

Vaginoplastia de afirmação de género: Relação com a diminuição do risco de suicídio e melhoria da qualidade de vida

Catarina Maria Gonçalves Reis Oliveira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutora Maria Silvina Salvado Fontes
Co-orientador: Prof. Doutor Paulo Guilherme Lopes Azinhais

Maio de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Catarina Maria Gonçalves Reis Oliveira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41108 de/o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã, 15 /5 /2024

Catarina Maria Gonçalves Reis Oliveira

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

A todas as mulheres, à frente do seu tempo, que trilharam caminhos de liberdade.

À Sofia.

A todas as Sofias, da Covilhã e do mundo.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus Orientadores, Prof. Doutora Silvina Fontes e Prof. Doutor Paulo Azinhais, pelo acompanhamento incansável, apoio constante e pelos conselhos sábios, pacientes e pragmáticos.

À Faculdade de Ciências da Saúde, por ser a minha casa há 6 anos e a materialização do meu maior sonho.

Aos meus amigos, por me darem colo em todos os momentos, por trazerem brilho ao meu percurso e por serem a verdadeira família que escolhi.

À Isabel, pelo ombro amigo, abraço e sorriso fácil. Pelo apoio constante em todos os momentos. Pela disponibilidade e amor.

À Carolina, por ser a minha metade e o meu maior apoio nos últimos 6 anos. Por termos descolado nesta viagem no primeiro dia e hoje aterrarmos juntas no destino. Por ser o meu combustível. Não imagino viagem sem ti.

Aos meus irmãos, Miguel e Dinis, por me lembrarem todos os dias do que verdadeiramente importa. Por serem a motivação de querer fazer mais e ser melhor.

Aos meus pais, Celeste e Duarte, por serem os pilares da minha vida e existência e me terem educado no amor, na tolerância e na empatia. A vocês, devo tudo o que sou.

Resumo

A vaginoplastia de afirmação de gênero é um dos procedimentos cirúrgicos que integra o processo de afirmação de gênero das mulheres transgênero. Para a maioria das mulheres transgênero, representa a última de muitas etapas médico-cirúrgicas que surtem efeitos transformadores na sua saúde física e bem-estar mental.

As pessoas transgênero e de gênero diverso e, nomeadamente, as mulheres transgênero, são uma população particularmente suscetível no que concerne a problemas do âmbito da saúde mental, apresentando uma prevalência superior de depressão, risco de suicídio e consumo abusivo de substâncias consideravelmente superiores às da população cisgênero, estando estes valores comumente associados à elevada violência, discriminação e estigmatização que experienciam, bem como à pobre auto-imagem e relação com o próprio corpo. Por estas razões, a vaginoplastia de afirmação de gênero representa, para muitas mulheres transgênero, uma das formas de diminuir o sofrimento psicológico associado à sua incongruência de gênero.

Posto isto e tendo em conta que, de acordo com a literatura, a procura por este tipo de cirurgias nos últimos anos tem aumentado consideravelmente, importa compreender concretamente de que forma impacta a vaginoplastia de afirmação de gênero a qualidade de vida das mulheres transgênero e se esta representa, efetivamente, um fator protetor para o risco de suicídio desta população. Este é um dos debates mais relevantes nesta área, visto que a maioria das instituições governamentais decidem a inclusão destas cirurgias nos seus planos com base na prova mais ou menos estabelecida de que estas irão contribuir para a melhoria da qualidade de vida e, essencialmente para a diminuição do risco de suicídio destas pessoas.

Palavras-chave

Vaginoplastia; Transgênero; Disforia de Gênero; Saúde Mental; Suicídio; Qualidade de Vida

Abstract

Gender affirming vaginoplasty is one of the surgical procedures that is part of the gender affirming process for transgender women. For most transgender women, it represents the last of many medical-surgical steps that have transformative effects on their physical health and mental well-being.

Transgender and gender diverse people, and transgender women in particular, are a particularly susceptible population when it comes to mental health problems, with a higher prevalence of depression, suicide risk and substance abuse than the cisgender population, which are commonly associated with the high level of violence, discrimination and stigmatization they experience, as well as their poor self-image and relationship with their own bodies. For these reasons, gender affirming vaginoplasty represents, for many transgender women, one of the ways to reduce the psychological suffering associated with their gender incongruence.

Having this said and bearing in mind that, according to the literature, the demand for this type of surgery has increased considerably in recent years, it is important to understand specifically how gender affirming vaginoplasty impacts on the quality of life of transgender women and whether it actually represents a protective factor for the suicide risk in this population. This is one of the most relevant debates in this area, since most government institutions decide to include these surgeries in their plans based on more or less established proof that they will contribute to improving the quality of life and, essentially, to reducing the suicide risk of these people.

Keywords

Vaginoplasty; Transgender; Gender Dysphoria; Mental Health; Suicide; Quality of Life

Índice

1	Introdução	1
2	Objetivos	5
3	Materiais e Métodos	7
4	Incongruência e Disforia de Gênero	9
4.1	Definições	9
4.2	Epidemiologia	10
4.3	Etiologia	11
4.4	Tratamento	12
5	Vaginoplastia de afirmação de gênero	16
5.1	Enquadramento histórico	16
5.2	Critérios de elegibilidade e contraindicações	17
5.3	Técnica cirúrgica	18
5.4	Complicações pós-cirúrgicas	22
6	Risco de suicídio	26
6.1	<i>Minority stress</i>	27
6.2	Vaginoplastia e saúde mental	32
7	Qualidade de vida	39
7.1	Qualidade de vida	39
7.2	Limitações	42
8	Conclusão	44
9	Referências Bibliográficas	47

Lista de Figuras

Figura 1: Abordagem multidisciplinar no processo de afirmação de género.....	14
Figura 2: Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido (marcação, incisão e orquidectomia bilateral).....	20
Figura 3: Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido (separação do corpo esponjoso e feixe neurovascular).....	21
Figura 4: Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido (integração do retalho peno-escrotal e pós-operatório).....	21
Figura 5: Modelo explicativo da <i>minority stress theory</i>	31

Lista de Tabelas

Tabela 1: Classificação de Clavien-Dindo.....	23
---	----

Lista de Acrónimos

DSM-3	3 ^a edição do <i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
DSM-5	5 ^a edição do <i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
EUA	Estados Unidos da América
GRP	Gabinete de Relações Públicas
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
ICD-11	11 ^a edição da <i>International Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
LGBTQIA+	Lésbicas, <i>gays</i> , bissexuais, transexuais, <i>queer</i> , intersexuais, assexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
SF-36	<i>36-Item Short Form Health Survey</i>
SOC-8	<i>Standards of Care da World Professional Association for Transgender Health</i>
TGD	Transgénero e de género diverso
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument</i>

Capítulo 1 - Introdução

Nos últimos anos, muito se tem caminhado no sentido de compreender a complexidade do espectro que é a identidade de género e a sua respetiva influência na sociedade moderna. O termo “transgénero e de género diverso” (TGD) inclui todas as pessoas com identidades ou expressões de género diferentes do sexo que lhes foi atribuído à nascença e, portanto, mulheres transgénero, homens transgénero e indivíduos cuja identidade de género é não binária. Abrange, assim, pessoas de diferentes comunidades a nível global, com experiências, identidades e linguagens específicas, que possam diferir das conceptualizações ocidentais, razão pela qual será utilizado neste trabalho (1).

Algumas pessoas TGD podem experienciar disforia de género que é definida, segundo a classificação DSM-5 (5ª edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*), como um sofrimento biopsicossocial clinicamente significativo causado pela sua incongruência de género, situação na qual existe uma discrepância entre a aparência anatómica aquando do nascimento e a identidade de género do indivíduo (2). Posto isto, a pessoa cujas características sexuais primárias e secundárias congénitas são masculinas, mas que se identifica como mulher, é designada mulher transgénero. A prevalência da disforia de género tem aumentado significativamente nos últimos anos e, embora seja difícil calcular esse valor de forma precisa, estima-se que a prevalência da disforia de género em mulheres transgénero seja de, aproximadamente, 5 a 14 em cada 1000 adultos globalmente (1,3-5).

Por serem uma população minoritária e, por isso, particularmente suscetível, as pessoas TGD apresentam indicadores de saúde mental expressivamente inferiores aos da população cisgénero, nomeadamente no que concerne à prevalência de depressão, ansiedade, consumo abusivo de substâncias, ideação suicida e tentativas de suicídio. Ademais, dentro desta população, a bibliografia demonstra que a carga de doença mental associada às mulheres transgénero é superior à da restante população TGD. Esta discrepância é frequentemente explicada pelos elevados índices de estigmatização, discriminação, marginalização económica, rejeição social, violência e, essencialmente, ao elevado sofrimento psicológico associado à disforia de género experienciada por muitas mulheres transgénero (1,6,7).

De acordo com os *Standards of Care da World Professional Association for Transgender Health* (SOC-8), na última década a procura de apoio e tratamento médico de afirmação de género por parte da população transgénero e de género diverso tem aumentado, o que vem sublinhar a necessidade de compreender quais as alternativas

terapêuticas nesta área e qual a sua relação com a melhoria da qualidade de vida das mulheres transgênero (1).

As cirurgias de afirmação de gênero são um componente essencial ao processo de transição das pessoas TGD, visto que representam, para muitas delas, a única forma de diminuir o sofrimento psicológico associado à incongruência corporal que experienciam. No caso das mulheres transgênero, a vaginoplastia de afirmação de gênero é a cirurgia genital realizada e consiste na criação cirúrgica de uma vulva feminina, que inclui o clitóris e os lábios menores, além de uma cavidade vaginal com profundidade e diâmetro suficientes que permitam a penetração. Existem várias opções cirúrgicas para a sua realização, no entanto, a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido é o método *gold-standard* e envolve, normalmente, uma penectomia, orquiectomia bilateral, construção do neoclitóris, vulvoplastia e a construção do canal vaginal (8,9).

A prevalência de complicações pós-operatórias depois da realização da vaginoplastia situa-se algures entre os 20 e os 70%, sendo a maior parte geridas sem a necessidade de uma revisão cirúrgica. A estenose do canal vaginal é uma das complicações pós-operatórias mais frequentes e deve-se, na maior parte dos casos, a uma colaboração deficiente na dilatação pós-operatória. A dor pélvica/genital é a segunda complicação mais frequente e a principal associada à diminuição da qualidade de vida depois da realização da vaginoplastia (2,8,9).

Embora exista uma considerável prevalência de complicações pós-operatórias da vaginoplastia de afirmação de gênero, tem sido verificado que esta cirurgia contribui para a melhoria da qualidade de vida das mulheres transgênero. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (10). De forma global, segundo a literatura, a vaginoplastia, tem um impacto positivo na qualidade de vida das mulheres transgênero, nomeadamente nos campos da saúde mental e bem-estar, sexualidade, auto-estima e satisfação com o próprio corpo, bem como na facilitação das suas relações interpessoais (1–3,11–13).

Devido à elevada procura por este tipo de procedimentos na última década, tem sido estudada a relação entre a realização da vaginoplastia de afirmação de gênero e a melhoria da qualidade de vida das mulheres transgênero, tanto na esfera biopsicossocial, como concretamente na sua saúde mental, nomeadamente na diminuição do elevado risco de suicídio verificado nesta população. Esta associação tem sido, no entanto, difícil

de estabelecer, tendo em conta que a maior parte da evidência existente resulta de estudos com bastantes limitações e amostras relativamente pequenas para inferir tais conclusões. Embora alguns estudos demonstrem uma diminuição dos índices de ideação suicida e número de tentativas de suicídio pós-cirurgia, outros reportam que o número de tentativas de suicídio permanece igual ou superior nas mulheres transgênero pós-transição (14).

Dada esta premissa, atualmente, é cada vez mais necessário perceber as nuances e variáveis desta relação, de forma a que se possa discutir a implementação de legislação que proteja a saúde das mulheres transgênero pelos Sistemas de Saúde dos países, visto que o acesso aos procedimentos cirúrgicos associados ao processo de afirmação de gênero não é transversal a nível global e em muito depende das suas consequências na qualidade de vida e, sobretudo, no risco de suicídio destas pessoas.

Capítulo 2 - Objetivos

O objetivo primordial deste trabalho é analisar qual o impacto da realização da vaginoplastia de afirmação de gênero na diminuição do risco de suicídio das mulheres transgênero e respetiva influência na sua qualidade de vida. Sendo assim, os pilares do presente trabalho são:

- a) Compreender o que é a disforia de gênero e de que forma condiciona a vida das mulheres transgênero;
- b) Conhecer a complexidade de fatores que influenciam a saúde mental das mulheres transgênero, nomeadamente que contribuem para o elevado risco de suicídio desta população específica;
- c) Perceber se a vaginoplastia de afirmação de gênero poderá ser um fator protetor em relação ao elevado risco de suicídio das mulheres transgênero;
- d) Analisar a influência da realização da vaginoplastia de afirmação de gênero na qualidade de vida das mulheres transgênero.

