

“Dossiê Redesignadas”

Mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras



Helena Moraes Cortes
Raquel Eshilley Rodrigues

Brasil, 2026

“Não nos define, mas importa!”¹

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UFSC**

¹ Jacqueline Rocha Côrtes, mulher trans, ativista de direitos das pessoas vivendo com HIV e de pessoas trans, especialmente das mulheres trans redesignadas. Foi secretária de Advocacy do INAMUR e principal articuladora do I Seminário Nacional de Mulheres Redesignadas realizado em Brasília, em maio de 2024.

**Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas
INAMUR**

Dossiê Redesignadas

Mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras

FICHA CATALOGRÁFICA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Cortes, Helena Moraes

"Dossiê Redesignadas" : mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras / Helena Moraes Cortes, Raquel Eshilley Rodrigues. -- Florianópolis, SC : Ed. das Autoras, 2026.

Bibliografia.

ISBN 978-65-02-11142-0

1. Identidade de gênero 2. Mudança de sexo
3. Pessoas transgênero - Brasil 4. Pessoas transgênero - Identidade 5. Transexuais - Direitos fundamentais 6. Transexuais - Leis e legislação - Brasil I. Rodrigues, Raquel Eshilley. II. Título.

26-360771.0

CDD-362.897

Índices para catálogo sistemático:

1. Pessoas transgênero : Mudança de sexo : Bem-estar social 362.897

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento, é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do/a/e autor/a/e (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal da República Federativa do Brasil.

Como citar: CORTES, Helena Moraes; RODRIGUES, Raquel Eshilley. **Dossiê Redesignadas: mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras**. Florianópolis: Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas (INAMUR); Universidade Federal de Santa Catarina, 2026. ISBN 978-65-02-11142-0.

Disponível em: <https://mentaltrans.paginas.ufsc.br/2026/05/30/dossie-redesignadas-mapeamento-sobre-repercussoes-da-cirurgia-de-redesignacao-sexual-em-mulheres-trans-brasileiras/>. Acesso em: _____.

Distribuição Gratuita – Venda Proibida

**Helena Moraes Cortes
Raquel Eshilley Rodrigues da Silva**

Brasil, 2026

“Dossiê Redesignadas”: mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras

Pesquisadora responsável e autora correspondente

Nome Completo: Helena Moraes Cortes

Currículo Lattes (link): <https://lattes.cnpq.br/2881685589816269>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8538-8400>

Formação e titulação acadêmica: Enfermeira (Universidade Federal de Pelotas), Especialista em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS (Universidade Federal de Pelotas), Mestrado em Ciências (Universidade Federal de Pelotas), Doutorado em Ciências (Universidade de São Paulo), Doutorado Sanduíche na Escola Médica da Universidade NOVA de Lisboa (Lisboa, Portugal). Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - PEN UFSC.

E-mail: helenamoraescortes@gmail.com

Equipe executora

Coordenação geral da pesquisa

Helena Moraes Cortes

Secretaria Executiva do INAMUR/ AINAMORAS

Raquel Eshilley Rodrigues da Silva

Secretária de Advocacy e fundadora do INAMUR / AINAMORAS

Rafaela Feitosa Damaceno

Coordenação da Região Centro Oeste e Distrito Federal

Lívia Araújo Costa

Coordenação da Região Nordeste

Lilian Fonthinelly Gomes Paixão

Coordenação da Região Norte

Nichole Silva de Oliveira

Coordenação da Região Sudeste

Viviana de Paula Corrêa

Coordenação da Região Sul

Lana de Cássia Ferreira

Apoio financeiro - INAMUR

Fundo ELAS+ Doar Para Transformar



Apoio financeiro - UFSC

Edital PROBOLSAS 2026 - PROEX – Pró-Reitoria de Extensão

Edital PROPG nº 1/2026 – Edital de Incentivo à Atuação de Jovens Docentes na Pós-Graduação em CT&I

Parcerias institucionais

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania - MDHC

Symmy Larrat Brito de Carvalho - Secretária Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+

MentalTrans - Laboratório de Pesquisas, Tecnologias e Inovação em Enfermagem Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Transgeneridades - CNPq/ Universidade Federal de Santa Catarina

Helena Moraes Cortes - Pesquisadora coordenadora da pesquisa (PEN/UFSC)
Ezequias Paes Lopes - Mestrando em Enfermagem - (PEN/UFSC)
Lethicia Vitória Fontana Formigoni - Acadêmica de Enfermagem (UFSC)
Lília Marcela do Canto Pulvirenti - Mestranda em Enfermagem - (PEN/UFSC)
Marina da Silva Sanes - Bolsista de Pós Doutorado - (PEN/UFSC)
Naomi Tamima Estevam Cipriano - Mestranda em Enfermagem - (PEN/UFSC)
Yasmin da Silva Moura - Graduanda em Medicina - Universidade Católica de Salvador
Matheus Rosa Ribeiro - Bolsista de Extensão do projeto “Redesignadas” - tradução, divulgação e disseminação de conhecimento “com” e “para” mulheres trans redesignadas

Transbucal Brasil

Andreia Morales Cascaes - pesquisadora (SPB/UFSC)
Igor Santos Araujo - Mestrando em Odontologia - (PPGO/UFSC)

UniTransGoiás - Associação Goiana de Pessoas Trans



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I - CONTRIBUIÇÕES DO CAMPO PROFISSIONAL E MILITANTE.....	19
1. O MÉTODO BOLA DE NEVE E O ACESSO À POPULAÇÃO TRANSGÊNERA NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.....	20
2. O INSTITUTO NACIONAL DE MULHERES REDESIGNADAS (INAMUR): ENTREVISTA COM RAFAELA FEITOSA DAMASCENO.....	39
3. “REDESIGNADAS NO SUS”: TRAJETÓRIAS DE CUIDADO, RESISTÊNCIA E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS NA SAÚDE DE MULHERES TRANS.....	57
4. CUIDADO, NORMA E COMPROMISSO: A ENFERMAGEM NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR ENTRE PRÁTICA ASSISTENCIAL E CONSTRUÇÃO ÉTICO-POLÍTICA.....	67
5. CUIDADO ÀS MULHERES TRANS QUE REALIZAM CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL: A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM DO HCPA.....	82
6. A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL COMO ETAPA DE UM PROCESSO DE CUIDADO.....	94
7. POR UMA MEDICINA TRANSCENTRADA.....	119
8. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CUIDADO DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS REDESIGNADAS.....	129
9. DA ASSISTÊNCIA REQUERIDA ÀS PRÁTICAS RESPALDADAS NA LEI PROFISSIONAL: CONSTRUÇÃO DO PARECER TÉCNICO PARA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE MULHERES TRANS.....	143
PARTE II - METODOLOGIA.....	155
10. METODOLOGIA.....	156
10.1. Aspectos éticos.....	156
10.2. Treinamento da equipe.....	156
10.3. Tipo de estudo.....	157
10.4. Cenário.....	158
10.5. Participantes.....	159
10.6. Coleta de dados.....	159
10.7. Análise de dados.....	159
PARTE III - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL.....	161
11. PERCEPÇÕES DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS SOBRE A SAÚDE PÓS CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL.....	162
11.1. Dados Sociodemográficos, econômicos e histórico.....	162
11.1.1. Identidade de gênero.....	163
11.1.2. Intersexualidade.....	165
11.1.3. Cor/Raça.....	166
11.1.4. Distribuição por Região.....	168
11.1.5. Idade atual, na CRG e na transição social/hormonal.....	173

11.1.6. Orientação Sexual.....	177
11.1.7. Estado Civil.....	179
11.1.8. Pessoa com Deficiência.....	181
11.1.9. Escolaridade, Empregabilidade e Renda.....	182
11.1.10. Religião e Espiritualidade.....	187
11.1.11. Uso de Silicone Líquido Industrial (SLI).....	191
11.1.12. Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV).....	194
11.1.13. Substâncias Psicoativas.....	196
11.1.14. Parentalidade.....	199
11.1.15. Cirurgias de Modificação Corporal.....	203
11.1.16. Saúde Física Pós-Cirurgia.....	210
11.2. Satisfação Pós-Cirurgia (Estética e Funcionalidade).....	213
11.2.1. Estética.....	213
11.2.2. Funcionalidade.....	216
11.2.2.1. Satisfação com a profundidade da neovagina.....	216
11.2.2.2. Satisfação com a lubrificação vaginal natural.....	217
11.2.2.3. Satisfação com a sensibilidade sexual.....	218
11.2.2.4. Satisfação com a capacidade de ter relações sexuais penetrativas	219
11.2.2.5. Satisfação com a ausência de desconforto/dor durante a	
atividade sexual.....	220
11.2.3. Aspectos fisiológicos.....	221
11.2.4. Satisfação geral com o resultado da Cirurgia de Redesignação Genital.	223
11.3. Práticas de Cuidado e Acompanhamento Clínico.....	231
11.3.1. Autocuidado.....	231
11.3.1.1. Dilatação vaginal.....	232
11.3.1.2. Uso de lubrificante.....	233
11.3.1.3. Autoexame da região genital.....	234
11.3.2. Reposição hormonal.....	235
11.3.3. Acompanhamento profissional.....	238
11.3.3.1. Especialidade para acompanhamento clínico.....	238
11.3.3.2. Acompanhamento pelo SUS.....	239
11.3.4. Humanização no atendimento.....	242
11.3.4.1. Discriminação e preconceito em ambientes de saúde.....	242
11.4. Complicações Pós-Cirúrgicas e Estratégias de Manejo.....	250
11.4.1. Estenose vaginal e infecções urinárias recorrentes.....	252
11.4.2. Manejo e acompanhamento de complicações pós-operatórias.....	255
11.5. Saúde Mental e Aspectos Psicossociais.....	258
11.5.1. Resultados de saúde mental.....	258

11.5.1.1. Ansiedade e depressão.....	258
11.5.1.2. Apoio psicológico/psiquiátrico.....	260
11.5.2. Uso de psicofármacos.....	262
11.5.3. Vida social e autoconfiança.....	263
11.5.4. Impacto da CRG na percepção de segurança e discriminação.....	269
11.5.5. Suporte em saúde mental pós-CRG.....	272
11.5.6. Experiência geral pós-CRG.....	275
11.6. Bem-estar Geral.....	279
11.6.1. Qualidade de vida.....	279
11.6.2. Alinhamento com a identidade de gênero.....	280
11.6.3. Saúde mental e bem-estar emocional.....	282
11.6.4. Autoestima e autoconfiança.....	283
11.6.5. Aceitação social.....	284
PARTE IV - ENTREVISTAS-CONVERSAÇÃO.....	295
AUTORES DAS ENTREVISTAS-CONVERSAÇÃO.....	296
12. REGIÃO CENTRO-OESTE E DISTRITO FEDERAL.....	297
12.1. Repercussões físicas e emocionais depois da CRG.....	297
12.1.1. Alteração de peso após cirurgia de redesignação genital (CRG).....	297
12.2.2. Vivências emocionais e subjetivas após CRG.....	299
12.2. Complicações pós-cirúrgicas.....	306
12.2.1. Complicações físicas após CRG.....	306
12.2.2. Repercussões emocionais das complicações pós cirúrgicas da CRG...	311
12.3. Vivências afetivo-sexuais após CRG de mulheres trans.....	311
12.3.1. Dificuldades e limitações nas relações afetivo-sexuais após CRG.....	312
12.3.2. Prazer e resposta sexual após CRG.....	315
12.4. Significado dos cuidados com a neovagina.....	317
12.4.1. Prática (ou não) da dilatação vaginal ao longo do tempo.....	317
12.4.2. Higiene e hábitos de vida após CRG.....	320
12.5. Significados e aconselhamentos entre mulheres redesignadas.....	321
12.6. (Des)cuidados dos profissionais de saúde.....	325
12.7. Significados atribuídos à CRG.....	330
13. REGIÃO NORTE.....	360
13.1. Os sentimentos que perpassam a CRG de mulheres trans e travestis.....	360
13.1.1. Entre identidade e corpo: motivações para a realização da CRG de mulheres trans e travestis.....	360
13.1.2. “Renascer”: novos sentidos de si após a CRG de mulheres trans e travestis.....	363
13.2. Vivenciando mudanças no corpo e na mente após a CRG de mulheres trans e travestis.....	365
13.2.1. Complicações no pós-CRG e seus impactos na experiência corporal de mulheres trans e travestis.....	365

13.2.2. Alterações corporais e repercussões físicas no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis.....	367
13.2.3. Impactos emocionais e psicológicos após a CRG de mulheres trans e travestis.....	369
13.3. Experiências de cuidados e dilatações da neovagina de mulheres trans e travestis.....	370
13.3.1. Aprendendo a cuidar da neovagina no cotidiano pós-CRG.....	371
13.3.2. Práticas e dificuldades na dilatação vaginal após a CRG de mulheres trans e travestis.....	372
13.4. Sexualidade no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis: experiências, desafios e significados.....	375
13.4.1. Corpo, prazer e descobertas na sexualidade após a CRG de mulheres trans e travestis.....	375
13.4.2. Vivências da sexualidade no contexto do trabalho sexual após a CRG de mulheres trans e travestis.....	377
13.5. A trajetória do cuidado em saúde de mulheres trans e travestis redesignadas.....	378
13.5.1. Barreiras institucionais no acesso à CRG de mulheres trans e travestis....	378
13.5.2. Fragilidades no cuidado e no seguimento em saúde após a CRG de mulheres trans e travestis.....	380
14. REGIÃO SUDESTE.....	429
14.1. Rotina de cuidado de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.....	431
14.1.1. Mito de que relações penetrativas substituem rotina de dilatação.....	431
14.1.2. Estratégias de cuidado com a neovagina.....	432
14.1.3. Os cuidados durante a dilatação após a cirurgia de redesignação genital.....	433
14.1.4. Rotina de dilatação vaginal com parceria.....	434
14.1.5. Tempo disponibilizado para a dilatação.....	435
14.1.6. Mudança gradual dos dilatadores.....	436
14.1.7. Estratégias que buscam mitigar desconforto durante a dilatação.....	437
14.2. [Des]cuidado dos profissionais de saúde de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.....	439
14.2.1. Profissionais [des]preparados e dificuldades para encontrar acompanhamento profissional após a cirurgia de redesignação genital.....	440
14.2.2. A troca de informações entre pares como forma de promover o autocuidado.....	442
14.3. Transfobia institucional sofrida durante o período de cirurgia de redesignação genital.....	443
14.4. A saúde mental de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.....	444
14.5. Repercussões físicas e emocionais depois da cirurgia de redesignação	

genital.....	446
14.5.1. Estenose vaginal após a cirurgia de redesignação genital.....	446
14.5.2. Estenose uretral após a cirurgia de redesignação genital.....	447
14.5.3. Fibrose uretral após a cirurgia de redesignação genital.....	448
14.5.4. Complicações que resultaram de internação hospitalar após a cirurgia de redesignação genital.....	448
14.5.5. Incontinência urinária após a cirurgia de redesignação genital.....	450
14.5.6. Sentimentos de incômodo/frustração após a cirurgia de redesignação genital e a necessidade de retoque.....	450
14.5.7. Perda de peso relacionada ao pós-operatório da cirurgia de redesignação genital.....	452
14.5.8. Ganho de peso relacionado a realização da cirurgia de redesignação genital.....	453
14.5.9. A reposição hormonal após a cirurgia de redesignação genital.....	454
14.5.10. O apoio familiar/comunitário como instrumento que contribui para o bem estar de trans/travestis redesignadas.....	456
14.5.11 Satisfeitas com a estética, lubrificação, funcionalidade e sensibilidade.....	457
14.6. Ressignificação da sexualidade após a cirurgia de redesignação genital.....	459
14.6.1. O início da relação sexual e penetrativa após a cirurgia de redesignação genital.....	459
14.6.2. A relação sexual penetrativa e seu significado para a mulher trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.....	460
14.7. Aconselhamentos entre mulheres trans e travestis para quem deseja realizar a cirurgia de redesignação genital.....	462
15. REGIÃO SUL.....	481
15.1. Entre riscos e desejos: as experiências de complicações de mulheres trans e travestis durante o pós-operatório da Cirurgia de Redesignação Genital.....	481
15.1.1. Complicações cirúrgicas vivenciadas por mulheres trans e travestis pós-CRG.....	482
15.1.2. As marcas da Cirurgia de Redesignação Genital e suas repercussões na saúde física de mulheres trans e travestis.....	484
15.1.3. Novo corpo e novas emoções.....	485
15.2. O contato com quem cuida: o preparo profissional e institucional no atendimento às mulheres trans e travestis redesignadas.....	487
15.2.1. Coexistir com a fragilidade do acompanhamento profissional e a sensação de não ter amparo.....	487
15.2.2. O corpo trans e o desconhecimento profissional.....	488
15.2.3. O atendimento que fere nos serviços de saúde: a transfobia institucional.....	490
15.3. O reencontro com o próprio corpo.....	491
15.3.1. Entre toque, desejo e prazer: a redescoberta da vida.....	491
15.3.2. O cuidado que vira obrigação: rotina de cuidados e desafios com a	

dilatação.....	493
15.4. De uma redesignada para outras: sentimentos que perpassam a experiência.....	496
15.4.1. A escolha que se tece.....	496
15.4.2. A troca de (trans) saberes que protege.....	498
15.4.3. A tranquilidade de existir no próprio corpo: satisfação, pertencimento e completude no pós-CRG.....	499
16. REGIÃO NORDESTE.....	551
16.1. Mudanças corporais e cuidados necessários com o corpo.....	551
16.2. Cuidados com a neovagina.....	552
16.3. Realização pós-cirurgia.....	554
16.4. Preparo físico e psicológico para a CRS.....	555
16.5. Complicações cirúrgicas/ Pós-cirúrgicas.....	556
16.6. Idealizações e Limitações percebidas pós-cirurgia.....	559
17. PERCURSOS EXISTENCIAIS DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS BRASILEIRAS NA EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL. 579	
PARTE V - OS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA.....	581
18. OS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA.....	582
18.1. Vivências de complicações e desafios no pós-operatório de CRG de mulheres trans e travestis redesignadas.....	582
18.1.2. Repercussões clínicas e funcionais no cotidiano após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas.....	585
18.1.2.1. Exames laboratoriais como expressão de repercussões clínicas pós-CRG.....	586
18.1.2.2. Vivência de cansaço e sensação de perda de vitalidade após a CRG.....	587
18.1.2.3. Mudanças corporais e ganho de peso após a CRG.....	588
18.1.2.4. A sexualidade como dimensão afetada no cotidiano pós-CRG..	588
18.3. “Sentir-se no próprio corpo”: autoestima e autoimagem após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas.....	590
18.4. Entre o despreparo e a transfobia: a experiência da mulher trans ou travesti redesignada no atendimento em saúde.....	592
18.4.1. (Não) Acolhimento profissional no contexto do cuidado em saúde à mulheres trans e travestis redesignadas.....	593
18.4.2. O despreparo profissional e institucional no cuidado à saúde de mulheres trans e travestis redesignadas.....	594
18.4.3. Vivências de objetificação do corpo trans no atendimento em saúde.....	598
18.4.4. Necessidade de formação sobre cuidados trans específicos nos cursos da saúde.....	599
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	639

APRESENTAÇÃO

Symmy Larrat Brito de Carvalho
Secretária Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+

Não é de hoje que ouvimos falar sobre a importância da organização de dados para a construção das políticas públicas em nosso país. Vivemos em uma realidade profundamente desigual, marcada por um histórico de violências sistemáticas, e a ausência de políticas públicas aprofunda esse cenário. A organização de insumos, dados e informações estruturadas sobre os desafios e as perspectivas da produção e reprodução da vida de pessoas LGBTQIA+ no Brasil torna-se necessária e urgente.

De maneira interseccional, as perspectivas sociais, territoriais, raciais e de gênero, atravessam os nossos corpos, gerando um grau de complexidade na construção de ações assertivas no âmbito das políticas públicas. Dito isso, o processo de organização de informações qualificadas permite identificar demandas específicas da população, compreender dinâmicas sociais e direcionar recursos de maneira mais eficiente. Sem dados consistentes, o poder público enfrenta limitações para desenvolver ações capazes de responder às reais necessidades da sociedade, comprometendo a efetividade das políticas e a garantia de direitos.

No campo dos direitos humanos, por exemplo, a produção de dados possui papel ainda mais relevante ao possibilitar visibilidade a grupos historicamente marginalizados e frequentemente ausentes das estatísticas oficiais. A ausência ou a subnotificação de informações sobre determinadas populações contribui para a invisibilização de violações, dificulta o monitoramento das desigualdades e enfraquece a construção de respostas institucionais adequadas. A sistematização de indicadores sociais, econômicos e demográficos é fundamental para fortalecer políticas públicas

baseadas em evidências e, assim, ampliar a capacidade do Estado de promover inclusão, proteção e cidadania.

