



As cirurgias de afirmação de gênero referem-se às técnicas cirúrgicas utilizadas para modificações corporais para pacientes trans. Entretanto, não é toda pessoa trans que será submetida a estas cirurgias. Estudos demonstraram associação das cirurgias de afirmação de gênero com melhora da qualidade de vida, altas taxas de satisfação e redução da disforia de gênero, traduzida como o extremo desconforto com a diferença entre a identidade de gênero e as características anatômicas presentes.

Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para mulheres trans são: feminização da face, redução da cartilagem tireoide, aumento mamário, neovulvovaginoplastia (cirurgia de afirmação genital), cirurgia para adequação da voz, cirurgias sobre o contorno corporal.

A cirurgia de afirmação genital é procedimento considerado eficaz para pacientes com disforia de gênero. Os índices de satisfação são elevados com redução da disforia, determinando benefícios psicológicos e sociais. Assim como qualquer procedimento cirúrgico, a qualidade do atendimento prestado antes, durante e após a cirurgia de afirmação genital tem impacto direto nos resultados. Este tratamento cirúrgico faz parte de um atendimento multidisciplinar iniciado com equipe de psicólogo, psiquiatra e endocrinologista, e o cirurgião deve compreender sua atuação como parte desse tratamento.

I. ASSISTENCIAL

1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome Social;
- Nome de Registro;
- Sexo atribuído ao nascimento;
- Gênero com o qual se identifica.

2. EXAME FÍSICO

- Altura e peso;
- Distribuição da pilificação na região genital, em especial a região da base da haste peniana;
- Avaliação perineal quanto a: cirurgias e uso de preenchimentos perineais anteriores, lesões e cicatrizes, comprimento do pênis, presença de fimose;
- Avaliação testicular: localização e trofismo;
- Avaliação quanto à existência de hérnias da parede abdominal, em especial, as inguinais.

3. ANAMNESE

Dados pessoais relevantes:

- Idade em que reconheceu sua identidade de gênero;
- Orientação sexual atual;
- Acolhimento da família para identidade de gênero;
- Companheiro(a) atual;
- Tempo de vivência no gênero desejado;
- Tempo de acompanhamento com endocrinologista, psiquiatra e psicólogo;
- Expectativa em relação às mudanças.

História clínica pregressa relevante:

- Uso atual de hormônios;
- Idade do início da atividade sexual;
- Descrição da atividade sexual atual;
- Hábito intestinal, função urinária, existência de possíveis disfunções do assoalho pélvico;
- Tratamentos cirúrgicos/lesões anteriores.

Antecedentes pessoais e familiares de patologias. Especial atenção para:

- Coagulopatias;
- Eventos tromboembólicos;
- Tabagismo ;
- Etilismo;
- Uso de drogas ilícitas;
- Uso de silicone industrial;
- Diabetes;
- Perfil sorológico.

4. AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Observar a necessidade de indicação formal da genitoplastia feminizante pela equipe multiprofissional formada por:

Psicólogo;

Psiquiatra;

Endocrinologista;

Além do cirurgião, com seguimento mínimo de um ano.

5. EXAMES LABORATORIAS PRÉ-CIRÚRGICOS

- Hemograma completo;
- Coagulograma;
- ECG;
- Raio-X Tórax AP/Perfil;
- Ajustar para a idade e comorbidades conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

6. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO ESPECÍFICO

- Interrupção do tabagismo trinta dias antes da cirurgia, avaliar a potencial necessidade de interrupção da hormonização;
- Discutir sobre a perda irreversível da capacidade reprodutiva após a cirurgia com atenção à proteção da autonomia reprodutiva da paciente - banco de reprodução humana;
- Considerar a necessidade de epilação definitiva/a laser na base da haste peniana e 2,0cm no entorno; com intervalo mínimo de um mês para a cirurgia desde a última sessão de depilação;
- Indicar necessidade de malhas cirúrgicas para a região genital e de meias para prevenção de eventos tromboembólicos;
- Indicação primária de técnica de inversão peniana com neoclitoris;
- Discutir pelo menos uma opção de técnica cirúrgica diversa da inversão peniana, como o uso de enxertos de pele ou mucosa;
- Não indicar técnicas com utilização de segmentos digestivos como opção primária;
- Apresentar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para cirurgia de afirmação genital - modelo anexo;
- Avaliar a necessidade de consulta pré cirúrgica com fisioterapeuta para disfunções de assoalho pélvico;
- Desnecessidade de preparo intestinal para a técnica de inversão peniana.