Capítulo 3 – Materiais e Métodos

De forma a recolher a informação necessária para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistematizada nas plataformas *PubMed*, *ELSEVIER* e *Google Scholar*. Foram utilizadas as palavras-chave “*vaginoplasty*”, “*gender-affirming surgery*”, “*mental health*” e “*gender dysphoria*”, tendo sido selecionados apenas artigos publicados entre 2014 e 2023. Desta pesquisa, foram encontrados 74 artigos, tendo sido selecionados 41 para análise, sendo selecionados apenas artigos cujos participantes dos estudos fossem maiores de idade. Foram analisados artigos em inglês e português. Utilizaram-se, ainda, dois livros, “*Urological Care for Transgender Patient*” e “*Standards of Care da World Professional Association for Transgender Health*” e recorreu-se ao site da Organização Mundial da Saúde.

Em janeiro de 2023 realizou-se uma nova pesquisa na plataforma *PubMed*, de forma a efetuar um estudo mais alargado de algumas das temáticas e completar a informação recolhida. Utilizaram-se as palavras-chave “*quality of life*”, “*gender-affirming surgery*” e “*transgender*”, com um espetro de seleção entre 2009 e 2023. Foram encontrados 22 artigos, tendo sido selecionados 12 para análise.

Concluída a análise bibliográfica, foram selecionados no total 53 artigos para a realização deste trabalho.

Capítulo 4 – Incongruência e Disforia de Gênero

4.1 Definições

Todos os indivíduos experienciam múltiplas identidades nos diferentes espectros da sua existência, vulgo as identidades étnica, cultural ou profissional. Segundo a OMS, a identidade de gênero define-se como a “experiência de gênero profundamente sentida, interna e individual de uma pessoa, que pode ou não corresponder à fisiologia da pessoa ou ao sexo designado à nascença” (15). É, por isso, normalmente expressada pelo indivíduo de acordo com um papel de gênero, que inclui comportamentos e atitudes que se integram num determinado contexto cultural, social e histórico.

Enquanto que, há menos de 50 anos atrás, conceitos como “identidade de gênero” e “sexo atribuído à nascença” pareciam algo abstratos e os papéis de gênero do homem e mulher se encontravam bem definidos, na sociedade moderna atual existe uma maior recetividade e compreensão das questões relacionadas com o gênero e a sexualidade, sendo cada vez mais notório que o modelo binário homem/mulher não se aplica a muitas pessoas. Segundo a 11^a edição da *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11), existe uma incongruência de gênero quando a identidade de gênero e o sexo atribuído à nascença de um indivíduo não são compatíveis, podendo a pessoa identificar-se como homem, mulher ou pessoa não binária (1,6,16). É muito importante, no entanto, ter-se em consideração que a incongruência de gênero não é considerada, atualmente, uma patologia do espectro da saúde mental, mas sim uma condição que pode ser experienciada por qualquer pessoa.

A disforia de gênero, por outro lado, é reconhecida como uma patologia pelo DSM-5 e refere-se às situações em que a incongruência de gênero representa um sofrimento significativo para o indivíduo. Esta definição engloba, assim, um espectro significativo de identidades de gênero, além do modelo binário. Em 1980, foi descrito no DMS-3 pela primeira vez um diagnóstico relacionado com a identidade de gênero – o transexualismo, que se referia ao “desconforto e inadequação do sexo biológico do indivíduo, além do desejo de trocar os seus genitais e abraçar a sua identidade de gênero”. No entanto, ao longo dos anos, a terminologia foi sendo adaptada aos novos contextos sociais e culturais e este termo caiu em desuso, tendo sido adotado o termo guarda-chuva “distúrbios de identidade de gênero”.

Apesar de esta classificação facilitar a abordagem clínica às pessoas transgénero e de género diverso, o diagnóstico de disforia de género continua a ser alvo de estigma, por ser muitas vezes associado a anormalidade pela sociedade. Assim, continua a existir alguma discussão no sentido de compreender qual a melhor forma de classificar as pessoas TGD à luz do conhecimento médico, tentando-se que não haja uma patologização do diagnóstico, mas garantindo uma abordagem terapêutica adequada.

Considera-se, portanto, uma mulher transgénero, uma pessoa cuja identidade de género corresponde às características atribuídas ao sexo feminino. Dentro desta população, no entanto, nem todas as mulheres transgénero experienciarão um sofrimento psicológico com a sua identidade de género e, portanto, nem todas serão diagnosticadas com disforia de género. É, por isso, fundamental que, na abordagem à disforia de género e às pessoas transgénero e de género diverso, se realize esta distinção corretamente, para que seja possível diagnosticar e orientar cada mulher, de acordo com as suas expectativas e com a opção terapêutica mais adequada (1,17).

4.2 Epidemiologia

Desde a publicação do DSM-3 nos anos 80, onde foi descrita a prevalência de distúrbios de identidade de género como incomum, têm sido movidos esforços no sentido de estabelecer uma abordagem epidemiológica mais rigorosa referente à disforia de género e autoidentificação enquanto pessoa transgénero ou de género diverso. Estimar a prevalência da disforia de género é, por isso, um desafio, tendo em conta que o conhecimento científico relativo aos diagnósticos relacionados com a identidade de género é, ainda, algo reduzido. (5,17,18).

A informação científica relativa à prevalência da disforia de género é essencialmente baseada em amostras populacionais limitadas, nas quais os indivíduos procuraram ativamente cuidados de saúde especializados, já receberam um diagnóstico ou passaram por um processo de afirmação de género, o que confere uma importante limitação para o cálculo rigoroso. A investigação baseada em inquéritos à população é, portanto, uma fonte de informação fundamental que deve ser integrada nesta análise, por incluir uma abordagem mais ampla e inclusiva, baseada em identidades de género auto-referidas. Não obstante, é consensual na literatura e, essencialmente, nos estudos mais recentes que a prevalência da disforia de género tem aumentado nos últimos anos, o que em grande parte se deve à maior aceitação social das pessoas transgénero e de género diverso, o que contribui para diminuir a estigmatização associada ao processo de

afirmação de género, e vem reforçar a necessidade de estudar as respetivas opções terapêuticas (1,5).

Segundo uma análise aprofundada da informação epidemiológica até ao ano de 2022, a 8ª edição dos *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, reportam uma prevalência de 0.3 – 0.5% de pessoas transgénero na população geral (1). Não obstante, segundo o DSM-5, atualmente a prevalência da disforia de género masculino-feminino assenta nos 5 a 14 por 1000 indivíduos do sexo masculino (pré-transição), enquanto que a prevalência de disforia de género feminino-masculino está entre os 2 a 3 por 1000 indivíduos do sexo feminino (pré-transição) (5). É importante, no entanto, ressaltar que estes últimos dados restringem a análise epidemiológica à população binária. Posto isto, a prevalência da disforia de género em pessoas que pretendem fazer a transição para o sexo feminino é superior, razão que motiva, também, a limitação da população de estudo deste trabalho a apenas mulheres transgénero.

4.3 Etiologia

A etiologia da incongruência de género ainda não é totalmente compreendida. Atualmente propõe-se que a identidade de género seja complexa, multifatorial e poligénica, ou seja, que resulta essencialmente de uma associação entre fatores biológicos genéticos que contribuem para o desenvolvimento da identidade de género do indivíduo, e fatores ambientais.

Na literatura sobre o papel dos fatores biológicos tem sido colocada a possibilidade de existir uma desregulação na produção das hormonas pré-natais, o que provocaria uma diferenciação sexual atípica e, por isso, uma situação de incongruência de género. Vários estudos mostraram, também, que os cérebros das pessoas com incongruência de género apresentam mais semelhanças com o cérebro do género com o qual se identificam do que com o cérebro do sexo que lhes foi atribuído à nascença. Ainda não foi, no entanto, identificado nenhum gene específico que possa ser exclusivamente associado ao desenvolvimento da disforia de género (19).

Além dos fatores biológicos, tem sido proposto que a influência de processos psicossociais contribua também de forma importante para o desenvolvimento da identidade de género, facto que é comprovado pela necessidade do estabelecimento de uma identidade de género logo nos primeiros anos de vida de um indivíduo. Alguns estudos analisaram o papel da interação mãe-filho, da ausência de uma figura paterna ou dos problemas psicológicos experienciados pelos pais no desenvolvimento do

indivíduo, no entanto, a análise e compreensão aprofundadas destes fatores é difícil, visto que obriga a métodos retrospectivos populacionais, suscetíveis de diferentes interpretações (1,18,19).

Pensa-se, portanto, que as pessoas TGD experienciem uma alteração dos mecanismos envolvidos na diferenciação psicosexual normativa, contudo o papel entre os genes, hormonas, mecanismos cerebrais, comportamento e influência do ambiente no desenvolvimento da incongruência e disforia de género ainda não é bem explicado, sendo necessários mais estudos para compreender a interação entre todos estes determinantes, de forma transversal e integrativa (18,19).

4.4 Tratamento

Para muitas mulheres transgénero, a transição física é a melhor forma de aliviar o sofrimento psicológico associado à sua disforia de género. Desta forma, importa compreender que etapas podem ser percorridas no processo de afirmação de género, lembrando que é fundamental realizar uma avaliação multidisciplinar da pessoa e integrá-la, a ela e às suas expectativas, em todo o processo.

O tratamento da disforia de género está atualmente *standardizado* nos países em desenvolvimento, cujas *guidelines* mais atualizadas estão elencadas nos SOC-8. O processo de afirmação de género engloba procedimentos endocrinológicos - a hormonoterapia - e as cirurgias de afirmação de género. Este último termo refere-se a qualquer procedimento cirúrgico utilizado para afirmar a identidade de género das pessoas transgénero e de género diverso e inclui as *top surgeries* (reconstrução/aumento do peito), as *bottom surgeries* (cirurgia genital), bem como outros procedimentos cirúrgicos, como são exemplo intervenções na voz, face ou cabelo (1,6,14,19).

No que diz respeito às mulheres transgénero, a cirurgia genital designa-se vaginoplastia de afirmação de género e consiste na construção cirúrgica de uma neovagina. Existem várias técnicas cirúrgicas utilizadas na vaginoplastia de afirmação de género, como são exemplo a utilização de enxertos cutâneos (penianos ou de outras localizações anatómicas), retalhos cutâneos locais e a vaginoplastia intestinal (cólon sigmóide ou ansa jejunal), no entanto, a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido é, atualmente, o método *gold-standard* (1,8,9,20,21).

4.4.1 Processo de afirmação de género em Portugal

A legislação portuguesa assegura o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género, baseando-se na premissa de que “todas as pessoas são livres e iguais em dignidade e direitos”. O processo de afirmação de género em Portugal é multissetorial, sendo necessária uma intervenção jurídica, no que concerne ao processo de mudança de sexo no registo civil, bem como possibilita a realização dos procedimentos médicos implícitos à alteração das características sexuais primárias e secundárias das pessoas transgénero e de género diverso.

Com a implementação da Lei nº 38/2018 de 7 de agosto, em Portugal deixou de ser necessária a apresentação de um documento médico que comprove disforia de género para que seja possível alterar a menção do nome e sexo no registo civil, pelo que, atualmente, as pessoas TGD que pretendam efetuar esta alteração precisam de:

- Ter nacionalidade portuguesa
- Ter mais de 18 anos
- Apresentar um requerimento numa conservatória do registo civil com indicação do nome próprio pelo qual pretende vir a ser identificada
- Ser excluída patologia psiquiátrica que possa mimetizar a disforia de género ou interferir no processo de tomada de decisão

As pessoas TGD entre os 16 e os 18 anos podem também requerer o procedimento de menção do nome e sexo no registo civil, no entanto é necessário que o processo seja solicitado pelos seus representantes legais, sendo necessário o consentimento livre, esclarecido e presencial do requerente, bem como um relatório médico que ateste a sua capacidade de decisão e vontade informada.

