

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

HIAGO ROCHA DA SILVA

**NECESSIDADES DE CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS APÓS
A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL**

PORTO ALEGRE

2019

HIAGO ROCHA DA SILVA

**NECESSIDADES DE CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS APÓS
A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enaura H. Brandão Chaves

PORTO ALEGRE

2019

AGRADECIMENTOS

Em meados de 2014, eu sequer poderia imaginar o que a Enfermagem me proporcionaria. Nestes últimos cinco anos, aprendi não apenas sobre ser enfermeiro, mas também sobre ser mais humano, o que certamente não se aprende sozinho.

Agradeço à minha família, especialmente aos meus pais, Lazaro e Anelise, e aos meus avós maternos, José e Donatilia, por tanto terem me apoiado nessa trajetória e me encorajado. O apoio de vocês foi fundamental para que eu pudesse concluir a graduação. Só tenho a agradecer pela família maravilhosa que tenho e pela educação que vocês me deram, a minha base são vocês.

Ao meu namorado, João, por ser meu companheiro em todos os momentos, sempre fortalecer o significado da frase “eu te amo” e pela família que estamos construindo. Você foi quem mais me tranquilizou, levantou meu ânimo e acreditou no meu potencial. Obrigado por estar ao meu lado.

À Prof.^a Anne Marie, por sempre ter estado presente e disposta a ajudar quando eu mais precisei. Você esteve comigo enquanto professora de campo de estágio, orientadora e/ou supervisora de Iniciação Científica, estágio curricular obrigatório e não obrigatório. Tornou-se minha chefe e também minha amiga. Obrigado por todo o aprendizado, pela paciência, pelos cafés da manhã e pelos almoços, eu não poderia estar em melhor companhia e jamais me esquecerei de tudo que você fez por mim.

À Prof.^a Enaura, por ser a melhor chefe que alguém poderia ter e, acima de tudo, pela alegria que irradia por onde passa. Obrigado pela orientação, pelo tempo que passamos juntos (que poderia ter passado mais devagar) e pelo carinho.

À Prof.^a Ana Bonilha, por ter concedido a minha primeira bolsa de Iniciação Científica e, mais do que isso, por ter me acolhido genuinamente e me incentivado enquanto pesquisador.

À equipe de enfermagem da Unidade de Internação 8^o Norte, e especialmente à Enf.^a Alexandra, por estarem comigo nessa etapa final. Obrigado por terem me recebido de braços abertos e pela paciência, só tenho a dizer que foi uma honra aprender com vocês.

Aos melhores amigos com os quais a UFRGS poderia me presentear, Anne, Daniel, Fernanda, Juliana e Vitória. Obrigado por esses cinco anos de convivência,

eu não poderia sequer imaginar como seria a graduação sem vocês. Que o Foguinho da UFRGS jamais se apague.

À Jady (*in memoriam*), ao Fred e à Dolores, por me mostrarem que um pouco de carinho nunca é demais. Obrigado por me ensinarem lições sobre companheirismo, lealdade e amor. Tenho a plena convicção de que vocês me tornaram uma pessoa melhor.

Colorir

*Faltará tinta
No dia que o céu for livre
Pra todos serem o que são
Cobertos pelo sol, sem nenhum tipo de opressão
Faltará nomes
Pra descrever o mundo sem as misérias
O que sentimos, o que nos tornamos
O novo ser sem medo de viver
Faltará a falta que nos entristece
Que hoje enche o peito de vazio e fumaça
Não faltará amor, não faltará sonhos
O novo mundo se abrirá para o futuro
Onde o presente dominará o passado
E nossos corações enfim serão salvos*

Virgínia Guitzel

RESUMO

INTRODUÇÃO: Enquanto "transgênero" refere-se ao indivíduo que vivencia a incongruência entre o gênero designado e o expressado, "transexual" é aquele que especificamente passa por uma transição social. No Brasil, o Processo Transsexualizador (PT) do SUS visa à garantia do direito à saúde dessa população e da passagem para a vivência social no gênero expressado, incluindo a cirurgia de redesignação sexual (CRS) para as mulheres transexuais. Tendo em vista que o enfermeiro atua em todas as etapas do PT como membro da equipe interdisciplinar, é necessário reconhecer as necessidades de cuidado à saúde dessas pessoas.

OBJETIVO: Identificar as necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a CRS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa (RI), baseado em Whitemore e Knafl (2005). Buscou-se por estudos sobre a temática publicados no período de 2009 a 2019, nas bases de dados BDNF, CINAHL, Cochrane Library, LILACS, MEDLINE, Scopus e Web of Science, nos idiomas português, inglês e espanhol. Da seleção de estudos, 18 atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias temáticas: (I) cuidados pós-operatórios relacionados à região geniturinária, (II) cuidados pós-operatórios relacionados à prevenção do tromboembolismo venoso, (III) tempo de internação e (IV) acompanhamento pós-alta hospitalar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais da equipe de enfermagem são os que mantêm maior contato com essas pacientes durante a internação hospitalar e os enfermeiros participam de todas as etapas do PT, embora a participação destes na produção de conhecimentos científicos acerca dos cuidados à saúde dessas mulheres seja escassa, o que exige a união da prática à pesquisa. Foram limitações deste estudo: a predominância de estudos estrangeiros, baseados em realidades distintas da brasileira; e o foco da amostra em aspectos cirúrgicos e clínicos em detrimento das demais necessidades de cuidado e apoio emocional.

DESCRITORES: Cirurgia de Redesignação Sexual. Pessoas Transgênero. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Identidade de Gênero. Cuidados de Enfermagem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hierarquia dos níveis de evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005)	22
Figura 2 – Organograma do processo de busca e amostragem	27
Figura 3 – Distribuição geográfica da amostra	30
Figura 4 – Curativo compressivo personalizado utilizado por Raigosa et al. (2015)	34
Figura 5 – Curativo compressivo de Chen et al.	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Anos de publicação dos estudos primários	28
Gráfico 2 – Tipos de vaginoplastia abordados pelos estudos primários	32
Gráfico 3 – Tempo de internação hospitalar	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Combinações de descritores aplicadas às buscas nas bases de dados.....	21
Quadro 2 – Retirada da sonda vesical de demora.....	36
Quadro 3 – Rotinas de autodilatação neovaginal	41
Quadro 4 – Interrupção da hormonioterapia como profilaxia para tromboembolismo venoso.	44
Quadro 5 – Início da deambulação.	46
Quadro 6 – Acompanhamento pós-alta hospitalar.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	17
3 METODOLOGIA	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.2 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	18
3.3 BUSCA NA LITERATURA	18
3.4 AVALIAÇÃO DOS DADOS	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
3.6 APRESENTAÇÃO	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 OBTENÇÃO DA AMOSTRA	25
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	28
4.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	30
4.4 CATEGORIAS TEMÁTICAS	33
4.4.1 Cuidados pós-operatórios relacionados à região genitourinária	33
4.4.2 Cuidados pós-operatórios relacionados à prevenção do tromboembolismo venoso ...	42
4.4.3 Tempo de internação	48
4.4.4 Acompanhamento pós-alta hospitalar	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS DADOS	60
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO GERAL	61
APÊNDICE C – MATRIZ DE SÍNTESE	62

1 INTRODUÇÃO

A filósofa feminista Simone de Beauvoir defendeu que ninguém nasce mulher, e sim se torna. Segundo Beauvoir (1967), sexo e gênero são categorias distintas e independentes entre si, sendo o gênero um elemento resultante dos significados culturais e marcado sobre um corpo sexuado.

Butler (2003) afirmou que sexo e gênero não decorrem um do outro, logo, ser de determinado sexo não implica necessariamente em se tornar homem ou mulher. Além disso, os corpos sexuados podem estar associados a diversos gêneros e não apenas aos tradicionais masculino e feminino.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o termo “transgênero” diz respeito a um amplo espectro de indivíduos que não se identificam com o gênero atribuído a eles ao nascimento, seja de forma transitória ou persistente. No entanto, quando a incongruência entre o gênero designado e o manifestado gera sofrimento e/ou desconforto, utiliza-se a expressão “disforia de gênero” (DG) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a maioria das pessoas vivencia a conformidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero atribuída ao nascimento ou até mesmo durante a gestação. Em contrapartida, algumas pessoas vivenciam a incongruência entre o sexo biológico e a identidade de gênero designados a elas, de forma que essa discrepância pode causar estresse, sofrimento e desconforto – o que caracteriza a DG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Em relação à prevalência da DG, entre um a cada 11.900 e um a cada 45.000 indivíduos do sexo masculino se identifica como mulher transgênero. Além disso, entre um a cada 30.400 e um a cada 200.000 indivíduos do sexo feminino se identifica como homem transgênero (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O termo “transexual” se refere especificamente aos indivíduos que buscam e/ou passam por uma transição social de masculino para feminino ou vice-versa. Comumente, mas não em todos os casos, a transição social é acompanhada pela transição somática, por meio de tratamento hormonal e/ou cirúrgico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com Susan Stryker, que é mulher transexual e teórica na área de gênero e sexualidade humana, transgêneros são as pessoas que se distanciam do gênero designado ao nascimento, que atravessam os limites construídos por sua cultura para definir e delimitar tal gênero. Para Stryker (2017), a maioria dos estudos sobre transgêneros tende a reduzir a complexidade e a significação da vida dessas pessoas às suas necessidades médicas e psicoterapêuticas.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), aprovada no ano de 1990 e cuja versão mais recente foi publicada no ano de 2016, a categoria “Transtorno de Identidade Sexual” engloba o “Transexualismo”, referindo-se exclusivamente a adolescentes e adultos. Assim, a pessoa transexual é descrita pela CID-10 como o indivíduo que deseja viver como membro do sexo oposto com aceitação social e comumente também deseja tornar seu corpo tão congruente quanto possível em relação ao sexo preferido, por meio de cirurgias e hormonioterapia; cuja identidade transexual tem estado persistentemente presente por ao menos dois anos; e que não possui outro transtorno mental (tal como esquizofrenia), alguma condição intersexual física concomitante e nem está associado a uma anormalidade cromossômica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Além disso, a CID-10 considerava que a pessoa transexual deveria apresentar evidências de sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social/ocupacional ou em outras áreas importantes de sua vida. Com a publicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), lançada no ano de 2018, o diagnóstico de transexualismo foi substituído pelo de incongruência de gênero, partindo da compreensão de que a transexualidade não é uma doença mental e de que essas pessoas precisam ter seu acesso à saúde ampliado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Como reflexo, o diagnóstico de incongruência de gênero encontra-se no capítulo de “Condições relacionadas à saúde sexual”, e não mais no capítulo “Transtornos mentais e comportamentais”, como na CID-10. Na CID-11, excluiu-se o sofrimento ou prejuízo social como critério diagnóstico essencial e possibilitou-se o acréscimo de outro transtorno do desenvolvimento sexual sem a exclusão do diagnóstico de Incongruência de Gênero (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O Processo Transexualizador (PT) foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008 e atualmente é regulamentado pela Portaria nº 2.803/GM/MS, de 2013 (BRASIL, 2013a). Esse processo não se refere apenas ao estabelecimento de diretrizes voltadas no sentido estrito para a atenção integral de transexuais e travestis, e sim ao estabelecimento de ações necessárias para a garantia do direito à saúde de forma simultânea à passagem para a vivência social no gênero expressado (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Na primeira fase do PT, a pessoa transexual busca o serviço especializado e é submetida a entrevistas, exames psicométricos, exames clínicos e consultas com os diferentes profissionais componentes da equipe. O objetivo dessa fase é que a equipe multiprofissional conheça a história pessoal passada do indivíduo e as suas motivações em relação à cirurgia de redesignação sexual (CRS), a fim de que sejam avaliados os critérios diagnósticos para disforia de gênero (DG) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010; BRASIL, 2013a; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; PETRY, 2015).

A segunda fase do PT é iniciada com o diagnóstico de DG, considerado obrigatório, e essa é dividida em três etapas, as quais ocorrem simultaneamente ou sequencialmente em um período mínimo de dois anos, no qual se realiza acompanhamento profissional multidisciplinar mensalmente. As três etapas consistem na avaliação da vivência da pessoa no papel de gênero desejado, na hormonioterapia e na CRS, além das demais cirurgias envolvidas na transição somática (BRASIL, 2013a; PETRY, 2015).

O tratamento cirúrgico oferecido no PT às mulheres transexuais envolve as cirurgias de redesignação sexual, como orquiectomia bilateral com amputação do pênis; neocolpovulvoplastia ou vaginoplastia para a construção da neovagina; tireoplastia (para redução do pomo de Adão com o objetivo de feminilizar a voz e/ou alongar as cordas vocais); e plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral (BRASIL, 2013a).

A idade mínima para acompanhamento clínico e hormonioterapia no PT é de 18 anos, porém, a pessoa transexual a ser selecionada para a CRS deverá ter no mínimo 21 anos e no máximo 75 anos de idade. Além desses critérios, a realização da CRS depende da ausência de características físicas inapropriadas à cirurgia e da presença de laudos psicológico e psiquiátrico favoráveis ao tratamento (CONSELHO

FEDERAL DE MEDICINA, 2010; BRASIL, 2013a; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; PETRY, 2015).

Nesse contexto, ressalta-se que a meta terapêutica do PT não deve se restringir às cirurgias de transgenitalização e às demais intervenções somáticas, conforme dispõe a diretriz da integralidade da atenção (BRASIL, 2013a). Assim, o PT converge em direção à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), a qual o processo integra (BRASIL, 2013b). Essa política foi instituída em 2011 por meio da Portaria nº 2.836/GM/MS (BRASIL, 2011) e o seu principal objetivo é promover a saúde integral da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, de forma a construir mais equidade no SUS. Um dos objetivos específicos da PNSILGBT é garantir o acesso ao PT por meio do SUS (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Atualmente, existem nove serviços ambulatoriais no Brasil habilitados a prestar assistência no PT por meio do SUS, sendo que destes, apenas cinco serviços oferecem a CRS: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Hospital das Clínicas de Goiânia, vinculado à Universidade Federal de Goiás; e Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Embora a Portaria nº 2.803/GM/MS, de 2013, defina que a realização de intervenções cirúrgicas (incluindo a CRS) seja possível no PT do SUS após um período mínimo de dois anos de acompanhamento profissional multidisciplinar, o tempo de espera costuma ser maior, podendo variar de anos a décadas em filas de espera, de acordo com a instituição e a demanda por intervenções cirúrgicas em cada serviço (BRASIL, 2013a; PACHECO; PACHECO, 2016; ALMEIDA, 2018). A espera é parte do processo de transição e representa a possibilidade concreta de reconhecimento do indivíduo na identidade de gênero autodeclarada, incluindo o reconhecimento de seu corpo como congruente em relação à sua identidade de gênero sob as óticas pessoal, social e cultural (ALMEIDA, 2018).

Conseqüentemente, o tempo de espera pode se tornar doloroso, frustrante e ir de encontro às expectativas e às adaptações física, mental e social da pessoa.