Desta forma, além de subsidiar a tomada de decisões governamentais, os dados também fortalecem a transparência pública, o controle social e a participação democrática. A disponibilização de informações confiáveis permite que os movimentos sociais, as organizações da sociedade civil, os pesquisadores e os organismos internacionais acompanhem os avanços e os desafios das políticas públicas, contribuindo para sua qualificação contínua. Produzir dados não significa apenas quantificar realidades, mas criar instrumentos concretos para transformar desigualdades históricas em agendas prioritárias de ação estatal.

O Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas (INAMUR), ao lançar o “Dossiê ‘Redesignadas’: Mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras”, contribui para enfrentar a escassez de dados sistematizados sobre a saúde de mulheres redesignadas no Brasil, oferecendo subsídios relevantes para a formulação de políticas públicas, a qualificação do debate público e a ampliação do conhecimento sobre as vivências dessa população.

Nosso desafio aqui é consolidar um conjunto de informações capaz de fortalecer a elaboração de estratégias baseadas em evidências, contribuindo para a superação de práticas institucionais que ainda não contemplam as especificidades corporais, sociais e subjetivas dessas mulheres. Não podemos permitir que experiências e demandas importantes sigam invisibilizadas nos processos de planejamento, cuidado e garantia de direitos.

Essa iniciativa do INAMUR chama a atenção para outro aspecto importante na produção de dados no Brasil: o papel dos movimentos e das organizações sociais nesse contexto.

Produzir dados capazes de refletir a totalidade da realidade brasileira é um dos grandes desafios do Estado, especialmente diante da dimensão

territorial do país, de suas profundas desigualdades e da diversidade de experiências que compõem a população. Muitas realidades locais, identidades sociais e grupos historicamente marginalizados permanecem sub-representados ou ausentes nos levantamentos oficiais, seja por limitações metodológicas, seja por dificuldades de acesso aos territórios ou pela própria invisibilidade institucional de determinadas demandas. Nesse contexto, a construção de diagnósticos mais completos exige investimentos contínuos em pesquisa, integração entre diferentes bases de dados, fortalecimento dos sistemas públicos de informação e diálogo permanente com movimentos sociais, universidades e organizações da sociedade civil, de modo a ampliar a capacidade do Estado de compreender e responder à complexidade da sociedade brasileira.

Diante desse desafio, ter a sociedade civil produzindo um diagnóstico aprofundado como o que contém neste dossiê, nos possibilita avançar no olhar da formulação de políticas públicas mais inclusivas e conectadas com a realidade da população trans.

Ainda, é evidente que a produção de dados pela sociedade civil também fortalece a incidência política e o controle social das políticas públicas. Ao reunir evidências sobre exclusão, violência, acesso a serviços e condições de vida, as organizações sociais conseguem tensionar o debate público, pautar prioridades governamentais e reivindicar ações concretas voltadas à garantia de direitos. Além disso, esses levantamentos frequentemente funcionam como instrumentos de denúncia e mobilização, especialmente em contextos nos quais há ausência de informações oficiais ou subnotificação de determinados fenômenos sociais.

Destaca-se que os dados produzidos por organizações ajudam a construir ações mais participativas e democráticas. Quando diferentes atores sociais contribuem para a produção de conhecimento, amplia-se a diversidade de perspectivas consideradas nos processos de decisão, reduzindo distâncias entre o Estado e as populações diretamente

impactadas pelas políticas. Dessa forma, a produção de dados pela sociedade civil não apenas complementa as informações institucionais, mas também fortalece mecanismos de participação, transparência e justiça social.

O dossiê “Redesignadas” surge em um momento urgente e desafiador para a formulação de políticas públicas no Brasil, quando a produção de dados, escuta social e compromisso institucional se tornam indispensáveis para enfrentar desigualdades históricas e ampliar a garantia de direitos. Em meio às lacunas de informação e às disputas em torno da existência e da dignidade das pessoas trans, o documento se apresenta como uma ferramenta de memória, visibilidade e transformação. Ao reunir experiências, indicadores e narrativas historicamente silenciadas, “Redesignadas” torna-se, ao mesmo tempo, uma entrega para o Estado, ao oferecer subsídios concretos para a construção de políticas públicas mais humanas e efetivas, é um instrumento de reivindicação para o movimento trans brasileiro, que há décadas resiste, produz conhecimento e reivindica o direito de existir plenamente em todos os espaços da sociedade.

Outro fator importante presente na estruturação deste dossiê é a dimensão do mapeamento das repercussões da cirurgia de afirmação de gênero em mulheres trans brasileiras. Esse mapeamento representa uma importante iniciativa para ampliar a compreensão sobre os impactos físicos, emocionais, sociais e institucionais vivenciados por mulheres trans no Brasil. Mais do que abordar aspectos clínicos, esse tipo de levantamento possibilita compreender como os processos de afirmação de gênero atravessam dimensões relacionadas à saúde integral, à qualidade de vida, ao acesso a direitos e reconhecimento social.

O estudo das repercussões da redesignação sexual também evidencia os desafios ainda presentes no acesso ao cuidado em saúde, no acompanhamento pós-operatório e na garantia de atendimento humanizado nos serviços públicos e privados. Muitas mulheres trans enfrentam barreiras

institucionais, desinformação e ausência de protocolos adequados às suas necessidades, o que reforça a importância de pesquisas capazes de subsidiar práticas mais acolhedoras e políticas públicas baseadas em evidências. Nesse sentido, o mapeamento se torna uma ferramenta estratégica para orientar ações governamentais, qualificar o atendimento e promover maior equidade no acesso à saúde.

Além de seu caráter técnico e científico, a produção desse levantamento possui profundo valor político e social. Ao registrar vivências, trajetórias e desafios frequentemente silenciados, o mapeamento reafirma a legitimidade das experiências trans e fortalece processos de reivindicação por cidadania, dignidade e direitos. Trata-se de um instrumento que produz dados, mas também contribui para reconhecer histórias, ampliar vozes e consolidar caminhos para a construção de políticas públicas mais inclusivas e comprometidas com a diversidade da sociedade brasileira.

O documento a seguir se estrutura em diferentes etapas que dialogam entre si para construir um panorama amplo, sensível e fundamentado sobre as experiências de mulheres trans redesignadas no Brasil. A organização do documento em cinco partes combina contribuições técnicas, metodológicas e narrativas, articulando produção científica, escuta social e vivências territoriais como elementos centrais para a compreensão das múltiplas dimensões que atravessam a vida dessa população.

A primeira parte, focada nas contribuições do campo profissional e militante, apresenta o INAMUR e contextualiza os fundamentos políticos e sociais que orientam a construção do dossiê. O capítulo aborda o método e a perspectiva adotada na pesquisa, evidenciando a importância da produção de conhecimento comprometida com os direitos humanos e com a valorização das experiências trans. Também são destacados os principais desafios enfrentados no campo da saúde integral, incluindo acesso aos serviços, acolhimento institucional, continuidade do cuidado e

reconhecimento das especificidades corporais e subjetivas das pessoas trans no sistema de saúde brasileiro.

A metodologia de pesquisa aparece na segunda parte do dossiê, com o detalhamento dos caminhos percorridos para a realização da publicação, reforçando o rigor ético e científico que sustenta o estudo. São apresentados os aspectos éticos envolvidos na condução do trabalho, o processo de formação e treinamento da equipe responsável pela coleta de informações, além da definição do tipo de estudo, do cenário pesquisado e do perfil das participantes. A parte também descreve os instrumentos de coleta e análise de dados utilizados. No capítulo seguinte, é apresentado o questionário autoaplicável, que reúne os instrumentos construídos para a coleta de dados quantitativos e qualitativos, permitindo que as próprias participantes registrassem suas experiências, percepções e trajetórias de forma autônoma e segura.

Na quarta parte, focada na organização das entrevistas e conversações, são apresentados relatos e diálogos realizados nas cinco regiões do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, ampliando, assim, a diversidade de vozes presentes no dossiê e evidenciando as especificidades territoriais que atravessam as vivências de mulheres trans redesignadas no Brasil. E, por fim, na quinta parte, o documento reúne reflexões coletivas produzidas a partir dos encontros e diálogos entre participantes, pesquisadores e militantes, consolidando análises compartilhadas sobre desafios, demandas e perspectivas para a construção de políticas públicas. Nas considerações finais, além de reforçar dados, o dossiê reafirma seu compromisso com a produção de conhecimento como instrumento de transformação social, destacando a urgência de ampliar pesquisas, fortalecer políticas públicas e reconhecer as experiências trans como parte fundamental da construção de um Brasil mais democrático, diverso e comprometido com os direitos humanos.

Gratidão INAMUR por essa elaboração tão central nos dias de hoje e pelo trabalho coletivo.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

Raquel Eshilley Rodrigues da Silva²

Helena Moraes Cortes³

O *Dossiê Redesignadas* nasceu de uma necessidade histórica, política e epistemológica na lógica de que as trajetórias, as vivências e as experiências de mulheres trans redesignadas no Brasil fossem narradas, analisadas e sistematizadas especialmente por elas mesmas. Durante décadas, esses corpos e existências foram majoritariamente objeto de investigação de olhares externos, muitas vezes marcados por perspectivas cisnormativas e distantes das realidades concretas dessas mulheres. Em contraposição a isso, este dossiê se insere em um movimento de fortalecimento da produção de conhecimento protagonizada por mulheres trans redesignadas, em diálogo entre a academia e o movimento social.

A concepção deste trabalho está vinculada à iniciativa do Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas (INAMUR), que, atento à persistente ausência de dados sistematizados e à invisibilização dessas experiências, idealizou em 2024 o projeto **INAMUR pelo Brasil: Mapeamento de Dados de Mulheres Redesignadas e Não Redesignadas pelo Brasil**. Coordenado por Raquel Eshilley Rodrigues da Silva, então presidenta da instituição, o projeto contou com o apoio financeiro do Fundo ELAS, atualmente ELAS+, consolidando-se como uma importante ação de levantamento de informações produzidas a partir das vivências e redes de atuação dessas mulheres.

A partir dessa iniciativa, emergiu uma questão central que orientou o desenvolvimento do projeto: *como se estruturou o mapeamento das mulheres redesignadas e não redesignadas no Brasil?* Para respondê-la, foi constituída

² Secretaria Executiva do INAMUR/ AINAMORAS.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC).

uma rede de coordenadoras regionais, formada por mulheres redesignadas, educadoras sociais e multiplicadoras na militância, com atuação em seus respectivos territórios. Cada coordenadora ficou responsável por uma das cinco regiões do país, garantindo capilaridade, sensibilidade territorial e compromisso político com as realidades locais.

Foram elas: Mirna Lysa (Região Norte), Lilian Fonthinelly (Região Nordeste), Lívia Costa (Região Centro-Oeste e Distrito Federal), Kathyla Katherine (Região Sudeste) e Lana de Cassia Ferreira (Região Sul).

A metodologia adotada baseou-se na construção e aplicação de um formulário estruturado, que contemplava questões relacionadas à cirurgia de redesignação genital, bem como ao desejo ou não de realizá-la, além de aspectos associados às experiências de vida dessas mulheres. Esse instrumento foi aplicado pelas coordenadoras em suas regiões de atuação e espaços de militância, articulando pesquisa e prática social, e contribuindo para a produção de dados situados, construídos a partir da confiança e da proximidade com as participantes.

Os resultados desse mapeamento foram apresentados no *I Seminário de Mulheres Redesignadas*, realizado entre os dias 16 e 19 de maio de 2024, em Brasília, contando com o apoio da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+, sob a gestão da secretária Symmy Larrat, além do apoio do UNAIDS e do UNFPA. Esse momento configurou-se como um marco na visibilização dessas experiências e na construção coletiva de conhecimento.

A importância inicial do primeiro projeto “INAMUR pelo Brasil: Mapeamento de Dados de Mulheres Redesignadas e Não Redesignadas pelo Brasil” residiu em sua capacidade de reunir informações fundamentais sobre a realidade das mulheres redesignadas e não redesignadas no Brasil, evidenciando demandas, desafios e especificidades até então pouco documentadas. Ao mesmo tempo, revelou lacunas importantes que demandavam aprofundamento analítico e sistematização mais ampla.

Foi a partir desse conjunto de informações e das questões emergentes do próprio mapeamento aliadas as produções efervescentes desenvolvidas no contexto do MentalTrans - Laboratório de Pesquisas, Tecnologias e Inovação em Enfermagem Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Transgeneridades - CNPq/ UFSC que surgiu a necessidade de uma pesquisa mais ampliada culminando na elaboração do presente dossiê. Coordenado pela Dra. Helena Moraes Cortes, professora na Universidade Federal de Santa Catarina e Líder do MentalTrans - CNPq/ UFSC, o *Dossiê Redesignadas* representa um certo aprofundamento que foi iniciado pelo primeiro projeto, consolidando uma nova produção que articula experiências militantes na primeira parte e, saberes acadêmicos nas outras duas partes do dossiê.

Este Dossiê trabalhou com as figuras de “pesquisadoras comunitárias” integrantes todas do movimento social organizado, mulheres trans redesignadas e que foram treinadas para irem a campo e coordenarem nas suas regiões a coleta de dados da pesquisa maior. Cada coordenadora também ficou responsável por uma das cinco regiões do país, a saber: Nichole Oliveira (Região Norte), Lilian Fonthinelly (Região Nordeste), Lívia Costa (Região Centro-Oeste e Distrito Federal), Viviana de Paula Corrêa (Região Sudeste) e Lana de Cassia Ferreira (Região Sul).

Assim, esta produção técnica se configura não apenas como um registro, mas como uma afirmação política e epistemológica, ou seja, mulheres trans redesignadas são sujeitas produtoras de conhecimento, capazes de redefinir os modos pelos quais suas histórias são contadas, interpretadas e legitimadas.

PARTE I - CONTRIBUIÇÕES DO CAMPO PROFISSIONAL E MILITANTE

1. O MÉTODO BOLA DE NEVE E O ACESSO À POPULAÇÃO TRANSGÊNERA NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

Helena Moraes Cortes⁴

Andréia Vanessa Carneiro de Morais⁵

Carle Porcino⁶

Jeane Freitas de Oliveira⁷

Paula Hayasi Pinho⁸

1.1. Introdução

Histórica e paulatinamente a transgeneridade foi saindo do espaço público e sendo enquadrada não como uma forma de identificação de gênero e sim como uma doença mental, sob as perspectivas médicas e psi (Sombra Neto; Luz, 2024). Esses saberes biomédicos foram socialmente assegurados em um binarismo sexista, que buscou proibir e violentar as pessoas trans as excluindo dos espaços para negar suas existências (Pfeil, 2024). Desse modo, a lógica de normatização dos corpos só reconhece algumas existências trans quando colocadas como objeto de estudo das racionalidades médicas para a criação de protocolos e sistemas de classificação, como por exemplo, o DSM IV que intitula a transgeneridade como um “transtorno de identidade” (Sombra Neto; Luz, 2024).

Esse fazer científico formulador de protocolos baseia-se no saber hegemônico e propõe intervenções à vida e corpos de pessoas trans, sem,

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC).

⁵ Médica. Mestra em Enfermagem e Saúde (UFBA). Residente em Medicina de Família e Comunidade (UFRB).

⁶ Psicóloga. Doutora em Enfermagem e Saúde (UFBA). Docente do curso de Medicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

⁷ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (UFBA). Docente da Escola de Enfermagem da UFBA.

⁸ Psicóloga. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB).

contudo, ouvir as próprias pessoas diretamente envolvidas de tal forma que o saber construído em torno do fenômeno da transgeneridade pode até se instituir, mas em grande parte não é validado pela própria população trans (Ahmad *et al.*, 2024).

No entanto, como a ciência é um campo de disputas, os estudos de corpos transviados do sistema sexo-gênero têm se constituído contrariando a lógica vigente e reivindicando, dentro e fora da academia, o reconhecimento da existência de diferentes expressões de gênero e da despatologização das identidades trans (Lopes; Diniz, 2025). Assim, no contexto acadêmico, nos últimos anos tem aumentado, sobretudo na área da saúde, pesquisas que abordam a temática da transgeneridade (Krüger *et al.*, 2024).

É importante que as pesquisas científicas que abordem a população transgênera compreendam que as perspectivas sobre o entendimento do gênero e as vivências das (trans)identidades variam de acordo com as mudanças socioculturais e, o discurso biomédico por si só não abarca os interesses e a compreensão da própria população trans (Vieira *et al.*, 2025). Assim, alguns estudos sobre a população transgênera apontaram que a transfobia está nos mais diversos ambientes como educação, família, religião, sendo as pessoas trans violentamente excluídas somente pelo fato de contrariarem as normas de gênero (Medeiros; Cadoná, 2024).

A abordagem conhecida como “bola de neve” ou *snowball*, pode ser uma estratégia útil para contactar populações de difícil acesso, pois se baseia na formação de uma cadeia de referências, a partir da rede pessoal de cada entrevistado (Gierczyk *et al.*, 2024). Este estudo teve por objetivo descrever na ótica das entrevistadoras, a utilização da técnica *snowball* ou bola de neve na pesquisa qualitativa com pessoas transgêneras (mulheres trans, homens trans, transexuais, travestis e pessoas não binárias).

1.2. O caminho metodológico percorrido

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Este trabalho é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Caracterização sócio demográfica de pessoas transgêneras moradoras em um município do recôncavo da Bahia” aprovada pelo comitê de ética em pesquisas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Quatro entrevistadoras, sendo uma delas a pesquisadora principal, e as outras, alunas dos cursos de Medicina e Psicologia participaram da coleta de dados. Os dados foram registrados em diários de campo, sendo identificadas pela sigla DC 1, 2 ou 3.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a utilização do método *snowball* ou “bola de neve” permitiu formar uma cadeia de referência partindo de um Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) - de uma cidade do recôncavo baiano - e contactando pais, pessoas trans e líderes do movimento social local.

Participaram desta pesquisa três homens transgêneros, oito mulheres transgêneras, duas travestis e uma pessoa preferiu apenas se identificar como não cisgênera. A coleta de dados foi realizada por quatro entrevistadoras sendo que uma delas era a pesquisadora responsável que também é uma mulher transgênera. Este dado foi crucial neste trabalho, pois ganhar o direito de entrada em campo só foi possível depois que a pesquisadora se identificou como uma mulher trans.

A abordagem bola de neve prevê que os pesquisadores partam de uma instituição ou de uma pessoa chave chamada de semente, que possa indicar outras pessoas que se enquadrem dentro dos critérios da pesquisa e assim dar prosseguimento a cadeia de referências (Wang *et al.*, 2024). Dessa forma, o CTA configurou-se como a semente inicial deste estudo. Duas entrevistadoras visitaram o espaço, conversaram com a coordenadora do

serviço e com uma profissional psicóloga momento em que foi encontrada a primeira dificuldade na coleta de dados: a constatação do escasso número de pessoas trans no serviço de saúde do município estudado.

“Ela (coordenadora do CTA) falou que a pesquisa era importante, mas que estava preocupada porque não sabia se tinha muitas pessoas trans no CTA” (DC2).

Essa dúvida da coordenadora, sobre a presença de pessoas trans no serviço de saúde que ela mesma coordena, é bastante pertinente, tendo em vista que, o CTA não é um serviço especializado em atendimento a pessoas transgêneras, e muitas vezes essa população não acessa os serviços de saúde, sejam eles especializados ou não.

Assim, segundo Freitas *et al.* (2024), em muitos serviços de saúde as pessoas esbarram em discriminações e desrespeito ao nome social, que acarretam no abandono de tratamentos, adoecimento e a não assistência em saúde. Assim, nos excertos dos diários de campo a seguir, também foi possível perceber que a dúvida da coordenadora também poderia estar relacionada a falta de conhecimento sobre o direito ao uso do nome social, identidade e expressão de gênero, pois a mesma comentou que ficava confusa se uma pessoa auto identificava-se como pessoa trans ou não, a partir de como a pessoa se apresentava no cotidiano do serviço.

“Ao olhar na agenda pediu que eu retornasse no dia seguinte para que eu conversasse com uma pessoa que ela acreditava que seria trans porque ela sabia que essa pessoa vestia roupa feminina em festas, apesar de ter barba e ela não sabia qual a identidade de gênero da pessoa, porém ela estava marcada para o médico no dia seguinte então eu poderia conversar com a pessoa e perguntar” (DC2).