A etapa seguinte, após a utilização do nome feminino pela mulher transgénero, é o início da transição física, cujas intervenções farmacológicas e cirúrgicas realizadas com o objetivo de diminuir a incongruência de género devem ser garantidas pelo Estado. De forma sequencial, este processo pode ser resumido nos seguintes passos:

1. Agendamento de uma consulta de Sexologia Clínica (por referência da Medicina Geral e Familiar ou Psiquiatria/Psicologia)
2. Obtenção de um comprovativo médico que ateste o diagnóstico de disforia de género por uma equipa multidisciplinar
3. Início da suplementação hormonal, mediante apresentação de um comprovativo médico do diagnóstico de disforia de género e que exclua patologia psiquiátrica

que possa interferir ou mimetizar esse diagnóstico – acompanhamento na consulta de Endocrinologia

4. Caso a mulher transgénero pretenda realizar procedimentos cirúrgicos, como a mamoplastia ou a cirurgia genital, deve ser realizada suplementação hormonal por um período de, pelo menos, 1 ano
5. Após este período, a mulher transgénero é reavaliada e, caso exista compatibilidade com o papel de género agora experienciado, pode ser iniciado o processo cirúrgico de reafirmação de género.

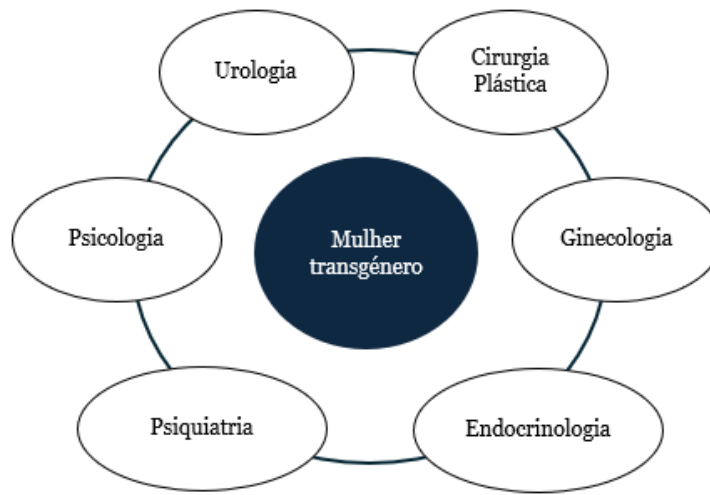


Figura 1 Abordagem multidisciplinar no processo de afirmação de género em Portugal.

Não obstante aos procedimentos acima mencionados, o processo de afirmação de género deve ter por base o acompanhamento por um profissional da área da saúde mental, porque representa um papel fundamental no apoio às mulheres transgénero e respetivas famílias. É um facto que nem todas as mulheres transgénero vão necessitar de terapia durante o seu processo de transição, no entanto é importante que os serviços de saúde ofereçam essa possibilidade. Além disso, a literatura descreve que existe uma elevada prevalência de depressão, ansiedade e elevado risco de suicídio nesta população específica, muitas vezes devido ao estigma social, discriminação, violência e à complexidade associada ao trauma de experienciar uma incongruência de género, o que sublinha a importância da acessibilidade de tratamento no âmbito da saúde mental, de uma forma que respeite a autonomia da pessoa e que reconheça a diversidade de género (1,19,22).

Capítulo 5 – Vaginoplastia de afirmação de género

Depois de ser estabelecido o diagnóstico de disforia de género, as mulheres transgénero podem, então, iniciar o processo de afirmação de género, que tem por base uma abordagem multidisciplinar que integra profissionais do âmbito da saúde mental (Psiquiatria + Psicologia), da Endocrinologia, no que diz respeito à terapia de reposição hormonal e da Cirurgia Plástica, Urologia e Ginecologia que orientam o tratamento cirúrgico, nomeadamente as *top* (mamoplastia de aumento) e *bottom surgeries* (vaginoplastia de afirmação de género). De entre todas estas opções, a cirurgia genital é, tipicamente, o último passo do processo de afirmação de género e, por isso, tem sido analisado o seu impacto na saúde mental, física e na qualidade de vida das mulheres transgénero. Globalmente, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento significativo da procura por este tipo de cirurgias, quer pelo aumento da visibilidade das pessoas transgénero e de género diverso na sociedade, como também pelo aumento da cobertura da realização destas cirurgias pelos Sistemas Nacionais de Saúde de um número cada vez maior de países a nível mundial (23,24).

5.1 Enquadramento histórico

A primeira cirurgia de afirmação de género *male-to-female* foi realizada pelo Dr. Magnus Hirschfield, um dos pioneiros no desenvolvimento destas técnicas cirúrgicas, em 1931, num procedimento de 3 etapas: castração, penectomia e vaginoplastia. No mesmo ano, foi descrita a primeira vaginoplastia em duas etapas pelo cirurgião alemão, Dr. Felix Abraham. Depois da 2ª Guerra Mundial, foram conseguidos avanços significativos nas áreas da Endocrinologia e Cirurgia Plástica, o que contribuiu para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas relacionadas com o processo de afirmação de género e culminou num aumento da acessibilidade destes procedimentos para as pessoas transgénero e de género diverso.

Durante as décadas de 50 e 60, o crescimento na área da cirurgia de confirmação sexual foi preponderante, nomeadamente com o estabelecimento do primeiro centro multidisciplinar para cuidados de pessoas transgénero no Hospital Johns Hopkins, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1965, que integrava profissionais das áreas da Cirurgia Plástica, Ginecologia, Urologia, Endocrinologia, Psiquiatria e Psicologia. Nos anos 50, o ginecologista francês, Dr. Georges Burou desenvolveu a técnica do retalho peno-escrotal invertido na sua clínica em Casablanca, Marrocos, apresentando-a, de

forma oficial, apenas 17 anos mais tarde, num simpósio da Universidade de Stanford, em 1973. Outro marco importante na história das pessoas transgénero e de género diverso traduz-se no trabalho do sexologista e endocrinologista alemão Harry Benjamin, aquando da publicação do livro *“The Transsexual Phenomenon”*, em 1966, que olhava para o, na altura, “transsexualismo”, como um espectro de condições médicas, somáticas e não apenas um problema psicológico, como era descrito, à data. Este trabalho reunia, em detalhe, informações sobre as técnicas cirúrgicas utilizadas, quer no processo de transição *male-to-female*, como *female-to-male*. Harry Benjamin participou na vaginoplastia de Christine Jorgensen, uma das primeiras mulheres transgénero norte-americanas a realizar o processo de afirmação de género, que se destacou publicamente na luta e advocacia pelos direitos LGBTQIA+.

Com o passar dos anos, a aceitação das pessoas transgénero e de género diverso pela sociedade e comunidade médica foi crescendo e, em maio de 2014, o *US Department of Health and Human Services* concluiu existir evidência científica suficiente para apoiar a realização de cirurgias nas pessoas transgénero, permitindo que as cirurgias de afirmação de género fossem incluídas nos procedimentos médicos pagos pelo programa de saúde nacional dos EUA.

5.2 Critérios de elegibilidade e contra-indicações em Portugal

De acordo com as recomendações dos SOC-8, considera-se a mulher transgénero elegível para a cirurgia de afirmação de género quando reúne determinados critérios, nomeadamente: diagnóstico de disforia de género; capacidade para decidir de forma informada e consentir a cirurgia; ter realizado, pelo menos, 12 meses de tratamento de reposição hormonal (a não ser que este procedimento esteja contra-indicado em algum caso específico) e encontrar-se estável, a nível físico e mental, no seu regime de tratamento à data. Esta última exigência prende-se pelo facto de ser necessária uma relativa estabilidade anatómica e psicológica, tendo em conta que serão provocadas alterações profundas na mulher transgénero pela vaginoplastia de afirmação de género (1).

Em Portugal, a Lei nº 38/2018 de 7 de agosto *“assegura o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa”*. Atualmente, em Portugal, os critérios de elegibilidade para a cirurgia, tal como recomendam os SOC-8, são:

- Confirmação do diagnóstico de disforia de género por uma equipa médica multidisciplinar de saúde mental;
- Capacidade para decidir de forma informada e consentir o tratamento;
- Ter mais de 18 anos;
- 1 ano a efetuar terapêutica hormonal contínua;
- 1 ano a viver no papel de género com o qual se identifica;
- Se existirem importantes problemas de saúde física ou mental, devem ser controlados adequadamente

Além destes critérios, é recomendado, tal como referido acima, que as mulheres transgénero sejam avaliadas por uma equipa multidisciplinar que inclua, não só profissionais médicos com conhecimentos técnicos cirúrgicos, como também profissionais do âmbito da saúde mental e que todos estejam envolvidos no processo de tomada de decisão (1,25).

Em Portugal, a cirurgia de afirmação de género está contraindicada nos casos em que existe doença psiquiátrica severa ou comorbilidade orgânica impeditiva da correta identificação da disforia de género ou que coloque em risco a recuperação peri ou pós operatória da mulher transgénero. No que diz respeito à vaginoplastia, são contraindicações relativas a obesidade (IMC>30) e o consumo tabágico.

5.3 Técnica cirúrgica

Para as mulheres transgénero, a cirurgia genital consiste na realização de uma vaginoplastia de afirmação de género, que requer a reconstrução cirúrgica de todas as estruturas anatómicas da genitália externa feminina, incluindo a criação de um canal vaginal. O objetivo final é a criação de uma vulva feminina funcional, de uma cavidade vaginal profunda o suficiente para permitir a penetração sexual, de um clitóris com sensibilidade e de lábios menores e maiores, tentando-se conseguir a menor percentagem de complicações cirúrgicas possível, e, ao mesmo tempo, os melhores resultados estéticos e funcionais (9,26).

Existem várias técnicas cirúrgicas para a realização da vaginoplastia na mulher transgénero, como são exemplo a utilização de enxertos cutâneos (penianos ou de outras localizações anatómicas), retalhos cutâneos locais, retalho peno-escrotal invertido e a vaginoplastia intestinal (cólon sigmóide ou ansa jejunal). A vaginoplastia intestinal e a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido são as duas técnicas mais utilizadas em Portugal, no entanto a literatura sugere que a abordagem com retalho peno-escrotal

invertido é, geralmente, a técnica cirúrgica de eleição dos cirurgiões e a mais frequentemente utilizada nas mulheres transgénero atualmente, garantindo resultados, quer estéticos, quer funcionais, bastante satisfatórios, sendo, por isso, o método *gold-standard* nos dias de hoje. A vaginoplastia intestinal utiliza-se, essencialmente, quando a anatomia do pénis não permite a criação do retalho peno-escrotal (em casos de circuncisão, trauma peniano autoinfligido, frenação precoce dos caracteres sexuais pelo uso de hormonas na adolescência ou na presença de determinadas variações anatómicas) ou em revisões cirúrgicas (20,25).

5.3.1 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido – descrição da técnica

Antes da realização da cirurgia, recomenda-se a remoção completa dos pelos púbicos via *laser* (um processo que pode demorar até 1 ano), de forma a que o retalho peniano não contenha pelos, o que pode reduzir o seu crescimento intravaginal depois da cirurgia. Além disso, é aconselhada a cessação tabágica pelo menos 4 semanas antes da cirurgia, bem como a suspensão da terapêutica hormonal pelo menos 2 semanas antes, de forma a diminuir o risco tromboembólico das doentes. Deve ser efetuada profilaxia antibiótica e tromboembólica.

De forma global, a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido divide-se fundamentalmente em 5 etapas:

1. Orquidectomia bilateral com laqueação alta do pedículo
2. Penectomia (disseção do pénis nos seus componentes anatómicos)
3. Criação de uma cavidade para a neovagina
4. Reconstrução do meato urinário feminino e neoclitóris
5. Criação dos lábios maiores

A vaginoplastia realiza-se sob anestesia geral e é completada com a doente na posição de litotomia, que deve ser algaliada. Depois da marcação, é realizada uma incisão na linha média do escroto de forma a proceder à orquidectomia bilateral, momento em que se removem os dois testículos. A orquidectomia bilateral vai auxiliar a gestão terapêutica da mulher transgénero, visto que permite a redução das dosagens hormonais, bem como facilita o procedimento cirúrgico da vulvoplastia. A pele do escroto será usada, posteriormente, na reconstrução dos lábios maiores.