Dentre os motivos para o atraso na realização das intervenções cirúrgicas, há relatos de remarcação dos procedimentos por manutenção predial do ambiente hospitalar, outro compromisso do cirurgião, fechamento temporário do serviço especializado e desistência por parte do indivíduo, entre outros. Para cada cancelamento, acrescenta-se um mês de espera para a próxima pessoa da fila. O estabelecimento de um dia específico da semana e/ou mês para a realização dos procedimentos também é considerado um empecilho (ALMEIDA, 2018).

Embora nem todas as pessoas transexuais tenham desejo ou sintam ser necessário realizar a CRS, as que desejam expressam que esse procedimento cirúrgico é uma necessidade, sobretudo por conta da convicção de que sua vida apenas é suportável com a construção de um corpo em máxima conformidade possível com a imagem associada ao gênero manifestado. Para muitas dessas pessoas, o direito à vida é usufruído de forma mais plena e com menos sofrimento quando essas passam pela transição somática e alteram o nome e o sexo no registro civil original (ALMEIDA; MURTA, 2013).

A prática de relações sexuais não é, necessariamente, impossibilitada devido à presença do órgão genital masculino. Entretanto, muitas das mulheres transexuais desejam realizar a CRS para conseguirem praticar relações sexuais de maneira confortável, sem a presença de um órgão genital que não condiz com a sua identidade de gênero. Ressalta-se que nem todas as mulheres transexuais se consideram heterossexuais, embora muitos profissionais de saúde partam desse pressuposto (BENTO, 2012).

Algumas dessas mulheres buscam a CRS com vistas ao direito legal à identidade de gênero e sem pretensões relacionadas às práticas sexuais, considerando que o acesso e exercício da feminilidade não é garantido pela presença da neovagina. De qualquer forma, a importância da CRS não pode ser minimizada, pois para muitas mulheres transexuais a cirurgia representa a possibilidade concreta de se reconhecer no próprio corpo (BENTO, 2012).

A equipe multiprofissional capacitada a prestar Atenção Especializada no PT pode ser composta por médico clínico, endocrinologista, psiquiatra, urologista, ginecologista obstetra, cirurgião plástico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Entretanto, apenas três dos profissionais supracitados devem obrigatoriamente compor a equipe multiprofissional: médico endocrinologista, assistente social e

enfermeiro (BRASIL, 2013a). Dessa forma, o enfermeiro é um profissional atuante em qualquer nível de assistência do PT do SUS.

Cotidianamente, os profissionais de saúde precisam se posicionar e encontrar sentidos frente às demandas das pessoas que reivindicam o pertencimento a um gênero diferente daquele determinado biologicamente (BENTO, 2012). Para que as pessoas transgênero possam usufruir do cuidado integral, os profissionais de saúde que atuam no Processo Transexualizador devem conhecer seu contexto social, necessidades de saúde e outras interseccionalidades que impactam em suas vidas, além de ouvirem o que essa população tem a dizer, compartilhar saberes, percepções acerca do atendimento em saúde e do significado de saúde sob o entendimento dessas pessoas (ROSA et al., 2019). Assim, reitera-se que a Atenção Especializada prestada no PT do SUS não se restringe às intervenções somáticas.

Os profissionais de Enfermagem devem exercer um cuidado ético e que considere a diversidade sexual, de gênero e demais particularidades do sujeito. Assim, tais profissionais poderão desenvolver, considerando o seu núcleo específico de saberes e práticas, as competências essenciais na atenção à saúde da população transgênero. O estabelecimento de empatia e vínculos entre o indivíduo a ser cuidado e o enfermeiro conduz à melhor compreensão sobre as suas necessidades de saúde e, assim, amplia as possibilidades de construção de conhecimentos, soluções e práticas de cuidado e autocuidado que sejam adequadas às expectativas de ambos os lados (ROSA et al., 2019).

Considerando que o enfermeiro atua em todas as etapas do PT como membro da equipe multiprofissional, a temática da transexualidade deve ser amplamente explorada no âmbito da Enfermagem, de forma a trazer subsídios em relação às modificações corporais vivenciadas por essas pessoas e a partir das vivências dessas pessoas. Entretanto, os cursos de graduação em Enfermagem pouco têm explorado essa discussão (PETRY, 2015). Em convergência, Silva et al. (2018) concluíram que a enfermagem brasileira acolhe insuficientemente o público LGBT e que há necessidade de melhor qualificação profissional para atender às necessidades de saúde dessas pessoas.

Após as buscas na literatura científica, foi possível constatar que existem poucos estudos acerca das necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a CRS, tanto no Brasil quanto em outros países. A produção de conhecimento baseada nas necessidades de saúde específicas dessas mulheres

gera subsídios para o aprimoramento da assistência de todos os profissionais que atuam no PT, e por isso é relevante realizar esse estudo. Desse modo, acredita-se ter sido relevante realizar esse estudo. Finalizando, destaca-se que a questão norteadora deste estudo é “Quais são as necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a cirurgia de redesignação sexual?”.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo identificar as necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a cirurgia de redesignação sexual.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa (RI), considerado o método mais amplo de revisão da literatura por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais. Assim, o fenômeno de interesse pode ser potencialmente compreendido de modo holístico. Os estudos que compõem a amostra de uma RI variam em termos de estrutura e objetivos, o que pode resultar em uma representação de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde, de modo a construir e a qualificar a Enfermagem enquanto ciência (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As etapas de desenvolvimento de uma RI variam conforme o seu referencial teórico, o que permite garantir o rigor metodológico necessário a esse tipo de estudo. Para o desenvolvimento desta RI foram consideradas as cinco etapas descritas por Whittemore e Knafl (2005), sendo elas: identificação do problema (I), busca na literatura (II), avaliação dos dados (III), análise dos dados (IV) e apresentação (V).

3.2 Identificação do problema

Na primeira etapa ocorre a identificação do problema de pesquisa. Além disso, essa etapa também abrange a definição do objetivo da RI e, subsequentemente, das variáveis de interesse e das estruturas de amostragem. A elaboração dessa etapa com especificidade é de suma importância por prover foco e limites durante o processo de desenvolvimento da RI, de modo a facilitar a execução das etapas posteriores, especialmente a extração de dados apropriados de estudos primários (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A partir do objetivo do presente estudo, foi estabelecida, como já explicitado, a seguinte questão norteadora: *quais são as necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a cirurgia de redesignação sexual?*

3.3 Busca na literatura

A segunda etapa envolve a busca na literatura, que deve ser documentada a partir de dados como as bases de dados, os termos de busca ou descritores, as estratégias de busca adicionais, os critérios de inclusão e os critérios de exclusão utilizados. Esse processo de decisão deve ser justificado e conduzido de modo preciso. Assim, é possível determinar quais são os estudos primários pertinentes ao problema de pesquisa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As buscas por artigos foram realizadas nas seguintes bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scopus e Web of Science. As bases de dados BDENF, LILACS e MEDLINE foram consultadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Essas bases de dados foram escolhidas por possuírem criticidade científica para indexação de periódicos e, especificamente as bases BDENF e CINAHL, por serem especializadas na área de Enfermagem.

Os descritores foram definidos por meio de consulta às ferramentas de vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Estabeleceu-se descritores fixos e adicionais, em razão de que suas diferentes combinações proporcionam uma quantidade abundante de resultados, porém sem afastá-los do problema de pesquisa. Além dos próprios descritores também foram considerados os seus sinônimos, com o propósito de ampliar o número de resultados das bases de dados.

Dessa forma, foram estabelecidos os seguintes descritores fixos: cirurgia de redesignação sexual, cirurgia de readequação sexual e cirurgia de transgenitalização (*cirugía de reasignación de sexo, cirugía de confirmación de género, cirugía de reasignación de género e cirugía de reasignación sexual; sex reassignment surgery, gender change surgery, gender confirmation surgery e gender reassignment surgery*), cruzados entre si por meio do operador booleano OR; e pessoas transgênero, pessoas transexuais, transexuais pós-operados, mulher transexual e mulher transgênero (*personas transgénero, mujer transexual, personas trans, personas transexuales, transexual, transexuales, transexuales operados, transgénero e transgéneros; transgender persons, transgenders, transgendered persons, transexuals e transsexual persons*), combinados aos outros descritores por meio do operador booleano AND e entre si por meio do operador OR.

Utilizou-se os seguintes descritores adicionais, combinados individualmente aos descritores fixos por meio do operador booleano AND: necessidades e demandas de serviços de saúde e necessidades de atenção à saúde (*necesidades y demandas de servicios de salud, necesidades de servicios de salud e necesidades y demanda de servicios de salud; health services needs and demand e health services needs*); identidade de gênero e gênero (*identidad de género e género; gender identity e gender*); e cuidados de enfermagem e assistência de enfermagem (*atención de enfermería e cuidados de enfermería; nursing care e nursing care management*), cruzados entre si por meio do operador OR.

As buscas nas bases de dados CINAHL, Cochrane Library e Web of Science exigiram o uso reduzido de sinônimos por conta do número limitado de campos de busca ou do número excessivo de resultados, consequentemente distantes do problema de pesquisa. Nessas bases de dados foram utilizados os descritores fixos *sex reassignment surgery, gender reassignment surgery, transgenders e transexuals*; e os descritores adicionais *health services needs, gender identity e nursing care*. Esses descritores foram selecionados por serem os mais utilizados e, assim, considerados os sinônimos mais relevantes. As combinações entre esses descritores não sofreram alterações em relação às demais bases de dados, exceto pelo número reduzido de sinônimos.

A partir dos operadores booleanos, pode-se visualizar no quadro 1 as combinações entre os descritores fixos e adicionais, assim como os seus sinônimos, utilizadas para as buscas nas bases de dados.

Considerou-se como critérios de inclusão: artigos que responderam ou que viabilizaram a resposta à questão norteadora; resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, quali-quantitativas, revisões integrativas, sistemáticas e narrativas; publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; encontrados para leitura na íntegra; e publicados entre os anos de 2009 e 2019, por se tratar de uma temática relativamente recente e por ser um período que sucede a instituição do PT no âmbito do SUS, a qual ocorreu no ano de 2008.

Quadro 1 – Combinações de descritores aplicadas às buscas nas bases de dados.

Termos DeCS	
Descritores fixos	Descritores adicionais
Cirurgia de Readequação Sexual OR Cirurgia de Redesignação Sexual OR Cirurgia de Transgenitalização AND Pessoas Transgênero OR Pessoas Transexuais OR Transexuais Pós-Operados OR Mulher Transexual OR Mulher Transgênero	AND Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde OR Necessidades de Atenção à Saúde
	AND Identidade de Gênero OR Gênero
	AND Cuidados de Enfermagem OR Assistência de Enfermagem
Cirugía de Reasignación de Sexo OR Cirugía de Confirmación de Género OR Cirugía de Reasignación de Género OR Cirugía de Reasignación Sexual AND Personas Transgênero OR Mujer Transexual OR Personas Trans OR Personas Transexuales OR Transexual OR Transexuales OR Transexuales Operados OR Transgênero OR Transgéneros	AND Necesidades y Demandas de Servicios de Salud OR Necesidades de Servicios de Salud OR Necesidades y Demanda de Servicios de Salud
	AND Identidad de Género OR Género
	AND Atención de Enfermería OR Cuidados de Enfermería
Termos MeSH	
Descritores fixos	Descritores adicionais
Sex Reassignment Surgery OR Gender Change Surgery OR Gender Confirmation Surgery OR Gender Reassignment Surgery AND Transgender Persons OR Transgenders OR Transgendered Persons OR Transexuals OR Transsexual Persons	AND Health Services Needs and Demand OR Health Services Needs
	AND Gender Identity OR Gender
	AND Nursing Care OR Nursing Care Management

3.4 Avaliação dos dados

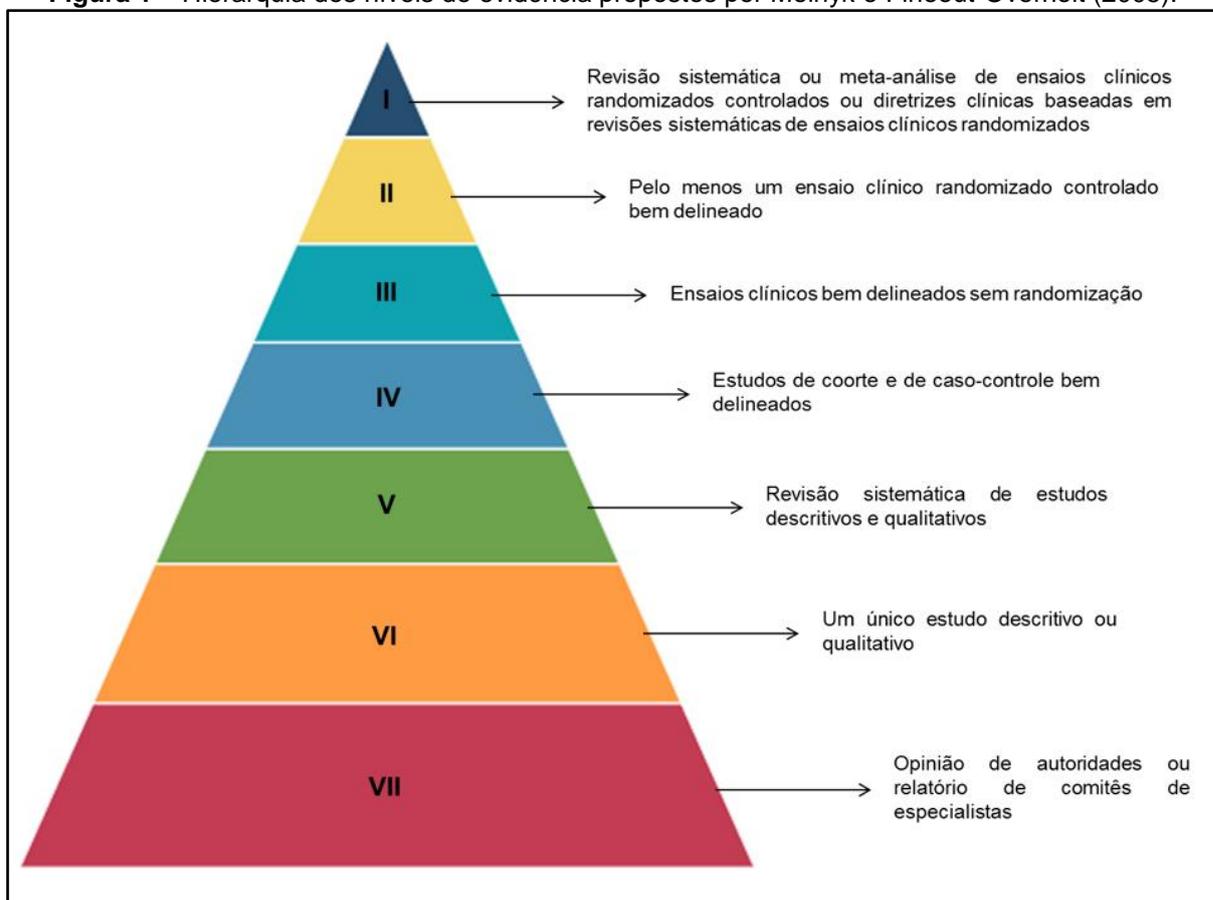
Na terceira etapa ocorre uma avaliação geral ou categorização dos estudos incluídos na RI, de modo a facilitar o processo de análise dos dados, executado posteriormente. Nessa etapa, faz-se necessário medir a qualidade dos estudos primários da RI. Para tanto, os estudos podem ser agrupados de acordo com o delineamento de pesquisa e o nível de evidência (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A classificação dos níveis de evidência dos estudos primários obedeceu aos sete níveis propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), sendo estes: nível I – evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios

clínicos randomizados controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III – evidências provenientes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII – evidências provenientes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

A hierarquia dos sete níveis de evidência apresentados por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) pode ser visualizada por meio da pirâmide presente na figura 1.