“...as pessoas que ela entendia como pessoas trans eram as que pediam para utilizar o nome social, por isso ela acreditava que não teriam muitas pessoas trans frequentando o serviço” (DC 2).

“Despedi-me e a impressão que eu tive da coordenadora era que, ela estava sim querendo contribuir e que havia me chamado para conversar antes de indicar as pessoas porque estava insegurança em relação ao conceito de transgeneridade” (DC2).

O (não) uso do nome social, as vestimentas utilizadas e o comportamento da pessoa não podem ser critérios para o serviço denominar a identidade de gênero, pois o critério precisa ser a auto identificação da própria pessoa, como entende a pesquisadora no fragmento abaixo:

“Sendo assim, uma das dúvidas da coordenadora era que tinha uma pessoa que ela achava que era trans, mas como nunca falou de nome social se essa pessoa seria trans ou não. Eu expliquei que o nome social é um direito que as pessoas trans podem ou não querer utilizar. O fato de a pessoa não usar o nome social não lhe retira a possibilidade de se identificar como uma pessoa trans e a forma mais simples de saber a identidade de gênero de alguém é perguntando “você se considera uma pessoa trans?”. O critério sempre deve ser a auto identificação” (DC2).

“Ela me conta das dificuldades de acessar os serviços de saúde do município, especialmente por ter que utilizar o “nome social” e, que não é aceito pelos serviços, e que entende que o nome social não dá conta das demandas de uma pessoa trans. Entrev. 9 identifica-se como uma mulher...” (DC3).

Assim, um estudo realizado com mulheres transexuais e travestis em Salvador - BA demonstrou que quando as performances de pessoas trans quebram a expectativa da sociedade heteronormativa rótulos depreciativos são criados, estigmatizando e marginalizando as transidentidades (Goldbach *et al.*, 2023).

Um dos principais rótulos está relacionado à associação entre pessoas trans à prostituição e ao HIV/AIDS. De tal forma que, de acordo com uma revisão de escopo, os serviços muitas vezes desconsideram outras questões de saúde dessa população ou acham que todas estão relacionadas ao HIV (Gonçalves *et al.*, 2023). De fato, as violências, as desigualdades e os preconceitos relacionados à população trans demonstram que as mulheres transexuais e travestis estão mais vulneráveis ao HIV/AIDS, no entanto, isso se dá devido às injustiças sociais e, sobretudo à culpabilização e à responsabilização individual, causadores de silenciamentos e distanciamento das pessoas dos serviços e do apoio para enfrentar a doença (Abreu *et al.*, 2020). No entanto, segundo Silva Junior, Brigadeiro e Monteiro (2022), as mulheres transexuais e travestis resistem aos estigmas criando estratégias, como por exemplo, a associação delas ao movimento social.

Tendo em vista, que a coleta de dados teve como ponto de partida o CTA, os excertos dos diários de campo a seguir demonstram que as pessoas trans moradoras do município estudado, também tendem a criar estratégias para enfrentar estigmas relacionados a esse espaço e a sua presença nesse serviço, na ótica das entrevistadoras. Essas estratégias vão desde enviar uma amiga para pegar os remédios, quanto a frequentar o serviço em outras localidades como grandes centros urbanos.

“Ao questionarmos o porquê o serviço não tinha pessoas trans, tendo em vista, que atende cerca de 400 pessoas (dados verbalizados pela coordenadora do CTA) e atua em vários municípios da região do recôncavo baiano, a coordenadora disse que “a pessoa pode procurar tratamento em qualquer CTA, e possivelmente, as pessoas procuram outro centro para não serem reconhecidas” (DC2).

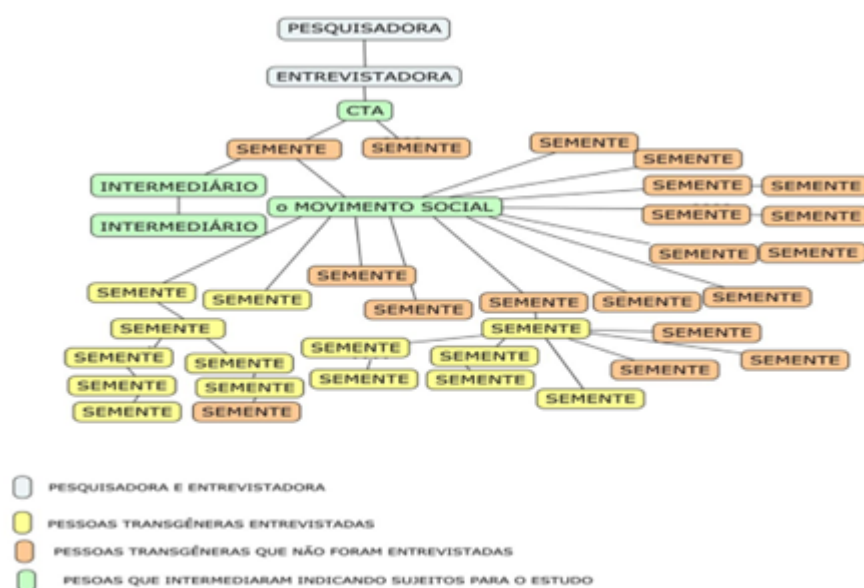
“Das três pessoas trans, somente uma frequentava o CTA com mais frequência atualmente e, essa pessoa pega a medicação dela e de outra amiga trans. Novamente, foi possível notar que o CTA tinha poucas pessoas esperando para serem atendidas ou na sala de

espera, o que contrapõe com uma policlínica, que funciona no mesmo prédio, que está sempre movimentada” (DC 2).

Assim, a partir do CTA teve-se acesso a apenas duas pessoas transgêneras, as quais não aceitaram participar da pesquisa, porém uma delas indicou outras pessoas trans do município e dessa forma iniciamos a formação da cadeia de referência, ilustrada na figura 1. Ao todo foram contatadas trinta e nove pessoas, dentre elas, as chamadas informantes sementes e os filhos da semente. Cabe dizer que dezenove pessoas trans não participaram das entrevistas, destas cinco pessoas recusaram, oito foram indicadas, mas não moravam no município cenário da pesquisa e seis pessoas não foram localizadas.

Essas dificuldades de acesso são previstas no método *snowball* ou bola de neve, pois por vezes, o recrutamento pode não ganhar o impulso esperado. Ou seja, mesmo que se defina matematicamente a quantidade de pessoas a serem pesquisadas, não é possível prever a amostragem, pois ela se baseia em redes de contatos (Gierczyk *et al.*, 2024).

Figura 01: Cadeia de Referência de Pesquisa Qualitativa com Pessoas Trans



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

No entanto, mesmo que a abordagem utilizada – *snowball* ou bola de neve não possibilite prever a quantidade de participantes, soma-se a isso o fato de que muitas indicadas possuíam receio de participar das pesquisas acadêmicas.

Essa realidade também foi discutida por Thangthaeng *et al.* (2022), que relata que por conta do medo de exposição, estigmatização e desumanização, por vezes pessoas trans possuem desconfiança da comunidade médica e pesquisadores, o que cria barreiras nos estudos. Para diminuir as disparidades, é preciso criar um ambiente de pesquisa equitativo e inclusivo, através de uma reeducação da equipe com foco nas necessidades dessa população.

Neste cenário, mesmo com as indicações e informantes, só foi possível acessar os e as participantes deste estudo, após uma das pesquisadoras identificar-se também como sendo uma mulher transgênera, via telefone. Assim, uma das pesquisadoras deste estudo foi incluída em um grupo de *WhatsApp* de mulheres transgêneras da região do recôncavo, o que facilitou o contato com as pessoas indicadas. Desse modo, para trabalhar com populações historicamente marginalizadas e estigmatizadas é importante que elas se sintam acolhidas e também representadas, tendo em vista que as desigualdades de gênero também estão presentes dentro da academia (Goebel *et al.*, 2024).

“Quando ela perguntou mais sobre a pesquisa eu expliquei e ao final citei, que a coordenadora da pesquisa era uma professora que se auto identificava como uma mulher transgênera e ela ficou bastante impressionada com isso. Ela ficou surpresa, arregalou os olhos e disse: “sério?! “É tão bom saber disso” (DC3).

“Foi possível notar que nas duas ligações telefônicas a professora (coordenadora da pesquisa) teve que se identificar como uma

mulher transgênera para conseguir maior aproximação com as pessoas” (DC2).

Na visão das entrevistadoras, os registros apontaram para a importância da representatividade de uma mulher transgênera também na universidade. Essa representatividade foi percebida tanto quando uma das pesquisadoras se identificou como uma mulher transgênera, como no fato de que só foi possível acessar algumas das pessoas entrevistadas a partir do primeiro informante, tendo em vista que o mesmo se configura como integrante de um movimento social LGBTIAQ+ local. Assim, no município estudado, o movimento LGBTQIA+ se mostrou um elo entre a população transgênera e esta pesquisa, como ficou evidenciado nos excertos a seguir:

“E em relação ao nosso projeto de pesquisa, ele (representante do movimento social LGBTQIA+) falou que indicaria algumas pessoas trans do Recôncavo e também disse que em alguns casos era bom ele também ir junto porque muitas mulheres trans são bem resistentes e, por trabalharem nas ruas terem uma postura de desconfiança” (DC2).

“Ele também explicou sobre o movimento LGBTQIA+ no município, contou que a mobilização teve início com um grupo de 8 pessoas chamado G8. Esse grupo teve o papel de estimular as pessoas transgêneras a frequentarem as escolas. E nas escolas o grupo debatia a temática de gênero” (DC2).

Essa interação entre universidades e movimentos sociais mostra-se relevante, considerando que a elaboração de programas de inclusão e permanência de pessoas trans nas universidades decorreu de propostas formuladas pelos movimentos sociais e conselhos universitários. Essas iniciativas permitiram que algumas universidades públicas implementassem a reserva de vagas para pessoas trans, um avanço significativo para o reconhecimento dos direitos de uma população que, historicamente,

enfrenta discriminação e dificuldades até mesmo para concluir a educação básica (Campos; Piana, 2024).

Entretanto, pode-se observar por meios dos fragmentos dos diários de campo, relativos ao movimento LGBTQIA+, que a relação com as pessoas trans do município por vezes era conflituosa de tal modo que, uma das participantes apontou que não se sente representada pelo movimento LGBTQIA+ da cidade. Outro estudo também mostrou divergência entre as pessoas e movimentos trans e o movimento LGBTQIA+, em parte devido às especificidades de algumas pautas e demandas da população trans que não são tão discutidas pelo movimento LGBTQIA+ (Lins, Mesquita, 2020).

“Ele (representante do movimento social) indicou alguns contatos e então começou a falar das travestis e homens trans do município. Disse que conhece algumas travestis, mas muitas dessas pessoas têm dificuldade de se reconhecerem ou afirmarem sua identidade de gênero. Então, falou que as travestis são mais “arredias” e que nos últimos tempos ele tem se aproximado menos delas porque elas só os procuravam quando precisavam de ajuda, quando o movimento convidava para politizar, participar de rodas de conversas e ações elas não apareciam” — “Elas só gostam mesmo da parada LGBT porque é o momento de se libertar e se expressar” (DC 2).

“Entrevist. 2 expressou seu incômodo quando na sociedade LGBTQIA+ dizem que o namorado/marido dela é gay. Ela ressalta que se ela é mulher, logo o homem que se relaciona com ela é hetero. Ela disse não frequentar muito a parada gay ou encontros LGBTQIA+. Diz que a parada é um grito para a sociedade enxergar com “bons olhos”, mas que muitos acabam fazendo coisas indecentes, cenas fortes, muita “roupa pelada”, fantasias vulgares” (DC 3).

O movimento social foi um facilitador para esta pesquisa, porém não foi a única referência. Entre algumas pessoas da cadeia de referências, uma

mulher trans foi indicada por mais de uma das entrevistadas por ser bastante conhecida e ser a pessoa trans “mais velha” da cidade. Ao entrevistá-la descobrimos que ela tinha apenas 30 anos de idade. Segundo dados da Associação Nacional de pessoas Trans e Travestis (ANTRA), a idade média das vítimas de assassinato em 2024 foi de 32 anos. O perfil das vítimas em sua maioria são mulheres travestis, negras, trabalhadoras sexuais e empobrecidas. Os casos ocorrem em sua maioria em locais públicos e com grande uso de violência e crueldade, além de que muitas vezes não há respeito à identidade de gênero das vítimas transfemininas durante a condução dos casos, sendo registradas como sendo do sexo masculino (ANTRA, 2025). Sob essa ótica, entende-se o porquê de a Entrevistada 10 ser uma referência para outras mulheres trans, primeiramente por contrariar as estatísticas e sobreviver, mesmo tendo em sua vida vários marcadores sociais da diferença e das violências.

“Entrev. 8 e Entrev.11 foram conosco até à feira livre do município, em busca de Entrev.10 e caminhavam com desenvoltura, explicando como funcionava a feira, disseram que Entrev.10 é usuária de álcool e fica nos bares bebendo pois “travesti e trans” não conseguem emprego. Diz ela que seria interessante conversarmos com Entrev. 10 pois ela é a “trans mais velha da cidade” (DC 1).

“Ela me contou que era a primeira transexual do município, logo depois ela corrigiu e disse que na verdade era a segunda, só que como a primeira destransicionou e voltou a se vestir e performar como homem, então ela se considerava assim: a primeira pessoa trans da cidade. Disse ainda que jamais se veria como homem novamente, que ela começou muito cedo, aos 14 anos e teve que lutar muito para ser aceita e para se tornar quem ela é hoje” (DC 3).

Mesmo sendo bastante conhecida, pois segundo a mesma, já foi premiada em concursos de beleza e encontrá-la para realizar a entrevista foi difícil. Quando as entrevistadoras perguntavam as pessoas da feira livre pela

entrevistada 10, muitas pessoas se recusavam a responder ou respondiam com o nome masculino.

“Ela me disse que já foi premiada duas vezes no desfile na categoria de mulher trans e travesti, mas que ultimamente “está bagunçado” porque as drag queens queriam competir com elas e ela manifestou seu incômodo” (DC 3).

“Fomos em busca da Entrevist. 10 e não a encontramos perguntamos a algumas pessoas se a tinham visto e não obtivemos muita resposta. Entrevist. 8 questionou Entrevist. 11 se a Entrevist. 10 não estavam no banheiro e Entrevist. 8 disse que havia perguntado a uma mulher. Entrevist. 11 respondeu dizendo” sabe como são as pessoas aqui” levantando a hipótese de que as pessoas se negam a responder ou fingem que não vêem quando se trata de uma pessoa trans” (DC2).

Essa dificuldade para entrar em contato com a Entrev. 10 foi muito frequente durante a coleta de dados. Muitas pessoas trans não possuíam telefone, marcavam a entrevista em locais públicos como shoppings e praças e não apareciam, os endereços residenciais eram difíceis de serem encontrados e, quando perguntávamos informações no bairro às pessoas pareciam não saber da existência das pessoas indicadas ou não os reconheciam pelo nome social. Isso mais uma vez, reforça a vulnerabilidade espacial dessas vidas, pois como afirmam Magno *et al.* (2024), pessoas trans possuem medo de caminhar em espaços públicos e sofrem discriminação privada, publicamente e até mesmo dentro da própria comunidade LGBTQIA+.

“Enquanto tentávamos achar a casa e perguntamos no bairro se conheciam a casa da Entrevist. 7, as pessoas demonstraram não saber da existência dessa pessoa ou então não a conheciam por essa identidade de gênero e só associaram a partir da referência da religião” (DC 2).

“No dia 7 de agosto, confirmei com ela a entrevista e no horário marcado estávamos no ponto de referência que ela nos forneceu. Mas ficamos um tempo sem conseguir entrar em contato com ela, decidimos perguntar às pessoas e nos pontos comerciais das imediações se alguém a conhecia. Perguntamos a cinco pessoas diferentes e inclusive uma senhora que mora há vinte anos naquele local, ela disse nunca viu nenhuma mulher trans pela localidade” (DC 3).

Assim, as pessoas trans do município do Recôncavo não frequentam muitos dos espaços sociais como a Universidade, os serviços de saúde e o emprego formal. Prova disso, é que das quatorze pessoas entrevistadas, apenas três declararam ter o ensino superior incompleto. As profissões encontradas foram: cabeleireira (n= 3), profissional do sexo (n= 2), cozinheira (n= 1), vendedora de acarajé (n= 1), coordenadora de projeto artístico (n=1), trabalhadora no “axé” (n=1), orientadora social (n=1), frentista (n=1) e desempregados (n=3). (Cortes *et al*, 2019).

Assim, como prevê o método, a experiência deste estudo demonstrou que a melhor forma de se aproximar das pessoas trans do município foi por meio da sua rede pessoal, dos espaços que frequentam como a feira livre, o bar, o movimento social LGBTQIA+. Como é possível perceber em situações vivenciadas pelas três entrevistadoras e apresentadas a seguir:

“Chegamos ao hospital e as duas (duas entrevistadoras acompanhadas de duas mulheres trans que iriam participar da pesquisa) parecem tímidas na fila para serem atendidas na recepção. A recepcionista pede o documento de identidade de Entrevist. 8 e faz o registro de seu nome civil – pois ainda não fez a retificação. Seguimos conversando sentadas e ela me diz que já passou por muitos constrangimentos por não ter o nome social respeitado. Neste momento, eu fui até a recepção e fiz uma intervenção, pedindo à recepcionista que Entrevist. 8 gostaria de ser tratada pelo nome social. Ao ser chamada pela enfermeira para a Consulta de Enfermagem, a Entrev.8 não teve seu nome social

respeitado, o que lhe causou intenso constrangimento. Conversei com a enfermeira e disse que isso não deveria acontecer” (DC 1).

“Voltamos até o carro para encontrarmos Entrevist. 13. Chegando lá era um bar na esquina de uma avenida movimentada. Passaram dois homens e olharam para nós insistentemente. A Entrevist. 13 não estava, pois no momento estava em um programa, mas ficou combinado de marcamos outro dia com ela” (DC 2).

Por fim, em qualquer pesquisa qualitativa, a saturação ocorre quando os indicados começam a se repetir ou não há mais pessoas para indicar (Younas; Masih; Sundus, 2025). Desse modo, a coleta foi encerrada, pois os nomes indicados já haviam sido entrevistados ou contactados, como fica expresso nos fragmentos a seguir:

“Entrevist. 5 cita nomes de algumas pessoas que já havíamos entrevistado” (DC3).

“Além de Entrevist.13, ele (informante) diz apenas conhecer pessoa 1, mas já havíamos descartado pessoa 1 por não se reconhecer como uma pessoa transgênera. Agradecemos pelo contato fornecido e nos despedimos” (DC 3).

Diante do exposto, pode-se perceber que a escolha da abordagem *snowball* ou bola de neve foi favorável para acessar a população transgênera no município estudado. No entanto, como demonstra Sousa e de Oliveira (2025), o resultado bem-sucedido de uma pesquisa não se dá apenas pelo método, pois a autora considerou que o perfil dos entrevistados, a experiência prévia da pesquisadora, a forma como ela abordou os entrevistados e o instrumento utilizado também foram fatores que contribuíram para que as entrevistas fluíssem com facilidade, o que consequentemente formou a cadeia referência com sucesso.

Na experiência dessa pesquisa compartilhamos também dessa percepção, pois buscou-se informantes diversos, como pais de pessoas trans, amigos, movimento LGBTQIA+, pessoas trans de outros municípios, coordenador de serviço de saúde de outra cidade vizinha e o CTA, que foi o local de partida. Além disso, foram realizados *cards* para explicar sobre a pesquisa, reuniões com alguns desses informantes e buscamos sempre contatar essas pessoas da forma mais respeitosa, cuidadosa, partindo da compreensão das pessoas trans, entrevistadas ou não, como pessoas cidadãs e não meramente possíveis objetos de mais uma pesquisa científica.

1.3. Considerações finais

O método bola de neve, por se utilizar de cadeia de referências e informantes como o movimento social, possibilitou outras vias de acesso a pessoas transgêneras, além das institucionais, demonstrando que esse método pode ser interessante na coleta de dados de populações de difícil acesso, invisibilizadas ou vulnerabilizadas socialmente, como no caso em questão, as pessoas transgêneras de um município do recôncavo da Bahia.

No entanto, o método possui limitações por justamente acessar as pessoas por meio de indicações, podendo ter ficado de fora outras pessoas trans que não faziam parte da rede social das sementes contatadas. Além disso, por serem pessoas que compartilham a mesma rede de relações, pode ser que também compartilhem os mesmos discursos e percepções, sendo importante frisar que os dados aqui levantados não pretendem esgotar as discussões sobre a temática pois não consideramos essas percepções como únicas.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. D. de. *et al.* Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. e20180390, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0390>. Acesso em: 18 set. 2025.