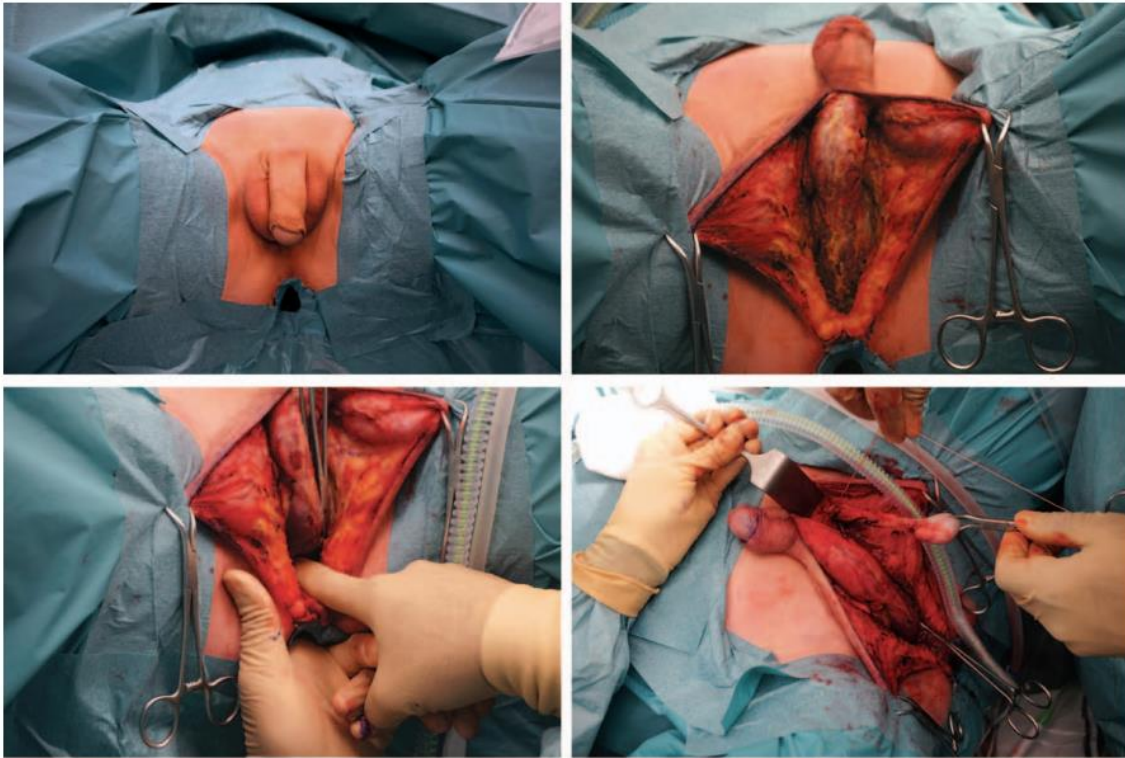


Figura 2 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido. As duas imagens da fila horizontal superior traduzem o pré-operatório e a incisão na linha mediana. As duas imagens da fila horizontal inferior representam a disseção da cavidade da neovagina e a orquidectomia bilateral (27).

Após este primeiro momento, inicia-se o processo da penectomia, em que se separam o corpo esponjoso e a glândula com a uretra, os corpos cavernosos, o feixe neurovascular e a pele peniana vascularizada. O feixe neurovascular continua unido à parte dorsal do pénis, criando-se daí um retalho de glândula, que participará na formação do neoclítoris. Os corpos cavernosos devem ser seccionados o mais próximos possível ao ísquion, para que, futuramente, não incomodem durante o ato sexual por conflito de espaço e por sofrerem, frequentemente, engorgitamento durante a relação sexual, o que pode gerar algum desconforto. A uretra peniana é cortada na sua porção proximal e posicionada abaixo do neoclítoris ao nível da comissura anterior, criando-se, assim, o novo meato uretral. Ademais, o corpo esponjoso é ressecado e suturado.

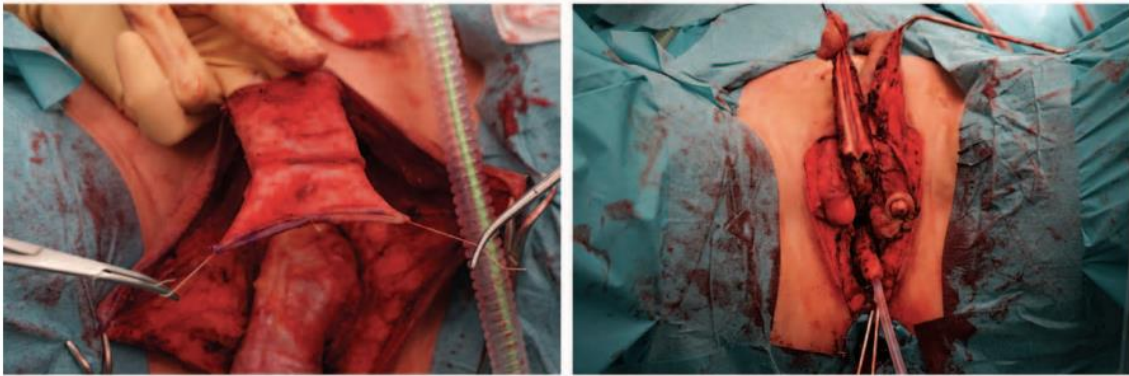


Figura 3 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido. À esquerda, a pele peniana é separada do retalho peniano e fechada na zona distal. Na figura da direita, o feixe neurovascular é separado do topo do corpo cavernoso, glande e prepúcio, o neoclitóris e os lábios menores são esculpidos (27).

De seguida, o retalho de pele peniana é fechado na sua margem livre, invertido e posicionado num espaço previamente criado na cavidade perineal, estando estabelecida, assim, a cavidade que formará a neovagina. Este espaço é criado após corte do tendão central do períneo e disseção, desenvolvendo-se um espaço entre o reto e a uretra e a bexiga. É importante que a profundidade da cavidade da neovagina seja ajustada de acordo com as preferências e expectativas da doente, no entanto o comprimento deste espaço estará sempre condicionado pela anatomia da pessoa.

Finalizado este passo, segue-se a vulvoplastia, com a reconstrução dos lábios menores e maiores, sendo os lábios maiores reconstruídos com o escroto e os lábios menores e vestibulo vaginal reconstruídos com a mucosa envolvente remanescente do prepúcio. A pele em excesso é removida e os lábios reconstituídos (23,28).



Figura 4 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido. À esquerda, é realizada uma incisão linear no retalho de pele peniana e o retalho peno-escrotal é integrado. À direita, foto da área genital terminada a cirurgia (27).

Cuidados no pós-operatório

Geralmente, o período de hospitalização ronda as duas semanas, dependendo da mobilidade das doentes e da sua capacidade de realizar as atividades do dia a dia. O cateter uretral deve ser mantido aproximadamente 8 dias e retirado no momento da alta, e devem ser fornecidas à mulher todas as informações relativas à higienização da genitália. A literatura sugere que as pacientes devem ser encorajadas a realizar a dilatação da neovagina 3 vezes por dia, durante cerca de 30 minutos, pelo menos durante os primeiros 6 meses de pós-operatório. As doentes devem usar dilatadores de diâmetro sucessivamente maior e utilizar um outro dispositivo mais pequeno entre as dilatações. O objetivo da dilatação é diminuir a formação de tecido fibrótico e respetiva estenose da cavidade vaginal, permitindo a cicatrização completa. Além disso, é recomendada a evicção de esforços físicos nas 8 semanas após a cirurgia (21,28).

Atualmente, é indicado realizar consultas de pós-operatório à terceira semana, bem como ao terceiro e sexto mês e, posteriormente, caso esteja tudo de acordo com o esperado, no primeiro e segundo anos após a cirurgia. Devem perguntar-se as seguintes questões nas consultas do pós operatório:

- Está satisfeita com o resultado (sim/não)?
- Numa escala de 1-10, em que 1 é o pior resultado possível e 10 o melhor possível, em que nota avaliaria a sua nova genitália?

Após 6 meses da cirurgia, pode ser realizada uma vaginoplastia de revisão, a pedido da mulher, de forma a efetuar pequenos ajustes à primeira cirurgia (23,29).

5.4 Complicações pós-cirúrgicas

A evolução das técnicas cirúrgicas, bem como dos respetivos resultados estéticos e funcionais ao longo dos anos tem permitido uma diminuição progressiva da taxa de complicações pós-cirúrgicas da vaginoplastia de afirmação de género, o que revela a importância do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e procedimentos utilizados. As complicações pós cirúrgicas podem ser classificadas tendo em conta a sua magnitude, dividindo-se em *minor*, facilmente tratáveis, e *major*, requerendo intervenções médicas e cirúrgicas adicionais, ou consoante o momento em que ocorrem, podendo ser intraoperatórias, precoces ou tardias (meses/anos após a vaginoplastia) (9,25,29).

A taxa de complicações após a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido assenta algures entre os 20% e os 70%, sendo que a maior parte acontece durante os primeiros 4

meses após a cirurgia. A maioria das complicações são auto-limitadas e podem ser abordadas sem a necessidade de uma nova cirurgia ou com recurso a apenas procedimentos cirúrgicos *minor*. A literatura tem sugerido que a taxa de complicações severas após a vaginoplastia equivale à percentagem de complicações de outras cirurgias reconstrutivas genito-urinárias, sendo a taxa de reoperação aproximadamente 22% a 48%. Tem-se percebido que o não cumprimento das recomendações do período pós-operatório, o que inclui as instruções para uma dilatação adequada ou a restrição de atividade física, é um fator que contribui de forma significativa para o aparecimento de complicações e, conseqüentemente, o aumento da taxa de cirurgias de revisão (9,25,27).

Um dos instrumentos frequentemente utilizados para avaliar e estratificar as complicações pós-cirúrgicas em Cirurgia é a escala Clavien-Dindo, que se divide em vários graus (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb e V). As complicações de grau I são, geralmente, leves, enquanto que acima de grau II são mais significativas (30,31).

Tabela 1 Classificação de Clavien-Dindo (31).

Grau	Definição
I	Alterações do curso normal do pós-operatório, sem necessidade de terapêutica farmacológica, cirúrgica, endoscópica ou radiológica (à exceção de antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, eletrólitos ou fisioterapia)
II	É necessária terapêutica farmacológica com fármacos que não incluem os referidos no grau I
III	É necessária intervenção cirúrgica, endoscópica ou radiológica
IIIa	Intervenção sem efeito de anestesia geral
IIIb	Intervenção sob efeito de anestesia geral
IV	Complicações <i>life-threatening</i> que requerem intervenção da UCI
IVa	Disfunção de órgão simples
IVb	Disfunção multiorgânica
V	Morte

As principais complicações intraoperatórias da vaginoplastia de afirmação de gênero incluem a lesão do reto, uretra ou bexiga, bem como hemorragia persistente no espaço reto-prostático durante a disseção da cavidade vaginal. No que diz respeito às complicações precoces, por graus, incluem-se:

- Grau II: infeções do trato urinário e retenção urinária, abscesso, hemorragia periuretral, formação de tecido de granulação e deiscência da cicatriz;
- Grau IIIb: fístulas retovaginal e uretrovaginal, hematoma, prolapso vaginal, necrose parcial ou total da neovagina/neoclitóris, perda do enxerto (25,30,31).

As complicações tardias são essencialmente:

- Grau I: crescimento de pelos na neovagina;
- Grau II: fenómenos tromboembólicos, formação de tecido de granulação, infeções do trato urinário de repetição, dor pélvica;
- Grau IIIb: o mau posicionamento da uretra (que pode levar ao desvio do jato urinário), dimensões inadequadas da neovagina, estenose do meato urinário e estenose vaginal (25,30,31).

Para muitas mulheres transgénero, a vaginoplastia de afirmação de género contribui para a diminuição da disforia de género e melhoria da qualidade de vida. A vaginoplastia de afirmação de género é, de forma geral, segura, efetiva e medicamente necessária. Apesar da possibilidade de existirem complicações, a grande maioria são auto-limitadas. Nem todas as mulheres transgénero procuram intervenções cirúrgicas para alterar as suas características sexuais. O desejo de realizar a vaginoplastia de afirmação de género é diferente para cada mulher transgénero e existe uma enorme combinação de opções cirúrgicas. Cada pessoa deve, portanto, receber uma abordagem individualizada e multidisciplinar, de acordo com as suas necessidades e expectativas. O objetivo da cirurgia de afirmação de género é obter uma aparência e função das características sexuais desejadas o mais natural possível. No entanto, os resultados deste tipo de cirurgias pode nem sempre ir de encontro às expectativas individuais.

Embora ainda existam barreiras sociais e financeiras ao acesso à saúde por parte desta população específica a nível mundial, a necessidade de cuidados de afirmação de género é premente, tendo em conta que os procedimentos médicos de afirmação de género são uma opção necessária à diminuição do sofrimento psicológico associado à disforia de género das mulheres transgénero, o que impacta significativamente a saúde mental desta população específica.

Capítulo 6 - Risco de Suicídio

Segundo a OMS, globalmente, o suicídio é a 4ª principal causa de morte na faixa etária entre os 15 e os 29 anos de idade e a sua prevenção é uma prioridade do âmbito da saúde pública global. O conceito de “risco de suicídio” refere-se à existência de ideação suicida ou tentativa de um comportamento autolesivo associado ao desejo de morrer. Estima-se, atualmente, que para cada morte por suicídio existam 10 a 20 tentativas de suicídio prévias (32). Está bem estabelecido que existem vários fatores de risco para o suicídio, nomeadamente problemas do foro da saúde mental como a depressão e o consumo abusivo de substâncias, bem como experienciar situações de violência e abuso. Além disso, existem alguns grupos populacionais específicos cujo risco de suicídio é superior, essencialmente pessoas que pertencem a grupos minoritários e, por isso, socialmente mais vulneráveis, como as pessoas refugiadas e migrantes ou pessoas da comunidade LGBTQIA+ (32–34).