7. ALOCAÇÃO

- Cinco diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica;
- Não há expectativa da necessidade de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.

8. TRATAMENTO CIRÚRGICO

ANESTESIA:

- Geral com bloqueio, idealmente, cateter de peridural para controle algico pós-operatório até o terceiro dia;
- Antibioticoprofilaxia com cefazolina por 24h

POSICIONAMENTO:

- Necessária a utilização de meias, compressor de membros inferiores, pernas cirúrgicas apropriadas, manta térmica superior ou sob o corpo, protetores de proeminências ósseas escapulares e sacral.

CIRURGIA:

- Em posição ginecológica, cirurgia do tipo aberta;
- Caixa de períneo e caixa de plástica;
- Tempo médio: cinco horas;
- Necessidade de hemoderivados: não;
- Necessidade de radiologia intraoperatória: não;
- Exame de congelação intraoperatória: não;
- Exame anatomopatológico: sim, para testículos;
- Material especial: sim:
 - Esponja VAC System média (uma);
 - Curativo compressivo perineal com bandagem elástica (Tensoplast);
 - Idealmente uma unidade de curativo de captação bacteriana Cutimed Sorbact.

9. PÓS-OPERATÓRIO

Pós-operatório imediato e 1º Dia de pós-operatório:

- Água, chá e gelatina;
- Manter antibióticoprofilaxia até retirada de dreno, sonda vesical de demora e molde vaginal;
- Repouso no leito ;
- Cuidados específicos: avaliar sangramentos/saturação do curativo, hematoma, cuidados com dreno e com sonda vesical de demora;
- Manter compressor pneumático e meias;
- Compressas frias no períneo;
- Fisioterapia respiratória;
- Iniciar profilaxia medicamentosa para evento tromboembólico de acordo com protocolo institucional - observar se há cateter de peridural;
- Desnecessidade de exames de controle.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Cefazolina	1g	IV	8/8h
Dipirona	1g	IV	6/6h
Cetoprofeno	100mg	IV	12/12h
Ondansetron	8mg	IV	8/8h
Dimorf decimal	2mg	IV	4/4h Se dor
Pantoprazol	40mg	IV	1x/dia
Enoxaparina	40mg	SC	1x/dia até 7 dias

2º Dia Pós-operatório:

- Dieta leve laxativa;
- Deambulação assistida - Fisioterapia respiratória e motora;
- Remoção de Dreno de sucção se débito abaixo de 30ml/24h;
- Remoção de curativo e limpeza de ferida operatória;
- Manter sonda vesical de demora, molde vaginal e compressor pneumático.

3º Dia Pós-operatório:

- Dieta geral laxativa;
- Deambulação - Fisioterapia respiratória e motora;
- Remoção de Dreno de sucção se ainda não foi removido;
- Limpeza e manutenção de curativo com gaze algodoadada (Zobec) e malha cirúrgica (calcinha tipo short);
- Manter sonda vesical de demora, molde vaginal e compressor pneumático.

4º Dia Pós-operatório:

- Dieta geral laxativa;
- Deambulação - Fisioterapia respiratória e motora;
- Retirar sonda vesical de demora - observar sinais de retenção urinária e necessidade de sondagem vesical de alívio;
- Retirar molde vaginal e observar sangramentos/prolapsos. Introduzir dilatador vaginal reutilizável com orientação para a paciente passar a realizar a retirada e reintrodução da maneira apropriada e higienização do dilatador;
- Limpeza genital - orientações para que a paciente passe a realizar a higienização genital: no banho externamente e internamente com ducha vaginal e sabonete líquido;
- Manutenção de curativo com gaze algodoadada (Zobec) e malha cirúrgica (calcinha tipo short) - deve haver pressão moderada sobre a região genital;
- Observar hábito intestinal, se obstipada, prescrever supositório de glicerina e laxante para esvaziamento intestinal baixo (minilax/lavagem intestinal).