Figura 1 – Hierarquia dos níveis de evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005).



Nesta etapa, os estudos primários são organizados e/ou categorizados em uma matriz de síntese, que consiste em um instrumento (APÊNDICE A) utilizado para extrair informações dos estudos selecionados. Assim, é possível analisar cada

artigo individualmente e ao mesmo tempo sintetizar os dados de diferentes artigos, evidenciando suas particularidades. Essa avaliação inicial é capaz de gerar categorias temáticas ou subgrupos de estudos, o que justifica a sua relevância (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

No apêndice A, os estudos primários foram avaliados de acordo com os dados de identificação (título do artigo, autores, país de origem, idioma de publicação, periódico, volume, número e ano de publicação), objetivos, metodologia (delineamento de pesquisa, sujeitos/objetos de estudo, técnica de coleta dos dados, técnica de análise dos dados e nível de evidência), resultados, conclusões ou considerações finais e categorias temáticas.

3.5 Análise dos dados

A quarta etapa, denominada análise dos dados, tem por objetivo a realização de uma minuciosa e imparcial interpretação dos estudos primários, juntamente com uma inovadora síntese das evidências. Essa etapa é dividida em quatro subetapas, de forma que pode ser melhor compreendida: redução dos dados, exposição dos dados, comparação dos dados e desenho da conclusão e verificação (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A redução dos dados consiste em determinar um sistema de classificação geral (APÊNDICE B) para gerenciar os dados de diversas metodologias. Os estudos primários incluídos na RI precisam ser divididos em subgrupos de acordo com algum sistema lógico para facilitar a análise. Assim, é possível prover uma organização sucinta da literatura, que facilite a comparação sistemática dos estudos, seus problemas específicos e/ou características da amostra (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O apêndice B constitui-se em um quadro sinóptico geral, preenchido com as seguintes informações: número, título do artigo, autores, delineamento de pesquisa, nível de evidência, cuidados pós-operatórios relacionados à região genitourinária, cuidados pós-operatórios relacionados à prevenção do tromboembolismo venoso, tempo de internação, acompanhamento pós-alta hospitalar, papel da Enfermagem e conclusões ou considerações finais.

A exposição dos dados envolve a exibição dos dados extraídos de estudos primários e divididos em subgrupos ou categorias temáticas, podendo ocorrer na

forma de gráficos e/ou sistemas. A comparação dos dados consiste em um processo iterativo de exame dos dados expostos, o que permite a identificação de temas, tendências ou relações (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na última subetapa, denominada desenho da conclusão e verificação, a análise dos estudos selecionados quanto aos seus objetivos, metodologias e resultados alcançados permite a construção de um quadro mais amplo a respeito de como o fenômeno estudado vem sendo discutido na literatura científica. Dessa forma, é possível levantar semelhanças e diferenças, além de destacar especificidades e/ou processos relevantes. Em suma, é a síntese dos elementos importantes de cada estudo ou subgrupos de estudos, com o propósito de formar um resumo integrado de determinado fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

3.6 Apresentação

Na quinta e última etapa ocorre a apresentação dos resultados da RI, que pode ser realizada a partir da exposição visual dos dados principais por meio de matrizes e/ou fluxogramas. Os detalhes dos estudos primários precisam ser fornecidos, a fim de demonstrar aos leitores a logicidade das evidências da RI, bem como apoiar as suas conclusões (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

3.7 Aspectos éticos

Esta RI respeitou as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A autenticidade de ideias, definições, conceitos e citações dos autores estão devidamente mencionadas conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Obtenção da amostra

A busca na base de dados LILACS resultou em seis estudos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, quatro estudos foram descartados por não possuírem relação com a questão norteadora e/ou terem sido publicados em outro idioma que não fosse algum dos especificados. Assim, dois artigos foram pré-selecionados para leitura na íntegra.

A base de dados MEDLINE proporcionou 118 estudos cujos títulos e resumos foram lidos. Após a leitura, 94 estudos foram descartados por não possuírem relação com a questão norteadora e/ou terem sido publicados em outros idiomas que não fossem algum dos especificados. Além destes, seis estudos foram desconsiderados, pois já haviam sido pré-selecionados a partir de outra base de dados. Assim, 18 artigos foram pré-selecionados para leitura na íntegra.

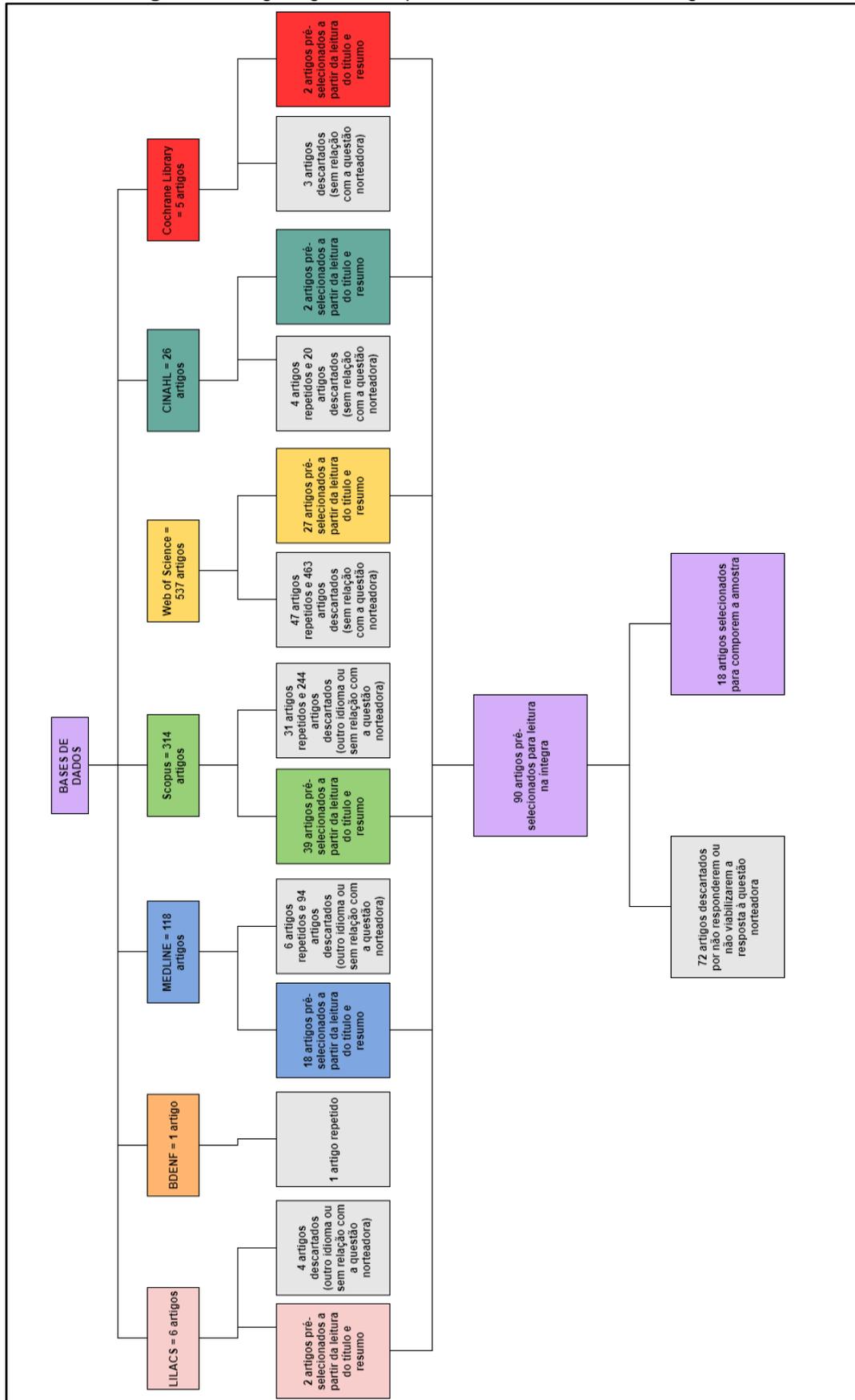
Na base de dados Scopus, a busca resultou em 314 artigos, dos quais 244 foram descartados após a leitura dos títulos e dos resumos por não possuírem relação com a questão norteadora e/ou terem sido publicados em outros idiomas que não fossem algum dos especificados. Além destes, 31 estudos foram desconsiderados pelo fato de que já haviam sido pré-selecionados a partir de outra base de dados. Assim, 39 artigos foram pré-selecionados para leitura na íntegra.

A base de dados Web of Science proporcionou 537 artigos cujos títulos e resumos foram lidos. Após a leitura, 463 artigos foram descartados por não possuírem relação com a questão norteadora e 47 artigos foram desconsiderados por já terem sido pré-selecionados a partir de outra base de dados. Assim, 27 artigos foram pré-selecionados para leitura na íntegra.

A busca na base de dados BDENF resultou em um artigo, desconsiderado por repetição. Na base de dados CINAHL foram encontrados 26 artigos, dos quais quatro foram desconsiderados por repetição e 20 foram descartados por não possuírem relação com a questão norteadora. A base de dados Cochrane Library proporcionou cinco artigos, dos quais três foram descartados por não abrangerem a questão norteadora. Logo, foram pré-selecionados dois artigos a partir da base CINAHL e dois artigos da Cochrane Library.

No total, 90 artigos foram pré-selecionados a partir das buscas nas bases de dados. Após, procedeu-se à leitura desses artigos na íntegra para serem melhor avaliados. Desse modo, foram selecionados os 18 artigos que compuseram a amostra, sendo um artigo oriundo da base de dados LILACS, seis da MEDLINE, seis da Scopus e cinco da Web of Science. O processo de busca e amostragem pode ser visualizado por meio do organograma presente na figura 2.

Figura 2 – Organograma do processo de busca e amostragem.



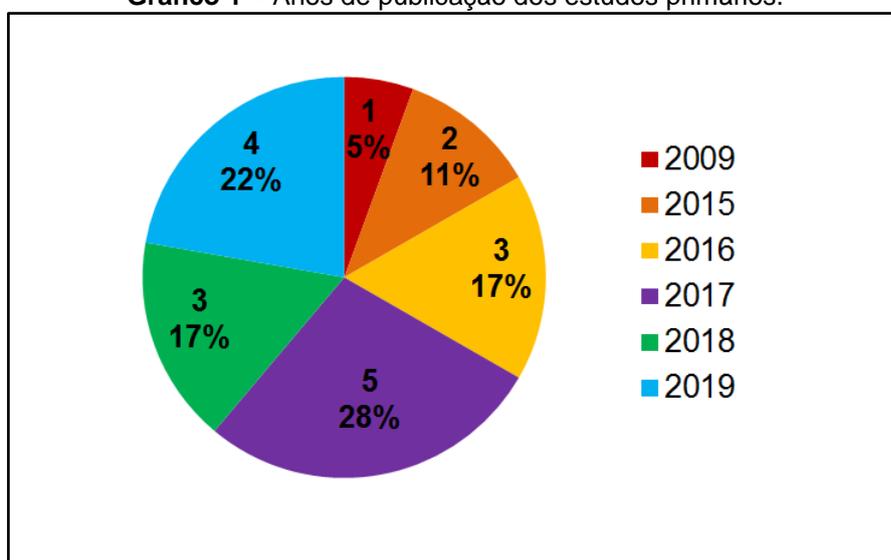
4.2 Caracterização da amostra

Após a obtenção da amostra desta RI, os artigos foram organizados em uma matriz de síntese (APÊNDICE C), por meio da qual foram ordenados de acordo com os dados de identificação (número, título do artigo, autores e suas respectivas profissões, país de origem, idioma de publicação, periódico, volume, número e ano de publicação), objetivos, tipo de estudo e nível de evidência.

Em relação aos autores da amostra, 14 estudos foram realizados por cirurgiões plásticos, junto a outros profissionais ou não. Da mesma forma, nove estudos tiveram urologistas entre seus autores; quatro acadêmicos de Medicina; três coloproctologistas; três ginecologistas; e dois estudos foram desenvolvidos por enfermeiras, sem outros profissionais. No que concerne aos idiomas de publicação, 17 estudos foram publicados em inglês. O estudo de Petry (2015) foi o único publicado em português.

Quanto ao período de publicação, os estudos foram publicados entre os anos de 2009 e 2019. O ano de 2017 foi o que apresentou a maior quantidade de estudos, sendo cinco, seguido pelo ano de 2019, com quatro estudos publicados. A maior concentração de estudos nos últimos anos evidencia o fato de que a transexualidade e a CRS, bem como os seus cuidados relacionados, compreendem uma temática recente na literatura científica. A distribuição dos estudos por ano de publicação encontra-se no gráfico 1.

Gráfico 1 – Anos de publicação dos estudos primários.



No que se refere aos periódicos de publicação dos estudos primários, foram 14 diferentes: dois estudos publicados no periódico *Clinics in Plastic Surgery*; dois no *Plastic and Reconstructive Surgery*; dois no *The Journal of Sexual Medicine*; dois no *Translational Andrology and Urology*; um no *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*; um no *BioMed Research International*; um no *British Journal of Nursing*; um no *Clinical Anatomy*; um no *Current Obstetrics and Gynecology Reports*; um no *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*; um no *Obstetrics & Gynecology*; um na *Revista Gaúcha de Enfermagem*; um no *Seminars in Reproductive Medicine*; e um no *Sexual Medicine Reviews*.