As pessoas transgénero e de género diverso são, portanto, uma população particularmente suscetível a desenvolver problemas do foro da saúde mental como os supramencionados. De forma particular, os comportamentos auto-lesivos, a ideação suicida e tentativas de suicídio representam um sério desafio para a saúde da população TGD (35,36). Segundo a literatura mais recente, estima-se que 16 a 32 % das pessoas TGD já tentaram, pelo menos uma vez, o suicídio, um número consideravelmente superior ao da população geral, cujos valores assentam entre 1 a 6%, de acordo com a *American Foundation for Suicide Prevention* (34). Outros estudos têm demonstrado que as pessoas TGD têm 19x mais probabilidade de morrerem por suicídio do que a população cisgénero. Além disso, a existência de tentativas de suicídio no passado é o principal fator de risco para tentativas de suicídio futuras, sendo que esta população específica estará 10x mais em risco do que a restante população (35). É importante, ainda, salientar que estes indicadores não são exclusivos a pessoas que receberam um diagnóstico de disforia de género, sendo transversais à população transgénero e de género diverso de forma geral.

Dentro da população TGD, as mulheres transgénero são um grupo social especialmente vulnerável, muito devido ao facto de a violência, assédio e desafios sociais a que estão sujeitas serem mais significativos. Alguns estudos têm demonstrado que a prevalência de ideação suicida é superior nas mulheres transgénero, no entanto não existe, ainda, evidência suficientemente forte que permita concluir que existe uma maior prevalência de tentativas de suicídio nesta população específica. Continua, assim, a ser relativamente difícil estimar a prevalência de ideação/tentativas de suicídio isoladamente nas mulheres

transgénero, visto que a maior parte dos estudos analisa a população TGD em conjunto e tendo em conta que a informação relacionada com diagnósticos de saúde mental nesta população continua a ser relativamente escassa, sendo muitas das estimativas atuais baseadas em amostras populacionais pequenas, em países específicos (7,37).

Não obstante, deve ser tido em conta o papel progressivamente mais significativo das mulheres transgénero na sociedade moderna, razão pela qual é cada vez mais importante mover esforços para não marginalizar esta população no que diz respeito à análise de problemas que representam um importante problema de saúde pública atualmente. Existem várias teorias que oferecem uma explicação para a alta prevalência de ideação suicida nesta população, sendo a teoria do *minority stress* uma delas.

6.1 *Minority stress*

A teoria do *minority stress* é uma das várias explicações para a existência da elevada carga de doença mental em grupos populacionais minoritários. Este modelo teórico assenta na premissa de que o facto de se pertencer a uma minoria (neste caso, as mulheres transgénero) expõe as pessoas pertencentes a esse grupo minoritário a fatores *stressores* internos e externos (32,33,38). A conjugação destes fatores levará, desta forma, a que estes grupos específicos de pessoas experienciem uma maior carga de problemas de saúde mental, bem como de ideação e tentativas de suicídio.

6.1.1 Fatores externos

No caso das mulheres transgénero, os fatores externos estarão relacionados com a violência e discriminação, a falta de apoio social e familiar (rejeição), o abuso e a estigmatização induzidas pela sociedade.

Violência e discriminação

Em primeiro lugar, dois dos principais fatores que levam a comportamentos auto-lesivos e a um risco de suicídio elevado são a violência e a discriminação. A violência contra pessoas TGD ocorre em diversas formas, nomeadamente verbal, física, sexual, ocupacional, económica e emocional e pode ser interpessoal, pelo parceiro ou estrutural (34,36). A evidência sugere que entre 50 a 90% das pessoas transgénero e de género diverso vão experienciar assédio verbal ou discriminação na sua vida e que pelo menos 25% vão ser vítimas de abuso físico ou violência devido à sua identidade de género (35). Tem sido comprovado na literatura que experienciar abuso e vitimização física contribui para o aumento do risco de suicídio, sendo importante notar que esta relação não

acontece de forma estritamente linear, tendo em conta que estas situações são muitas vezes acompanhadas de verbalizações de natureza discriminatória, que, por si só, também são uma forma de violência, sobre a própria identidade de gênero dos indivíduos (32,34).

As mulheres transgênero são normalmente sujeitas a uma maior vitimização do que as restantes pessoas TGD, o que é atribuído à misoginia estrutural associada à identidade e imagem femininas. A associação entre este tipo de violência e discriminação e o elevado risco de suicídio está bem descrito nos estudos (34–37) e leva, muitas vezes, a que mulheres transgênero com um risco de suicídio baixo passem a estar numa categoria de risco elevada, pelo que este tipo de vitimização pode ser considerado um fator *stressor* psicossocial bastante significativo.

Abordar este tópico de forma transversal entre as mulheres transgênero torna-se, sendo assim, fulcral e obriga a que seja realizada uma intervenção multissetorial e integrada, através, por exemplo, de intervenções na comunidade, programas culturais e aumento da literacia sobre o processo de afirmação de gênero entre a própria comunidade médica e serviços de saúde.

Falta de apoio social e familiar

Outro dos fatores que contribui para o aumento do risco de suicídio nesta população específica é a falta de apoio social. Está bem descrito que mulheres transgênero cuja rede de apoio social e familiar é melhor têm um menor risco de suicídio, o que leva a concluir que o suporte das pessoas mais próximas é um importante fator protetor (34,35). No entanto, é importante reforçar que, em algumas situações (condição de sem-abrigo, pobre acesso a educação e serviços de saúde), a existência de uma rede de apoio consistente não surtiu influência na diminuição do risco de suicídio, o que leva a concluir que, por si só, o apoio dos amigos e familiares pode nem sempre ser suficiente (35,37).

É, no entanto, particularmente interessante verificar que, no caso das mulheres transgênero, a família pode ser, muitas vezes, a própria fonte do abuso e violência. Num estudo realizado em pessoas TGD, dentro desta população, as mulheres transgênero registaram os níveis mais baixos de apoio social (35), facto que apoia a ideia de que, mesmo dentro da população TGD, as mulheres são, em determinados âmbitos, mais vulneráveis. A dinâmica do apoio social e familiar das mulheres transgênero é, sendo assim, multifacetada e obriga a uma análise mais cuidada dos resultados, porém, quando está presente, a existência de uma rede de suporte é, maioritariamente, um fator protetor.

Estigmatização

“Estigma” define-se como o processo no qual um determinado grupo de pessoas percebe negativamente um indivíduo ou grupo de pessoas, tendo por base uma determinada característica negativa e muitas vezes estereotipada, sendo criada uma distinção que desvaloriza e exclui o grupo estigmatizado. Para as populações vulneráveis, a estigmatização revela-se um sério desafio, porque é, não só individual, como também muitas vezes estrutural, estando, por isso, frequentemente na base de políticas discriminatórias, sendo as mais relevantes as da área da saúde e representando, nesses casos, uma barreira ao bem-estar dessa comunidade.

Para as mulheres transgênero, a estigmatização tem, muitas vezes, um efeito indireto na sua saúde, visto que está frequentemente associada a uma menor literacia ou poder financeiro, o que restringe o seu direito de aceder aos melhores cuidados de saúde possíveis. Além deste efeito indireto, alguns estudos comprovam que, ao analisar as comunidades TGD de diferentes países, quanto maior o nível de estigmatização estrutural numa sociedade, menos provável é que as mulheres transgênero procurem tratamento de afirmação de gênero, o que contribui para uma menor qualidade de vida e para o aumento do risco de suicídio nesta população (38,39). Ademais, o medo de serem discriminadas pelos profissionais de saúde foi a segunda principal razão para as mulheres transgênero não procurarem tratamento de afirmação de gênero, o que sublinha a importância de compreender o impacto da estigmatização, não só a nível estrutural, como também individual por parte dos profissionais de saúde do sistema.

Outros estudos demonstraram que a estigmatização estrutural impacta de forma negativa a relação com o profissional de saúde, diminuindo os níveis de confiança e, por isso, muitas vezes é uma barreira à comunicação da identidade de gênero individual, o que pode fazer com que se percam oportunidades de rastreio ou exames clínicos necessários que, de outra forma, o profissional de saúde não teria conhecimento (39). Nesta linha, a literatura tem também sugerido que mulheres transgênero que recebem acompanhamento psicológico também apresentam menor carga de doença mental quando comparadas às que não recebem, o que vem reforçar a importância de uma abordagem multidisciplinar pelos profissionais de saúde, sendo primordial a garantia de cuidados de saúde livres de estigmatização.

6.1.2 Fatores internos

Por outro lado, os fatores internos estarão relacionados com a internalização da transfobia e estigmatização, o sofrimento psicológico associado à incongruência de

género, nomeadamente o impacto nos níveis de auto-estima e relação com o próprio corpo, ou com as expectativas negativas relativamente ao processo de afirmação de género.

Internalização da estigmatização

Tal como referido anteriormente, a estigmatização tem um impacto significativo na saúde das mulheres transgénero. O estigma internalizado tem sido associado a elevados níveis de baixa auto-estima e a uma maior passividade em relação a atitudes estereotipadas negativas, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental como a depressão ou ansiedade social e, conseqüentemente, poderá levar ao aumento do risco de suicídio das mulheres transgénero (38,39). Desta forma, tem-se verificado que algumas preconceções da sociedade dirigidas a esta população específica acabam por influenciar a própria perceção do indivíduo relativamente a ele próprio, o que agrava os problemas relacionados com a imagem das pessoas TGD.

Auto-estima e autoimagem corporal

O conceito de auto-estima refere-se à perceção subjetiva de um determinado indivíduo sobre o seu próprio valor enquanto pessoa e está fortemente associado à relação do indivíduo consigo próprio e as suas conquistas. A auto-estima é um fator que se relaciona de forma estreita com o bem-estar psicológico do indivíduo, logo é de esperar que, em populações vulneráveis como as mulheres transgénero, os seus níveis de auto-estima sejam mais baixos quando comparados aos da população cisgénero (40).

Num estudo realizado em pessoas TGD no Paquistão, verificou-se que 2 em cada 3 apresentavam níveis baixos a moderados de auto-estima, cuja origem é multifatorial e atribuída, entre outros, à discriminação a que são sujeitas e ao sofrimento psicológico associado à sua própria incongruência de género (40). Outros estudos recentes revelam que existe uma carga significativa de doença e *outcomes* de saúde negativos em pessoas TGD diagnosticadas ou não com disforia de género, associada à baixa auto-estima que experienciam, o que contribui também para a elevada prevalência de depressão e ansiedade nesta população e elevados índices de ideação suicida (40,41).

Outro conceito importante associado à baixa auto-estima observada em pessoas TGD é o conceito de imagem corporal. A imagem corporal é, essencialmente, o conjunto de atitudes e perceções associadas à aparência física com base na autoperceção do indivíduo e na reação de terceiros à sua imagem. Tem sido demonstrado que existem níveis elevados de insatisfação corporal na população transgénero e de género diverso, quando

comparada à população cisgénero. Ademais, alguns estudos têm revelado que a insatisfação com o próprio corpo e o sofrimento psicológico associado a tal facto é um dos principais motivos que leva as pessoas TGD a cometer suicídio (41,42).

Este fator é ainda mais importante nas mulheres transgénero, cuja perceção do próprio corpo é mais negativa quando comparada à restante população TGD, o que demonstra que, apesar dos avanços da sociedade no que concerne à importância dos papéis de género, as mulheres continuam a ser tendencialmente mais julgadas pela sua aparência e, por isso, essa continua a ser uma importante preocupação. Um facto interessante observado é que, analisada a perceção da própria imagem corporal das mulheres transgénero nas diferentes etapas do processo de afirmação de género, percebeu-se que o tratamento de afirmação de género é um fator que tem um efeito positivo no aumento da satisfação corporal, facto ao qual se voltará mais à frente no presente trabalho (7,42).

Embora, de forma pragmática, segundo a teoria do *minority stress*, os fatores que influenciam o risco de suicídio sejam classificados em categorias distintas, portanto, como externos e internos, importa salientar que, na grande maioria das situações, esses fatores são interdependentes e estão intrinsecamente relacionados. Um exemplo concreto será o caso da violência ou da estigmatização estrutural que, por si só, são consideradas um fator externo, no entanto contribuirão para que as mulheres transgénero experienciem uma perceção da sua própria imagem tendencialmente mais negativa, sendo internalizada essa estigmatização e, muitas vezes, transfobia.