AHMAD, A. F. *et al.* Transgender people's knowledge about the adverse effects of cross-hormonization: challenges for nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 4, p. e20230346, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0346pt>. Acesso em: 18 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024**. ANTRA, 2025. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/dossi-e-assassinatos-e-violencias-contr-travestis-e-transexuais-brasileiras-em-2024-associacao-nacional-de-travestis-e-transexuais-2025/>. Acesso em: 18 set. 2025.

CAMPOS, M. M. C.; PIANA, M. C. O acesso de pessoas trans às universidades públicas brasileiras. **SCIAS. Direitos Humanos e Educação**, v. 7, n. 2, p. 204-218, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36704/sdhe.v7i2.9138>. Acesso em: 27 set. 2025.

CORTES, H. M. *et al.* Vivências de mulheres transgêneras de um município do recôncavo da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 1, p. e1871, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e1871.2019>. Acesso em: 15 set. 2025.

FREITAS, F. L. S. *et al.* Social and programmatic vulnerability in the context of transgender people's health: a scoping review of scientific evidence from Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, n. 272, p. 1-19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02359-1>. Acesso em: 16 set. 2025.

GIERCZYK, M. *et al.* The snowball sampling strategy in the field of social sciences: contexts and considerations. **Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)**, v. 2, n. 43, p. 87-104, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12775/PBE.2023.029>. Acesso em: 17 set. 2025.

GOEBEL, L. G. A. *et al.* Improve trans policies in Brazil's universities. **Science**, v. 384, n. 6703, p. 1415-1416, 2024. DOI: [10.1126/science.adp8278](https://doi.org/10.1126/science.adp8278). Acesso em: 16 set. 2025.

GOLDBACH, C. *et al.* “I owe no one any gender performance”: transgender and nonbinary individuals’ experiences of gender dysphoria during the COVID-19 pandemic. **Bulletin of Applied Transgender Studies**, v. 2, n. 1–2, p. 27–46, 2023. DOI: <https://doi.org/10.57814/cchg-zz61>. Acesso em: 16 set. 2025.

GONÇALVES, E. de F. M. *et al.* Uma revisão de escopo: saúde de LGBTQIA+ na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 1, p. e9111, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19111P>. Acesso em: 27 set. 2025.

KRÜGER, A. *et al.* Building a more equitable Brazilian National Health System: 20 years of trans visibility in Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe1, e2024267, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024267.especial.en>. Acesso em: 27 set. 2025.

LINS, C. C.; MESQUITA, M. R. A compreensão da política por militantes do movimento trans alagoano. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 22, n. 1, p. 251–269, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n1p251-269>. Acesso em: 15 set. 2025.

LOPES, L. E. S. A.; DINIZ, M. A (trans)missão docente de corpos transviados do sistema sexo-gênero. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 18–34, 2025. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v30i1p18-34>. Acesso em: 15 set. 2025.

MAGNO, L. *et al.* Discriminação por identidade de gênero entre mulheres trans e travestis no Brasil: uma análise de classes latentes e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. e240012, 2024. DOI: [10.1590/1980-549720240012.supl.1.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720240012.supl.1.2). Acesso em: 15 set. 2025.

MEDEIROS, E. B. de O.; CADONÁ, E. Vivências de pessoas transgênero na educação básica: uma revisão da literatura. **Diversidade e Educação**, v. 12, n. 1, p. 417–441, 2024. DOI: <https://doi.org/10.14295/de.v12i1.17108>. Acesso em: 15 set. 2025.

PFEIL, C. L. Sobre um transfeminismo libertário. **Revista Anômalas**, v. 4, n. 1, p. 142–160, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufcat.edu.br/index.php/ra/article/view/74699>. Acesso em: 15 set. 2025.

SILVA JUNIOR, A. L. da. *et al.* “Irmandade travesti é a nossa cura”: solidariedade política entre travestis e mulheres trans no acesso ao cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe7, p. 103–116, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E707>. Acesso em: 15 set. 2025.

SOMBRA NETO, L. L.; LUZ, J. H. S. Do transexualismo à incongruência de gênero. **Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 3, n. 1, e11992, 2024. DOI: 10.59487/2965-1956-3-11992. Acesso em: 15 set. 2025.

SOUZA, C. de J.; OLIVEIRA, M. L. C. de. Repintando histórias de vida: relato de uma pesquisa. **Interference: A Journal of Audio Culture**, v. 11, n. 2, p. 556–582, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p556-582>. Acesso em: 27 set. 2025.

THANGTHAENG, N. *et al.* Promoting a gender-affirming environment in research: implications for research nurses. **Journal of Research in Nursing**, v. 27, n. 1–2, p. 157–165, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/17449871211068647>. Acesso em: 27 set. 2025.

VIEIRA, V. F. *et al.* Transexualidade e assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, e08942023, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.08942023>. Acesso em: 27 set. 2025.

WANG, P. *et al.* The development and the assessment of sampling methods for hard-to-reach populations in HIV surveillance. **Journal of Urban Health**, v. 101, n. 4, p. 856–866, 2024. DOI: 10.1007/s11524-024-00880-w. Acesso em: 27 set. 2025.

YOUNAS, A.; MASIH, A.; SUNDUS, A. Alternatives to “saturation”: a qualitative exploration. **Evidence-Based Nursing**, v. 28, n. 2, p. 77, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2025-104292>. Acesso em: 16 set. 2025.

2. O INSTITUTO NACIONAL DE MULHERES REDESIGNADAS (INAMUR): ENTREVISTA COM RAFAELA FEITOSA DAMASCENO

Rafaela Feitosa Damasceno⁹

2.1. Retorno ao Movimento Nacional e Tensões Internas

Helena Cortes: conte-me quando e como ocorreu a construção do Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas. Gostaria que você me contasse um pouco dessa história.

Rafaela Feitosa Damasceno: no final da década de 1990, eu já estava envolvida com o movimento trans em Goiás, juntamente com Beth Fernandes e Isadora. Realizávamos trabalhos de prevenção, com projetos aprovados diretamente pelo Ministério da Saúde, em parceria com a UNESCO. Nossa instituição de base era a ASTRAL-GO (Associação de Travestis e Transexuais de Goiás). Em 2002, recebemos um e-mail em nossa organização com o convite para participarmos do IX Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da AIDS – ENTLAIDS, que ocorreria em Curitiba, Paraná. Historicamente, sabe-se que os ENTLAIDS foram fundamentais para a estruturação da representação trans no país e tornaram-se, à época, o principal espaço de articulação política e de prevenção de IST/AIDS para a população trans no Brasil. Foi nesse contexto que conheci a ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais).

Durante aqueles dias, marcados por debates calorosos e atividades de capacitação, observei que, em um universo de aproximadamente 180 pessoas trans, estavam presentes apenas três mulheres transexuais

⁹ Assistente social. Mestranda em Psicologia/UFG. Fundadora do INAMUR.

redesignadas. Naquele momento, não me surpreendi, pois as redesignadas historicamente apresentavam um perfil de maior distanciamento da comunidade, sendo frequentemente absorvidas socialmente após alcançarem a passabilidade e a redesignação genital.

2.2. Desigualdades e Violências Simbólica

Em 2002, quem estava na presidência da ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) era a advogada Janaína Dutra, uma travesti do estado do Ceará. No ENTLAIDS de 2002, tive a satisfação de conhecer pessoalmente nossa querida Maite Schneider, cofundadora da Transempregos; ela integrou uma das mesas do evento, realizado em Curitiba. Ao retornar para Goiás, passei a refletir: como poderia uma rede nacional de pessoas trans, tão grande, não contar com um número de transexuais redesignadas que ultrapassasse os dedos de uma mão?

Continuei, no estado de Goiás, o trabalho que já realizávamos. Posteriormente, vivenciei uma mudança de perspectiva de vida. Em 2003, retornei ao ENTLAIDS, que ocorreu em Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Infelizmente, tive a mesma impressão do primeiro encontro quanto à representatividade das transexuais redesignadas. Contudo, dessa vez, presenciei um fato novo: observei uma mulher trans que havia realizado a redesignação há pouco tempo e que estava aos prantos, dizendo às demais presentes: “Eu nunca serei mulher; mesmo tendo feito minha cirurgia, nunca serei considerada uma mulher”. Confesso que fiquei profundamente pensativa ao presenciar aquela cena. Ao observar o semblante das que estavam ao redor, tive a impressão de que o julgamento sobre a redesignação daquela moça já estava previamente estabelecido.

Parece-me que ela não poderia sequer estar arrependida de ter passado pela redesignação genital; talvez estivesse tentando expressar a

subjetividade que experimentava, seja no âmbito afetivo, social ou familiar. Aquela moça necessitava de apoio institucional, de um espaço em que pudesse encontrar pessoas que houvessem passado pelo mesmo processo. Fiquei sem reação, confesso, talvez por não possuir maturidade emocional para intervir naquele contexto em que ela expunha suas fragilidades, ou mesmo para não ser julgada.

Ao retornar para Goiânia, relatei o episódio que presenciei a algumas amigas que estavam vinculadas ao Programa de Redesignação Genital do Hospital das Clínicas da UFG (HC-UFG). No decorrer desse diálogo, as demais companheiras compartilharam da mesma percepção: tratava-se da ausência de suporte — possivelmente psicológico — ou, ao menos, da falta de contato com outras redesignadas para a troca de experiências no que tange às nossas subjetividades.

Entre 2004 e 2010, me afastei do movimento. Ao retornar ao ativismo em Goiás, fui eleita secretária executiva do Conselho Estadual LGBT de Goiás e, posteriormente, vice-presidenta daquele Conselho. Em seguida, passei a frequentar novamente o movimento nacional. Recordo-me de uma marcha ocorrida em Brasília contra um projeto de lei sobre família, de autoria do então deputado federal Marco Feliciano. Foi nesse contexto que retomei contato com a ANTRA e reencontrei Cris Stefany, que naquele momento exercia a presidência da entidade. A seu convite, retornei à ANTRA, creio que entre 2011 e 2012. Posteriormente, houve um evento em Mato Grosso do Sul, organizado por Cris Stefany, da ANTRA, ocasião em que conheci Ágatha Lima, de Ribeirão Preto, São Paulo, e Fernanda de Moraes, de São Paulo.

Sinceramente, voltei a me questionar: como pode um movimento tão forte e tão antigo contar com tão poucas transexuais redesignadas? Essas condições territoriais de ativismo sempre me deixaram intrigada e reflexiva. Durante o evento em Campo Grande, observei que Ágatha Lima se tornava

alvo de certo deboche e desdém por parte de algumas participantes. Fiquei ainda mais intrigada, pois, sempre que ela se apresentava nos debates, percebia que não se tratava apenas de uma questão de personalidade; havia algo além, embora eu tenha preferido manter apenas essa impressão.

Se, no ativismo, o problema reside na incompreensão de nossas diferenças e subjetividades enquanto transexuais redesignadas, cedo ou tarde essas mulheres acabam por não permanecer nas associações nacionais. Talvez isso ocorra pela ausência de oportunidades para expor nossas falas e demandas, pela limitação de nossos espaços de fala ou por falarem sempre por nós e sobre nós, quiçá até por meio de brincadeiras de mau gosto, baseadas em estereótipos sobre genitálias e/ou subjetividades vivenciadas por transexuais redesignadas. Eu mesma, quando estou no meio do ativismo, escuto algumas piadas, embora não lhes dê ouvidos. Admito, contudo, que é necessária grande maturidade para não internalizar tais situações.

Às vezes, muitas de nós, redesignadas, poderíamos estar na luta, mas acabamos nos afastando, pois não é simples permanecer no ativismo. Sei que o movimento social não transforma alguém em ativista; as pessoas, de algum modo, já “nascem” com essa disposição. Há algo em mim, não sei se é problema ou qualidade, que me leva a observar intensamente as conjunturas. Incomoda-me profundamente ver instituições que falam sobre determinadas pautas, mas não dão voz às pessoas que as representam. Não é possível que uma instituição, há mais de 30 anos discursando sobre determinada comunidade, tenha em seu quadro menos de 2% de integrantes dessa própria comunidade e jamais tenha sido dirigida por essas pessoas.

2.3. Atuação em Goiás e Articulações Locais

Recordo-me de que, há pelo menos dez anos, estávamos mobilizadas em Goiás para reabrir o Serviço Especializado de Atendimento à População Trans de Goiânia (HC/UFG), que se encontrava sem cirurgião especializado (em cirurgia de redesignação genital) e com fila de espera de aproximadamente doze anos apenas para a primeira consulta. Nesse contexto, conseguimos articular não apenas a contratação de um médico para o Hospital das Clínicas, como também viabilizar a abertura de um novo serviço em Goiânia/GO, em estrutura hospitalar vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, no Hospital Geral de Goiânia – Dr. Alberto Rassi. Foi nessa luta que fortalecemos o movimento trans em Goiás e conseguimos trazer algumas meninas para a mobilização, dentre elas minha camarada, mana e amiga, Bianca Lopes.

2.4. Encontros Nacionais e Necessidade de Rede Própria

Nesse mesmo período, surgiu um evento da ANTRA, mais uma edição do ENTLAIDS, a ser realizado em Teresina, no Piauí. Na condição de coordenadora da Região Centro-Oeste, não consegui comparecer, pois enfrentava problemas familiares. Assim, convidei Bianca Lopes para representar Goiás. Ela, por sua vez, possui excelente comunicação e oratória, além de grande capacidade de articulação. Bianca nos representou muito bem. Em determinado momento, após seu retorno, ao conversarmos, ela fez uma observação acerca da questão das redesignadas e da forma como somos vistas pelas demais identidades trans, bem como sobre a maneira como somos tratadas.

A realidade é dolorosa e, por vezes, é preciso coragem para falar sobre o sistema. A maioria dos movimentos sociais organizados luta, de dentro

para fora, pela democracia, pela igualdade e pela equidade. Contudo, a realidade interna nem sempre reflete esses mesmos princípios; quando os reflete, isso ocorre apenas desde que determinados “personagens” estejam em evidência. Infelizmente, em mais de 35 anos da maior rede de pessoas trans, nunca houve uma transexual redesignada na presidência, e as poucas que ali estiveram filiadas acabaram saindo, cedo ou tarde.

2.5. Tentativas de Criação de Rede Nacional

Então eu disse: “Bianca, você quer saber de uma coisa? Acho que está passando da hora de seguirmos apenas com as redesignadas. Eu vi o que ‘Mãe Baby’ (Jovanna Baby) está construindo com o FONATRANS (Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros), porque ela sentiu a necessidade de uma pauta antirracista e, assim, criou o Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros. Bianca, penso que precisamos seguir o mesmo caminho que Jovanna Baby seguiu.”

Em 2018, aqui no estado de Goiás, tentamos criar a Origem, uma organização de pessoas trans que haviam passado por cirurgias de redesignação sexual. Reuníamos tanto homens trans quanto mulheres trans. Formamos um bom grupo para desenvolver alguns trabalhos locais, mas as atividades acabaram sendo interrompidas. Ainda assim, apresentávamo-nos como Origem, uma instituição de caráter nacional. Contudo, ainda não a havíamos registrado em cartório nem a apresentamos formalmente ao restante do país.

2.6. Fundação do INAMUR

Posteriormente, disse a Bianca: “Mana, vamos criar uma instituição apenas para mulheres redesignadas, até porque não adianta incluirmos os

homens trans, pois eles já estavam com o IBRAT (Instituto Brasileiro de Transmasculinidades) em processo de criação naquele momento.” Então perguntei: “E agora, como faremos?” Respondi: “Para não começarmos de forma equivocada, vamos ao evento regional — a Jornada LGBT de Picos —, realizamos nossa inscrição e seguimos para Picos, no Piauí, pois lá estarão presentes tanto Keila Simpson quanto Jovanna Baby.”

Como elas são matriarcas do movimento social, entendemos que não deveríamos passar por cima delas; ao contrário, deveríamos iniciar esse processo de mãos dadas, a fim de não criar muros, mas pontes, junto às instituições já constituídas. Assim, realizamos nossa inscrição, solicitamos apoio para as passagens aéreas à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e seguimos para o Piauí. Ao chegarmos a Picos/PI, estávamos decididas a criar a nova rede. Já tínhamos uma ideia, embora ainda houvesse dúvida quanto ao nome. Surgiu, então, a proposta “Fonamure”. Eu já tinha em mente, inclusive, a logomarca. Decidimos avançar e verificar os resultados. Viajamos para a Jornada LGBT de Picos, que, por sinal, foi excelente, creio que era a décima segunda edição, já que Jovanna Baby realizava essas jornadas há muitos anos em Picos, no Piauí. A Jornada Nordestina LGBT de Picos é, tradicionalmente, um evento de grande relevância. Conhecemos muitas pessoas trans que até então não conhecíamos. Na ocasião, conhecemos Júlia Paes e reencontramos Lilian Fonthinelly; ambas estavam sendo acompanhadas pelo serviço especializado ambulatorial de Recife/PE para realização da redesignação.

2.7. Resistências e Dificuldades de Expansão

Em conversa com Lilian, expliquei: “Bianca Lopes e eu viemos à Jornada de Picos para dialogar com as matriarcas, pois desejamos criar uma rede. Antes de fazê-lo e sermos interpretadas como “afrontosas”, queremos construir esse caminho de forma conjunta, ocupando espaços. Até

então, em nenhum dos conselhos nacionais havia uma mulher redesignada representando uma instituição nacional.” Conforme combinado, Bianca Lopes e eu solicitamos uma reunião com Jovanna Baby e Keila Simpson, no quarto do hotel em que Keila estava hospedada. Conversamos e expliquei: “Viemos participar da jornada, mas nossa intenção específica é dialogar com vocês, pois pretendemos criar uma Rede Nacional de Mulheres Redesignadas. Entendemos que chegou o momento de fortalecermos nossa comunidade.”

Keila foi muito solícita e educada. Inclusive afirmou: “acho que realmente está na hora de vocês fundarem a rede e se fortalecerem.” Jovanna Baby também demonstrou satisfação com nossa decisão e manifestou concordância. Saí daquele encontro satisfeita com a postura de ambas. Desde então, tenho refletido constantemente sobre um desafio que sempre se impõe: trazer as mulheres redesignadas para dentro de uma rede. Geralmente, após alcançarem a passabilidade e serem socialmente absorvidas, muitas não desejam se expor, não querem estar nas ruas nem aparecer publicamente. Tampouco desejam afirmar que são redesignadas. Reconheço que esse é, talvez, o maior desafio para a consolidação de uma Rede Nacional.

2.8. Primeiras Integrantes do INAMUR

Em conversa telefônica com Bianca Lopes, chegamos ao consenso de que a nova rede nacional se chamaria INAMUR – Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas, pois, quando saímos de Picos/Piauí, estávamos cogitando o nome FONAMUR – Fórum Nacional de Mulheres Redesignadas.

Recordo que, em Goiás, uma das primeiras pessoas que convidei para integrar a nova instituição foi a nossa querida Raquel Eshilley Rodrigues da Silva. Raquel Eshilley Rodrigues da Silva aceitou, e elaboramos a ata de

constituição do INAMUR juntamente com Bianca Lopes, em Goiás. Havíamos convidado também algumas redesignadas de outros estados, como Carla, do Rio de Janeiro. Surgiu ainda o nome de Cláudia, de Salvador, Bahia, que passou a integrar o grupo conosco, estando, inclusive, registrada na primeira diretoria do INAMUR. Tanto Cláudia quanto Carla participaram da composição inicial; Raquel Eshilley Rodrigues da Silva foi designada como primeira presidenta do INAMUR, conforme consta em ata, e Carla como vice-presidenta, representando o Rio de Janeiro. Cláudia, da Bahia, também integrou a diretoria, mas posteriormente se afastou. Criamos, ainda, um grupo de WhatsApp para facilitar a comunicação.

Aos poucos, fomos convidando outras redesignadas de diferentes estados: Márcia Monks, do Rio Grande do Sul; Maitê Schneider e Ágatha Lima, de São Paulo; Júlia Paes, de Pernambuco; entre outras que gradualmente se somaram. Criamos o grupo de WhatsApp e passamos não apenas a trocar experiências, mas também a ocupar espaços de ativismo em diversas regiões do Brasil.