5º Dia Pós-operatório:

- Dieta geral laxativa;
- Deambulação - Fisioterapia respiratória e motora;
- Observar a capacidade de higienização genital da paciente, utilização do dilatador vaginal com segurança;
- Alta hospitalar.

10. SEGUIMENTO APÓS A ALTA

PRIMEIRO MÊS:

Consultas semanais até completar um mês;
Observar deiscências, infecção, hematomas, necrose de tecidos;
É comum haver secreção proveniente do canal vaginal, podendo ser necessário orientar que a paciente realize higienização até três vezes ao dia, incluindo o canal vaginal;
Realizar toque vaginal cuidadoso e exame especular para avaliar o revestimento do canal vaginal;
Manter o dilatador inicial até completar um mês.

SEGUNDO MÊS:

Passar para o dilatador 2, mantendo sessões de dilatação três vezes por dia por vinte a trinta minutos;
Observar deiscências, infecção, hematomas, necrose de tecidos;
Realizar toque vaginal cuidadoso e exame especular para avaliar o revestimento do canal vaginal, observação especial deve ser dada na direção do canal vaginal sob efeito da dilatação feita pela paciente, ajustes podem ser necessários na orientação;
Nesse período o neoclitóris fica extremamente sensível, com hipersensibilidade, o que pode causar incômodo à paciente;
Manter o dilatador 2 até o mês seguinte. Avaliar a necessidade de fisioterapia para disfunção de assoalho pélvico.

TERCEIRO MÊS:

Observar se o dilatador 2 já está sendo introduzido completamente. Em caso negativo, reorientar a paciente quanto à necessidade de aderência às dilatações, frequência e intervalo de tempo; postergue a progressão para o dilatador seguinte. Caso a dilatação esteja satisfatória, progredir para o dilatador 3, mantendo sessões de dilatação três vezes por dia por trinta minutos;
Avaliar a potencial necessidade de avaliação por fisioterapia de assoalho pélvico para dessensibilização e *biofeedback*;
Observar pontos de granulação, áreas deiscências com cicatrizes por segunda intenção e extrusão de pontos;
Realizar toque vaginal cuidadoso e exame especular para avaliar o revestimento do canal vaginal e a direção e conformidade da dilatação;
Atividades físicas sem carga podem ser liberadas após passados dois meses da cirurgia.

QUARTO MÊS:

Observar se o dilatador 3 já está sendo introduzido completamente. Em caso positivo, progredir para o dilatador 4 e manter o padrão de dilatação;
Avaliar a potencial necessidade de avaliação por fisioterapia de assoalho pélvico para dessensibilização e *biofeedback*;
Observar padrão de cicatrização e intervenha se houver quelóide ou cicatrização hipertrófica;
Realizar toque vaginal cuidadoso e exame especular para avaliar o revestimento do canal vaginal e a direção e conformidade da dilatação;
Após três meses da cirurgia, exercícios com carga podem ser liberados, mas com a ressalva de evitar agachamento e *leg press*, e mesmo outros exercícios com carga extrema, devido ao risco de prolapsos através da fraqueza muscular sobre o assoalho pélvico, criada com a conformação da neovagina;

Com a redução da hipersensibilidade do clitóris, é possível encorajar a paciente a se tocar para que reconheça as sensibilidades da nova anatomia. Caso haja resistência da paciente, considere avaliação psicológica/psiquiátrica para que a paciente consiga dar um significado às estruturas anatômicas ali presentes.