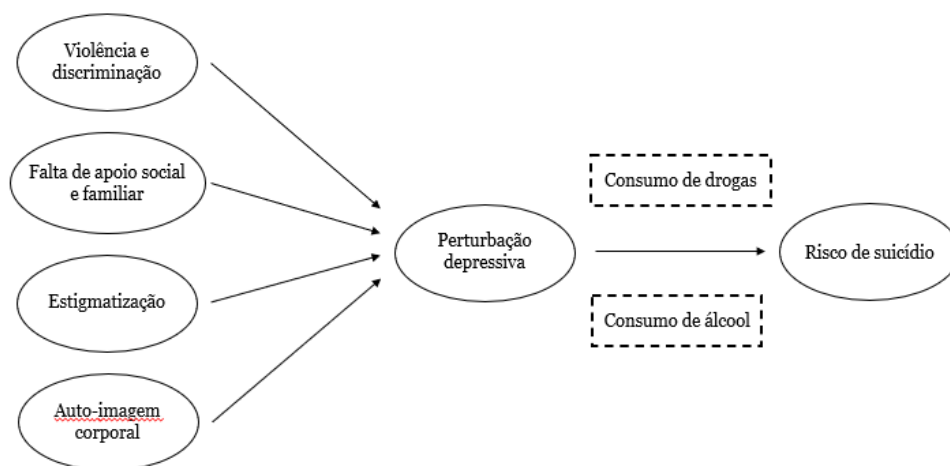


Figura 5 Modelo explicativo da *minority stress theory*. [adaptado e traduzido de Tebbe et al. (2016)]. (32)

É, portanto, premente que seja progressivamente criado um ambiente inclusivo e que os sistemas de saúde incluam medidas com foco na saúde mental destes grupos mais vulneráveis. A literatura tem demonstrado que o tratamento de afirmação de género

poderá ser uma das formas de melhorar a função psicológica das mulheres transgénero, contribuindo para a diminuição da sua disforia de género e, portanto, para a diminuição do risco de suicídio, facto que motiva a atenção de mais estudos que analisem esta possível relação (42,43).

6.2 Vaginoplastia e saúde mental

Tal como referido, está bem descrito que as pessoas TGD experienciam um risco de suicídio superior ao da população cisgénero, bem como uma elevada prevalência de patologias do foro da saúde mental, como a depressão ou o consumo abusivo de substâncias. Tendo em conta o aumento significativo da procura por cirurgias de afirmação de género nos últimos anos, é fundamental compreender qual o impacto mensurável deste tipo de procedimentos na saúde e bem-estar das mulheres transgénero.

Embora os efeitos da cirurgia de afirmação de género na saúde mental das pessoas transgénero e de género diverso permaneçam controversos atualmente, nos últimos 3 anos tem aumentado o conhecimento científico relativo a este tema e têm sido publicados artigos com um alcance populacional superior, pelo que se conseguem retirar algumas conclusões sobre o impacto da vaginoplastia de afirmação de género na saúde mental das mulheres transgénero e, particularmente, na diminuição do risco de suicídio. Globalmente, a vaginoplastia de afirmação de género contribui positivamente para a melhoria da saúde mental das mulheres transgénero, particularmente na diminuição dos índices de ideação suicida nesta população específica (6,41,43,44).

6.2.1 Ideação suicida

Anthony et al. (2021) analisaram uma população de 27 715 pessoas TGD nos Estados Unidos e demonstraram, num estudo recente, controlado e em grande escala, que realizar cirurgias de afirmação de género está associado a uma diminuição significativa do sofrimento psicológico e a uma diminuição da ideação suicida no último ano. Foram comparados os parâmetros: sofrimento psicológico significativo, consumo abusivo de álcool, hábitos tabágicos, ideação suicida no último ano e número de tentativas de suicídio, entre um grupo de controlo populacional que não realizou cirurgias de afirmação de género, com um grupo que realizou e verificou-se, nomeadamente, uma percentagem de cerca de 60% de ideação suicida no último ano no grupo de controlo, comparativamente a 30% no grupo que realizou a cirurgia de afirmação de género, e de cerca de 40% de sofrimento psicológico significativo no grupo de controlo comparativamente a apenas 20% no grupo que realizou a cirurgia. Comprovou-se uma

relação estatística entre a realização de cirurgias de afirmação de género e a diminuição do sofrimento psicológico, diminuição do consumo de tabaco e ideação suicida no último ano, não existindo, pelo contrário esta relação significativa com o consumo abusivo de álcool e número de tentativas de suicídio. Além disso, foi comprovado que as mulheres transgénero que realizaram todos os procedimentos desejados, nomeadamente as *top* e *bottom surgeries*, onde se inclui a vaginoplastia de afirmação de género, apresentavam melhores resultados no âmbito da saúde mental, do que as que apenas realizaram alguns procedimentos (e que não realizaram a vaginoplastia). Uma das possíveis limitações deste estudo é o facto de se incluírem, o grupo de controlo, pessoas TGD que aguardam a cirurgia de afirmação de género e pessoas TGD que podem não as desejar à partida, o que pode ter contribuído para a falta de relação estatística em alguns parâmetros (6).

Num estudo prospetivo com mulheres transgénero na Tailândia, Chaovanalikit et al. (2022) compararam os índices de risco de suicídio, depressão e auto-estima numa população de 37 pacientes, antes e 6 meses depois de realizarem a vaginoplastia de afirmação de género, utilizando questionários como a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), a versão abreviada do questionário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-BREF-THAI) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Da análise estatística, observaram, nessa população, que realizar a vaginoplastia de afirmação de género tem uma influência positiva na melhoria dos indicadores de saúde mental, não tendo sido reportados sintomas depressivos, bem como nenhuma tentativa de suicídio após a vaginoplastia de afirmação de género, tendo em conta que, previamente à cirurgia, 13.5% das pacientes apresentavam depressão documentada (41).

Num outro estudo, foi avaliado o índice de ideação suicida em 14 pacientes antes e até 4 anos após a realização da vaginoplastia de afirmação de género e percebeu-se uma diminuição marcada de ideação suicida no período pós-operatório, com valores pré-vaginoplastia de 32% para 9% pós-vaginoplastia, tendo sido identificados outros fatores protetores como a existência de apoio no processo de transição do parceiro. Além disso, os autores referem que as mulheres transgénero que mantinham ideação suicida pertencem ao grupo que sofreu complicações no período pós-operatório, o que vem reforçar a importância do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas utilizadas na vaginoplastia de afirmação de género e da interpretação das recomendações e resultados pós-cirúrgicos (43).

Wilson et al. (2014) observaram 314 mulheres transgénero, das quais 28 mulheres tinham sido submetidas à vaginoplastia de afirmação de género (entre estas metade tinha feito também *top surgery* e as restantes 14 realizaram apenas a cirurgia genital).

Os autores pretendiam analisar se os procedimentos médicos relacionados com a transição de género eram um efeito protetor no que diz respeito à saúde das mulheres transgénero, nomeadamente a saúde mental, tendo analisado o impacto de cada etapa do processo isoladamente (hormonoterapia, cirurgia ao peito e cirurgia genital). Foi observada apenas uma ligeira diminuição do índice de ideação suicida nas mulheres que realizaram a cirurgia genital (73.5%) quando comparadas ao grupo controlo (75.2%) (45).

Ademais, Tucker et al. (2018) analisaram uma amostra de 178 pessoas mulheres transgénero, das quais cerca de 12% realizaram *top e bottom surgeries* e 13% apenas um procedimento cirúrgico e compararam os índices de ideação suicida recente e sintomas depressivos com um grupo controlo (sem intervenções), bem como entre as mulheres que realizaram ambas as cirurgias ou apenas uma. Desta pesquisa, concluiu-se que as mulheres transgénero que completaram todo o processo de afirmação de género (hormonoterapia e ambas as cirurgias) apresentavam índices de ideação suicida inferiores às do grupo controlo, bem como às mulheres transgénero que apenas realizaram hormonoterapia, ou que apenas realizaram um dos procedimentos cirúrgicos (cirurgia genital ou ao peito). Da análise estatística verificou-se que realizar apenas a vaginoplastia de afirmação de género (cirurgia genital), sem associação com outras intervenções hormonais e cirúrgicas, não tem um impacto significativo na diminuição da ideação suicida das mulheres transgénero (46).

Tal como Tucker et al. (2018), outros estudos demonstraram que, no caso da realização única da vaginoplastia de afirmação de género na mulher transgénero, ou seja, não associada a outros procedimentos de afirmação de género, não se observa um impacto significativo na diminuição da ideação suicida (6,43,45). Tendo em conta que um dos principais fatores que contribui para o elevado índice de ideação suicida nas pessoas TGD é a forma como se apresentam perante os outros, é compreensível que a cirurgia genital por si só não altere a aparência física da pessoa, nem impacte a sua interação com os outros, pelo que se espera que não terá tanta influência na diminuição do índice de ideação suicida.

A vaginoplastia de afirmação de género é, em muitos casos, o procedimento “*end of the line*” o que dificulta, de alguma forma, o estabelecimento de uma relação direta causa-efeito entre a vaginoplastia e a diminuição do risco de suicídio, tendo em conta que grande parte das mulheres transgénero, no momento da realização da vaginoplastia, foram já submetidas a vários outros procedimentos de afirmação de género, nomeadamente substituição hormonal ou as *top surgeries*. Em Portugal, um dos

requisitos para a realização da vaginoplastia de afirmação de género é, tal como referido acima, ter-se realizado suplementação hormonal durante, pelo menos, 12 meses e viver em pleno com o seu papel de género durante, pelo menos, 12 meses, o que é um fator que contribui para que o impacto da cirurgia genital seja amplificado no que diz respeito aos resultados de saúde mental e, nomeadamente ao risco de suicídio das mulheres transgénero. Sendo assim, é importante compreender que o processo de afirmação de género é multidisciplinar e envolve diversos procedimentos psicológicos, hormonais e cirúrgicos que devem ser vistos através de uma ótica em que se complementam e não que se excluem.

6.2.2 Tentativas de suicídio

Um facto curioso decorrente da análise da literatura é a constatação de que o impacto das cirurgias de afirmação de género foi constatado na redução da ideação suicida, mas é ainda algo controverso na diminuição do número de tentativas de suicídio, tendo alguns estudos reportado uma diminuição do número de tentativas de suicídio e outros verificado nenhuma relação ou até um aumento desse número.

Imbimbo et al. (2009) analisaram 163 mulheres transgénero que realizaram cirurgias de afirmação de género e, após o preenchimento de um questionário por forma a avaliar a qualidade de vida, reportaram uma diminuição de 7 para 2% antes e após a vaginoplastia de afirmação de género, respetivamente, do número de tentativas de suicídio nesta população (47).

Um estudo populacional, publicado em 2020, analisou os índices de hospitalizações psiquiátricas, prescrição de terapêutica antidepressiva e ansiolítica e hospitalização após tentativa de suicídio em pessoas TGD, relacionando-os com o diagnóstico de disforia de género, realização de terapêutica de substituição hormonal e cirurgias de reafirmação de género. Observou-se que, à medida que os anos passavam após a cirurgia de afirmação de género, a percentagem de hospitalizações por tentativa de suicídio diminuiu, com valores de 2.8% no período peri-operatório, 0.9% 1 ano após a cirurgia, 0.5% 2-3 anos após a cirurgia e não tendo sido reportadas hospitalizações por tentativa de suicídio após os 4 anos de pós-operatório. É de salientar, no entanto, que não foi encontrada significância estatística nesta relação e que a percentagem absoluta de hospitalizações por tentativa de suicídio continuava a ser superior à da população geral (48).