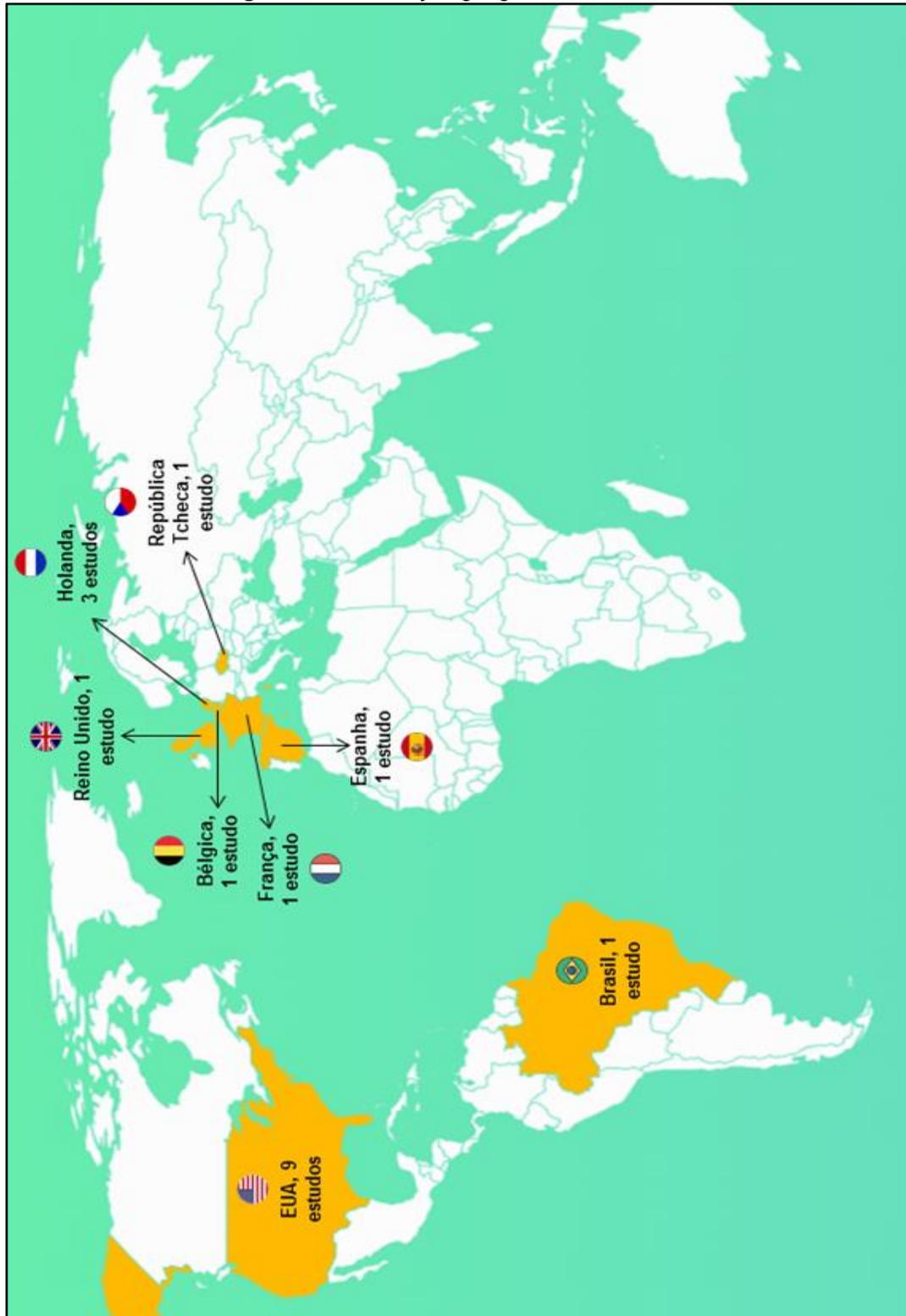
No que diz respeito aos tipos de estudo da amostra, dez estudos tratam-se de revisões narrativas, correspondendo ao nível de evidência VII proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) – evidências procedentes da opinião de autoridades, baseada na experiência clínica, e/ou de relatório de comitês de especialistas.

Além das revisões narrativas, sete estudos foram desenvolvidos a partir da abordagem quantitativa e caráter descritivo. Destes, seis tratam-se de estudos de coorte retrospectivos e um trata-se de estudo de coorte prospectivo. Os estudos de coorte correspondem ao nível de evidência IV. Por fim, um estudo foi realizado a partir da abordagem qualitativa e caráter exploratório, pertencendo ao nível de evidência VI (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Embora dez dos 18 estudos componentes da amostra tenham correspondido ao nível mais baixo de evidência científica, conforme ilustrado na pirâmide da figura 1, tais evidências são relevantes por terem sido produzidas a partir da experiência clínica e/ou cirúrgica dos profissionais que prestam os cuidados à saúde das mulheres transexuais antes e após a CRS. Além disso, o fato de que os cuidados relacionados à CRS compreendem uma temática relativamente recente na literatura científica implica na escassez de estudos experimentais – os mais valorizados por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) no que tange ao nível de evidência científica.

Os 18 estudos foram desenvolvidos em oito países diferentes, sendo nove dos Estados Unidos da América (EUA), três da Holanda, um da Bélgica, um do Brasil, um da Espanha, um da França, um do Reino Unido e um da República Tcheca. A distribuição geográfica da amostra está ilustrada na figura 3.

Figura 3 – Distribuição geográfica da amostra.



4.3 Descrição do procedimento cirúrgico

Antes de adentrar às categorias temáticas, será apresentada a descrição do procedimento cirúrgico para melhor contextualizar este estudo.

A neocolpovulvoplastia ou vaginoplastia consiste na construção cirúrgica de uma vagina, denominada neovagina. Esse procedimento pode ser realizado em mulheres cisgênero que não possuem uma vagina funcional, seja por motivo congênito ou adquirido (como tumores pélvicos ou trauma), e em mulheres transgênero ou transexuais (CLAES et al., 2018).

A vaginoplastia com retalho de inversão peniana é a técnica mais pesquisada e também a mais utilizada para a construção da neovagina. Em suma, essa técnica envolve a desconstrução das estruturas penianas; a formação do neoclitóris a partir de uma porção da glândula com um pedículo neurovascular dorsal intacto, a fim de preservar a sensibilidade e o prazer sexual; a criação do meato neouretral; a dissecação da neovagina; o revestimento da neovagina com um retalho cutâneo penoescrotal; e a criação da vulva a partir da utilização de vários retalhos cutâneos penoescrotais (UNGER, 2017).

As vantagens dessa técnica incluem o uso de retalhos cutâneos locais, de forma a preservar o suprimento neurovascular dos órgãos genitais e a evitar um procedimento abdominal, que pode conferir maior morbidade. Em contrapartida, também existem desvantagens: a necessidade de adesão a um protocolo de dilatação da neovagina no período pós-operatório, a possibilidade de que a pele peniana seja insuficiente para atingir as dimensões neovaginais adequadas e o crescimento de pelos no canal neovaginal, caso tenha sido utilizado um retalho cutâneo escrotal e não tenham sido realizados procedimentos de depilação permanente no período pré-operatório (UNGER, 2017).

Geralmente, a vaginoplastia com transplante intestinal pediculado é utilizada quando a técnica com retalho de inversão peniana falha ou a pele penoescrotal é insuficiente. A obtenção de uma profundidade neovaginal adequada e a lubrificação natural do canal neovaginal são vantagens desse tipo de vaginoplastia. Entretanto, há produção excessiva de muco (o que pode se tornar um incômodo) e mau odor. Também são consideradas desvantagens a possibilidade de estenose do introito neovaginal, que pode chegar a 55,6% com essa técnica, e a potencial morbidade associada por envolver um procedimento abdominal e a criação de uma anastomose intestinal (BOUMAN et al., 2016; UNGER, 2017).

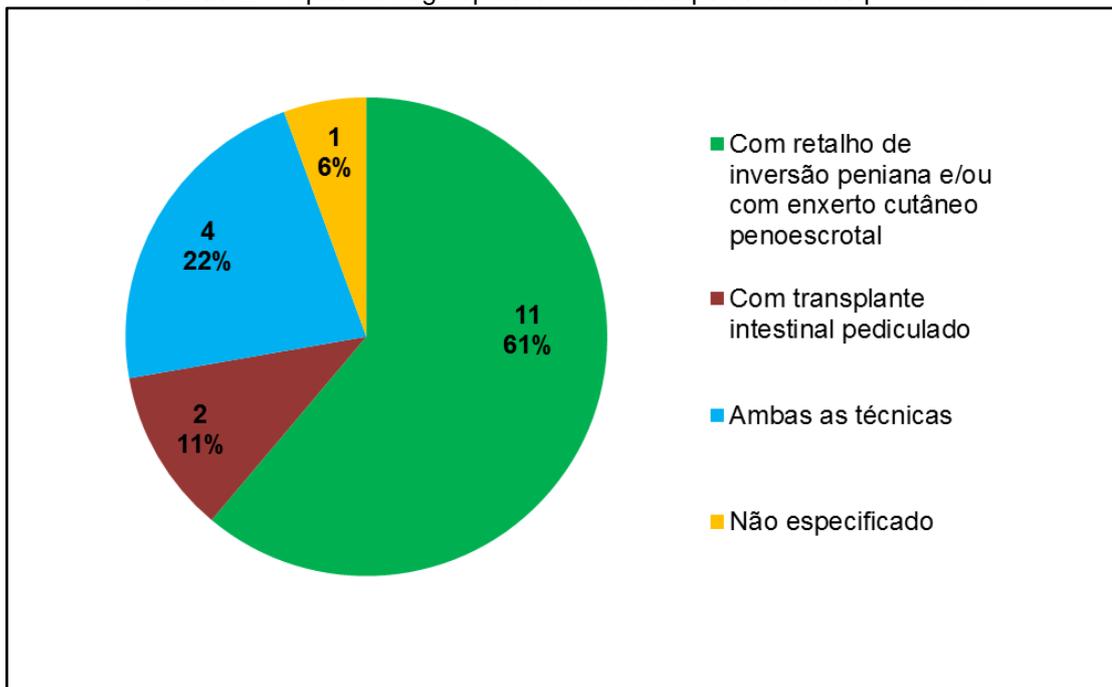
Teoricamente, existem cinco categorias de técnicas que podem ser utilizadas para o revestimento da neovagina: com enxertos cutâneos de origem não genital (I); enxertos de pele peniana e/ou escrotal (II); retalhos cutâneos peniano-escrotais (III);

retalhos cutâneos de origem não genital (IV); e com transplantes intestinais pediculados (V). Além dessas técnicas, há outras recentemente desenvolvidas, com mucosa bucal autóloga e com matriz dérmica acelular, por exemplo. Considerando a realidade, a construção da neovagina para mulheres transexuais é realizada a partir de um retalho de inversão peniana e/ou com enxerto cutâneo de espessura total ou com transplantes intestinais pediculados, geralmente do cólon sigmoide ou íleo (CLAES et al., 2018).

Em consonância com o restante da literatura científica, a maior parte da amostra abordou a vaginoplastia com retalho de inversão peniana e/ou com enxerto cutâneo penoescrotal, sendo 11 estudos. Além desses, quatro estudos abordaram ambos os tipos de vaginoplastia, incluindo também a técnica com transplante intestinal pediculado. Dois estudos abordaram apenas a vaginoplastia com transplante intestinal pediculado e um estudo não especificou a qual técnica se referia.

Exceto pelas complicações, vantagens e desvantagens de cada técnica, não foram mencionadas especificidades em relação aos cuidados pós-operatórios. Os tipos de vaginoplastia abordados pelos estudos primários encontram-se no gráfico 2.

Gráfico 2 – Tipos de vaginoplastia abordados pelos estudos primários.



4.4 Categorias temáticas

A partir do apêndice B, foram sintetizadas quatro categorias temáticas: *cuidados pós-operatórios relacionados à região genitourinária, cuidados pós-operatórios relacionados à prevenção do tromboembolismo venoso, tempo de internação e acompanhamento pós-alta hospitalar*. Estas categorias são esmiuçadas a seguir.

4.4.1 Cuidados pós-operatórios relacionados à região genitourinária

Ao final da cirurgia de redesignação sexual (CRS), um tampão formado por gazes impregnadas em iodo e pomada antibiótica, um molde macio de silicone ou um cilindro tamponante de plástico são deixados no canal neovaginal e fixados com suturas translabiais (JAROLÍM et al., 2009; RAIGOSA et al., 2015; BUNCAMPER et al., 2016; SALIM; POH, 2018). O tampão ou o molde de silicone permanecem no canal neovaginal até o quinto (PETRY, 2015; BUNCAMPER et al., 2016; SLUIS et al., 2016; CHEN et al., 2019; PARISER; KIM, 2019) ou sexto dia pós-operatório (RAIGOSA et al., 2015; THOMAS; UNGER, 2017; SALIM; POH, 2018). O cilindro tamponante de plástico permanece no canal neovaginal por duas a três semanas (JAROLÍM et al., 2009).

Além disso, também são mantidos na neovagina dois drenos e uma sonda vesical de demora (SVD) ou cateter Foley, cobertos por um curativo de compressão vulvar. De acordo com Ferrando (2018), os drenos previnem a formação de hematomas, porém retardam a cicatrização da ferida operatória (FO) e colaboram para o desenvolvimento de infecções e abscessos, tendo em vista se tratar de portas de entrada para microrganismos. Em relação ao tipo dos drenos e ao tempo em que devem permanecer, houve discrepância entre os estudos: Raigosa et al. (2015) utilizam drenos de Penrose até o segundo dia pós-operatório; Ferrando (2018) não especificou o tipo de dreno, mas relatou que os mantêm até o terceiro dia; Jarolím et al. (2009) mencionaram o uso de um dreno de sucção, porém sem especificar o tempo em que este deve permanecer; Pariser e Kim (2019) e Salim e Poh (2018) utilizam drenos de sucção até o quinto dia ou sexto a sétimo dia, respectivamente.

O curativo de compressão vulvar tem por objetivo prevenir a formação de hematomas, seromas e, conseqüentemente, a cicatrização ineficaz da FO

(THOMAS; UNGER, 2017). De acordo com Chen et al. (2019), a formação de um hematoma no canal neovaginal pode prejudicar a adesão do retalho ou do enxerto cutâneo, o que facilita o desenvolvimento de prolapso neovaginal ou necrose do enxerto.

Assim, Chen et al. (2019) mantêm um curativo de compressão vulvar por 48 a 72 horas após a CRS; Raigosa et al. (2015) e Cristofari et al. (2019) realizam curativos elásticos compressivos e os mantêm até a primeira deambulação; Jarolím et al. (2009) e Thomas e Unger (2017) relataram o uso de curativo compressivo, porém sem outras especificações. Raigosa et al. (2015) ainda estimulam o uso de uma bandagem compressiva durante o primeiro mês pós-operatório. Os curativos compressivos utilizados por Raigosa et al. (2015) e Chen et al. (2019) encontram-se nas figuras 4 e 5, respectivamente.

Figura 4 – Curativo compressivo personalizado utilizado por Raigosa et al. (2015).



Fonte: RAIGOSA; AVVEDIMENTO; FONTDEVILA, 2013.

Figura 5 – Curativo compressivo de Chen et al. (2019).



Fonte: CHEN et al., 2019.

