram um aumento de orgasmos tanto na masturbação com nas relações sexuais;
- Indivíduos transexuais, após a CRS, de femininos para masculinos relataram experimentar excitações mais intensas e curtas, enquanto indivíduos do sexo masculino para o sexo feminino indicam experimentar excitação menos intensa, porém mais prolongada;

- Indivíduos transexuais, após a CRS, indicam aumentar a frequência geral da prática da masturbação, sendo que desses somente 78% indicam atingir o orgasmo com a masturbação após a CRS;
- A masturbação é mais frequente junto a indivíduos que passaram do sexo feminino para o masculino, o que pode estar ligado à onda de libido que é causada pelas terapias de testosterona ou pela retirada da disforia de gênero;
- Ao comparar transexuais com indivíduos biológicos do mesmo sexo, as mulheres trans após CRS apresentam uma satisfação sexual semelhante, porém inferior, às mulheres biológicas.
- Ao comparar transexuais com indivíduos biológicos do mesmo sexo, os homens trans apresentam um nível mais baixo de satisfação sexual para os homens biológicos. Além disso, os homens trans também apresentam uma satisfação sexual mais baixa quando comparada a vida sexual de mulheres trans.

Em 2005 Cuypere e colaboradores publicaram estudo de acompanhamento de longo prazo de 55 pacientes transexuais (32 homens-para-mulheres e 23 mulherespara-homens) após a cirurgia de CRS, a fim de avaliar o resultado sexual e de saúde geral dos mesmos. Os mesmos relataram que existiram poucas e pequenas morbidades observadas no grupo de pacientes, sendo essas reversíveis com o tratamento adequado.

Pesquisadores ainda observaram uma tendência para problemas de saúde o que, possivelmente poderia ser explicada pela idade avançada e hábitos de tabagismo dos pacientes.

Após a CRS, as expectativas do transexual foram atendidas em um nível emocional e social, porém em menor proporção no nível físico e sexual, embora um grande número de transexuais (80%) tenha relatado melhora em sua sexualidade.

As pacientes relataram que detém de excitação sexual e atingem, mais facilmente, o orgasmo. A maioria das participantes relatou uma mudança no orgasmo em si, no que tange a direção, a potência e a intensidade, seguindo esse mais suave e mais duradouro. Dois terços das pacientes relataram a secreção de um fluido vaginal durante a excitação sexual, o que pode decorrer das glândulas de Cowper que podem ser deixadas no lugar durante o ato cirúrgico.

No ano de 2009 Jarolim e colaboradores publicaram estudo que buscou avaliar os resultados da CRS em transexuais masculinos para femininos por meio de um estudo de seguimento retrospectivo de três meses onde foram coletadas as opiniões de 129 pacientes após a CRS com um

procedimento primário (oito dos quais tiveram posterior sigmoideocoloplastia) e cinco pacientes submetidos à reoperação após um procedimento inicial sem sucesso em outras unidades.

Como resultado foi encontrado que todos os pacientes estavam satisfeitos com a operação da primeira fase. Treze pacientes (9,7%) foram submetidos com sucesso a sigmoideocoloplastia. As principais complicações foram as seguintes: lesões retais desenvolvidas durante o preparo do canal vaginal (1,5%); sangramento do coto da uretra encurtada nas primeiras 48 horas de pós-operatório, requerendo sutura secundária (4,5%); retenção urinária temporária requerendo inserção repetida de cateteres urinários por até 6 dias (5,2%); e cicatrização da sutura entre o períneo e o aspecto posterior da cicatrização introitus vaginal por segunda intenção (5,2%). O neoclitoris teve sensibilidade erógena em 93,9% dos pacientes e 65,3% atingiram o orgasmo nos primeiros três meses; Concluindo que a conversão cirúrgica da genitália é uma fase segura e importante do tratamento de transexuais masculinos para femininos.

Em 2014 Hess e colaboradores publicaram estudo com o objetivo de dimensionar o índice de satisfação com a CRS de homem para mulher. Para tanto esses se utilizaram de 254 pacientes consecutivos que haviam sido submetidos à CRS de homem para mulher no Departamento de Urologia de um Hospital Universitário, os quais preencheram, retrospectivamente, um questionário sobre sua satisfação pós-operatória subjetiva.

Os resultados evidenciaram que 119 (46,9%) pacientes preencheram e retornaram os questionários, com média de 5,05 anos após a cirurgia (desvio padrão de 1,61 anos, variação de 1 a 7 anos), 90,2% disseram que suas expectativas de vida como mulher foram satisfeitas no pós-operatório, 85,4% se consideravam mulheres, 61,2% estavam satisfeitos e 26,2% muito satisfeitos, com aparência externa de mulher; 37,6% estavam satisfeitos e 34,4% muito satisfeitos com o resultado funcional. Evidenciaram ainda que 65,7% disseram estar satisfeitos com a atual vida sexual agora alcançada.