Por outro lado, Dhejne et al. (2011) realizaram o acompanhamento de 324 pessoas TGD, das quais 191 pessoas em transição masculino-feminino, durante cerca de 30 anos e compararam as taxas de morbilidade, mortalidade e índice de criminalidade antes e após

a cirurgia de afirmação de género, bem como com um grupo de controlo de mulheres e homens. Deste estudo, concluiu-se que as pessoas em transição masculino-feminino apresentavam um risco de ideação suicida muito superior quando comparados ao grupo de controlo, o que, à partida, lhes conferia um maior risco durante o processo de transição, quando comparadas às pessoas em transição feminino-masculino. Além disso, observou-se um índice de mortalidade por suicídio superior nas mulheres transgénero após a cirurgia (2.7% comparativamente a 0.1% no grupo de controlo), bem como um maior número de tentativas de suicídio (um média de 7.9% comparativamente a cerca de 1% no grupo de controlo). Os autores referem que, perante os resultados, embora a cirurgia de afirmação de género alivie os sintomas de disforia de género, continua a existir um risco elevado de perturbações do foro da saúde mental nas pessoas TGD após a cirurgia, o que implica a necessidade de se identificarem e tratarem possíveis comorbilidades psiquiátricas não só antes, como depois da realização da cirurgia. Além disso, uma explicação fornecida para os piores resultados observados neste estudo é o facto de o período de *follow-up* das pacientes ser bastante superior ao da maioria dos estudos, tendo a curva de mortalidade apresentada revelado uma diminuição a partir dos 10 anos após a cirurgia. Outro facto interessante observado neste estudo é que as taxas de mortalidade foram significativamente superiores no grupo de pacientes operadas antes de 1989, o que pode ser explicado pela melhoria dos cuidados de saúde e técnicas cirúrgicas utilizadas, bem como pela crescente aceitação destas pessoas pela sociedade moderna (49). É, por isso, fundamental o investimento dos países no âmbito dos cuidados das pessoas TGD, estando comprovado o impacto positivo da melhoria dos procedimentos utilizados na diminuição da morbilidade e mortalidade das pessoas com incongruência de género.

Assim, embora existam já bastantes estudos que demonstram um impacto positivo da vaginoplastia de afirmação de género na saúde mental das mulheres transgénero, há ainda alguma controvérsia relativamente ao número de tentativas de suicídio após a cirurgia, o que demonstra a relevância de existir acompanhamento psicológico contínuo das mulheres transgénero, mesmo após terem efetuado todas as etapas do tratamento médico, para que sejam amplificados os benefícios que a cirurgia acarreta.

6.2.3 Limitações

Tal como referido acima, a relação entre a vaginoplastia de afirmação de género e a diminuição do risco de suicídio nas mulheres transgénero permanece controversa em alguns aspetos, muito devido às limitações dos estudos publicados neste âmbito. A literatura analisada tem por base, essencialmente, dois tipos de estudos: os que

acompanham as pessoas em transição masculino-feminino durante todo o processo de afirmação de género, sendo analisados os índices pretendidos antes e após a cirurgia genital; e os que comparam uma população de mulheres transgénero que realizaram a vaginoplastia com grupos controlo de pessoas que não realizaram/que pretendem realizar a cirurgia.

Por um lado, é difícil estabelecer uma relação entre as cirurgias de afirmação de género e a mortalidade por suicídio, tendo em conta que a maior parte dos estudos depende da resposta das mulheres transgénero a questionários. Além disso, existem relativamente poucos estudos que utilizam como principal critério a comparação da vaginoplastia de afirmação de género com o risco de suicídio especificamente, sendo a maior parte direcionado à saúde mental como um todo, o que inclui outros indicadores, como o consumo abusivo de substâncias ou os índices de depressão e ansiedade. Outra das principais limitações está relacionada com o desenho dos estudos, sendo a grande maioria estudos que comparam as mulheres que realizaram a vaginoplastia a grupos de controlo, o que não permite uma análise tão precisa como a de estudos prospetivos, que garantem o acompanhamento das mulheres transgénero em “tempo real”.

Capítulo 7 – Qualidade de vida

7.1 Qualidade de Vida

Avaliar a qualidade de vida está associado, geralmente, a uma abordagem subjetiva. Globalmente, considera-se “qualidade de vida” um conceito multidimensional, que integra os componentes social, psicológico, emocional e espiritual. Segundo a OMS, qualidade de vida é a “perceção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais de valores em que vive e na sua relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (23). Neste âmbito, é fundamental avaliar a perceção de qualidade de vida das mulheres transgénero após a vaginoplastia de afirmação de género, principalmente para tentar compreender o benefício real e mensurável deste tipo de procedimentos e motivar o investimento pelos países na cobertura deste tipo de intervenções que são, tendencialmente, muito dispendiosas.

Existem bastantes estudos que analisam a influência das cirurgias de afirmação de género na perceção de qualidade de vida das mulheres transgénero, sendo considerado o seu impacto em aspetos como a imagem corporal e relação com o próprio corpo, as relações sociais, a taxa de complicações pós-cirúrgicas (o que influencia essencialmente a saúde sexual das mulheres transgénero) e a saúde mental, facto que se discutiu anteriormente. De forma a quantificar de forma mais precisa a perceção de qualidade de vida, dois dos questionários mais utilizados pelos autores são o SF-36 e o WHOQOL-100, que fornecem informação sobre o estado de saúde do indivíduo e permitem perceber os respetivos fatores influenciadores (2,3).

De forma global, e com base na literatura, a vaginoplastia de afirmação de género tem um efeito positivo em vários aspetos, como a saúde mental, a estabilidade emocional, a imagem corporal, a sexualidade, a satisfação e bem-estar com a própria vida e na diminuição do sofrimento psicológico associado à incongruência de género das mulheres transgénero (2,3,23,29,50).

Pablos-Rodriguez et al. (2022) realizaram um estudo retrospectivo e avaliaram, utilizando um questionário elaborado pelos autores, 4 domínios após a vaginoplastia de afirmação de género: estético, funcional, psicossocial e aspeto global. O estudo revelou uma satisfação média acima de 4 pontos, numa escala de 1-5 em todos os domínios, sendo a qualidade de vida das mulheres transgénero sobreponível à das mulheres cisgénero do grupo controlo, o que se pode ver como um aspeto positivo. Além disso, 95% das mulheres transgénero referiram que fariam novamente a cirurgia o que é consistente

com a restante literatura, no que diz respeito à percentagem de arrependimento com a vaginoplastia que, embora exista, é reduzida. Noutro estudo realizado na Alemanha, por exemplo, percebeu-se, através da utilização de escalas analógicas, que a cirurgia de afirmação de gênero estava associada a índices superiores de “satisfação com a vida”, “bem-estar subjetivo” e “felicidade subjetiva” (2). A literatura revelou também que o domínio psicológico e as relações sociais são os parâmetros que demonstraram uma melhoria mais significativa, enquanto que a qualidade da vida sexual foi o que apresentou os índices mais baixos após a cirurgia (2,3,29,41,51).

Assim, para avaliar qualidade de vida é necessário olhar para vários domínios, não só do âmbito da saúde física, como também da esfera psicológica, social e cultural. Além disso, mais do que avaliar os resultados técnicos e complicações pós-cirúrgicas, é também muito importante compreender se os desejos e vontades subjacentes das mulheres transgênero são atingidos ou não depois da realização da vaginoplastia, visto que a gestão das expectativas também influencia a satisfação com a cirurgia, a saúde mental e, consequentemente, a satisfação e qualidade de vida (4,52).

7.1.1 Autoimagem

Um dos fatores mais importantes na análise da satisfação com a vida e percepção de qualidade de vida é a relação com o próprio corpo, autoimagem e autoestima, visto que estes têm um impacto significativo na saúde mental das mulheres transgênero, pelo que a vaginoplastia adota aqui um papel determinante. Esta relação entre saúde mental e qualidade de vida acaba por ser cíclica e interdependente, visto que a saúde mental influencia a qualidade de vida das mulheres transgênero e vice-versa.

Papadopulos et al. (2017) reportaram que, no seu grupo de estudo, após a cirurgia de afirmação de gênero, as mulheres transgênero se sentiam mais autoconfiantes e experienciaram uma melhoria da autoimagem, mesmo aquelas cuja função sexual não era tão satisfatória. A elevada satisfação corporal, nomeadamente com os genitais, sugere que a vaginoplastia contribui para diminuir a incongruência de gênero experienciada pelas mulheres transgênero, o que é um dos principais objetivos deste tipo de procedimentos cirúrgicos (23). Chaovanalikit et al. (2022) demonstraram, num estudo prospetivo observacional com mulheres transgênero, que existiu uma melhoria significativa no respeito pelo próprio corpo, auto-estima e qualidade de vida geral 6 meses após a cirurgia, o que contribuiu para a diminuição dos sentimentos associados à disforia de gênero experienciada antes da cirurgia (41).

7.1.2 Relações sociais

As cirurgias de afirmação de gênero têm um grande impacto na melhoria das relações sociais das mulheres transgênero, na medida em que, não só promovem a diminuição da incongruência de gênero para a mulher, o que é um fator motivador do relacionamento com os outros e à vontade no espectro social, como também facilitam a sua aceitação pelos outros. Yildizhan et al. (2018) realizaram um estudo retrospectivo com o objetivo de comparar os efeitos da cirurgia de afirmação de gênero na qualidade das pessoas com disforia de gênero. Da sua análise, verificaram que cerca de 70% das pessoas TGD sofriam de pressão pelas suas famílias para agirem de acordo com os papéis de gênero do sexo que lhes foi atribuído à nascença. Depois do processo de transição, foi relatado pelas mulheres transgênero um *feedback* positivo das redes sociais em que se incluíam, bem como uma maior proximidade nas relações e o aumento do número de convites para atividades sociais. Além disso, também se verificou uma diminuição da vitimização verbal nas mulheres que realizaram a cirurgia de afirmação de gênero (68% nas que não realizaram a cirurgia comparativamente a 45% após) (13).

7.1.3 Saúde sexual

Para a maioria das pessoas TGD, a atividade sexual é um fator que contribui para que se afirmem perante a sua identidade de gênero, o que torna a saúde sexual um dos indicadores mais relevantes quando se olha para o impacto da vaginoplastia de afirmação de gênero e está invariavelmente relacionada com o número e magnitude das complicações pós-operatórias. A literatura tem sugerido que a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido é a técnica cirúrgica com melhores resultados no que diz respeito à satisfação e vida sexual no período pós-operatório (53).

Num estudo realizado no Brasil com o intuito de avaliar a função sexual e urinária, bem como a qualidade de vida das mulheres transgênero após cirurgia de afirmação de gênero genital, percebeu-se que a maior parte das mulheres transgênero entrevistadas após a vaginoplastia de afirmação de gênero se encontravam satisfeitas globalmente. Embora existisse um grupo com disfunção sexual, as mulheres transgênero com uma vida sexual ativa foram classificadas, na maioria, como funcionais a nível sexual. A falta de lubrificação natural foi o fator mais apontado como principal desvantagem. Uma importante conclusão retirada deste estudo é que a função sexual e satisfação estavam também associadas a uma melhoria na autoimagem e, por isso, a uma melhor qualidade de vida, tendo em conta que a autoconfiança interfere, não só com o estado emocional, como também com as relações interpessoais (50).

Além disso, Kloer et al. (2021) observaram que, mesmo que necessárias intervenções de revisão cirúrgica e gestão de complicações pós-cirúrgicas, as mulheres transgénero continuavam a reportar satisfação sexual. Um dos fatores que mais influencia a satisfação sexual depois da cirurgia é o tipo de técnica cirúrgica utilizada no procedimento, bem como a percentagem de complicações. A profundidade da cavidade vaginal foi um dos fatores apontados que mais influenciam a percepção de satisfação sexual das mulheres transgénero e, portanto, a percepção de qualidade de vida (50,53).

Um dos principais ramos que influenciam a percepção de qualidade de vida das mulheres transgénero é a saúde mental, visto que está relacionada com as suas visões do próprio corpo, a forma como se relacionam com os outros e, no caso da vaginoplastia de afirmação de género, a sua ação de acordo com os papéis de género com os quais se identificam.

7.2 Limitações

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida, as principais limitações dos estudos prendem-se com o facto de serem utilizados instrumentos díspares na avaliação e, muitas vezes, a utilização de escalas/questionários elaborados pelos autores, em detrimento dos questionários *standardizados* da OMS. Uma limitação comum aos estudos que avaliam a qualidade, bem como aos que avaliam a relação com o risco de suicídio, é o facto de as amostras utilizadas nos estudos prospetivos serem, na maior parte das vezes, relativamente pequenas, o que dificulta a inferência de conclusões que se apliquem a todas as mulheres transgénero.

Capítulo 8 – Conclusão

Nos últimos anos, as técnicas cirúrgicas para realizar a vaginoplastia de afirmação de gênero têm evoluído, a par com o aumento da procura por este tipo de procedimentos. Dada a sua complexidade, só é possível a compreensão dos processos de afirmação de gênero, através de um conhecimento aprofundado de conceitos como a disforia e incongruência de gênero, respetivas particularidades e variabilidade individual, bem como do reconhecimento da necessidade de uma abordagem multidisciplinar e integrada dos Sistemas de Saúde perante cada mulher transgénero.