Por se tratar de uma cirurgia de grande porte, a infecção da FO torna-se ainda mais preocupante. Buncamper et al. (2016) salientam o maior risco de infecção da FO em pacientes diabéticas, anticoaguladas e com história de uso de substâncias psicoativas. Considerando que todas as pacientes recebem anticoagulação antes da CRS, a fim de atenuar o risco para tromboembolismo venoso, a infecção da FO é uma complicação comum e sua ocorrência pode ser sinalizada pela hipertermia (BUNCAMPER et al., 2016; SAYLOR et al., 2017; THOMAS; UNGER, 2017; UNGER, 2017; FERRANDO, 2018; SALGADO et al., 2018; CHEN et al., 2019; CRISTOFARI et al., 2019; PARISER; KIM, 2019).

Para evitar o desenvolvimento de infecções na FO e/ou trata-las, Buncamper et al. (2016) administram cefuroxima e metronidazol por oito e 16 horas após a CRS, respectivamente. Nas primeiras 24 horas pós-CRS, Cristofari et al. (2019) administram amoxicilina associada a clavulanato e Ferrando (2018) administra antibioticoterapia de amplo espectro, porém não especificou quais fármacos

antibióticos. Thomas e Unger (2017) relataram o uso de cefazolina por via intravenosa durante a internação hospitalar.

O momento no qual a SVD deve ser removida variou do quinto dia a duas semanas de período pós-operatório, conforme apresentado no quadro 2. Dos dez estudos que trouxeram esse dado, apenas os de Raigosa et al. (2015) e Salgado et al. (2018) relataram a retirada ambulatorial. Buncamper et al. (2016) afirmaram que, após a remoção da SVD, inspecionam a FO, observam a ocorrência da diurese espontânea e identificam a presença de diurese residual com aparelho de ultrassom.

Quadro 2 – Retirada da sonda vesical de demora.

Momento	Autores
No quinto dia	BOUMAN et al., 2016 ^(IV) ; BUNCAMPER et al., 2016 ^(IV) ; SLUIS et al., 2016 ^(IV) ; CHEN et al., 2019 ^(VII) ; PARISER; KIM, 2019 ^(VII) .
No sexto ou sétimo dia	THOMAS; UNGER, 2017 ^(VII) ; SALIM; POH, 2018 ^(VII) .
No dia da alta hospitalar	PETRY, 2015 ^(VI) .
No décimo dia, ambulatorialmente	SALGADO et al., 2018 ^(IV) .
Na segunda semana, ambulatorialmente	RAIGOSA et al., 2015 ^(IV) .

Obs.: o número em parênteses após o nome dos autores indica o nível de evidência do estudo.

Após a retirada da SVD, frequentemente essas pacientes apresentam alterações da função miccional, como incontinência urinária de esforço ou estresse, incontinência urinária de urgência, incontinência urinária mista e desvio da direção do fluxo miccional (micção anterógrada, por exemplo). O desvio da direção do fluxo miccional está relacionado ao tecido erétil residual, que naturalmente ingurgita durante a excitação sexual. Além disso, podem surgir outras complicações urológicas relacionadas à CRS, como a retenção urinária aguda no período pós-operatório imediato, infecções do trato urinário (ITUs) e estenose do meato uretral (JAROLÍM et al., 2009; BOUMAN et al., 2016; BUNCAMPER et al., 2016; MIDDLETON; IFFY, 2017; SAYLOR et al., 2017; THOMAS; UNGER, 2017; UNGER, 2017; FERRANDO, 2018; CRISTOFARI et al., 2019).

A retenção urinária aguda é considerada uma complicação comum e provavelmente relacionada ao edema da neovagina no início do período pós-operatório. Cerca de 5% das pacientes que realizam a CRS desenvolvem essa complicação, independentemente do tipo de procedimento cirúrgico. Nesse caso, a

conduta a ser seguida é a repassagem da SVD, um procedimento considerado simples (JAROLÍM et al., 2009; BOUMAN et al., 2016; BUNCAMPER et al., 2016; MIDDLETON; IFFY, 2017; SAYLOR et al., 2017; FERRANDO, 2018; CRISTOFARI et al., 2019).

Segundo Middleton e Iffy (2017), a SVD repassada pode ser retirada após sete a dez dias, sendo que quase sempre a remoção é bem sucedida e as pacientes apresentam diurese espontânea. Cristofari et al. (2019) relataram a repassagem da SVD por mais duas semanas, porém não especificaram o porquê desse período mais extenso. Nenhum desses estudos mencionou quem é o profissional responsável pela repassagem da sonda vesical. Caso as pacientes se encontrem em um estado febril após a remoção da SVD, a presença de diurese residual pode ser checada com ultrassom, a fim de garantir o esvaziamento completo da bexiga antes da alta hospitalar (MIDDLETON; IFFY, 2017). O esvaziamento vesical completo reduz o risco de desenvolvimento de ITUs, comuns devido às modificações anatômicas vivenciadas por essas mulheres.

Buncamper et al. (2016) e Saylor et al. (2017) associaram a presença de comorbidades psiquiátricas e o uso de medicamentos psicotrópicos a um maior risco de retenção urinária. De fato, vários medicamentos psicotrópicos possuem atividade anticolinérgica, responsável pelo bloqueio dos receptores muscarínicos da parede vesical e, conseqüentemente, pelo relaxamento da musculatura da bexiga e pela contração do esfíncter. Assim, muitos medicamentos psicotrópicos podem ocasionar dificuldade para urinar, gotejamento pós-micção, retenção urinária e aumento da frequência de ITUs (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2018).

A maior suscetibilidade às ITUs está relacionada ao encurtamento da uretra biologicamente masculina durante a CRS, tornando-a mais vulnerável à introdução de bactérias, e ao uso prolongado da SVD. A fim de reduzir o potencial risco para o desenvolvimento de ITUs nessas pacientes, é necessário combinar a antibioticoterapia com a correta higiene da região genitourinária (BOUMAN et al., 2016; BUNCAMPER et al., 2016; SLUIS et al., 2016; MIDDLETON; IFFY, 2017; SAYLOR et al., 2017; FERRANDO, 2018).

Em relação à antibioticoterapia voltada para a prevenção das ITUs, Buncamper et al. (2016) e Sluis et al. (2016) utilizam cotrimoxazol (sulfametoxazol e trimetoprim) por cinco dias, ou seja, durante a internação hospitalar; Thomas e Unger (2017) também utilizam sulfametoxazol e trimetoprim, porém por uma semana

após a alta hospitalar (por via oral); e Raigosa et al. (2015) relataram a administração de antibioticoterapia, sem especificarem qual fármaco, por duas semanas (até a remoção da SVD).

Quanto à higiene da região genitourinária, devem ser fornecidas orientações sobre a técnica correta antes da alta hospitalar – sempre no sentido anteroposterior, ou de trás para frente. Após as micções, é recomendável lavar a neovagina com água morna (MIDDLETON; IFFY, 2017). Embora as autoras não tenham especificado qual profissional deve fornecer tais orientações, depreende-se ser o enfermeiro ou outro profissional da equipe de enfermagem, considerando serem estes os responsáveis pela realização desse cuidado durante a internação hospitalar.

Petry (2015) e Bouman et al. (2016) relataram a higiene diária da neovagina com solução de iodopovidona, sem mencionarem quando esse cuidado deve iniciar ou terminar. Buncamper et al. (2016) e Saylor et al. (2017) orientam que, após a alta hospitalar, a neovagina seja enxaguada também com solução de iodopovidona, com frequência de duas vezes ao dia durante os primeiros três meses de período pós-operatório. Por fim, Raigosa et al. (2015) indicam que a higiene ocorra após as dilatações neovaginais, diariamente, com uma mistura de iodo e solução salina.

A estenose do meato uretral consiste no estreitamento desse segmento no canal uretral, o qual pode resultar em interrupção parcial ou completa do fluxo urinário. Trata-se de uma complicação a longo prazo da CRS, desenvolvida em 0,5 a 4% das pacientes (MIDDLETON; IFFY, 2017). De acordo com Dreher et al. (2017), a extensa mobilização da uretra durante a CRS pode acarretar em sua desvascularização e, com a redução do suprimento sanguíneo, o desenvolvimento de estenose do meato uretral é facilitado.

Os sinais e sintomas de estenose do meato uretral incluem: fluxo urinário reduzido e/ou não centralizado, aumento da frequência urinária ou polaciúria, incontinência urinária de urgência, retenção urinária, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, noctúria e ITUs recorrentes (MIDDLETON; IFFY, 2017; CHEN et al., 2019). Tais sinais e sintomas podem ser observados pela equipe de enfermagem, tendo em vista que esses profissionais essencialmente têm maior contato com os pacientes, e manejados de forma interdisciplinar, conforme preconizado no Processo Transexualizador brasileiro.

O tratamento para estenose do meato uretral pode consistir em manejo conservador, com dilatação da uretra por cateter, ou cirúrgico, com meatoplastia. A meatoplastia envolve o alargamento do meato uretral com a incorporação de um retalho cutâneo perineal. Usualmente o tratamento é cirúrgico, sendo bem sucedido na maioria das pacientes. Quando a meatoplastia falha, tornam-se necessárias a autosondagem vesical e a dilatação uretral a longo prazo (JAROLÍM et al., 2009; RAIGOSA et al., 2015; BUNCAMPER et al., 2016; SLUIS et al., 2016; MIDDLETON; IFFY, 2017; SAYLOR et al., 2017; THOMAS; UNGER, 2017; UNGER, 2017; FERRANDO, 2018; CHEN et al., 2019; CRISTOFARI et al., 2019; PARISER; KIM, 2019).

A estenose neovaginal é a complicação mais comum da CRS e consiste no estreitamento (perda de largura e/ou profundidade) da neovagina, relacionado à falta de autodilatação, alta tensão da musculatura do assoalho pélvico e inatividade sexual. Essa complicação pode ser subdividida em estenose do introito, quando afeta apenas o orifício da neovagina, e estenose difusa, quando também compromete o canal neovaginal. Ambos os tipos de estenose podem impossibilitar a prática de relações sexuais com a neovagina (JAROLÍM et al., 2009; BOUMAN et al., 2016; THOMAS; UNGER, 2017; FERRANDO, 2018; SALGADO; MONSTREY; DJORDJEVIC, 2018; CHEN et al., 2019).

Embora se trate de uma complicação relacionada a todos os tipos de vaginoplastia (ou neocolpovulvoplastia), é mais comum com as técnicas que utilizam retalho de inversão peniana, enxerto cutâneo penoescrotal, enxerto ou retalho cutâneo de origem não genital do que com a técnica que utiliza transplante intestinal pediculado. De acordo com Ferrando (2018), em média 12% das pacientes que realizaram a CRS com retalho de inversão peniana desenvolvem estenose ou estreitamento neovaginal, sendo que essa taxa pode chegar a 15%. Por outro lado, após a vaginoplastia intestinal apenas 8 a 10% das pacientes desenvolvem estenose da neovagina. Essa discrepância é resultado do fato de que o tecido intestinal possui menos tendência à contração, logo, o risco reduzido de estenose neovaginal é considerado uma vantagem da vaginoplastia intestinal (FERRANDO, 2018; SALGADO; MONSTREY; DJORDJEVIC, 2018).

A prevenção da estenose neovaginal consiste em rotinas de autodilatação, orientadas ambulatorialmente durante o período pré-operatório e também durante a internação hospitalar (FERRANDO, 2018). Apesar de nenhum dos estudos que

compuseram a amostra terem abordado o papel do enfermeiro em relação à orientação das rotinas de autodilatação, sabe-se que esse profissional tem aptidão para fornecer essa orientação e, com isso, reduzir a incidência de estenose neovaginal. Por exemplo, essas mulheres devem ser orientadas sobre a importância do uso de um dilatador ou molde limpo, que não entre em contato com o ânus, e também sobre a necessidade de lavar a neovagina com ducha após cada dilatação (PARISER; KIM, 2019).

Após a ocorrência dessa complicação, o tratamento de primeira escolha é a autodilatação conservadora. Nesse caso, pode-se considerar o uso de lubrificantes à base de óleo e de dilatadores flexíveis de silicone ao invés dos dilatadores rígidos normalmente utilizados (THOMAS; UNGER, 2017; UNGER, 2017; FERRANDO, 2018; NARAYAN et al., 2019). Quando o manejo conservador com autodilatação não proporciona o resultado desejado, pode-se optar pela correção cirúrgica com transposição ou retalhos interpostos (FERRANDO, 2018; SALGADO; MONSTREY; DJORDJEVIC, 2018). O quadro 3 apresenta as rotinas de autodilatação neovaginal orientadas pela amostra.

Quadro 3 – Rotinas de autodilatação neovaginal.

Rotina	Autores
A partir do quinto dia, dilatações regulares com interrupção gradativa entre o terceiro e o sexto mês, podendo ser necessário manter rotinas semanais de dilatação após esse período, considerando atividade sexual	PETRY, 2015 ^(VI) .
Dilatação progressivamente maior iniciada no sexto dia, com frequência inicial de três a quatro vezes por dia por seis meses, continuada até o início de relações sexuais	RAIGOSA et al., 2015 ^(IV) .
Dilatação progressivamente maior iniciada no sétimo dia, com frequência inicial de três vezes ao dia por 12 semanas e, após, uma ou duas vezes ao dia	THOMAS; UNGER, 2017 ^(VII) ; UNGER, 2017 ^(VII) .
Dilatação por duas vezes ao dia, durante 30 minutos, até o primeiro ano	BUNCAMPER et al., 2016 ^(IV) ; SAYLOR et al., 2017 ^(VII) .
Dilatação por no mínimo um ano	COLEBUNDERS et al., 2017 ^(VII) .
Dilatações progressivamente maiores e por várias vezes ao dia após a remoção do tamponamento neovaginal, com redução gradativa da frequência após o primeiro ano, mantendo-se por toda a vida	SALIM; POH, 2018 ^(VII) ; NARAYAN et al., 2019 ^(VII) .
Dilatações consistentes e agressivas nos primeiros três meses e, após, redução da frequência para uma vez ao dia, considerando atividade sexual	FERRANDO, 2018 ^(VII) .
Dilatação iniciada na primeira consulta ambulatorial, com as seguintes frequências: por três meses, três vezes ao dia durante 15 minutos; nos seis meses seguintes, duas vezes ao dia; e a longo prazo a cada um ou dois dias	PARISER; KIM, 2019 ^(VII) .
Dilatação agressiva após primeira consulta ambulatorial, nos primeiros seis a 12 meses, tornando-se menos agressiva a longo prazo	SALGADO et al., 2018 ^(IV) .

Obs.: o número em parênteses após o nome dos autores indica o nível de evidência do estudo.