2.9. Passabilidade e Invisibilidade Política

Como ocorre em todo início, enfrentamos delicadezas e barreiras para alcançar algumas mulheres. Em Goiás, nunca foi simples atuar no ativismo, pois é necessário lidar com vaidades de determinadas figuras do movimento. Uma pessoa em particular, também redesignada, frequentemente se opôs a mim em Goiás e, lamentavelmente, tomou a iniciativa de telefonar para algumas redesignadas em outros estados, adotando uma postura difamatória. Segundo relatos, afirmava que não cumpriríamos o que estávamos propondo com o INAMUR/AINAMORAS e que iríamos nos aproveitar da imagem das integrantes.

Inclusive, uma das mulheres que recebeu tal ligação relatou-me o ocorrido durante nosso primeiro Seminário das Mulheres Redesignadas, realizado em Brasília/DF. Hoje compreendo por que algumas que inicialmente estavam conosco acabaram se afastando. É lamentável que tais atitudes partam de alguém que também é redesignada. Em vez de somar esforços, optou por enfraquecer nosso trabalho, embora integrasse outra rede nacional. Poderíamos ter articulado ações conjuntas, mas, ao contrário, houve a escolha de minar nossa iniciativa.

2.10. Demandas Específicas das Mulheres Redesignadas

O maior obstáculo para trazer mulheres redesignadas para o INAMUR é justamente a chamada “passabilidade”, pois muitas não desejam se expor. Trata-se de um equívoco complexo: todos têm o direito de não se expor, se assim desejarem; contudo, a ausência de participação pode gerar consequências futuras. Se não estivermos na luta por nossas próprias demandas, especialmente no que se refere à nossa saúde, enfrentaremos problemas sérios com o envelhecimento de nossos corpos e com a ausência de cuidados específicos, e tais dificuldades que já começam a se manifestar.

Foi nesse contexto que conheci Jacqueline Rocha Côrtes, em Brasília, durante evento alusivo aos dez anos da Portaria nº 1.707/2008, que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Comentava-se que Jacqueline fazia intervenções relevantes durante o evento, o que nos chamou a atenção. Posteriormente, sentamo-nos para conversar. Ela relatou ser redesignada há cerca de vinte anos e afirmou que sempre desejou a existência de uma rede na qual pudesse militar em defesa de nossas pautas. Convidamo-la a integrar o INAMUR, destacando que estávamos unindo forças para avançar coletivamente.

Ela aceitou o convite com entusiasmo. Sua adesão foi extremamente significativa, pois Jacqueline já era amplamente reconhecida no movimento nacional como ativista mulher, ativista trans e ativista LGBT, além de sua atuação junto às “cidadãs positivas”. Foi a primeira mulher trans redesignada, vivendo com HIV, a trabalhar no Ministério da Saúde e na UNAIDS. Sua participação fortaleceu consideravelmente a rede. Também Maitê Schneider passou a integrar o grupo.

Astrid Beatriz Bodstein igualmente se somou naquele momento. Essas figuras emblemáticas, que já desenvolviam outros trabalhos, contribuíram para ampliar nossa força coletiva. Nosso objetivo sempre foi ocupar espaços, pois, nos conselhos nacionais, não havia nenhuma mulher redesignada para falar sobre nossas próprias demandas; frequentemente falavam por nós em reuniões e eventos, enquanto permanecíamos silenciadas.

Entendíamos que não poderíamos continuar nesse lugar de silêncio. Nossa vivência é distinta após a cirurgia [cirurgia de redesignação genital]; nossas demandas também são específicas e nem sempre priorizadas. Muitas pessoas desconhecem como funcionam nossos corpos após a redesignação sexual. Como podem falar sobre nós sem conhecer efetivamente o que ocorre? Além disso, há escassez de pesquisas científicas sobre o tema. Podemos, portanto, contribuir significativamente com a produção de conhecimento, colaborando com pesquisadores e cientistas a partir de nossas próprias experiências.

2.11. I Seminário Nacional de Mulheres Redesignadas

As primeiras mulheres redesignadas que compuseram o INAMUR tiveram papel fundamental na consolidação da rede. Cada uma trouxe sua trajetória, suas vivências e suas marcas históricas. O I Seminário Nacional

de Mulheres Redesignadas, realizado em 2024 em Brasília - DF, representou um marco para aquelas que estavam filiadas.

O seminário foi extremamente significativo, pois possibilitou intensa troca de experiências e vivências, revelando um aspecto humano profundo e transformador. Eu já havia experimentado algo semelhante em psicoterapia de grupo com outras redesignadas no estado de Goiás; contudo, naquele encontro nacional, a dimensão coletiva foi ainda mais impactante.

A forma como nos olhávamos e cuidávamos umas das outras foi de grande valia. Percebi o quanto a construção do INAMUR havia valido a pena ao presenciar aquelas cenas marcantes: apresentações culturais, partilhas de histórias e relatos emocionados. Sentíamos a dor de quem chorava ao narrar experiências vividas durante o período da ditadura militar ou conflitos familiares decorrentes de sua identidade. Foi um momento de resgate e de reconhecimento mútuo.

2.12. Resgate Histórico das Conquistas

Ainda que as redesignadas nem sempre tenham permanecido juntas no ativismo institucionalizado, sempre houve mulheres redesignadas que fizeram diferença na história do Brasil e nas conquistas do movimento trans.

Hoje, por exemplo, a possibilidade de retificação de nome e gênero diretamente em cartório é um direito consolidado. Contudo, as primeiras ações nesse sentido envolveram mulheres redesignadas que, inclusive, eram submetidas a exigências humilhantes, como fotografias íntimas e exames invasivos. Médicos chegavam a desenhar as cirurgias realizadas, e muitas de nós ingressaram com ações judiciais. Foi por meio da construção de jurisprudência que se tornou possível alterar nome e gênero.

Essas conquistas custaram caro. Muitas pagaram com seus próprios corpos, com sua saúde e com recursos financeiros elevados. Algumas

realizaram cirurgias na Europa e retornaram ao Brasil para enfrentar longos e onerosos processos judiciais. Nada foi concedido gratuitamente; houve enfrentamento e sacrifício.

2.13. Envelhecimento e Saúde

Recordo a história de Waldirene Nogueira, considerada a primeira mulher trans redesignada no estado de São Paulo e no Brasil a protagonizar mobilização pública relevante. Ela realizou um ativismo individual significativo: reuniu membros influentes de sua cidade, solicitou cartas de apoio que atestassem sua dignidade e sua inserção social, tudo para respaldar o médico que realizou sua cirurgia em São Paulo.

Waldirene organizou abaixo-assinado em defesa do Dr. Roberto Farina, o primeiro médico a realizar cirurgia de redesignação sexual no Brasil, que foi posteriormente condenado. Ele afirmou ter realizado procedimentos em mulheres indígenas transexuais entre 1972 e 1976, período em que sofreu condenação. Waldirene foi vítima do contexto repressivo da ditadura militar e, ainda assim, exerceu um ativismo solitário. Se contarmos desde 1976 até hoje, são quase cinco décadas desde aquele primeiro gesto de enfrentamento. Mesmo quando não havia um “movimento trans” estruturado, havia uma mulher redesignada defendendo sua existência e seus direitos. Sempre houve uma de nós na luta, ainda que de forma isolada.

No cenário internacional, também houve figuras históricas, como Dorchen, na Alemanha, que foi morta pelo regime nazista. Esses exemplos demonstram que as redesignadas sempre estiveram presentes na história da resistência. Quantas Rafaelas, Helenas, Biancas e Raquéis existem no Brasil, fora dos holofotes do movimento social organizado, mas atuando em seus municípios, em suas comunidades, apenas existindo e resistindo?

2.14. Avaliação do Ativismo

Muitas desenvolvem trabalhos que não estão vinculados formalmente a movimentos sociais, mas seus próprios corpos já são símbolos de resistência. O ativismo começa quando atravessamos a porta de casa e ocupamos o espaço público. Nossa existência é, por si só, um ato político de resistência.

Aquelas que atravessaram três ou quatro décadas enfrentando exclusões e violências carregam consigo a experiência do envelhecimento, o que se torna hoje uma das maiores preocupações das redesignadas: envelhecer sem saber quais serão as consequências específicas em nossos corpos. Há escassez de estudos científicos sobre o envelhecimento de mulheres redesignadas, pois muitas realizaram a cirurgia e, posteriormente, afastaram-se da vida pública.

2.15. Reflexão sobre o Movimento Atual

Helena Cortes: Rafaela, como você vê o movimento de mulheres redesignadas neste momento?

Rafaela Feitosa Damasceno: no ambiente digital, percebo um volume significativo de ativismo, majoritariamente online. Entretanto, muitas vezes esse ativismo carece de base histórica e política. Observam-se figuras públicas realizando transições de gênero e cirurgias de redesignação genital, sem necessariamente conhecer o percurso histórico das conquistas ou refletir sobre os desafios futuros.

Atualmente, acompanho uma personalidade com cerca de um milhão e seiscentos mil seguidores, que recentemente realizou sua cirurgia. Antes, apresentava-se como homossexual; posteriormente, realizou a transição e a redesignação. O discurso é esteticamente bem elaborado e emocionalmente

envolvente, mas muitas das experiências relatadas já foram vividas por diversas de nós.

O que preocupa é a ausência de reflexão sobre o que virá após o período inicial de mudanças hormonais e cirúrgicas. A transição não se encerra no momento da cirurgia; há implicações físicas, emocionais e sociais que se manifestam ao longo do tempo. Falta debate consistente sobre o futuro dessas mulheres, especialmente no que se refere à saúde e ao envelhecimento.

2.16. Pressão Estética e Diversidade

É fundamental compreender que a realização da cirurgia de redesignação sexual, especialmente quando realizada fora do Brasil, pode apresentar resultados estéticos satisfatórios. Contudo, sem acompanhamento adequado por equipe multiprofissional, a situação torna-se delicada. O cuidado com a saúde deve ser contínuo e responsável.

Percebo que muitas pessoas estão excessivamente concentradas na estética e nos padrões de beleza, influenciadas pela mídia, e acabam negligenciando a realidade que se impõe com o passar do tempo. Ainda não se reconhece plenamente que há um período posterior à cirurgia que exige acompanhamento, inclusive no campo da saúde mental. Precisamos cuidar umas das outras.

O acompanhamento psicológico não deve ser compreendido sob perspectiva patologizante, mas como suporte para fortalecimento emocional e social, a fim de enfrentar a sociedade e suas violências. A psicoterapia não tem a finalidade de impor padrões específicos de comportamento ou identidade, mas de oferecer estrutura para que a pessoa compreenda e enfrente as adversidades externas. É preocupante saber que alguns profissionais ainda adotam abordagens inadequadas, sugerindo

enquadramentos normativos que desconsideram a diversidade das experiências trans.

Também me preocupa o fato de algumas pessoas realizarem cirurgias de forma precipitada, sem acompanhamento consistente, seja no Brasil ou no exterior. Muitas vezes, o processo é conduzido em clima de euforia, sem reflexão sobre o que ocorrerá posteriormente. É preciso lembrar que tudo é passageiro, inclusive a beleza, e essa é outra questão sensível.

Com o advento de figuras públicas como Roberta Close, consolidou-se, em determinado momento histórico, a ideia de que mulheres trans deveriam corresponder a um padrão específico de modelo. Entretanto, é necessário reconhecer que, enquanto mulheres, somos diversas: temos diferentes corpos, rostos, origens raciais, histórias familiares e constituições genéticas. Não há um único padrão de mulheridade.

Assim como as mulheres cis são plurais, também o somos. Há intersecções raciais, sociais e culturais que atravessam nossos corpos. A busca por um padrão estético pode nos distanciar de nossas origens e de nossa própria identidade. É importante saber de onde viemos e refletir sobre onde queremos chegar.

Ainda hoje persistem julgamentos baseados em padrões de beleza. Há quem questione: “Quer fazer redesignação genital, mas não parece uma transexual”, como se existisse um modelo estético obrigatório. Ao mesmo tempo, observa-se contradição social: homens gays afeminados são, muitas vezes, tratados por pronomes femininos de forma pejorativa, enquanto mulheres trans são deliberadamente tratadas por pronomes masculinos. Trata-se de uma incoerência marcada por desinformação e preconceito.

Se todas as mulheres transexuais redesignadas refletissem sobre os desafios futuros, especialmente no que se refere ao envelhecimento e à saúde, talvez deixassem de lado certas vaidades imediatas e se unissem às

lutas presentes, a fim de garantir um futuro mais seguro, evitando incertezas que podem se tornar graves.

2.17. Logotipo do INAMUR

Helena Cortes: Rafaela, fale sobre o logotipo do INAMUR. De onde surgiu essa ideia?

Rafaela Feitosa Damasceno: a ideia surgiu quando eu observava cartas de baralho. Pensei na figura da dama de paus, dama de espadas, e comecei a refletir sobre o simbolismo da dama de espadas. Imaginei que o contorno daquela figura poderia representar uma mulher. No caso da mulher redesignada, a “espada” já teria se transformado em bainha. A imagem simbolizaria firmeza, habilidade e fortaleza.

A espada, culturalmente associada à masculinidade em uma sociedade machista, é frequentemente utilizada como símbolo de virilidade. Pensei: por que não ressignificar esse símbolo? Por que não sermos também “mulheres espada”, no sentido de força e resistência? Visualizei o busto de uma mulher com coque na cabeça. O coque representaria todas as mulheres — negras, brancas, indígenas — pois qualquer mulher pode adotar esse penteado. O busto feminino, para mim, carrega forte simbolismo de mulheridade. Entendo que, em situações de exposição inesperada, a tendência feminina é proteger os seios, o que demonstra a centralidade simbólica das mamas na construção social da feminilidade. As mamas também remetem ao cuidado e à nutrição, como no ato de amamentar.

Inicialmente, o logotipo do INAMUR incorporava explicitamente a imagem da dama de espadas, incluindo o contorno da carta de baralho ao fundo. Posteriormente, quando Jacqueline Côrtes passou a integrar o grupo, ela sugeriu retirarmos a referência direta à carta, pois o significado social

associado à dama de espadas poderia gerar interpretações negativas. Chegou a sugerir a dama de copas como alternativa.

Sempre fui aberta ao diálogo. Decidimos, então, retirar o contorno da carta de baralho e manter apenas o elemento central e sua representatividade. O logotipo anterior continha a espada completa ao fundo; o atual preserva o símbolo da mulher estilizada, sem a moldura da carta.

As cores predominantes — lilás e roxo — foram escolhidas em referência histórica às cores do movimento feminista, reforçando o vínculo simbólico com a luta das mulheres.

3. “REDESIGNADAS NO SUS”: TRAJETÓRIAS DE CUIDADO, RESISTÊNCIA E PRODUÇÃO DE POLÍTICAS NA SAÚDE DE MULHERES TRANS

Bianca Lopes Rosa¹⁰

3.1. Entre a roça e a cidade identidade, ausência de referências e início da transição

Helena: Diga-me quem é a Bianca Lopes.

Bianca Lopes: A Bianca Lopes é fruto de toda uma caminhada e de uma construção de uma pessoa, de uma subjetividade, mas também fruto de um esforço coletivo para que essa Bianca chegasse e se tornasse quem ela é. Sou uma mulher trans, uma mulher trans redesignada, não que isso me defina, mas é importante, principalmente quando a gente fala da nossa dignidade em saúde.

Sou filha de um casal simples do interior de Goiás, de uma dona de casa e de um lavrador. Vivi boa parte da infância na roça. Meus pais se separaram, minha mãe se mudou comigo e com a minha irmã para a capital. Cresci uma criança sem me entender direito quem eu era no mundo, sem referência nenhuma. Perdi-me às vezes, foi um desafio, porque não me encaixava nos padrões de gênero. Só pude me compreender a partir de outras referências que apareceram na minha vida, já no final da adolescência, início da vida adulta, lá pelos 18, 19 anos. Foi quando, enfim, comecei a minha transição, entendendo-me como mulher.

¹⁰ Integrante do INAMUR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNB. Consultora Técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Fiz um percurso de transição ao longo dos meus 20 até os 22 anos. Comecei o processo de hormonização por conta própria, a partir de instruções de amigas, das minhas amigas travestis que eu conhecia na rua e frequentava o salão de beleza onde eu trabalhava.

Depois consegui entrar no serviço de transição de gênero com apoio em saúde, que é o Ambulatório Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia. A partir desse momento, minha vida mudou. Até então, eu queria ter passabilidade, queria ser lida como cis para me salvar da transfobia. Rechaçava qualquer tipo de comparação com travestis ou com essa figura tida, no imaginário comum das pessoas, como algo caricato, marginal, algo que eu não queria ser. Naquele tempo eu não entendia o que era transfobia na sua expressão explícita. É importante você me perguntar isso agora, porque a gente amadurece politicamente enquanto pessoa individual e enquanto sujeito coletivo. Hoje nem me sinto digna de ser chamada de travesti, às vezes acho que essa terminologia carrega uma responsabilidade, uma luta tão grande que talvez eu não tenha feito 10 por cento do que as grandes travestis deste país fizeram. Mas, enfim, é isso.

Sou profissional da saúde, sou gestora pública de formação, fiz mestrado em saúde coletiva e acabei de entrar no doutorado, também em saúde coletiva. É esse o caminho que me traz até aqui, que construiu a Bianca que eu sou.

3.2. Passabilidade, transfobia internalizada e construção da consciência política

Helena Cortes: Bianca, como o movimento social entrou na sua vida?

Bianca Lopes: Adoro responder essa pergunta. Vou referir-me novamente ao sentimento de transfobia internalizada que eu tinha no passado e ao desejo de ter passabilidade cis a todo custo para me proteger da transfobia, sendo odiosa comigo mesma.

Para a construção da mulher que sou, sempre tive muito claro que, além de mudar as características sexuais secundárias do corpo para ser lida como mulher, era importante para minha subjetividade realizar a cirurgia de redesignação sexual. Passei a buscar isso desde que iniciei meu processo de transição, por volta de 2008 a 2009. Quando entrei no serviço especializado em Goiânia, entendi que teria amparo para esse cuidado e que seria preciso passar por avaliação, na época havia avaliação psicológica e às vezes até comportamental para emitir o laudo cirúrgico. Isso acabou reforçando uma perspectiva biomédica associada à sociabilidade sobre o que é ser mulher ou homem, trazia mais peso à moralidade que eu vinha construindo sobre o padrão de ser mulher. A cirurgia de redesignação era algo que eu buscava nesse processo.

3.3. Da dor à mobilização o acesso à cirurgia e a entrada no movimento social

Quando nos deparamos com o fechamento, a interrupção do processo de realização de cirurgias sem perspectiva de retorno, porque o médico responsável precisou se afastar por cerca de dois a três anos, fiquei desesperada, pois aquilo atrasou meu processo cirúrgico. Depois soube que ele havia adoecido e não voltaria. O serviço descontinuou as cirurgias e aquilo me causou grande sofrimento, pensei em como faria para realizar a cirurgia, que era algo importante para minha vida. Cheguei a cotar o custo de uma cirurgia na Tailândia, troquei e-mails com a clínica do doutor Kamol Pansritum e estava disposta a vender a minha casa financiada para poder ir.

Naquele momento não havia uma organização muito orgânica do movimento trans sobre essas questões de saúde, existiam movimentações em torno de direitos civis, mas era algo bastante personalizado.

Quando tivemos uma reunião com o chefe do serviço e ele disse que encerraria por falta de apoio, um grupo de mulheres trans que aguardavam cirurgia e algumas que já haviam passado por ela sentiu a necessidade de mobilizar-se para evitar a descontinuidade e dar perspectiva às pessoas. Isso nos mobilizou muito. Costumo dizer que fui ao movimento social pela dor, pela necessidade. Nos juntamos, reunimo-nos com a Secretaria Estadual de Saúde, com a área técnica responsável pela saúde da população LGBT, com a assessoria do governador e com a assessoria de participação social. Fomos buscando essas instâncias políticas. O grupo foi se consolidando e alguns progressos ocorreram. A secretária e as pessoas daquele momento abraçaram a causa. Conseguimos, naquele ano, realizar um seminário para discutir dificuldades e avanços na saúde, e dali saímos com estratégias e um plano de ação para garantir assistência adequada.

Figura 02 – Registros da reunião das representantes do movimento social com a diretoria do Hospital Geral de Goiânia para criação do serviço especializado no Processo Transexualizador em outubro de 2015



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2015.

Figura 03: Seminário de Saúde Trans construído com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Universidade Federal de Goiás, profissionais de saúde e representantes do movimento social trans e travesti em novembro de 2015



Fonte: arquivo pessoal da autora, 2015.