O principal diálogo da agenda do dia, no que concerne às cirurgias de afirmação de gênero, continua a prender-se à dúvida acerca do benefício real que estas cirurgias podem oferecer às pessoas TGD e, neste caso específico, às mulheres transgénero, tendo em conta que estes procedimentos envolvem alterações profundas, não só da esfera física, mas fundamentalmente no âmbito da saúde mental das mulheres transgénero e da forma como estas experienciam o seu corpo e as suas relações. Este debate é, atualmente, fundamental, visto que é dele que depende a implementação de legislação sobre a cobertura (ou não) dos procedimentos cirúrgicos relativos ao processo de afirmação de gênero pelos diferentes Sistemas de Saúde dos países a nível mundial, o que poderá, caso seja documentado benefício, permitir o alargamento e valorização das cirurgias de afirmação de gênero como passos necessários à proteção da saúde das pessoas TGD. Posto isto, perante o desafio de estabelecer um critério científico que sustente a sua ação, muitas instituições governamentais têm baseado esta decisão na prova, mais ou menos estabelecida, de que este tipo de cirurgias contribuirão (ou não) para a melhoria da qualidade de vida e, essencialmente, para a diminuição do risco de suicídio destas pessoas. Sendo assim, embora as mulheres transgénero sejam uma minoria social, a sua saúde deve ser, também, uma prioridade da tutela, tendo em conta o contexto político e intercultural da sociedade moderna na qual nos inserimos.

Da literatura analisada, conclui-se que as cirurgias de afirmação de gênero e, nomeadamente, a vaginoplastia, têm um impacto positivo na qualidade de vida das mulheres transgénero, por trazerem um benefício à forma como estas percecionam o seu corpo, à sua autoestima e na facilitação das suas relações pessoais. Além disso, é uma das principais formas comprovadas de diminuir o sofrimento psicológico associado à disforia de gênero que muitas mulheres transgénero experienciam, portanto tem, também, um impacto significativo na sua saúde mental o que, por sua vez, influencia a sua perceção de qualidade de vida. Os conceitos de qualidade de vida e saúde mental estão, desta forma e tendo por base a bibliografia, intrinsecamente relacionados, razão pela qual foi

integrada neste trabalho, não só a relação da vaginoplastia com o risco de suicídio, como também efetuado um estudo alargado do seu impacto na qualidade de vida das mulheres transgênero.

No que diz respeito ao risco de suicídio, é clara a noção de que são necessários mais estudos que analisem a sua relação concreta com as cirurgias de afirmação de gênero, visto que, na bibliografia que existe à data, os estudos apresentam, ainda, algumas limitações importantes (dimensão, tipo de estudo, metodologia). Não obstante, é possível afirmar que a vaginoplastia de afirmação de gênero impacta de forma positiva a saúde mental das mulheres transgênero, tendo a grande maioria dos autores de estudos prospetivos observado uma diminuição da ideação suicida das mulheres transgênero após a vaginoplastia, em comparação com o momento antes de a realizarem. Esta é uma premissa interessante da análise da bibliografia: os estudos prospetivos que analisam esta relação têm, de forma geral, melhores resultados neste âmbito quando comparados aos estudos caso-controlo, no entanto existem em muito menor número dada a sua complexidade e exigência. Além disso, uma das perceções mais importantes retiradas da análise da literatura é a de que é fundamental um acompanhamento psicológico individualizado e contínuo da mulher transgênero após a vaginoplastia, mesmo nas situações em que os indicadores relativos ao risco de suicídio indicam uma melhoria. De forma transversal, os autores apontam que esta abordagem é um dos principais fatores facilitadores no que diz respeito à gestão emocional de todas as mudanças que as mulheres transgênero experienciam após a cirurgia, o que terá, naturalmente, um impacto positivo no seu prognóstico.

Em síntese, o caminho continua a ser na direção do investimento na criação de conhecimento científico que analise particularmente esta relação, de forma a que as mulheres transgênero tenham, cada vez mais, acesso a cuidados de saúde adequados e que permitam a melhor gestão possível das suas particularidades.

Capítulo 9 - Referências Bibliográficas

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(S1):S1–259.
2. Weinforth G, Fakin R, Giovanoli P, Nuñez DG. Quality of life following male-to-female sex reassignment surgery. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Apr 12;116(15):253–60.
3. Meybodi SS, Meybodi AM. Quality of Life, Suicidal Attempt and Satisfaction in Gender Dysphoria Individuals Undergone Sex Reassignment Surgery [Internet]. Vol. 25. 2021. Available from: <http://annalsofrscb.ro>
4. Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Psychological Pathologies and Sexual Orientation in Transgender Women Undergoing Gender Confirming Treatment. *Ann Plast Surg*. 2020 Mar 1;84(3):312–6.
5. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Vol. 14, *Sexual Health*. CSIRO; 2017. p. 404–11.
6. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surg*. 2021 Jul 1;156(7):611–8.
7. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 25;5(2).
8. Buncamper ME, Van Der Sluis WB, Van Der Pas RSD, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Nov 1;138(5):999–1007.
9. Hontscharuk R, Alba B, Hamidian Jahromi A, Schechter L. Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. Vol. 9, *Andrology*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 1732–43.
10. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. 2024.
11. Santos LS dos, Santos Júnior JL dos, Alves VS, Alves RS, Guimarães J de J, Silva ILS, et al. Qualidade de vida de transexuais após cirurgia de redesignação sexual. *Research, Society and Development*. 2022 Jan 16;11(1):e58411125383.
12. Akhavan AA, Sandhu S, Ndem I, Ogunleye AA. A review of gender affirmation surgery: What we know, and what we need to know. *Surgery (United States)*. 2021 Jul 1;170(1):336–40.
13. Ozata B, Yüksel S, Noyan H, Avayü M, Yildizhan E. EPA-0185 - Effects of sex reassignment surgery on quality of life and mental health in transsexuals. *European Psychiatry*. 2014;29:1.

14. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016 Jan 2;28(1):58–69.
15. World Health Organization. *Gender and Health*. 2024.
16. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. Vol. 28, *International Review of Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 5–12.
17. Cooper K, Russell A, Mandy W, Butler C. The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. Vol. 80, *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2020.
18. Polderman TJC, Kreukels BPC, Irwig MS, Beach L, Chan YM, Derks EM, et al. The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. Vol. 48, *Behavior Genetics*. Springer New York LLC; 2018. p. 95–108.
19. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. Gender Dysphoria in Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016 Mar 28;12:217–47.
20. Bustos SS, Bustos VP, Mascaro A, Ciudad P, Forte AJ, Del Corral G, et al. Complications and Patient-reported Outcomes in Transfemale Vaginoplasty: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021 Mar 19;9(3):E3510.
21. van der Sluis WB, Steensma TD, Timmermans FW, Smit JM, de Haseth K, Özer M, et al. Gender-Confirming Vulvoplasty in Transgender Women in the Netherlands: Incidence, Motivation Analysis, and Surgical Outcomes. *Journal of Sexual Medicine*. 2020 Aug 1;17(8):1566–73.
22. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria [Internet]. Vol. 44, *FOCUS 792 REPRINTED FROM AFP*. 2015. Available from: <http://genderrights.org.au/sites/default/files/u9/AGA%20InfoPack%202014pdf>
23. Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Journal of Sexual Medicine*. 2017 May 1;14(5):721–30.
24. Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Psychological Pathologies and Sexual Orientation in Transgender Women Undergoing Gender Confirming Treatment. *Ann Plast Surg*. 2020 Mar 1;84(3):312–6.
25. Blakely SA. *Urological Care for the Transgender Patient A Comprehensive Guide* Dmitriy Nikolavsky.

26. De Pablos-Rodríguez P, Barreda JT, Giadrosich BE, De La Torre González S, Condeminas MS, Segú OB, et al. Impact of the initial experience in the penile inversion vaginoplasty technique on satisfaction levels: a pilot retrospective cohort study. *Transl Androl Urol.* 2022 Aug 1;11(8):1096–104.
27. Buncamper ME, Van Der Sluis WB, Van Der Pas RSD, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Nov 1;138(5):999–1007.
28. Saylor L, Bernard S, Vinaja X, Loukas M, Schober J. Anatomy of genital reaffirmation surgery (male-to-female): Vaginoplasty using penile skin graft with scrotal flaps. *Clinical Anatomy.* 2018 Mar 1;31(2):140–4.
29. De Pablos-Rodríguez P, Barreda JT, Giadrosich BE, De La Torre González S, Condeminas MS, Segú OB, et al. Impact of the initial experience in the penile inversion vaginoplasty technique on satisfaction levels: a pilot retrospective cohort study. *Transl Androl Urol.* 2022 Aug 1;11(8):1096–104.
30. Mañero Vazquez I, Labanca T, Arno AI. Functional, aesthetic, and sensory postoperative complications of female genital gender affirmation surgery: A prospective study. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.* 2022 Nov 1;75(11):4312–20.
31. Bolliger M, Kroehnert JA, Molineus F, Kandioler D, Schindl M, Riss P. Experiences with the standardized classification of surgical complications (Clavien-Dindo) in general surgery patients. *European Surgery - Acta Chirurgica Austriaca.* 2018 Dec 1;50(6):256–61.
32. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol.* 2016 Oct 1;63(5):520–33.
33. World Health Organization. Suicide. 2023.
34. Barboza GE, Dominguez S, Chance E. Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Prev Med Rep.* 2016 Dec 1;4:385–90.
35. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Arch Sex Behav.* 2020 Feb 1;49(2):645–59.
36. Eustaquio PC, Olansky E, Lee K, Marcus R, Cha S. Social Support and the Association Between Certain Forms of Violence and Harassment and Suicidal Ideation Among Transgender Women — National HIV Behavioral Surveillance Among Transgender Women, Seven Urban Areas, United States, 2019–2020 [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/>

37. Nematollahi A, Farnam F, Gharibzadeh S, Khoda-Khah P. Discrimination, violence, and suicide in transgender women in Iran. *Health Care Women Int.* 2022;43(7-8):861-72.
38. Giraldi A. Mental health and gender dysphoria – why does it matter? Vol. 141, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 483-5.
39. Falck F, Bränström R. The significance of structural stigma towards transgender people in health care encounters across Europe: Health care access, gender identity disclosure, and discrimination in health care as a function of national legislation and public attitudes. *BMC Public Health.* 2023 Dec 1;23(1).
40. Akhtar M, Bilour N. State of Mental Health Among Transgender Individuals in Pakistan: Psychological Resilience and Self-esteem. *Community Ment Health J.* 2020 May 1;56(4):626-34.
41. Chaovanalikit T, Wirairat K, Sriswadpong P. Quality of Life, Self-Esteem, and Depression Among Thai Transgender Women Before and After Male-to-Female Gender Confirmation Surgery: A Prospective Cohort Observational Study. *Sex Med.* 2022 Aug 1;10(4).
42. Mofradidoost R, Abolghasemi A. Body Image Concern and Gender Identities between Transgender and Cisgender Persons from Iran. *J Sex Marital Ther.* 2020 Apr 2;46(3):260-8.
43. Marques IR, Cagigal CAM, Ezzeddine R, Rema JPAGP, Cruz FALNO. The Impact of Gender-affirming Surgeries on Suicide-related Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Psychosexual Health.* 2023 Jul;5(3):134-44.
44. Jackson D. Suicide-Related Outcomes Following Gender-Affirming Treatment: A Review. *Cureus.* 2023 Mar 20;
45. Wilson EC, Chen YH, Arayasirikul S, Wenzel C, Raymond HF. Connecting the Dots: Examining Transgender Women's Utilization of Transition-Related Medical Care and Associations with Mental Health, Substance Use, and HIV. *Journal of Urban Health.* 2015 Feb 1;92(1):182-92.
46. Tucker RP, Testa RJ, Simpson TL, Shipherd JC, Blosnich JR, Lehavot K. Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychol Med.* 2018 Oct 1;48(14):2329-36.
47. Imbimbo C, Verze P, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Arcaniolo D, et al. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine.* 2009;6(10):2736-45.

48. Bränström R, Pachankis JE. Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry*. 2020 Aug 1;177(8):727–34.
49. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*. 2011;6(2).
50. Monteiro Petry Jardim LM, Cerentini TM, Lobato MIR, Costa ÂB, Cardoso da Silva D, Schwarz K, et al. Sexual Function and Quality of Life in Brazilian Transgender Women Following Gender-Affirming Surgery: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(23).
51. Monteiro Petry Jardim LM, Cerentini TM, Lobato MIR, Costa ÂB, Cardoso da Silva D, Schwarz K, et al. Sexual Function and Quality of Life in Brazilian Transgender Women Following Gender-Affirming Surgery: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(23).
52. Manrique OJ, Adabi K, Martinez-Jorge J, Ciudad P, Nicoli F, Kiranantawat K. Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty-Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Plast Surg*. 2018 Jun 1;80(6):684–91.
53. Kloer C, Parker A, Blasdel G, Kaplan S, Zhao L, Bluebond-Langner R. Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. Vol. 9, *Andrology*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 1744–64.