De forma geral, os autores concordaram que as rotinas de autodilatação neovaginal devem ser mais frequentes e agressivas até os seis meses a um ano de período pós-operatório. A maioria dos estudos não foi específica em relação ao momento de início e/ou término das dilatações. Entretanto, os estudos de Petry (2015), Raigosa et al. (2015), Thomas e Unger (2017), Unger (2017), Salim e Poh (2018) e Narayan et al. (2019) relataram o início das dilatações durante a internação hospitalar, a fim de manter o comprimento e a largura do canal neovaginal. Apenas Salgado et al. (2018) e Pariser e Kim (2019) descreveram o início das dilatações a partir da primeira consulta ambulatorial, sem justificarem o motivo.

Em relação ao término das rotinas de autodilatação, Salim e Poh (2018) e Narayan et al. (2019) afirmaram que estas devem ser mantidas por toda a vida. A maioria dos estudos limitou-se a narrar a redução da frequência das dilatações a longo prazo. Petry (2015), Raigosa et al. (2015) e Ferrando (2018) condicionaram a redução da frequência e/ou o término das rotinas de autodilatação à atividade sexual com penetração da neovagina, que em muitos casos sequer é possível. De acordo com Raigosa et al. (2015), as relações sexuais podem ser iniciadas após dois meses de CRS.

Ressalta-se que as rotinas de autodilatação neovaginal são consideradas rígidas, e inicialmente agressivas, porém necessárias para a obtenção do resultado desejado. Durante as primeiras duas semanas após a CRS, as atividades do cotidiano devem ser retomadas gradativamente e exercícios físicos exagerados precisam ser evitados (RAIGOSA et al., 2015). Assim, é imprescindível que essas pacientes recebam orientações corretas e compreensíveis no período pré-operatório e durante a internação hospitalar, de forma a garantir a boa adesão às rotinas de dilatação e aos demais cuidados.

4.4.2 Cuidados pós-operatórios relacionados à prevenção do tromboembolismo venoso

Embora haja escassez de dados na literatura científica acerca do risco de eventos trombóticos venosos (trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar) em pacientes transgênero no período perioperatório, as evidências disponíveis indicam que as mulheres transgênero possuem maiores taxas de incidência desses eventos. A maior vulnerabilidade dessas pacientes aos eventos trombóticos venosos (ETVs) deve-se, basicamente, a três fatores: o uso a longo prazo de estrogênio exógeno pela maioria das pacientes (I); a imobilização prolongada sob anestesia durante o procedimento cirúrgico, que pode variar de duas horas e meia a seis horas (II); o repouso modificado no período pós-operatório imediato, colocado em prática por muitos cirurgiões (III) (THOMAS; UNGER, 2017).

O aumento do risco de ETVs devido ao uso de estrogênio exógeno decorre das alterações provocadas por este hormônio na cascata de coagulação. O estrogênio provoca um aumento nos níveis dos fatores de coagulação I, II, VII, VIII e X, ao passo em que reduz os níveis de inibidores da coagulação como a proteína S,

a antiplasmina e o fator ativador do plasminogênio tecidual. Em suma, o estrogênio conduz o metabolismo a um estado pró-trombótico, sendo esta uma adaptação evolutiva das fêmeas dos mamíferos ao risco de hemorragia envolvido na gestação (HAN; JENSEN, 2015).

A imobilização prolongada durante a CRS induz à estase venosa, relacionada ao tromboembolismo venoso por possibilitar a concentração de fatores procoagulantes e diminuir sua diluição pela corrente sanguínea normal. Dessa forma, todas as condições que propiciam a estase venosa são consideradas fatores de risco para ETVs, incluindo o repouso prolongado no leito e a imobilização dos membros inferiores (PAZ et al., 2017).

Neste contexto, os profissionais de saúde devem adaptar os seus cuidados a fim de atenuar a vulnerabilidade das mulheres transexuais aos ETVs. Em relação à amostra, foram identificadas quatro medidas profiláticas para ETVs: a interrupção da hormonioterapia antes da cirurgia, a deambulação precoce, a administração de medicamentos anticoagulantes e o uso de dispositivos de compressão pneumática intermitente. No entanto, há outras medidas de prevenção que também devem ser difundidas.

Existem métodos físicos, ou mecânicos, e farmacológicos que podem ser utilizados para a prevenção do tromboembolismo venoso. Os métodos mecânicos têm por objetivo exacerbar o esvaziamento da rede venosa, aumentar a velocidade do fluxo venoso nos membros inferiores e conferir efeito fibrinolítico sobre o endotélio venoso. Embora esses métodos sejam indicados para pacientes com risco baixo a moderado para ETVs, podem ser aplicados junto aos métodos farmacológicos a fim de reforçar sua ação. São considerados métodos mecânicos: a elevação dos membros inferiores, a deambulação precoce, a fisioterapia ativa e passiva, as meias elásticas de compressão graduada, a compressão pneumática intermitente externa e o filtro de veia cava inferior (MENNA-BARRETO, 2013).

Quanto aos métodos farmacológicos, estes compreendem fármacos que agem sobre a cascata de coagulação. Em síntese, são medicamentos anticoagulantes em doses selecionadas não hemorrágicas. Além disso, exercem efeito sobre a adesividade plaquetária e mantêm a fluidez do sangue. São considerados métodos farmacológicos: a administração de dose baixa de heparina não fracionada, dose ajustada de heparina, heparina de baixo peso molecular ou fracionada, fondaparinas, antagonistas da vitamina K, dextrano 70, ácido

acetilsalicílico e/ou novos anticoagulantes (MENNA-BARRETO, 2013). A seguir, serão discutidos os métodos de profilaxia para ETVs adotados pela amostra.

A hormonioterapia costuma ser interrompida antes da CRS, sendo esta uma medida profilática para tromboembolismo venoso devido ao efeito pró-trombótico do estrogênio sobre a cascata de coagulação. Segundo Pariser e Kim (2019), alguns cirurgiões recomendam cessar a administração de estrogênio por um mês antes do procedimento cirúrgico e outros optam por reduzir a dose, sem interromper a terapia hormonal. Embora nenhum dos estudos da amostra desta RI tenha contraindicado a interrupção da hormonioterapia, os autores divergiram consideravelmente em relação ao período de cessamento. Conforme exposto no quadro 4, o menor período de interrupção consistiu em dez a 14 dias e foi relatado por Jarolím et al. (2009), enquanto o maior período consistiu em seis semanas antes da CRS, descrito por Buncamper et al. (2016).

Quadro 4 – Interrupção da hormonioterapia como profilaxia para tromboembolismo venoso.

Período	Autores
Dez a 14 dias	JAROLÍM et al., 2009 ^(IV) .
Pelo menos duas semanas	SALIM; POH, 2018 ^(VII) ; CHEN et al., 2019 ^(VII) .
Pelo menos três semanas	RAIGOSA et al., 2015 ^(IV) .
Duas a quatro semanas	SALGADO et al., 2018 ^(IV) ; NARAYAN et al., 2019 ^(VII) .
Três a quatro semanas	THOMAS; UNGER, 2017 ^(VII) ; PARISER; KIM, 2019 ^(VII) .
Um mês	CRISTOFARI et al., 2019 ^(IV) .
Seis semanas	BUNCAMPER et al., 2016 ^(IV) .

Obs.: o número em parênteses após o nome dos autores indica o nível de evidência do estudo.

Apenas cinco estudos mencionaram o momento de retomada da hormonioterapia, sendo: após a deambulação ou a alta hospitalar, inicialmente com metade da dose pré-cirúrgica e orientação de acompanhamento por um endocrinologista para monitoramento e ajuste (BUNCAMPER et al., 2016; SALIM; POH, 2018); após três a quatro semanas de CRS (THOMAS; UNGER, 2017); após três meses de CRS (RAIGOSA et al., 2015); e ambulatorialmente, sem outras especificações (SALGADO et al., 2018).

Cordeiro et al. (2015) definiram a deambulação precoce como o ato de caminhar até o terceiro dia de internação, sendo que seu estudo teve por objetivo

avaliar o impacto da deambulação precoce sobre o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Para esta RI, considerou-se a definição de deambulação precoce apresentada por Cordeiro et al. (2015).

No período pós-operatório, a deambulação precoce é recomendada por beneficiar a circulação sistêmica, melhorar a autoestima e a autonomia da paciente, prevenir o desenvolvimento de lesões por pressão e minimizar os riscos para a ocorrência de síndrome do desuso e ETVs (GUSMÃO; SILVA; AZEVEDO, 2014). Provavelmente por esses motivos, Buncamper et al. (2016) e Sluis et al. (2016) relataram que o início da deambulação após a CRS foi adiantado na instituição hospitalar holandesa onde seus estudos foram desenvolvidos. Entre os anos 1990 e 2012, a deambulação iniciava no quinto dia pós-operatório, e a partir de 2012 passou a ser iniciada no segundo dia. Nenhum dos estudos abordou o impacto dessa mudança.

O quadro 5 sintetiza os diferentes momentos de início da deambulação no período pós-operatório da CRS, considerando os dez estudos que apresentaram essa informação. Os estudos de Cristofari et al. (2019) e Petry (2015) foram os únicos que não relataram a deambulação precoce como rotina das instituições hospitalares onde foram realizados, de modo que as pacientes deambulam no quarto dia e a partir do quinto dia, respectivamente. Pariser e Kim (2019) referiram que a deambulação precoce ainda é considerada uma prática controversa, pois enquanto alguns cirurgiões defendem o repouso no período pós-operatório imediato a fim de melhorar a cicatrização da FO e a adesão do enxerto cutâneo, outros argumentam que períodos prolongados de repouso contribuem para a ocorrência de ETVs.

Quadro 5 – Início da deambulação.

Momento	Autores
No primeiro ou segundo dia	SALIM; POH, 2018 ^(VII) ; PARISER; KIM, 2019 ^(VII) .
No segundo dia	RAIGOSA et al., 2015 ^(IV) ; BOUMAN et al., 2016 ^(IV) ; BUNCAMPER et al., 2016 ^(IV) ; SLUIS et al., 2016 ^(IV) .
No terceiro dia	THOMAS; UNGER, 2017 ^(VII) ; SALGADO et al., 2018 ^(IV) .
No quarto dia	CRISTOFARI et al., 2019 ^(IV) .
A partir do quinto dia	PETRY, 2015 ^(VI) .

Obs.: o número em parênteses após o nome dos autores indica o nível de evidência do estudo.

A deambulação precoce consiste em uma prática que não envolve recursos financeiros adicionais, comprovadamente segura e eficaz na prevenção de ETVs, especialmente por conta da melhora do condicionamento cardiovascular. Além disso, esse cuidado representa uma possibilidade concreta da abordagem interdisciplinar e da participação ativa da equipe de enfermagem na prevenção do tromboembolismo venoso em pacientes transexuais que realizaram a CRS.

Além da deambulação precoce, outro método mecânico de prevenção dos ETVs descrito pela amostra foi o uso de dispositivos de compressão pneumática intermitente externa. Esse método foi relatado por Raigosa et al. (2015), Thomas e Unger (2017) e Pariser e Kim (2019), que não especificaram por quanto tempo mantêm esses dispositivos após a CRS. Adicionalmente, Raigosa et al. (2015) indicam a posição litotômica, cuja eficácia preventiva está relacionada à elevação dos membros inferiores. Basicamente, os dispositivos de compressão pneumática intermitente externa e a posição litotômica estimulam o retorno venoso nos membros inferiores, de modo a prevenir a estase venosa e a consequente concentração de fatores procoagulantes.

Antes do procedimento cirúrgico, o uso de anticoaguloterapia é considerado uma prática controversa por facilitar a formação de hematomas (PARISER; KIM, 2019). Entretanto, Thomas e Unger (2017), Chen et al. (2019) e Pariser e Kim (2019) relataram a administração de heparina por via subcutânea no período pré-operatório como profilaxia para ETVs. No período pós-operatório, por outro lado, a administração de medicamentos anticoagulantes é tida como necessária, sendo descrita em oito estudos.

Salienta-se a discrepância entre os estudos acerca do tipo de heparina e sua respectiva via de administração, considerando que nem todos os especificaram, bem como em relação ao período de duração da anticoagulação. Salim e Poh (2018) administram doses baixas ou uma única dose de medicamento anticoagulante por via subcutânea associadas à deambulação precoce, que ocorre no primeiro ou segundo dia pós-CRS. Da mesma forma que Salim e Poh (2018), Buncamper et al. (2016), Sluis et al. (2016), Thomas e Unger (2017) e Salgado et al. (2018) não especificaram o tipo de heparina utilizado, além de não terem descrito o período de duração da anticoagulação. Thomas e Unger (2017) e Salgado et al. (2018) limitaram-se a detalhar a via de administração subcutânea.

A administração de heparina de baixo peso molecular ou fracionada (enoxaparina ou nadroparina) por cinco a sete dias pós-CRS foi descrita por Jarolím et al. (2009), Raigosa et al. (2015) e Cristofari et al. (2019). Thomas e Unger (2017) relataram a administração de enoxaparina por via subcutânea durante uma semana após a alta hospitalar, sendo estas as únicas autoras a descreverem o uso domiciliar de anticoagulação. As heparinas de baixo peso molecular ou fracionadas apresentam vantagens em relação às heparinas de alto peso molecular ou não fracionadas, logo, a especificação deste tipo de método farmacológico para a prevenção de ETVs tem um porquê.

As heparinas de baixo peso molecular ou fracionadas consistem em fragmentos menores das heparinas não fracionadas, obtidos por despolimerização enzimática ou química. Como as heparinas não fracionadas, exercem sua ação anticoagulante ativando a antitrombina, molécula que desativa enzimas necessárias à ativação da cascata de coagulação. Por possuírem vantagens sobre as heparinas não fracionadas, as fracionadas podem substituí-las em muitas situações (KASPER et al., 2016).