Resultados esses que levaram os pesquisadores a concluir que a CRS é benéfica, destacando porém, que os achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que metade dos questionários foram devolvidos sem estarem preenchidos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) quando disposta junto a pacientes transexuais por meio da técnica de inversão peniana, pode ceder a essas, bons resultados quanto a

estética, convívio social, qualidade de vida, saúde física e psicológica e satisfação sexual, tendo visto que menos de 2% desses indicam arrependimento pós ato cirúrgico.

É importante serem cedidos maiores incentivos a pesquisadores brasileiros, interessados na Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) por meio da técnica de inversão peniana, a disporem de estudos com acompanhamentos mais dinâmicos e longos. Tal ato cederia melhores e mais seguros parâmetros sobre referido conteúdo temático, gerando novos horizontes aos médicos interessados, bem como viabilizando que esses detivessem de maiores certezas e menores apostas sobre resultados da CRS com a referida técnica cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, C. Does Gender Reassignment Surgery Lead to Happiness?. Publicado Ago 2012. Disponível em: <https://www.washingtoncitypaper.com/columns/straightdope/article/13042925/does-gender-reassignment-surgery-lead-to-happiness>. Acesso Abril 2018.
- AINSWORTH, T. A.; SPIEGE, J. H. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*. September 2010, Volume 19, Issue 7, pp 1019–1024. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-010-9668-7>).
- BOCKTING, W. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York, NY, USA: Springer. 2014.
- BUNCAMPER, M. E. et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Nov;138(5):999-1007. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27782992>).
- CUYPERE, G. et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005 Dec;34(6):679-90. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16362252>).
- DHEJNE, C. et al. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*. 6 (2): e16885. Bibcode:2011.(<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>).
- GOMEZ-GIL, E. et al. Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Qual Life Res*. 2014 Mar;23(2):669-76. doi: 10.1007/s11136-013-0497-3. Epub 2013 Aug 13. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23943260>).
- HESS, J. et al. Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery. *Dtsch Arztebl Int*. 2014 Nov; 111(47): 795–801. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261554/>).

HEYLENS, G. et al. Gender Identity Disorder in Twins: A Review of the Case Report Literature. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012. 8 (3): 751-757. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146048>).

HORBACH, S. E. et al. Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med*. 2015 Jun;12(6):1499-512. doi: 10.1111/jsm.12868. Epub 2015 Mar 26. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817066>).

JAROLIM, L. et al. Gender reassignment surgery in male-to-female transsexualism: A retrospective 3-month follow-up study with anatomical remarks. *J Sex Med*. 2009 Jun;6(6):1635-1644. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01245.x. Epub 2009 Mar 30. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19473463>).

JOKIĆ-BEGIĆ, N. et al. Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia. *The Scientific World Journal*. 2014:960745. (<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/960745/>).

KUHN, A. et al. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril*. 2009 Nov;92(5):1685-1689.e3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.126. Nov6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18990387>).

LINDQVIST, E. K. et al. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *Eur J Plast Surg*. 2017; 40(3): 223–226. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440516/>).

MANRIQUE, O. J. et al. Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty —Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Plastic Surgery*. June 2018 - Volume 80 - Issue 6 - p 684-691. (https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Citation/2018/06000/Complications_and_Patient_Reported_Outcomes_in.19.aspx).

MUNRO, D. Trans media watch: A trans timeline. Publicado Jun 2016. Disponível em: <http://www.transmediawatch.org/timeline.html>. Acesso Abril 2018.

NORTON, A. T.; HEREK, G. M. Heterosexuals' attitudes toward transgender people: findings from a national probability sample of us adults. *Sex Roles*. 2013. 68 : 738– 753. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-011-0110-6>).

ROSSI NETO, R. et al. Gender reassignment surgery - a 13 year review of surgical outcomes. *Int. braz j urol*. vol.38 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2012. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167755382012000100014).

SIGURJONSSON, H. et al. Solely Penile Skin for Neovaginal Construction in Sex Reassignment Surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016 Jun; 4(6): e767. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4956879/>).

SILVA, R. U. M. et al. Passo a passo masculino para cirurgia feminina transexual. *Int. braz j urol*. 2018, vol.44, n.2, pp.407-408. ISSN 1677-5538. (<http://dx.doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2017.0044>).

SUTCLIFFE, P. A. et al. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009; 62: 294-306; discussion 306-8. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222742>).

WIERCKX, K. et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine.* 2011. 8 (12): 3379–3388. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21699661>)