Descobrimos que, como coletivo, tínhamos mais força política. Paralelamente, iniciei a faculdade de gestão pública, que me deu noção real de instrumentos de gestão, execução de políticas públicas, orçamento, governança, jargões e funcionamento de órgãos de controle, como acessar esses canais. Junto às demais pessoas engajadas, fomos construindo isso. A partir do coletivo, entendemos que precisávamos institucionalizar o movimento. Eu e a Rafaela geramos a intenção de criar uma instituição voltada ao recorte de mulheres trans redesignadas, pois as necessidades de saúde são diferenciadas. A partir dessa intenção, com Rafaela Damasceno, Esther Salles, Carla Bianca, Leão, Raquel Eshilley Rodrigues da Silva, Cristiane Beatriz, começamos a organizar politicamente esse coletivo.

Isso me levou a outros espaços. Na sequência, fui convidada, até porque já era servidora do Estado, trabalhando no Hospital Geral de Goiânia, unidade de média e alta complexidade para eletivas, a trabalhar na gestão, na pasta da saúde LGBT, para cuidar do que entendíamos como processo transexualizador. Uma coisa se fundiu à outra.

Minha vontade de provocar mudanças partiu dessa formação política com minhas companheiras, outras mulheres trans e pessoas do movimento LGBT, gays e lésbicas. Tivemos apoio de mulheres lésbicas e de grupos de mulheres negras feministas no início, isso foi indução e formação política de base. A militância acendeu em mim a chama que me fez ir para a gestão e tentar produzir mudanças de lá. Acredito que os avanços e a emancipação dos direitos das pessoas trans e do movimento LGBT ocorrem pela via da atenção e dos movimentos sociais, porque a cis-heteronormatividade nunca nos deu nada, tivemos de conquistar tudo.

3.4. Ocupar para transformar militância, gestão pública e construção de políticas no SUS

Helena Cortes: A gente estava falando um pouco antes, Bianca, desse cuidado que temos quando somos entrevistadas, nem todo mundo gosta de expor sua história. A Bianca contou algo interessante, queria que comentasse um pouco isso, as políticas públicas e o movimento social, para nós mulheres trans redesignadas, o movimento é inverso, precisamos nos instrumentalizar para somente então instrumentalizarmos o poder público e cuidar de nós mesmas. Você pode comentar?

Bianca Lopes: Perfeito. Existem experiências brasileiras anteriores que convergem quando pensamos num contexto nacional de avanços relacionados à atenção e saúde da população trans, principalmente de mulheres redesignadas. Encontramo-nos nas trincheiras do Ministério da Saúde, mas o percurso até lá é longo, identificamos necessidades e especificidades em saúde, buscamos políticas e encontramos entraves políticos, burocráticos e técnicos de toda natureza. Nos instrumentalizamos técnica e politicamente para ocupar espaços estratégicos dentro da gestão e utilizar os recursos para pautar o que é importante para nossa saúde.

Sinto na pele as necessidades de uma pessoa trans que quer passar pelo processo de redesignação e precisa de acompanhamento. Costumo dizer que tenho um olhar multilateral, ao mesmo tempo era técnica da gestão pública pensando políticas públicas para implementar. Em Goiás, um estado extremamente conservador e com política coronelista, as políticas relacionadas à diversidade eram apagadas e desfinanciadas. Em 2015 tínhamos um único serviço no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que foi descontinuado por falta de estrutura, era um projeto de extensão fortemente ligado a uma professora, sem incorporação orgânica na instituição. A descontinuação mobilizou o movimento social e também pessoas estratégicas na gestão estadual.

Entramos para ampliar as equipes e criar um novo ambulatório no Hospital Geral de Goiânia, unidade da Secretaria de Estado da Saúde. Fizemos reuniões enquanto movimento social, eu, Rafaela Damasceno e outras, com a diretoria técnica do hospital e com a organização social gestora, que abraçaram a necessidade. A secretaria então firmou termo aditivo ao contrato de gestão para implementar o ambulatório. Implantamos esse ambulatório e ampliamos o serviço.

Terminei o curso de gestão pública e fui convidada para trabalhar na Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado para atuar na política LGBT. Já havíamos um serviço no Hospital das Clínicas e outro ampliado no Hospital Geral, mas ainda não era suficiente, faltava linha de cuidado para hormonização, supervisão hormonal, bloqueio hormonal e dispensação de medicamentos. Elaboramos um aditivo com previsão orçamentária e incrementamos o contrato para que o serviço dispensasse hormônios.

Entendemos também que dois serviços na capital não atendiam a demanda do estado, que é grande, havia vazios assistenciais nas regiões

remotas, cidades a centenas de quilômetros da capital sem assistência local, sem transporte, sem recursos.

Pensamos em descentralizar a atenção ambulatorial e construir uma pequena rede. Conduzimos projeto para criar seis ambulatórios nas cinco macrorregiões do estado, submetendo-o à Comissão Intergestores Bipartite, com amparo legal e cofinanciamento estadual. Incluímos no plano plurianual de 2019 a 2023 uma linha de cofinanciamento com custeio mensal por ambulatório, transferência fundo a fundo para custeio de equipes, harmonização e educação permanente. A proposta foi aprovada e implementamos os ambulatórios, construindo essa rede.

Não foi mérito só meu, mas minha presença e sustentação técnica e política foram importantes. Minha defesa técnica foi bem amparada e não houve voto contrário. Consegui articular superiores hierárquicos que levaram a proposta ao secretário. Sempre soube que aquilo não era só sobre mim, dimensionei a dor de quem mora em municípios distantes, sem informação, mas com o desejo de cuidar e transicionar com segurança.

3.5. Formação em saúde, produção de conhecimento e os desafios estruturais do cuidado

Durante meu percurso em Goiás, entrei no mestrado para pesquisar o impacto biopsicossocial da atenção à saúde de pessoas trans nos serviços de saúde. Identificar os impactos e como reverberam na rede e quais desafios a rede ainda encontra foi central. Um fator persistente é a formação profissional, profissionais de saúde que atendem ambulatórios trans, atenção primária, apoio diagnóstico e rede psicossocial muitas vezes não têm disciplinas sobre diversidade sexual e de gênero durante a formação. Isso gera atitudes discriminatórias, às vezes por falta de formação, outras deliberadas por valores conservadores. Saúde se faz com

peças, protocolos e linhas de cuidado só funcionam se as pessoas estiverem formadas e engajadas. Mesmo oferecendo financiamento, havia dificuldade de adesão, antes as pessoas precisam estar mobilizadas para que os serviços funcionem minimamente.

Cheguei à secretaria pensando nela como órgão estratégico para educação na saúde, para construir diretrizes de formação, superior, técnica e residências, visando melhorar a qualidade de acesso e garantir o atendimento integral e universal às pessoas trans.

Helena Cortes: Bianca, quando você chega ao Ministério da Saúde, tem essa inserção na SGTES, concomitantemente ao movimento social, buscou formações em gestão pública. Fale um pouco do que pesquisou no mestrado e o que propõe agora no doutorado.

Bianca Lopes: Fiz um percurso pautado pelas minhas paixões. A ciência não é neutra, temos métodos para tratar dados e hipóteses. No mestrado, percebi que a literatura científica sobre saúde da população trans era muito pautada em recortes epidemiológicos, sobretudo infecções sexualmente transmissíveis, por conta da vulnerabilidade social. Isso negligenciava outros temas primários, como saúde mental, depressão, ansiedade, automutilação, uso problemático de substâncias e o impacto do processo de transição no bem viver da pessoa.

Quis trazer ao método científico a comprovação de que essas intervenções produzem bem viver. Os resultados confirmaram isso e reforçaram a importância da formação profissional como chave para melhorar o acesso.

3.6. Ancestralidade, gerações e disputas contemporâneas no movimento trans

No departamento onde trabalho sou a única pessoa trans, não quero ser a única, quero ser a primeira de muitas. Quero que mais pessoas trans ocupem esses espaços para discutir formação, atenção integral e políticas públicas.

Helena Cortes: Para encerrar, o que você diria para outras pessoas trans que não estão nesse lugar?

Bianca Lopes: Primeiro, eu sempre repito, a cisgeneridade nunca nos deu nada, tudo foi conquistado. Não devemos esquecer isso. Nossas ancestrais abriram caminhos para que hoje pudéssemos ocupar espaços na universidade, na pesquisa e na gestão.

Hoje falamos de igual para igual, somos pesquisadores, cientistas, gestores públicos. Não romantizo o processo, sei que existem barreiras, mas precisamos manter a memória e o diálogo entre gerações.

Quando nos dividimos, o conservadorismo ganha espaço. Precisamos estar atentos para não perder o foco e não retroceder.

4. CUIDADO, NORMA E COMPROMISSO: A ENFERMAGEM NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR ENTRE PRÁTICA ASSISTENCIAL E CONSTRUÇÃO ÉTICO-POLÍTICA

Priscila Marques Cadaval¹¹

Daiani Modernel Xavier¹²

4.1. Introdução

A institucionalização do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.707/2008 e posteriormente ampliada pela Portaria nº 2.803/2013, representou avanço significativo na garantia do direito à saúde da população trans no Brasil (Brasil, 2013). Ao estabelecer a integralidade da atenção e reconhecer a necessidade de atuação multiprofissional, o Estado brasileiro passou a formalizar, ainda que de maneira gradual e tensionada, o acesso a procedimentos hormonais e cirúrgicos de afirmação de gênero no âmbito público.

Entretanto, a existência de normativas não garante, por si só, a efetivação da equidade. A população trans permanece submetida a múltiplas vulnerabilidades, decorrentes de processos históricos de exclusão social, patologização das identidades dissidentes e violência institucional (Bento, 2014; Jesus, 2012). Nesse contexto, os serviços de saúde

¹¹ Enfermeira com atuação no Serviço de Redesignação Genital no HU-FURG/EBSERH - Rio Grande/RS. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (2022). Doutoranda em no Programa de Educação Ambiental (FURG).

¹² Professora do Magistério do Ensino Superior da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental da FURG.

configuram-se tanto como espaços de cuidado quanto de reprodução de desigualdades.

A enfermagem, por sua inserção estratégica no cotidiano assistencial, ocupa lugar central nesse cenário. A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional, e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cofen, 2017) estabelecem como princípio fundamental a promoção da dignidade humana, sem discriminação de qualquer natureza. Assim, a atuação junto à população trans não constitui campo periférico, mas expressão concreta do compromisso ético da profissão.

O presente texto tem como objetivo analisar a consolidação do cuidado de enfermagem em um serviço que realiza cirurgias de afirmação de gênero desde 2024 no extremo sul do Brasil, discutindo suas dimensões técnicas, éticas e políticas. Parte-se de relato de experiência com caráter reflexivo, sustentado por referencial teórico crítico, buscando contribuir para o debate sobre a ampliação do escopo profissional da enfermagem e a efetivação da equidade no SUS.

4.2. Fundamentos conceituais: gênero, poder e equidade em saúde

A compreensão do cuidado transespecífico exige deslocamento das perspectivas biologizantes que historicamente reduziram gênero à dimensão anatômica. Butler (2003) propõe a noção de gênero como construção performativa, desnaturalizando categorias fixas e evidenciando seu caráter sociopolítico. No contexto brasileiro, Bento (2014) problematiza a patologização das identidades trans, destacando o papel das instituições de saúde na legitimação de normas cisgêneras.

A cisnormatividade, entendida como regime que estabelece a identidade cisgênera como padrão legítimo, estrutura práticas institucionais e produz exclusões sistemáticas (Vergueiro, 2015). Nos serviços de saúde, essa lógica manifesta-se na recusa do nome social, na inadequação de leitos hospitalares e na ausência de protocolos específicos, por exemplo.

A equidade, princípio doutrinário do SUS, implica tratar desigualmente os desiguais, reconhecendo diferenças estruturais e oferecendo respostas proporcionais às necessidades (Brasil, 1990). Nesse sentido, o cuidado transespecífico não constitui privilégio, mas estratégia de justiça distributiva.

A ética do cuidado, conforme discutida por Tronto (2007), reforça a dimensão relacional da prática assistencial, destacando responsabilidade, competência e responsividade como elementos estruturantes. Quando articulada à perspectiva decolonial (Mignolo, 2008; Quijano, 2005), amplia-se a crítica às hierarquias epistemológicas que marginalizam saberes e experiências dissidentes.

Além disso, a educação ambiental crítica, conforme fundamentada por Loureiro (2012), contribui para compreender o ambiente como espaço de relações sociais atravessadas por poder, cultura e desigualdades. Assim, o hospital não é ambiente neutro, mas território político onde corpos trans disputam reconhecimento.

4.3. Percurso metodológico

Trata-se de relato de experiência com abordagem qualitativa, de natureza descritivo-reflexiva. O relato de experiência, enquanto modalidade de produção científica, possibilita sistematizar práticas profissionais situadas, articulando vivência empírica e fundamentação teórica (Daltro; Faria, 2019).

A experiência analisada refere-se à atuação da enfermagem na implantação e consolidação de um serviço transexualizador hospitalar habilitado pelo SUS em 2023, com ambulatório especializado inaugurado em 2024, atendendo usuários das 21ª e 22ª regiões de saúde do Rio Grande do Sul.

Os dados foram produzidos a partir da memória profissional, registros institucionais e documentos normativos, articulados à revisão teórica pertinente ao campo.

Figura 04 - Imagem da divulgação da primeira cirurgia de redesignação sexual do interior do estado.



Fonte: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **HU-FURG realiza primeira cirurgia de redesignação sexual do interior do estado.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/comunicacao/noticias/hu-furg-realiza-primeira-cirurgia-de-redesignacao-sexual-do-interior-do-estado>. Acesso em: 26 mar. 2026.

4.4. Contextualização institucional e trajetória profissional: entre experiência, memória e posicionamento

A inserção no serviço de cirurgia de redesignação genital, não ocorreu de maneira casual, tampouco desvinculada de uma trajetória pessoal e profissional previamente constituída. A construção desse percurso foi atravessada por experiências formativas que antecedem a formação acadêmica e que influenciaram diretamente o modo como o cuidado à população trans passou a ser compreendido e exercido.

Desde a infância, houve convivência próxima da primeira autora com pessoas LGBTQIAPN+, especialmente homens gays, mulheres trans e travestis, por meio do círculo social da irmã mais velha. À época, tais relações eram vividas de forma espontânea, associadas a afetos, música, convivência e pertencimento. Apenas posteriormente tornou-se possível reconhecer que aquele espaço doméstico representava, para muitas dessas pessoas, território de abrigo diante de uma sociedade estruturalmente excludente.

Essa convivência precoce contribuiu para que as identidades dissidentes não fossem percebidas sob lente patologizante ou moralizante. Ao contrário, eram reconhecidas em sua humanidade e complexidade. A compreensão crítica sobre as violências estruturais enfrentadas por essas populações foi sendo elaborada ao longo da sua formação profissional, atuando enquanto técnica de enfermagem e enfermeira desde 2005.

Durante a atuação como técnica de enfermagem e posteriormente como enfermeira na clínica médica de um Hospital Universitário do extremo sul do país, região economicamente portuária, historicamente marcada por altos índices de HIV/AIDS, tornou-se frequente o atendimento a mulheres

trans internadas por agravos relacionados à infecção pelo HIV. Nesse contexto, foram observadas práticas discriminatórias, como desrespeito ao nome social e alocação inadequada em enfermarias como a internação com base na genitália e não no gênero auto referenciado, além da persistência de estigmas associados tanto à identidade de gênero quanto à condição sorológica.

Essas experiências produziram inquietações éticas significativas. O enfrentamento de situações de preconceito no ambiente hospitalar consolidou o entendimento de que a enfermagem pode ocupar lugar estratégico na defesa da dignidade e na promoção do cuidado equânime no contexto das pessoas trans. A percepção de que o sistema de saúde, muitas vezes, reproduz lógicas cisnormativas e excludentes reforçou o compromisso profissional com a equidade.

Em 2017 com a inserção na regulação assistencial e o ingresso na pós-graduação em Enfermagem ampliaram a compreensão sobre acesso à saúde sob a perspectiva das travestis e das mulheres trans. O projeto inicial de pesquisa de doutorado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande, voltado ao acesso dessa população aos serviços hospitalares, embora redirecionado durante a pandemia de COVID-19, permaneceu como inquietação latente, sendo retomado no doutorado em Educação Ambiental, sob enfoque crítico e decolonial.

Assim, a entrada no serviço transexualizador em 2023 da primeira autora deve ser compreendida como desdobramento de um percurso ético-político em construção. Não se tratou de acaso, mas de convergência entre trajetória pessoal, formação acadêmica, prática profissional e posicionamento social.

4.5. A organização do cuidado perioperatório: especificidades da prática de enfermagem

Dada habilitação do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-Furg) como Atenção Especializada no Processo Transexualizador, na modalidade hospitalar, conforme a Portaria GM/MS Nº 740, publicada no Diário Oficial da União, em 16 de junho, iniciou-se o processo de organização do cuidado no serviço, estruturando-se a partir da lógica da integralidade, considerando o percurso pré-operatório, transoperatório e pós-operatório como continuidade assistencial.

A consulta de enfermagem no pré-operatório foi consolidada como espaço estratégico de acolhimento, escuta qualificada e construção de vínculo. Nesse momento, são abordadas orientações acerca da suspensão da terapia hormonal, preparo corporal, riscos e cuidados pós-cirúrgicos, além da leitura compartilhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A literatura evidencia que pessoas trans frequentemente relatam experiências negativas em serviços de saúde, marcadas por desrespeito ao nome social, exposição indevida do corpo e invisibilização de suas demandas específicas (Jesus, 2012; Bento, 2014). Assim, a consulta de enfermagem assume também dimensão reparadora, ao reafirmar o direito ao cuidado digno e humanizado, conforme preconizado pelo SUS.

No pós-operatório de mulheres trans submetidas à neovulvovaginoplastia, a enfermagem desempenha papel central no manejo de tampões vaginais, na avaliação da neovagina, na orientação quanto ao uso progressivo de dilatadores, na sondagem vesical, nos cuidados relativos à saúde mental e na vigilância de possíveis intercorrências, como

sangramentos, infecções e deiscências. Tais procedimentos exigem competência técnica específica e atualização constante, pois envolvem anatomia reconstruída e protocolos próprios de cuidado.

No caso de homens trans submetidos à mastectomia masculinizadora ou histerectomia, a assistência envolve manejo de drenos, curativos compressivos, faixas elásticas e monitoramento da cicatrização, além de suporte quanto às expectativas relacionadas à imagem corporal. A enfermagem, nesse contexto, atua como mediadora entre técnica cirúrgica e experiência subjetiva, reconhecendo que o procedimento carrega significados identitários profundos.

Essa prática evidencia que o cuidado transespecífico não se restringe à execução de procedimentos, mas demanda abordagem integral, culturalmente competente e eticamente comprometida.

4.6. A lacuna normativa e a incidência junto aos conselhos profissionais

Durante a consolidação do serviço, tornou-se evidente a ausência de normativas específicas que respaldassem explicitamente a atuação da enfermagem no manejo da neovagina no pós-operatório. Embora a Lei nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987 garantam autonomia técnica à enfermagem, a inexistência de menção específica ao cuidado transespecífico produzia insegurança interpretativa (Brasil, 1986).

A literatura internacional apresenta descrições técnicas relacionadas ao pós-operatório de cirurgias de afirmação de gênero, especialmente na área da urologia e cirurgia plástica, porém com escassa produção específica da enfermagem (Wpath, 2012). Tal lacuna reforça a necessidade de produção científica e normativa no campo.

A mobilização institucional resultou na formação de grupo técnico no âmbito do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, após a Câmara Técnica da Diversidade e Equidade, culminando na elaboração do Parecer Técnico COREN/RS nº 02/2025 - que dá respaldo ético legal para atuação da enfermagem no cuidado a mulheres trans no perioperatório de cirurgias de redesignação genital - posteriormente homologado pelo Conselho Federal de Enfermagem. O documento reconhece formalmente a competência da enfermagem no cuidado perioperatório de mulheres trans, conferindo segurança jurídica e consolidando campo de atuação profissional.

Esse movimento reafirma que o cuidado é também prática política. Conforme Foucault (1979), o poder circula nas micropráticas institucionais; assim, disputar reconhecimento técnico significa disputar espaço de legitimidade profissional e proteção aos usuários.

4.7. Enfermagem, decolonialidade e justiça social

A consolidação do cuidado transespecífico pode ser analisada à luz da perspectiva decolonial. Quijano (2005) discute a colonialidade do poder como estrutura que organiza hierarquias raciais, epistêmicas e de gênero. No campo da saúde, essa lógica manifesta-se na centralidade do saber biomédico hegemônico e na marginalização de experiências dissidentes.