Considera-se como vantagens das heparinas fracionadas: a melhor biodisponibilidade e a meia-vida mais longa após a administração por via subcutânea, motivo pelo qual podem ser aplicadas uma ou duas vezes ao dia por esta via como profilaxia ou tratamento para ETVs; a depuração independente da dose, logo, a posologia é considerada mais simples; a resposta anticoagulante previsível, dispensando a necessidade de monitoração da coagulação na maioria dos pacientes; o menor risco de trombocitopenia induzida pela heparina, por isso é considerada mais segura para administração a curto ou a longo prazo; e o menor

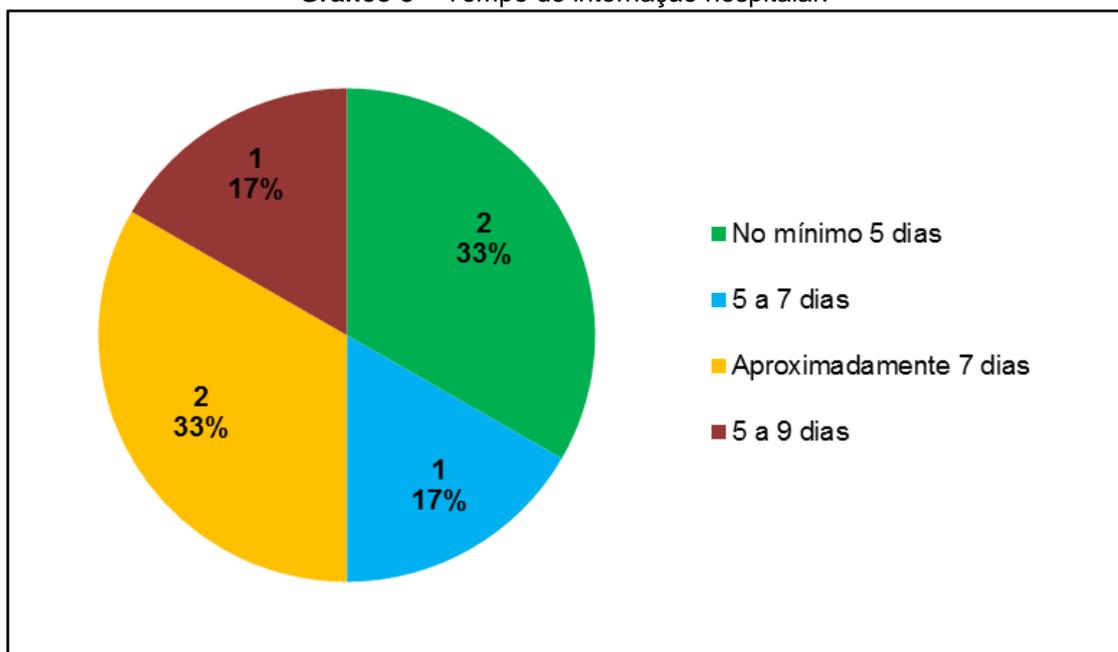
risco de osteoporose, sendo mais segura quando administrada a longo prazo (KASPER et al., 2016).

Os diferentes métodos de prevenção do tromboembolismo venoso, mecânicos e farmacológicos, podem ser combinados a fim de reduzir a maior vulnerabilidade das mulheres transexuais aos ETVs. Enquanto integrantes da equipe interdisciplinar e linha de frente do cuidado a essas pacientes, os profissionais da equipe de enfermagem devem ter ciência de suas particularidades e dos riscos envolvidos na CRS.

4.4.3 Tempo de internação

O tempo de internação hospitalar, relatado em seis estudos da amostra, variou de cinco a nove dias. O gráfico 3 apresenta os diferentes tempos de hospitalização descritos pela amostra.

Gráfico 3 – Tempo de internação hospitalar.



De acordo com Bouman et al. (2016) e Pariser e Kim (2019), a alta hospitalar depende de fatores como o estado de saúde geral, a evacuação e a presença de diurese espontânea, considerando que a SVD é retirada a partir do quinto dia de internação e este momento pode ocorrer no dia da alta. Além disso, as pacientes

que desenvolvem complicações pós-operatórias tendem a permanecer internadas por períodos mais prolongados.

Buncamper et al. (2016) relataram que no ano de 2000 a mediana do tempo de internação em sua instituição hospitalar foi de oito dias e meio, com alcance de sete a 15 dias. Em 2014, a mediana do tempo de internação foi reduzida para seis dias, com alcance de cinco a nove dias. A redução do tempo de internação dessas pacientes foi um reflexo da mudança da rotina de cuidados pós-operatórios, como o início da deambulação, que no ano de 2000 ocorria no quinto dia pós-CRS e a partir de 2012 passou a ser precoce, acontecendo no segundo dia. Dessa forma, evidencia-se a importância de se repensar continuamente nos cuidados prestados e de evitar rotinas hospitalares rígidas ou inflexíveis, que podem não representar a melhor assistência para essas mulheres.

4.4.4 Acompanhamento pós-alta hospitalar

Antes da alta hospitalar, é necessário coordenar o acompanhamento pós-operatório pessoalmente com o cirurgião primário e o acompanhamento local para as pacientes que viajam por longas distâncias para realizarem a cirurgia (THOMAS; UNGER, 2017). No Brasil, muitas das mulheres transexuais que almejam a CRS devem buscar atendimento em serviços de saúde distantes de seu local de residência, considerando que apenas cinco estados (Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) oferecem esse procedimento pela rede pública de saúde. Nesse contexto, o acompanhamento pós-alta hospitalar tende a ser prejudicado e, para que isso não aconteça, estratégias de seguimento devem ser discutidas pela equipe interprofissional.

Segundo Saylor et al. (2017), existem poucos estudos sobre o acompanhamento pós-alta hospitalar e cuidados a longo prazo. Essa realidade é preocupante e reforça a ideia equivocada de que as necessidades de cuidado à saúde das mulheres transexuais ou transgênero se resumem à CRS. Entretanto, o acompanhamento pós-cirúrgico é necessário por se tratar de um procedimento que requer cuidados específicos e contínuos, como as rotinas de autodilatação da neovagina, além de estar relacionado a variadas complicações. Conforme exposto no quadro 6, seis estudos abordaram o acompanhamento pós-operatório, embora apenas três tenham especificado o motivo dessas consultas.

Quadro 6 – Acompanhamento pós-alta hospitalar.

Momento	Autores
Em duas e cinco semanas, três e seis meses, um e dois anos	BUNCAMPER et al., 2016 ^(IV) ; SAYLOR et al., 2017 ^(VII) .
Em três semanas, três meses, seis meses e um ano para anamnese sexual, avaliação das funções urogenitais, exame físico da genitália externa, exame especular da neovagina e mensuração da profundidade neovaginal com um dilatador graduado em centímetros	BOUMAN et al., 2016 ^(IV) .
Em um, três, seis e 12 meses e, após, anualmente para exame físico a fim de avaliar o comprimento e a largura da neovagina, a sensibilidade do clitóris, a aparência estética da neovagina, o surgimento de qualquer complicação e a atividade sexual, além da frequência e qualidade das relações sexuais	RAIGOSA et al., 2015 ^(IV) .
Em três a seis meses para avaliação da necessidade de um novo procedimento cirúrgico	SALIM; POH, 2018 ^(VII) .
Exames regulares obrigatórios	COLEBUNDERS et al., 2017 ^(VII) .

Obs.: o número em parênteses após o nome dos autores indica o nível de evidência do estudo.

A longo prazo, as mulheres transexuais que realizaram a CRS possuem necessidades específicas de cuidado em relação às doenças cardiovasculares (DCVs) e às neoplasias prostáticas (hiperplasia prostática benigna e câncer de próstata). Ciccone et al. (2017) avaliaram e estratificaram o risco cardiovascular precoce em um estudo de coorte com 56 pessoas transexuais que utilizaram hormonioterapia e/ou realizaram a CRS. Para tanto, foram utilizados os seguintes marcadores da função endotelial: dilatação fluxo-mediada da artéria braquial (DILA) e espessamento médio-intimal (EMI) da artéria carótida. A DILA e o EMI da artéria carótida são considerados marcadores precoces de DCVs por refletirem a saúde do endotélio antes da formação da placa de ateroma, ou seja, em uma fase inicial (MELO et al., 2014).

No estudo de Ciccone et al. (2017), as pessoas transexuais que realizaram a CRS apresentaram um valor médio menor da DILA (diferença de 5,711% para 7,339%, considerando que valores acima de 10% para homens e acima de 15% para mulheres indicam a ocorrência de doença arterial coronariana) e um EMI da artéria carótida significativamente maior (diferença de 0,733 mm para 0,582 mm, considerando que o EMI acima de 1,5 mm indica a presença de placa ateromatosa)

quando comparadas às pessoas transexuais que utilizaram apenas a hormonioterapia. De fato, valores menores de DILA se correlacionam com valores maiores de EMI da artéria carótida (MELO et al., 2014).

Os resultados do estudo de Ciccone et al. (2017) sugerem que a CRS está associada ao prejuízo da função endotelial, enquanto a hormonioterapia isolada não parece influenciar negativamente o sistema cardiovascular. Esses autores observaram que a produção endógena de hormônios sexuais pelas gônadas parece exercer um efeito protetor sobre o sistema cardiovascular. Assim, baixos níveis de testosterona endógena em indivíduos biologicamente do sexo masculino estão associados ao surgimento de DCVs. Após a CRS, as mulheres transexuais experimentam uma redução repentina nos níveis de testosterona, hormônio que diminui a formação de placas ateroscleróticas por ação direta no endotélio e nas células musculares lisas dos vasos, promovendo a vasodilatação (GEBARA et al., 2002).

Supõe-se que a orquiectomia possa reduzir o efeito protetor da administração exógena de estrógenos sobre o perfil de risco cardiovascular das mulheres transexuais. Portanto, essas mulheres devem passar por triagem para a identificação de alterações cardiovasculares e devem ser incluídas em programas de prevenção a fim de evitar a progressão dessas alterações (CICCONE et al., 2017). Os profissionais de saúde precisam estar cientes acerca da vulnerabilidade cardiovascular dessa população, de modo a proporcionar cuidados mais resolutivos.

A próstata não é removida durante a CRS, pois isso aumentaria muito o risco de hemorragia e de incontinência urinária. Teoricamente, existe um risco maior para o desenvolvimento de malignidades (câncer de próstata e de mama, especificamente) nos órgãos natais das mulheres transexuais devido à exposição prolongada a estrógenos exógenos, que podem afetar o potencial de crescimento celular. No entanto, a vulnerabilidade das mulheres transexuais ao câncer de mama assemelha-se mais à dos homens cisgênero do que à das mulheres cisgênero (MIDDLETON; IFFY, 2017; INGHAM et al., 2018).

O diagnóstico de câncer de próstata é considerado raro em mulheres transexuais, com apenas dez casos relatados na literatura até o momento. A escassez de casos de câncer de próstata pode ser explicada pela marginalização e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde enfrentada por essa população, de forma a prejudicar o rastreamento precoce ou a perder o acompanhamento antes

que esses indivíduos atinjam uma idade com maior probabilidade desse câncer se manifestar. Além disso, há uma teoria biológica de que a exposição prolongada a hormônios antiandrogênicos ou à orquiectomia possa exercer um efeito protetor contra as neoplasias prostáticas. Dessa forma, o risco de desenvolvimento de neoplasias prostáticas a longo prazo é extremamente baixo, mas deve-se considerar o risco pré-existente em pacientes com idade mais avançada (MIDDLETON; IFFY, 2017; INGHAM et al., 2018).

Como resultado da baixa incidência de neoplasias prostáticas em mulheres transexuais e da escassez de estudos publicados na literatura científica, há poucas evidências sobre as quais se basear para fornecer recomendações específicas de triagem. Diante deste contexto, recomenda-se a triagem de acordo com as recomendações atuais para homens cisgênero. Entretanto, o resultado do exame de PSA deve ser avaliado com suspeita devido à exposição prolongada à hormonioterapia, considerando o nível de PSA de 1 ng/ml como o limite superior do normal para essa população (INGHAM et al., 2018).

Embora haja escassez de dados sobre a ocorrência de neoplasias prostáticas na população de mulheres transexuais, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca desta possibilidade e não hesitem em rastrear essas mulheres. Enquanto linha de frente do cuidado, os profissionais da equipe de enfermagem exercem um papel fundamental no acolhimento destes indivíduos por parte dos serviços de saúde e, conseqüentemente, podem facilitar o rastreamento neoplásico – que também se constitui em uma necessidade de cuidado à saúde dessas mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos primeiros dias do período pós-operatório, as mulheres transexuais devem utilizar um tampão ou molde neovaginal, drenos, SVD e um curativo de compressão vulvar para evitar a cicatrização ineficaz. Quanto às complicações, destacaram-se a infecção da FO, complicações urológicas (ITUs, retenção urinária aguda após remoção da SVD, fluxo miccional descentralizado, incontinência urinária e estenose do meato uretral) e estenose neovaginal.

Em relação à região genitourinária, foram identificadas as seguintes necessidades de cuidado: administração de antibioticoterapia e higienização da neovagina com solução de iodopovidona para prevenir infecções; repassagem da SVD em caso de retenção urinária aguda; manejo conservador ou cirúrgico em caso de outras complicações urológicas; e adesão contínua às rígidas rotinas de autodilatação neovaginal a fim de evitar a estenose.

As mulheres transexuais possuem maior vulnerabilidade ao tromboembolismo venoso devido ao uso incessante da hormonioterapia, imobilização prolongada durante a CRS e posição de repouso implementada no pós-operatório. Por tais motivos, métodos mecânicos e farmacológicos de prevenção dos ETVs devem ser utilizados em conjunto, sendo também consideradas necessidades de cuidado: interrupção da hormonioterapia antes da CRS, deambulação precoce, administração de medicamentos anticoagulantes (como as heparinas fracionadas) e uso de dispositivos de compressão pneumática intermitente, que podem ser substituídos por meias elásticas de compressão graduada e pela posição litotômica, considerando serem métodos mais acessíveis.

De acordo com a amostra, o tempo de internação dessas pacientes varia de cinco a nove dias. A mudança de rotinas hospitalares, como o início mais precoce da deambulação, permite reduzir esse período e também atenua o risco para ETVs. Após a alta hospitalar, essas mulheres devem ser acompanhadas regularmente por se tratar de um procedimento que envolve cuidados específicos e contínuos, especialmente durante o primeiro ano. Nas consultas de acompanhamento averigua-se o surgimento de complicações e são realizados anamnese sexual, avaliação das funções urogenitais e exame especular da neovagina.

A longo prazo, devem ser realizados triagem para alterações cardiovasculares, tendo em vista a vulnerabilidade dessas pacientes às DCVs por

conta da hormonioterapia prolongada e/ou da orquiectomia, e exame de PSA, considerando que a próstata é mantida. Esse acompanhamento pode ser realizado na Atenção Básica, que enquanto porta de entrada do SUS deve acolher essas mulheres e suprir suas necessidades específicas de cuidado à saúde.

Os profissionais da equipe de enfermagem são os que têm maior contato com essas mulheres durante a internação hospitalar, sendo estes quem manuseiam a SVD, realizam a higiene da neovagina, administram medicamentos (como antibióticos e anticoagulantes), acompanham as pacientes durante a primeira deambulação e também as orientam quanto às rotinas de autodilatação neovaginal, entre outros cuidados. Entretanto, a escassa participação dos enfermeiros na produção de conhecimentos científicos acerca dos cuidados à saúde das mulheres transexuais após a CRS foi notória. Assim, reforça-se a necessidade de que os enfermeiros unam a prática clínica à pesquisa, tendo em vista que esses profissionais também prestam cuidados às mulheres transexuais e participam do Processo Transexualizador (PT) como um todo, considerando a realidade brasileira.

Entende-se que foram limitações deste estudo: a insuficiência de estudos publicados em português; a predominância de estudos estrangeiros, baseados em realidades distintas da brasileira; e o foco da amostra em aspectos cirúrgicos e clínicos em detrimento das demais necessidades de cuidado e apoio emocional. Novas pesquisas devem ser realizadas para que se possa conhecer melhor as necessidades de cuidado à saúde dessas mulheres e o papel da equipe de Enfermagem frente a essas necessidades, especialmente no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anderson Santos. **Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo transexualizador**. 2018. 148 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade de despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, ago. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo. Vol. II: a experiência vivida**. Trad. Sérgio Milliet. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967. 499 p.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012. 222 p.