QUINTO E SEXTO MESES:

Nesse período, é comum que os tecidos estejam na fase final de remodelamento cicatricial, com maior resistência à progressão da dilatação. Caso não haja um canal vaginal funcional e maior do que doze centímetros de profundidade e 3,0cm de diâmetro, ainda é possível aumentar as dimensões através de dilatações, mas os intervalos de tempo para passar de um dilatador para o próximo serão consideravelmente maiores;
O intercurso sexual, tanto vaginal quanto anal, somente devem ser autorizados a partir do sexto mês após a cirurgia, sempre com lubrificação adequada para evitar prolapsos da pele do canal vaginal;
Realizar toque vaginal cuidadoso e exame especular para avaliar o revestimento do canal vaginal;
A partir do sucesso em utilizar molde de 16-18cm de comprimento por 3,5cm de largura, considera-se que o canal está com dimensões adequadas. Caso a paciente inicie as atividades sexuais no canal vaginal, a frequência das relações e a qualidade delas é que irão determinar se haverá necessidade de manter as dilatações. Geralmente, a dilatação uma vez ao dia é necessária até que a paciente complete um ano de cirurgia;
Caso a paciente tenha dificuldades com as sensibilidades das estruturas e com o desenvolvimento da sexualidade com a nova anatomia, considerar reavaliação pela equipe multidisciplinar para suporte nesse sentido;
O seguimento deve ser mantido após seis meses, ou seja, quando completar um ano após a cirurgia. A partir daí, retornos anuais
Será necessário que a paciente faça acompanhamento ginecológico após os seis meses de cirurgia.
O acompanhamento urológico será necessário conforme risco pessoal/familiar de neoplasia de próstata.

II. GLOSSÁRIO

CAP - Complexo aréolo-papilar

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

Rodrigo Itocazo – 04/08/2025 Revisão Geral

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasil; 2020.
- [2] Bowman C, Goldberg J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery (SRS). 2006 Vancouver Coastal Health, [3]Transcend Transgender Support & Education Society, and the Canadian Rainbow Health Coalition.
- [4] Cornelisse VJ, Jones RA, Fairley CK, Grover SR. The medical care of the neovagina of transgender women: a review. Sexual Health. 2017 Oct 1;14(5):442-50.
- [5] Berli JU, Knudson G, Fraser L, Tangpricha V, Ettner R, Ettner FM, Safer JD, Graham J, Monstrey S, Schechter L. What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: a review. Jama Surgery. 2017 Apr 1;152(4):394-400.
- [6] Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. BJU Int. 2000; 86:843-50.
- [7] Oles N, Darrach H, Landford W et al. Gender affirming surgery: a comprehensive, systematic review of all peer-reviewed literature and methods of assessing patient-centered outcomes (part 1: breast/chest, face, and voice). Ann Surg. 2022;275(1):e52-e66. doi:10.1097/SLA.0000000000004728.
- [8] Akhavan AA, Sandhu S, Ndem I, Ogunleye AA. A review of gender affirmation surgery: what we know, and what we need to know. Surgery. 2021;170(1):336-340. doi:10.1016/j.surg.2021.02.013.
- [9] Oles N, Darrach H, Landford W et al. Gender affirming surgery: a comprehensive, systematic review of all peer-reviewed literature and methods of assessing patient-centered outcomes (part 2: genital reconstruction). Ann Surg. 2022;275(1):e67-e74. doi:10.1097/SLA.0000000000004717.
- [10] Papadopoulos NA, Lellé JD, Zavlin D et al. Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. J Sex Med. 2017;14(5):721-730. doi:10.1016/j.jsxm.2017.01.022.
- [11] El-Hadi H, Stone J, Temple-Oberle C, Harrop AR. Gender-affirming surgery for transgender individuals: perceived satisfaction and barriers to care. Plast Surg (Oakv). 2018;26(4):263-268. doi:10.1177/ 2292550318767437.
- [12] Dy GW, Nolan IT, Hotaling J, Myers JB. Patient reported outcome measures and quality of life assessment in genital gender confirming surgery. Transl Androl Urol. 2019;8(3):228-240. doi:10.21037/tau.2019.05.04.

Código Documento: CPTW267.3	Elaborador: Rodrigo Itocazo	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 13/10/2021 Data de Revisão: 04/08/2025	Data de Aprovação: 12/08/2025
---------------------------------------	---------------------------------------	---	--	---	---