Ao reconhecer a legitimidade das identidades trans e organizar protocolos específicos, a enfermagem contribui para tensionar a colonialidade presente nas instituições hospitalares. Mignolo (2008) argumenta que práticas decoloniais emergem quando sujeitos historicamente subalternizados passam a disputar narrativas e espaços institucionais.

Nesse sentido, o cuidado transespecífico constitui prática de justiça social, alinhada ao princípio da equidade do SUS. A equidade não se resume à igualdade formal de acesso, mas implica reorganizar práticas para responder às desigualdades estruturais (Brasil, 1990).

A educação ambiental crítica, ao compreender o ambiente como espaço de relações sociais permeadas por poder (Loureiro, 2012), permite interpretar o hospital como território político. Corpos trans que adentram esse espaço tensionam normas e provocam deslocamentos institucionais. A enfermagem, ao assumir postura crítica, pode atuar como agente transformador nesse ambiente.

4.7.1. Trajetória pessoal como dimensão formadora do compromisso ético-político

Embora a análise aqui apresentada privilegie o campo institucional e normativo, é necessário reconhecer que o compromisso com o cuidado transespecífico também se constitui em dimensão subjetiva e biográfica. A formação profissional não se dá apenas nos espaços acadêmicos, mas nas experiências vividas, nos afetos e nas relações que atravessam a história individual.

A convivência, desde a infância, com pessoas que enfrentavam rejeição social, interrupção de trajetórias escolares e inserção precária no mundo do trabalho, permitiu compreender, ainda que de forma não sistematizada à época, os efeitos concretos da exclusão estrutural. Posteriormente, ao testemunhar práticas discriminatórias no ambiente hospitalar, consolidou-se a percepção de que o cuidado não pode ser neutro.

A escolha por aprofundar estudos na perspectiva da educação ambiental crítica e decolonial reforçou a compreensão do hospital como território político, atravessado por disputas de reconhecimento e poder.

Nesse sentido, a atuação no serviço transexualizador passou a ser entendida não apenas como campo técnico, mas como espaço de incidência ética.

Reconhecer essa dimensão pessoal não significa deslocar a centralidade da construção coletiva, mas explicitar que a potência de transformação institucional também se alimenta de trajetórias individuais comprometidas com a justiça social.

4.8. Dimensão ética do cuidado: entre sensibilidade e responsabilidade

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece como dever a prestação de assistência livre de discriminação (Cofen, 2017). A prática junto à população trans exige que tal princípio seja operacionalizado cotidianamente.

A sensibilidade, nesse contexto, não é atributo meramente subjetivo, mas competência ética. Tronto (2007) define o cuidado como prática que envolve atenção, responsabilidade, competência e responsividade. Respeitar o nome social, garantir privacidade, assegurar alocação em leito condizente com o gênero autodeclarado e reconhecer tempos subjetivos de recuperação são expressões concretas dessa ética.

A experiência analisada demonstra que, quando sustentada por formação crítica e compromisso institucional, a enfermagem amplia sua atuação para além da técnica, assumindo papel de defesa dos direitos humanos.

4.9. Considerações finais

A consolidação do cuidado de enfermagem no processo transexualizador em hospital universitário do extremo sul do Brasil evidencia que a efetivação da equidade no SUS depende de construção coletiva, fundamentação normativa e posicionamento ético-político.

Nesse percurso, torna-se fundamental reconhecer que práticas profissionais não emergem descoladas das trajetórias de vida dos profissionais envolvidos nos processos de (trans) cuidados. A construção do compromisso com o cuidado transespecífico foi atravessada por experiências anteriores de convivência, inquietações éticas diante de situações de discriminação e aprofundamento teórico ao longo da formação acadêmica. Contudo, tais dimensões pessoais não se sobrepõem ao caráter coletivo da construção institucional; antes, articulam-se a ele, compondo um processo histórico compartilhado.

Nada se constrói de forma isolada, e tampouco ocorre ao acaso. A consolidação do cuidado de enfermagem no serviço transexualizador palco deste relato de experiência resultou da convergência entre formação crítica, articulação institucional, respaldo normativo e compromisso ético. O protagonismo profissional aqui descrito não é individualizado, mas expressão de redes de colaboração que reconhecem a enfermagem como agente central na promoção da justiça social.

Adicionalmente, a experiência aqui analisada aponta para a necessidade de consolidar uma agenda permanente de pesquisa, formação e incidência política no campo da enfermagem e do cuidado transespecífico. Torna-se fundamental ampliar a produção científica da enfermagem brasileira sobre o perioperatório em cirurgias de afirmação de gênero, investir na formação inicial e continuada de profissionais sob perspectiva

crítica e decolonial, e fortalecer o diálogo entre universidades, serviços e conselhos profissionais.

A consolidação normativa representa avanço significativo, mas não encerra o processo. Ao contrário, inaugura novas responsabilidades: produzir conhecimento situado, qualificar práticas e sustentar institucionalmente a equidade como princípio estruturante do cuidado. Nesse horizonte, a enfermagem reafirma seu papel como protagonista na construção de um sistema de saúde comprometido com a dignidade, o reconhecimento e a justiça social.

REFERÊNCIAS

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. 2. ed. Natal: EDUFRN, 2014.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2017.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro. Graal, 1979.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

LOUREIRO, C. F. **Educação ambiental crítica**. São Paulo: Cortez, 2012.

MIGNOLO, W. **Desobediência epistêmica**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 2008.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In. LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber**, p. 227-278, 2005.

TRONTO, J. **Moral boundaries: A political argument for an ethic of care**. Routledge, 2007.

VERGUEIRO, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise crítica da patologização da transexualidade.** 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

WPATH. World Professional Association for Transgender Health. **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People.** 7. version. 2012.

5. CUIDADO ÀS MULHERES TRANS QUE REALIZAM CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL: A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM DO HCPA

Daiane Dal Pai¹³

Jessica Oliveira¹⁴

Laiza Simone Garcia Quadro¹⁵

Patricia Spies Subutzki Py¹⁶

Carlise Rigon Dalla Nora¹⁷

Luciele Wissmann Fogaca¹⁸

5.1. Introdução

Os cuidados voltados à realização de mudanças corporais e acompanhamento psicossocial ao processo de transição de gênero estão previstos na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, reconhecendo a identidade de gênero como aspecto que impacta diretamente nos determinantes sociais de saúde e, por consequência, na qualidade de vida. O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) resultou das lutas sociais pelos direitos sexuais, identidade de gênero e autonomia do corpo (Brasil, 2013; Boldrin *et al*, 2025).

¹³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Coordenadora e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Clínica-Cirúrgica do HCPA. Chefe do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA. Membro da Câmara Técnica da Diversidade do COREN-RS.

¹⁴ Enfermeira. Chefe da Unidade de Internação Cirúrgica 8º sul do HCPA.

¹⁵ Enfermeira. Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela UFRGS. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do HCPA. Integrante do Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero – PROTIG.

¹⁶ Enfermeira. Mestre em Inovação e Ciências da Saúde pelo Instituto de Cardiologia. Unidade de Internação Cirúrgica 8º sul do HCPA.

¹⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da UFRGS. Docente na Residência Multiprofissional do HCPA. Professora assistente do Serviço de Enfermagem Ambulatorial do HCPA. Diretora de Desenvolvimento do Trabalho de Enfermagem da ABEN/RS.

¹⁸ Enfermeira. Especialista pela Residência Multiprofissional em Clínica-Cirúrgica do HCPA.

Os procedimentos corporais de transição de gênero previstos no SUS incluem a hormonização destinada à promoção de alterações fenotípicas compatíveis com a identidade de gênero da pessoa, bem como a realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório. A cirurgia de redesignação genital modifica traços da anatomia genital a fim de torná-los condizentes com o gênero que a pessoa se identifica (Morais; Cortes, 2020).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um dos hospitais pioneiros nessa modalidade cirúrgica e no atendimento às pessoas transexuais (Santos, 2022). O procedimento cirúrgico de redesignação genital de mulheres trans consiste na criação de uma vulva e um canal vaginal funcional e estético, que permita penetração sexual, e um clitóris com sensibilidade, além de uma uretra com jato de urina direcionado para baixo (Etemad; Poh, 2024). Trata-se de cirurgia de elevada complexidade, que requer equipe cirúrgica especializada e cuidados integrais de pré e pós-operatório.

A enfermagem desempenha um papel fundamental no cuidado perioperatório, bem como na continuidade da assistência após a alta hospitalar, por meio do acompanhamento ambulatorial. O objetivo do presente capítulo é descrever a experiência da enfermagem no cuidado às mulheres trans que realizam cirurgia de redesignação genital no HCPA, iniciando pela contextualização do Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Protig-HCPA) e seguindo para a descrição das atividades realizadas pela enfermagem no ambulatório e unidade de internação cirúrgica.

5.2. A história do Protig e do Cuidado de enfermagem no HCPA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) presta assistência há quase três décadas às pessoas transexuais por meio do Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Protig-HCPA) desde 1998, sendo considerado um centro de referência na América Latina. O programa conta com uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras, urologistas, ginecologistas e endocrinologistas.

O HCPA é uma das poucas instituições no Brasil a realizar a cirurgia de redesignação genital pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da construção da neovagina, implantes de silicone nos seios e mastectomias. A inserção no programa é feita pelo encaminhamento da atenção básica, sendo a primeira consulta em cada especialidade agendada pela central de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde de cada município ou, quando a pessoa residir fora do Rio Grande do Sul, o agendamento é feito pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme fluxos estabelecidos na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistência prestada no HCPA às pessoas que necessitam dessa modalidade cirúrgica inicia pelo acompanhamento ambulatorial (abordagem em grupo e individual) e segue a assistência perioperatória, incluindo assistência em internação, centro cirúrgico e sala de recuperação. Os procedimentos ocorrem após acompanhamento por equipe multidisciplinar por no mínimo um ano e, na alta hospitalar, após o procedimento, as pessoas seguem sendo acompanhadas por consulta ambulatorial. O HCPA já realizou mais de trezentos procedimentos de redesignação genital (atualmente chega a somar de 40 a 50 por ano), utilizando técnicas avançadas como a cirurgia robótica em alguns casos.

Além do compromisso de oferecer assistência cirúrgica qualificada e segura, a instituição reconhece a necessidade de fortalecer processos de cuidado humanizados e que respeitem a individualidade das pessoas com necessidades biopsicossociais trans específicas nos seus itinerários de cuidado.

5.3. Acompanhamento ambulatorial das mulheres trans: preparo para a cirurgia e o acompanhamento posterior

Após a inclusão no Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (Protig), cada paciente precisa obter um mínimo de 18 presenças nos grupos de orientações, realizados mensalmente. Atualmente estão em funcionamento no Programa as seguintes modalidades grupais: Infância e Adolescência, Adultos Trans Femininos e Grupo Adulto Trans Masculino, todas elas oferecidas semanalmente, sendo necessário que cada paciente participe de pelo menos um encontro mensal.

Os atendimentos às crianças e adolescentes, são divididos de acordo com a faixa etária. Dos 08 aos 11 anos de idade e dos 12 aos 14 anos, o grupo atende ambos os sexos em conjunto. A Partir dos 15 até os 18 anos de idade, são divididos entre adolescentes trans femininos e masculinos.

O atendimento às crianças e adolescentes trans na instituição, tem como objetivo, acompanhá-los no processo de autodescoberta, auxiliar no enfrentamento a uma infância e adolescência desafiadoras, bem como monitorar questões relacionadas à saúde física e mental e comportamentos considerados nocivos.

Chegando aos 18 anos de idade e tendo completado 02 anos de participação ativa nas atividades do Protig, a pessoa poderá ser encaminhada internamente, via consultoria para equipe urologia Protig. Nos casos em que o acompanhamento não contemplou o período estabelecido,

o(a) paciente deverá retornar à UBS de origem e de lá ser encaminhado via Gercon à instituição.

Da mesma forma, os grupos que integram adultos tem como objetivo promover espaço de acolhimento e escuta, esclarecer dúvidas, oferecer suporte psicológico e preparação clínica para eventuais procedimentos, como a redesignação genital. Ao término da etapa de grupos, é agendado um retorno individual com o psiquiatra, a partir do qual poderá ser encaminhado o agendamento de consulta com equipe urologia e enfermagem para dar início ao processo de cuidado pré-operatório.

A consulta de enfermagem, nesta fase do Programa visa detectar fatores de risco que podem contraindicar o procedimento, bem como identificar medidas necessárias à preparação cirúrgica. Os exames pré-operatórios são solicitados pela enfermeira, de acordo com protocolo institucional. Este pedido é balizado por fatores como a previsão cirúrgica, não sendo desejável solicitá-los com antecedência maior a 90 dias. Não há um número de consultas prévias pré definido, pois os tempos de preparação pessoal, social e financeira costumam variar.

Nesta primeira consulta, também são coletados dados de anamnese, realizado exame físico detalhado, são também obtidas medidas antropométricas para cálculo IMC. A partir desse momento, da-se início à construção de vínculo terapêutico que deverá persistir até conclusão dos atendimentos no pós-operatório tardio, perpassando internação cirúrgica e acompanhamento em todas as suas etapas até a alta hospitalar e consultas pós alta.

5.4. Cuidados e complicações do pós-operatório

A assistência de enfermagem em cirurgias de redesignação genital, definidas como cirurgias de afirmação de gênero, demanda não apenas domínio técnico, como sensibilidade às dimensões psicossociais e respeito irrestrito à identidade de gênero da pessoa cuidada. A equipe de

enfermagem assume posição central no cuidado pós-operatório, devendo estar apta a oferecer assistência ética, qualificada e humanizada, pautada pela cordialidade e pelo respeito à trajetória singular de cada paciente.

Nesse contexto, é imprescindível assegurar que a mulher trans submetida ao procedimento sinta-se confortável e segura durante os cuidados diários como exames de acompanhamento e curativos. A adoção de medidas que minimizem a exposição desnecessária do corpo, aliada ao uso correto do nome social e dos pronomes adequados, constitui conduta elementar e obrigatória para toda a equipe que presta cuidados no processo perioperatório.

A experiência institucional revela que uma parcela significativa das pacientes chega ao centro cirúrgico acompanhada de expectativas por vezes distantes da realidade ou ainda temores relacionados ao desconhecido. Cabe à enfermagem, portanto, atuar ativamente no processo de reflexão e adequação de expectativas, para além da compreensão diagnóstica e do preparo cirúrgico. São atribuições da equipe:

- Desmistificar crenças e fantasias em torno do procedimento, por meio de comunicação objetiva, empática e acessível acerca das reais possibilidades e limitações cirúrgicas;
- Favorecer a aceitação das transformações corporais progressivas, esclarecendo que edema, equimoses e desconforto são manifestações esperadas e transitórias;
- Reforçar que os resultados estéticos e funcionais definitivos dependem de processo gradual de recuperação, podendo estender-se por tempo prolongado;
- Validar a cirurgia como marco importante na afirmação da identidade de gênero, reconhecendo seus efeitos positivos sobre a autoestima e o bem-estar psicossocial.

A equipe que presta assistência é capacitada para utilizar uma linguagem respeitosa e acessível, bem como para compreender que a incongruência entre corpo e identidade pode ser causa de muito sofrimento e, nessa perspectiva, a cirurgia representa, para muitas, uma oportunidade de alívio e realização pessoal. Dentre as questões clínicas envolvidas na assistência de enfermagem no pós-operatório, estão os seguintes aspectos:

- O período de internação varia conforme a evolução clínica, estendendo-se por aproximadamente 12 dias;
- O manejo da dor deve ser individualizado, com avaliação sistemática da eficácia analgésica;
- Os curativos permanecem ocluídos por 48 horas, sendo inicialmente realizados pela equipe médica. Após esse período, a ferida operatória é mantida descoberta, permitindo avaliação diária de edema, hematomas, sangramentos e condições das suturas. Em razão da proximidade anatômica com a região anal, impõe-se vigilância contínua quanto a sinais flogísticos (calor, rubor, edema excessivo) e odor. O tampão vaginal é mantido por 7 dias, conforme protocolo institucional;
- O uso de sonda vesical de demora (SVD) mantém-se por cerca de 10 dias, com a finalidade de proteger a cicatrização uretral e evitar retenção urinária no pós-operatório imediato, favorecendo a recuperação tecidual;
- A obtenção de neovagina funcional e sensível depende da realização regular de dilatação vaginal, iniciada logo após a retirada do tampão e mantida nos meses subsequentes, de modo a prevenir a estenose e preservar a elasticidade dos tecidos. O procedimento deve ser executado com molde vaginal e lubrificante, seguindo rigorosamente as orientações e supervisão da enfermagem até que a paciente adquira autonomia.

A atuação da enfermagem também conta com suporte especializado da Comissão de Tratamento de Feridas durante todo o período pós-operatório, buscando assegurar cicatrização adequada e prevenção de complicações. Nas primeiras 48 horas de pós-operatório, realiza-se a primeira sessão de fotobiomodulação com laser de baixa potência no curativo cirúrgico, a fim modular o processo inflamatório, estimular a proliferação celular e favorecer a reparação tecidual. A segunda sessão de fotobiomodulação ocorre no sétimo dia de pós-operatório após a retirada do tampão vaginal, reforçando os efeitos terapêuticos sobre a cicatrização.

5.5. Complicações Potenciais

Cabe à equipe de enfermagem vigilância constante quanto a possíveis complicações, atuando de forma preventiva e educativa. Embora a maioria dos procedimentos evolua dentro do previsto, o risco de intercorrências não é desprezível, exigindo monitorização criteriosa da perfusão perineal e identificação precoce de sinais de complicações.

O sangramento representa uma das principais intercorrências no pós-operatório imediato. Requer monitorização rigorosa dos sinais vitais, avaliação periódica dos curativos e comunicação imediata à equipe cirúrgica diante de saturação rápida dos curativos ou aumento progressivo do volume local.

A deiscência de ferida operatória constitui outro evento crítico, associado à tensão excessiva nos tecidos, infecção ou comprometimento cicatricial. A enfermagem deve orientar a paciente quanto à limitação de esforços, movimentação adequada e manutenção da higiene local. A identificação precoce de separação das bordas da ferida ou exposição de planos profundos é determinante para intervenção imediata.

Em determinadas situações, pode haver indicação de procedimentos cirúrgicos complementares, seja por questões funcionais (como estenose e fístulas) ou estéticas. A enfermagem deve preparar a paciente para essa possibilidade com acolhimento e informações, prevenindo frustrações e reforçando o caráter processual da adequação genital.

Para além dos aspectos técnicos, é fundamental reconhecer a profundidade do impacto psicológico associado à cirurgia de redesignação genital. A equipe de enfermagem deve estar preparada para oferecer suporte emocional contínuo, respeitando o tempo subjetivo de cada paciente diante das transformações corporais, da vivência da dor, da construção da nova imagem corporal e das expectativas relacionadas aos resultados. A escuta ativa e a validação dos sentimentos expressos constituem ferramentas centrais no cuidado cotidiano, permitindo identificar possíveis vivências de:

- Luto pelo corpo anterior;
- Ansiedade diante do processo de recuperação;
- Medo de rejeição social;
- Dificuldade em contemplar o autocuidado face à mudança corporal;
- Frustração com resultados transitórios.

Sinais de sofrimento psíquico como isolamento, choro frequente ou recusa em visualizar a ferida devem ser cuidadosamente observados, solicitando suporte do serviço de psicologia sempre que necessário. Em nossa instituição, a psicologia integra a equipe multiprofissional, garantindo abordagem articulada e continuidade do cuidado iniciado no ambulatório.

Promover ambiente seguro e acolhedor, em que a pessoa se sinta reconhecida e respeitada em sua identidade, revela-se tão essencial quanto a excelência técnica. A enfermagem detém papel estratégico na

transformação da experiência cirúrgica em momento de afirmação, dignidade e cuidado integral.

Para que o processo de alta ocorra de forma estruturada e centrada nas necessidades da paciente, devem ser assegurados os seguintes pontos:

- A paciente e seus acompanhantes (quando houver) receberam orientações completas e compreensíveis;
- Foi realizada supervisão e/ou demonstração prática da técnica de dilatação vaginal;
- A paciente verbalizou entendimento acerca dos sinais de alerta que exigem busca por atendimento;
- Foram fornecidos contatos telefônicos do ambulatório para situações de urgência;
- O retorno para avaliação e curativo foi agendado conforme rotina institucional;
- Entregaram-se orientações escritas sobre os cuidados domiciliares;
- Reforçou-se a importância da manutenção do acompanhamento ambulatorial com a equipe multiprofissional.