BOUMAN, Mark-Bram et al. Primary Total Laparoscopic Sigmoid Vaginoplasty in Transgender Women with Penoscrotal Hypoplasia: A Prospective Cohort Study of Surgical Outcomes and Follow-Up of 42 Patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 138, n. 4, p. 614-623, out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.736, de 9 de dezembro de 2014. Altera o art. 9º da Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades ambulatorial e hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BUNCAMPER, Marlon E. et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 138, n. 5, p. 999-1007, nov. 2016.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Trad. Renato Aguiar. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 288 p.

CHEN, Mang L. et al. Overview surgical techniques in gender-affirming genital surgery. **Translational Andrology and Urology**, v. 8, n. 3, p. 191-208, jun. 2019.

CICCONE, Marco Matteo et al. Surgical and pharmacological reassignment: influence on transsexual cardiovascular risk profile. **Internal Medicine Journal**, v. 47, n. 11, p. 1255-1262, nov. 2017.

CLAES, Karel E. Y. et al. Male-to-Female Gender Confirmation Surgery: Intestinal Vaginoplasty. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 45, n. 3, p. 351-360, 2018.

COLEBUNDERS, Britt et al. An Update on the Surgical Treatment for Transgender Patients. **Sexual Medicine Reviews**, v. 5, n. 1, p. 103-109, jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Brasília, DF, 12 ago. 2010.

CORDEIRO, André Luiz Lisboa et al. Influência da deambulação precoce no tempo de internação hospitalar no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 28, n. 5, p. 385-391, set.-out. 2015.

CRISTOFARI, S. et al. Postoperative complications of male to female sex reassignment surgery: A 10-year French retrospective study. **Annales de Chirurgie Plastique Esthétique**, v. 64, n. 1, p. 24-32, fev. 2019.

DREHER, Paulette Cutruzzula et al. Complications of the neovagina in male-to-female transgender surgery: A systematic review and meta-analysis with discussion of management. **Clinical Anatomy**, v. 31, n. 2, p. 191-199, nov. 2017.

FERRANDO, Cecile A. Vaginoplasty Complications. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 45, n. 3, p. 361-368, jul. 2018.

GEBARA, Otavio C. E. et al. Efeitos cardiovasculares da testosterona. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 6, p. 644-649, dez. 2002.

GUSMÃO, Gianelli Linhares; SILVA, Lidiana Xavier da; AZEVEDO, Aline Siqueira de. Assistência de enfermagem no tratamento da trombose venosa profunda em pacientes críticos. **Perspectivas Online: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 4, n. 15, 2014.

HAN, Leo; JENSEN, Jeffrey T. Does the Progestogen Used in Combined Hormonal Contraception Affect Venous Thrombosis Risk? **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 683-698, set. 2015.

INGHAM, Matthew D. et al. Prostate cancer in transgender women. **Urologic Oncology**, v. 36, n. 12, p. 518-525, out. 2018.

JAROLÍM, Ladislav et al. Gender Reassignment Surgery in Male-to-Female Transsexualism: A Retrospective 3-Month Follow-up Study with Anatomical Remarks. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 6, p. 1635-1644, jun. 2009.

KASPER, Dennis L. et al. **Medicina Interna de Harrison – 2 Volumes**. 19. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2016. 3048 p.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Filadélfia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005.

MELO, Jorgileia Braga de et al. Estudo da função endotelial no Brasil: prevenção de doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 2, p. 120-127, mar.-abr. 2014.

MENNA-BARRETO, Sérgio Saldanha. **Tromboembolia Pulmonar**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 324 p.

MIDDLETON, Iffy; HOLDEN, Fiona Ann. Urological issues following gender reassignment surgery. **The British Journal of Nursing**, v. 26, n. 18, p. 28-33, out. 2017.

NARAYAN, Sasha K. et al. Gender Confirmation Surgery for the Endocrinologist. **Endocrinology & Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 2, p. 403-420, jun. 2019.

PACHECO, Rosely Aparecida Stefanés; PACHECO, Isabela Stefanés. Direito, violências e sexualidades: a transexualidade em um contexto de direitos. **Estudios Socio-Jurídicos**, Bogotá, v. 18, n. 2, p. 203-228, jul.-dez. 2016.

PARISER, Joseph J.; KIM, Nicholas. Transgender vaginoplasty: techniques and outcomes. **Translational Andrology and Urology**, v. 8, n. 3, p. 241-247, jun. 2019.

PAZ, Otávio Augusto Gomes da et al. Frequência de profilaxia para tromboembolismo venoso. **Pará Research Medical Journal**, v. 1, n. 1, 2017.

PETRY, Analídia Rodolpho. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 70-75, jun. 2015.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1519, mai. 2017.

RAIGOSA, Mauricio; AVVEDIMENTO, Stefano; FONTDEVILA, Joan. Self-made Compressive Dressing for Vaginoplasty. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 37, n. 4, p. 844-845, ago. 2013.

RAIGOSA, Mauricio et al. Male-to-Female Genital Reassignment Surgery: A Retrospective Review of Surgical Technique and Complications in 60 Patients. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 8, p. 1837-1845, ago. 2015.

ROSA, Danilo Fagundes et al. Assistência de Enfermagem à população trans: gêneros na perspectiva da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 1, p. 311-319, jan.-fev. 2019.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A.; SUSSMAN, Norman. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 344 p.

SALGADO, Christopher J. et al. Primary Sigmoid Vaginoplasty in Transwomen: Technique and Outcomes. **BioMed Research International**, v. 2018, p. 1-7, mai. 2018.

SALGADO, Christopher J.; MONSTREY, Stan J.; DJORDJEVIC, Miroslav. **Identidade de Gênero: Perspectivas Clínicas e Cirúrgicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018. 117 p.

SALIM, Ali; POH, Melissa. Gender-Affirming Penile Inversion Vaginoplasty. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 45, n. 3, p. 343-350, jul. 2018.

SAYLOR, Leah et al. Anatomy of genital reaffirmation surgery (male-to-female): Vaginoplasty using penile skin graft with scrotal flaps. **Clinical Anatomy**, v. 31, n. 2, p. 140-144, dez. 2017.

SILVA, Adriene Maria da et al. O olhar da enfermagem na assistência à pessoas trans (T3). **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 85-105, 2018.

SLUIS, Wouter B. van der et al. Clinical Characteristics and Management of Neovaginal Fistulas After Vaginoplasty in Transgender Women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 127, n. 6, p. 1118-1126, jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. **Guia Prático de Atualização: Disforia de Gênero**. [Internet]. 2017. Acesso em: 17 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf>.

STRYKER, Susan. **Historia de lo trans. Las raíces de la revolución de hoy**. 1. ed. Madrid: Continta Me Tienes, 2017. 328 p.

THOMAS, Tonya Nicole; UNGER, Cecile A. Vaginoplasty for the Transgender Woman. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 6, n. 2, p. 133-139, jun. 2017.

UNGER, Cecile A. Update on Gender-Affirming Treatment for the Transgender Woman. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 35, n. 5, p. 442-447, set. 2017.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, fev. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases (ICD-10)**. [Internet]. 2016. Acesso em: 08 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F60-F69>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. [Internet]. 2019. Acesso em: 22 de abril de 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS DADOS

Dados de identificação		
Título do artigo:		
Autores:		Periódico:
País de origem:		Idioma de publicação:
Volume:	Número:	Ano de publicação:
Objetivos		
Metodologia		
Delineamento de pesquisa:		
Sujeitos/objetos de estudo:		
Técnica de coleta dos dados:		
Técnica de análise dos dados:		
Nível de evidência:		
Resultados		
Conclusões ou considerações finais		
Categorias temáticas		

APÊNDICE C

MATRIZ DE SÍNTESE

Nº	Título do artigo	Autores	Profissões	País de origem	Idioma de publicação	Periódico	Volume, número e ano de publicação	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
1	Mulheres transexuais e o Processo Transsexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo	PETRY, Analidia Rodolpho	Enfermeira	Brasil	Português	Revista Gaúcha de Enfermagem	v. 36, n. 2, 2015	Compreender as experiências de mulheres transexuais em relação à hormonioterapia e à cirurgia de redesignação sexual que constituem o Processo Transsexualizador	Qualitativo, exploratório	VI
2	Gender-Affirming Penile Inversion Vaginoplasty	SALIM, Ali; POH, Melissa	Cirurgiões plásticos	EUA	Inglês	Clinics in Plastic Surgery	v. 45, n. 3, 2018	-	Revisão narrativa	VII
3	Vaginoplasty Complications	FERRANDO, Cecile A.	Médica urologista/ginecologista e cirurgiã plástica	EUA	Inglês	Clinics in Plastic Surgery	v. 45, n. 3, 2018	-	Revisão narrativa	VII
4	Primary Sigmoid Vaginoplasty in Transwomen: Technique and Outcomes	SALCADO, Christopher J. et al.	Cirurgião plástico, coloproctologista e acadêmicos de Medicina	EUA	Inglês	Biomed Research International	2018	-	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV
5	Update on Gender-Affirming Treatment for the Transgender Woman	UNGER, Cecile A.	Médica urologista/ginecologista e cirurgiã plástica	EUA	Inglês	Seminars in Reproductive Medicine	v. 35, n. 5, 2017	Fornecer uma visão geral e atualização sobre o tratamento de afirmação de gênero para mulheres transgênero	Revisão narrativa	VII
6	Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women	BUNCAMPER, Marlon E. et al.	Cirurgiões plásticos	Holanda	Inglês	Plastic and Reconstructive Surgery	v. 138, n. 5, 2016	-	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV

APÊNDICE C

MATRIZ DE SÍNTESE

Nº	Título do artigo	Autores	Profissões	País de origem	Idioma de publicação	Periódico	Volume, número e ano de publicação	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
7	Clinical Characteristics and Management of Neovaginal Fistulas After Vaginoplasty in Transgender Women	SLUIS, Wouter B. van der et al.	Médico urologista, cirurgiões plásticos e coloproctologista	Holanda	Inglês	Obstetrics & Gynecology	v. 127, n. 6, 2016	Descrever nossa experiência e resultados obtidos no manejo das fistulas neovaginais após a vaginoplastia como cirurgia de redesignação de gênero em mulheres transgênero	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV
8	Gender Confirmation Surgery for the Endocrinologist	NARAYAN, Sasha K. et al.	Médico urologista, cirurgiões plásticos e acadêmicos de Medicina	EUA	Inglês	Endocrinology and Metabolism/Clinics of North America	v. 48, n. 2, 2019	-	Revisão narrativa	VII
9	Anatomy of genital reaffirmation surgery (male-to-female): Vaginoplasty using penile skin graft with scrotal flaps	SAYLOR, Leah et al.	Médica urologista e acadêmicos de Medicina	EUA	Inglês	Clinical Anatomy	v. 31, n. 2, 2017	-	Revisão narrativa	VII
10	An Update on the Surgical Treatment for Transgender Patients	COLEBUNDE RS, Britt et al.	Cirurgiões plásticos e urologista	Bélgica	Inglês	Sexual Medicine Reviews	v. 5, n. 1, 2017	Revisar as técnicas cirúrgicas atuais de redesignação de gênero e atualizar o médico	Revisão narrativa	VII
11	Urological issues following gender reassignment surgery	MIDDLETON, Iffy; HOLDEN, Fiona Ann	Enfermeiras	Reino Unido	Inglês	British Journal of Nursing	v. 26, n. 18, 2017	Ajudar a familiarizar os enfermeiros com a cirurgia genital de redesignação/afirmação de gênero e a anatomia alterada resultante	Revisão narrativa	VII

APÊNDICE C
MATRIZ DE SÍNTESE

Nº	Título do artigo	Autores	Profissões	País de origem	Idioma de publicação	Periódico	Volume, número e ano de publicação	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
12	Primary Total Laparoscopic Sigmoid Vaginoplasty in Transgender Women with Penoscrotal Hypoplasia. A Prospective Cohort Study of Surgical Outcomes and Follow-Up of 42 Patients	BOUMAN, Mark-Eram et al.	Cirurgiões plásticos e coloproctologista	Holanda	Inglês	Plastic and Reconstructive Surgery	v. 138, n. 4, 2016	<p>Avaliar prospectivamente os resultados cirúrgicos e o acompanhamento da vaginoplastia sigmoide laparoscópica total como reconstrução primária em uma coorte de mulheres transgênero com hipoplasia penoscrotal</p>	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte prospectivo	IV
13	Male-to-Female Genital Reassignment Surgery: A Retrospective Review of Surgical Technique and Complications in 60 Patients	RAIGOSA, Mauricio et al.	Cirurgiões plásticos	Espanha	Inglês	The Journal of Sexual Medicine	v. 12, n. 8, 2015	-	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV
14	Overview surgical techniques in gender-affirming genital surgery	CHEN, Wang L. et al.	Médicos urologistas e cirurgião plástico	EUA	Inglês	Translational Andrology and Urology	v. 8, n. 3, 2019	-	Revisão narrativa	VII
15	Transgender vaginoplasty: techniques and outcomes	PARISER, Joseph J.; KIM, Nicholas	Médicos urologistas e cirurgião plástico	EUA	Inglês	Translational Andrology and Urology	v. 8, n. 3, 2019	-	Revisão narrativa	VII

APÊNDICE C

MATRIZ DE SÍNTESE

Nº	Título do artigo	Autores	Profissões	País de origem	Idioma de publicação	Periódico	Volume, número e ano de publicação	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
16	Postoperative complications of male to female sex reassignment surgery. A 10-year French retrospective study	CRISTOFARI, S. et al.	Cirurgiões plásticos	França	Inglês	Annales de Chirurgie Plastique Esthétique	v. 64, n. 1, 2019	Analisar retrospectivamente e as complicações funcionais e anatômicas pós-operatórias, bem como os procedimentos secundários requeridos após a cirurgia de redesignação sexual em mulheres transexuais por inversão da pele peniana	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV
17	Vaginoplasty for the Transgender Woman	THOMAS, Tonya N.; UNGER, Cecile A.	Médicas ginecologistas e cirurgiãs plásticas	EUA	Inglês	Current Obstetrics and Gynecology Reports	v. 6, n. 2, 2017	-	Revisão narrativa	VII
18	Gender Reassignment Surgery in Male-to-Female Transsexualism: A Retrospective 3-Month Follow-up Study with Anatomical Remarks	JAROLÍM, Ladislav et al.	Médicos urologistas e acadêmicos de Medicina	República Tcheca	Inglês	The Journal of Sexual Medicine	v. 6, n. 6, 2009	Avaliar os resultados da cirurgia de redesignação genital em mulheres transexuais	Quantitativo, descritivo, estudo de coorte retrospectivo	IV