A atuação da enfermagem, sustentada pelo conhecimento técnico-científico e pelo cuidado relacional, mostra-se indispensável para a segurança, a autonomia e o bem-estar das pessoas em processo de afirmação de gênero por meio da cirurgia.

5.6. Considerações finais

A assistência integral e o acesso universal da população trans aos cuidados em saúde requer investimentos de diferentes dimensões tecnológicas, pois ao mesmo tempo que o respeito se faz pelo incremento de técnicas cirúrgicas que garantam mais segurança e eficiência, também se faz pelo investimento em tecnologias leves de acolhimento, atenção e

tratamento digno, desde a escuta às necessidades cotidianas até a valorização de queixas singulares do viver pós-redesignação.

Nesse sentido, autores já sinalizam a relevância da autonomia e da participação dos usuários como eixo estruturante da construção de relações mais horizontais entre profissionais-usuários-gestores, deslocando práticas de controle que não incidem apenas sobre corpos dissidentes, mas sobre as instituições e seus modos de operar a política (Teixeira *et al*, 2025).

As práticas de cuidado realizadas pela enfermagem no cuidado às mulheres trans no HCPA resultam de um longo caminho de construções baseadas em evidências científicas e na prática profissional especializada, as quais repercutem na consolidação de avanços fundamentais e mérito neste campo de atuação. Contudo, após duas décadas da primeira portaria sobre o cuidado trans, são percursos que seguem exigindo melhorias, exigindo mais espaços formativos, tanto por se tratar de um hospital universitário, bem como por representar uma estrutura institucional que por vezes reproduz comportamentos de uma sociedade marcada pelo preconceito, práticas discriminatórias e transfóbicas de forma implícita ou explícita.

Dessa forma, são reconhecidos os esforços consolidados no âmbito do HCPA, que traduzem com orgulho a missão de cuidar com excelência, mas também requerem a humildade de explicitar os desafios da luta diária pelo cuidado centrado na pessoa com respeito à sua identidade de gênero. Face ao exposto, a enfermagem exalta a sólida trajetória assistencial às mulheres trans e se compromete com a busca pela qualificação das práticas trans específicas, primando pelo cuidado integral e humanizado no percurso de atenção à saúde dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

BOLDRIN, V. da C. *et al.* Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e10912023, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.10912023>. Acesso em: 11 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: MS; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 11 abr. 2026.

ETEMAD, S. A.; POH, M. M. Enhanced Recovery After Gender-Affirming Surgery. **Aesthet. Surg. J.**, v. 44, n. 1, p. S3-S14, 2024. DOI: 10.1093/asj/sjae082. Acesso em: 11 abr. 2026.

MORAIS A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado / Sex reassignment surgery: implications for care. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>. Acesso em: 07 abr. 2026.

SANTOS, M. C. B. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas trans no sus entre 1997 e 2008. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 38, p. e22303, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22303.a>. Acesso em: 11 abr. 2026.

TEIXEIRA, F. do B. *et al.* O giro epistemológico do Paes-PopTrans: quando a saúde assume seu lugar na defesa dos direitos humanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e250702, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.250702>. Acesso em: 11 abr. 2026.

6. A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL COMO ETAPA DE UM PROCESSO DE CUIDADO

Thiago Caetano¹⁹

No imaginário social — e por vezes também no discurso midiático — a cirurgia de redesignação genital costuma ser apresentada como o momento final da transição de gênero. Essa narrativa sugere que o procedimento cirúrgico representaria um ponto de chegada, a etapa definitiva após a qual se encerrariam os processos de afirmação e cuidado relacionados à experiência de gênero da pessoa trans. No entanto, a prática clínica revela uma realidade muito mais complexa. A cirurgia não constitui um ponto final, mas sim uma etapa dentro de um processo de cuidado longitudinal, que envolve múltiplas dimensões da vida da paciente e se desenvolve ao longo do tempo (Coleman *et al.*, 2022).

A decisão pela cirurgia de redesignação genital pode ser algo que surge muito cedo, ou ainda pode aparecer após um percurso que pode se estender por anos. Esse percurso inclui processos íntimos de reconhecimento e afirmação da identidade de gênero, experiências sociais de transição, acompanhamento em saúde e reflexão pessoal sobre o próprio corpo e sobre os caminhos possíveis de cuidado. Para muitas mulheres trans, a cirurgia aparece como uma possibilidade dentro de um conjunto mais amplo de estratégias de afirmação de gênero, que podem incluir hormonização, mudanças corporais, transformações na expressão de gênero e reconstrução das relações sociais.

Nesse contexto, o papel da medicina não se limita à execução técnica do procedimento cirúrgico. O cuidado em saúde deve ser capaz de acompanhar e sustentar esse percurso, oferecendo suporte clínico e

¹⁹ Thiago Henrique Caetano da Silva, urologista e cirurgião especialista em afirmação de gênero.

informação qualificada para que a paciente possa tomar decisões conscientes e alinhadas às suas expectativas e necessidades.

Do ponto de vista clínico, esse caminho pode ser compreendido como um itinerário terapêutico. Trata-se do caminho que a paciente percorre dentro e fora do sistema de saúde até chegar à possibilidade de realização da cirurgia. Esse itinerário frequentemente envolve consultas médicas, acompanhamento endocrinológico, avaliação das condições clínicas gerais, discussões sobre fertilidade (ainda pouco realizada no Brasil) e, em muitos casos, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Mais do que cumprir requisitos formais, esse processo permite a construção de um espaço de reflexão e preparação para a cirurgia. A decisão de modificar cirurgicamente o corpo é significativa e exige tempo para elaboração. Nesse sentido, a preparação pré-operatória não deve ser entendida apenas como fazer exames ou avaliações técnicas, mas também como um momento de construção de vínculo entre a paciente e a equipe de saúde.

Um dos aspectos centrais dessa preparação é o alinhamento de expectativas. A cirurgia de redesignação genital pode produzir mudanças importantes na relação da paciente com o próprio corpo e na forma como ela vivencia sua sexualidade e sua identidade corporal. Entretanto, como qualquer procedimento cirúrgico, ela possui limites técnicos e envolve riscos e possibilidade de intercorrências. A compreensão clara desses aspectos é fundamental para que a decisão seja tomada de maneira informada.

A minha experiência demonstra que pacientes que chegam à cirurgia com expectativas mais realistas tendem a atravessar o período pós-operatório com maior segurança e satisfação. Isso ocorre porque o processo de cuidado anterior à cirurgia permite que a paciente compreenda não apenas os benefícios do procedimento, mas também os desafios envolvidos na recuperação e na adaptação ao novo corpo e à nova anatomia.

Outro elemento fundamental nesse percurso é a maturidade da decisão. Em medicina, especialmente em procedimentos de maior complexidade, é essencial que as decisões terapêuticas sejam tomadas de forma refletida e sustentada ao longo do tempo. No caso da cirurgia de redesignação genital, essa maturidade envolve não apenas o desejo de modificar a genitália, mas também a compreensão do processo de recuperação, a disposição para os cuidados pós-operatórios e a integração dessa decisão dentro do projeto de vida da paciente.

Essa maturidade não deve ser interpretada como um mecanismo de controle ou de validação externa da identidade da pessoa trans. Pelo contrário, trata-se de reconhecer que uma intervenção cirúrgica dessa magnitude exige responsabilidade compartilhada entre paciente e equipe médica. Nosso papel, como profissionais de saúde, não é determinar quem deve ou não realizar a cirurgia, mas garantir que a decisão seja tomada em um contexto de informação adequada, suporte clínico e segurança.

Assim, compreender a cirurgia de redesignação genital como parte de um processo de cuidado mais amplo permite deslocar o foco da intervenção técnica isolada para uma abordagem centrada na saúde integral da paciente. A cirurgia, nesse sentido, deixa de ser entendida como um evento único e passa a ser reconhecida como um momento dentro de uma trajetória de cuidado que se inicia muito antes do ato cirúrgico e que necessariamente se prolonga no acompanhamento pós-operatório. Estudos sobre resultados cirúrgicos também reforçam que o sucesso do procedimento está fortemente associado à qualidade do acompanhamento clínico e ao preparo pré-operatório das pacientes (Horbach *et al.*, 2015).

Adotar essa perspectiva é fundamental para promover uma prática clínica mais responsável, ética e alinhada às necessidades reais das mulheres trans que nos buscam para esse tipo de cuidado em saúde.

6.1. Critérios e preparação pré-operatória

A preparação pré-operatória para a cirurgia de redesignação genital em mulheres trans constitui uma etapa fundamental do processo de cuidado. Trata-se de um momento que combina avaliação clínica rigorosa, orientação detalhada e construção de uma relação de confiança entre paciente e a equipe de saúde. A qualidade dessa preparação tem impacto direto não apenas na segurança do procedimento cirúrgico, mas também na experiência da paciente ao longo do período pós-operatório.

Do ponto de vista médico, a avaliação pré-operatória deve iniciar-se com uma análise cuidadosa das condições gerais de saúde da paciente. Como em qualquer cirurgia de maior porte, é necessário avaliar fatores de risco clínico que possam interferir no ato cirúrgico ou na recuperação. Condições como doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, histórico de trombose, tabagismo e uso de determinados medicamentos devem ser investigadas e, quando necessário, tratadas ou controladas previamente à cirurgia.

Além da avaliação clínica geral, também é importante considerar aspectos específicos relacionados à terapia hormonal. Muitas pacientes chegam à cirurgia após anos de hormonização, utilizando estrogênios e bloqueadores androgênicos. A condução adequada dessas terapias no período perioperatório deve ser discutida individualmente, considerando o risco tromboembólico e as recomendações clínicas atuais. Na grande maioria dos casos, recomendamos a suspensão temporária dos estrogênios antes da cirurgia como medida de segurança.

Outro aspecto central da preparação pré-operatória diz respeito aos critérios de indicação cirúrgica. A decisão de realizar uma cirurgia de redesignação genital deve ser tomada com base em uma avaliação clínica cuidadosa e no desejo expresso e consistente da paciente. Em geral, espera-se que a pessoa tenha vivenciado um período significativo de

experiência em seu gênero afirmado e que tenha desenvolvido clareza sobre o significado e as implicações da cirurgia em sua vida.

O tempo de hormonização também costuma ser considerado nesse processo. Embora não exista uma regra absoluta aplicável a todos os casos, muitos protocolos clínicos recomendam um período mínimo de terapia hormonal antes da cirurgia. Esse tempo permite que ocorram mudanças corporais relevantes e que a paciente tenha a oportunidade de vivenciar essas transformações antes de tomar decisões cirúrgicas irreversíveis.

A avaliação psicológica ou psiquiátrica também desempenha papel importante nesse contexto. O objetivo desse acompanhamento não é validar ou autorizar a identidade de gênero da paciente, mas oferecer um espaço de escuta e reflexão sobre o processo de transição e sobre as expectativas relacionadas à cirurgia. Em muitos casos, esse acompanhamento contribui para fortalecer a autonomia da paciente e para apoiar decisões mais conscientes e informadas.

Outro ponto que frequentemente discutimos na preparação pré-operatória é a questão da fertilidade. A cirurgia de redesignação genital implica perda definitiva da capacidade reprodutiva biológica relacionada à produção de gametas (óvulos e espermatozoides). Por essa razão, é fundamental que a paciente seja informada previamente sobre essa consequência e tenha a oportunidade de discutir alternativas como a criopreservação de espermatozoides antes da cirurgia, caso deseje manter possibilidades reprodutivas futuras.

Além dos aspectos médicos e psicológicos, a preparação pré-operatória envolve também orientações práticas sobre o período de recuperação. A cirurgia exige cuidados específicos nas primeiras semanas, incluindo repouso relativo, higiene local adequada e acompanhamento médico regular. Em muitos casos, recomendamos que a paciente permaneça na cidade onde a cirurgia foi realizada durante um período inicial, a fim de facilitar o manejo de eventuais intercorrências.

Parte importante dessa preparação consiste também em orientar a paciente sobre práticas que farão parte da rotina pós-operatória, como a dilatação vaginal. Esse processo, essencial para a manutenção e otimização da profundidade e elasticidade da neovagina, requer disciplina e compreensão clara de sua importância. Quando essas orientações são discutidas previamente, a adaptação no período pós-operatório tende a ocorrer de forma mais tranquila.

A experiência clínica mostra que o sucesso do tratamento não depende apenas da execução técnica da cirurgia, mas também da qualidade da comunicação entre equipe médica e paciente ao longo de todo o processo. Quando as expectativas são construídas de forma realista e compartilhada, a cirurgia deixa de ser vista como um evento isolado e passa a ser compreendida como parte de um percurso terapêutico mais amplo. Nesse sentido, a preparação pré-operatória representa um momento privilegiado de cuidado, no qual informação, escuta e responsabilidade clínica se articulam para promover decisões seguras e alinhadas às necessidades da paciente.

6.2. A cirurgia em si: princípios técnicos e objetivos do procedimento

A cirurgia de redesignação genital em mulheres trans, frequentemente denominada vaginoplastia, representa um dos procedimentos mais complexos dentro do campo da cirurgia de afirmação de gênero. Embora envolva técnicas cirúrgicas sofisticadas e refinadas ao longo das últimas décadas, seu objetivo fundamental permanece relativamente simples: construir uma genitália externa e interna que seja funcional, sensível e compatível com a anatomia feminina.

Do ponto de vista técnico, diferentes abordagens cirúrgicas podem ser utilizadas, sendo a escolha da técnica influenciada por fatores anatômicos,

experiência da equipe cirúrgica e histórico clínico da paciente. Entre as técnicas mais difundidas encontra-se a vaginoplastia por inversão peniana, considerada atualmente a abordagem padrão em muitos centros especializados.

Nesse procedimento, tecidos da própria genitália da paciente são utilizados para a construção da neovagina e das estruturas vulvares. A pele peniana é utilizada para revestir a cavidade vaginal, enquanto outras estruturas anatômicas contribuem para a formação dos pequenos lábios, grandes lábios e clitóris. A preservação da sensibilidade erógena é um dos princípios centrais da cirurgia, sendo o clitóris reconstruído a partir de estruturas altamente inervadas, de modo a permitir sensibilidade e potencial de prazer sexual.

Outras técnicas também podem ser empregadas em situações específicas, como o uso de enxertos cutâneos ou segmentos intestinais para a construção da cavidade vaginal. Essas abordagens costumam ser reservadas para casos em que a anatomia local não permite a realização da técnica padrão ou quando cirurgias prévias alteraram significativamente os tecidos disponíveis.

Apesar dessas variações técnicas, os princípios fundamentais da cirurgia permanecem os mesmos. O primeiro deles é a criação de uma cavidade vaginal com profundidade adequada, capaz de permitir atividade sexual penetrativa, caso essa seja a expectativa da paciente. O segundo princípio é a construção de uma vulva com aparência anatômica compatível com a genitália feminina, respeitando proporções e características naturais. O terceiro, e talvez um dos mais importantes, é a preservação da sensibilidade genital, elemento fundamental para a vivência da sexualidade.

No entanto, reduzir a cirurgia de redesignação genital à sua dimensão técnica seria ignorar um aspecto central dessa intervenção: o impacto que ela pode produzir na relação da paciente com o próprio corpo. Para muitas mulheres trans, a presença de características anatômicas que não

correspondem à sua identidade de gênero pode gerar intensa disforia genital. Nesse contexto, a cirurgia pode representar uma possibilidade concreta de alinhamento entre identidade de gênero e anatomia corporal.

Esse alinhamento não se limita à esfera íntima ou sexual. A mudança na anatomia genital pode repercutir em diferentes aspectos da vida cotidiana, incluindo a relação com o próprio corpo, a forma de se perceber em situações de intimidade e até mesmo experiências simples do dia a dia, como o uso de roupas ou a exposição do corpo em ambientes como vestiários ou consultas médicas.

Ainda assim, é importante reconhecer que os significados atribuídos à cirurgia variam entre as pacientes. Para algumas mulheres trans, o procedimento é visto como um passo essencial em seu processo de afirmação de gênero. Para outras, pode representar uma possibilidade desejada, mas não necessariamente indispensável. Essa diversidade de experiências reforça a importância de compreender a cirurgia como uma opção terapêutica dentro de um espectro mais amplo de trajetórias possíveis.

Do ponto de vista cirúrgico, a realização do procedimento exige uma equipe experiente, ambiente hospitalar adequado e planejamento cuidadoso. Trata-se de uma cirurgia de longa duração, que envolve etapas delicadas de dissecação e reconstrução. A precisão técnica é fundamental para garantir bons resultados funcionais e estéticos, bem como para reduzir o risco de complicações.

Entretanto, mesmo em contextos tecnicamente bem-sucedidos, a cirurgia não encerra o processo de cuidado. O resultado depende também do período de recuperação, da adaptação progressiva ao novo corpo e da qualidade do acompanhamento pós-operatório.

Assim, compreender a cirurgia de redesignação genital apenas como um conjunto de manobras técnicas seria insuficiente. Ela deve ser entendida como uma intervenção que articula técnica cirúrgica, experiência corporal e

cuidado longitudinal, inserindo-se em uma trajetória mais ampla de construção de saúde e bem-estar para mulheres trans.

6.3. O pós-operatório: um período frequentemente negligenciado

Embora a cirurgia de redesignação genital seja frequentemente o elemento mais visível dentro do processo de afirmação de gênero no campo da medicina, a minha experiência demonstra que o período pós-operatório constitui uma das fases mais delicadas e, paradoxalmente, menos discutidas na literatura acadêmica. Em muitos contextos, a atenção se concentra quase exclusivamente na técnica cirúrgica e nos resultados anatômicos, enquanto o processo de recuperação e adaptação da paciente recebe menor destaque.

Na prática, no entanto, é justamente nesse período que se concentram muitos dos desafios físicos, emocionais e práticos que acompanham a cirurgia.

Nos primeiros dias após o procedimento, é comum que a paciente experimente dor, edema e sensibilidade local diminuída. Como se trata de uma cirurgia extensa, envolvendo múltiplas estruturas anatômicas e ampla manipulação tecidual, o desconforto pós-operatório faz parte da evolução esperada. O manejo adequado da dor, associado a orientações claras sobre repouso e cuidados locais, desempenha papel fundamental para garantir uma recuperação segura.

Além do controle da dor, o cuidado local da ferida operatória constitui um aspecto central da recuperação. A higiene adequada da região genital, a observação de sinais de inflamação ou infecção e o acompanhamento das cicatrizações são parte da rotina nas primeiras semanas. Esse período exige atenção tanto da paciente quanto da equipe de saúde, uma vez que pequenas alterações podem ocorrer durante o processo de cicatrização e,

quando identificadas precocemente, costumam ser manejadas de forma simples.

Outro componente essencial do pós-operatório é o processo de dilatação vaginal. Após a criação da neovagina, a manutenção e aumento da profundidade e da elasticidade da cavidade vaginal depende da realização regular de dilatações com dispositivos apropriados. Esse processo começa ainda no hospital e se estende por meses.

A dilatação vaginal exige disciplina, orientação adequada e acompanhamento médico. Para muitas pacientes, trata-se de uma etapa que demanda adaptação e aprendizagem progressiva. A forma como esse processo é explicado e acompanhado pela equipe de saúde pode influenciar significativamente a adesão e os resultados a longo prazo.

Paralelamente aos cuidados físicos, o pós-operatório envolve também uma fase de adaptação corporal. A paciente passa a conviver com uma nova configuração anatômica, o que pode gerar sentimentos diversos. Muitas relatam satisfação e alívio ao perceber maior congruência entre corpo e identidade de gênero. Ao mesmo tempo, é comum que exista um período inicial de estranhamento ou necessidade de adaptação à nova percepção corporal.

Esse processo de adaptação não deve ser interpretado como algo negativo ou inesperado. Alterações corporais significativas frequentemente exigem tempo para serem plenamente integradas à experiência subjetiva da pessoa. Nesse sentido, o acompanhamento próximo da equipe de saúde pode contribuir para que esse período seja vivido com maior segurança.

O retorno gradual às atividades cotidianas também faz parte desse processo. Nas primeiras semanas, recomenda-se evitar esforços físicos intensos, longos períodos em posição sentada e atividades que possam exercer pressão sobre a região operada. Com o avanço da recuperação, a paciente progressivamente retoma suas atividades habituais, respeitando os limites do próprio corpo e as orientações médicas.

Outro momento importante do pós-operatório é o reinício da vida sexual. Em geral, recomenda-se aguardar um período de cicatrização adequado antes da retomada de atividades sexuais penetrativas. Na minha prática, costumo recomendar seis meses, até que o período de dilatação esteja concluído. Esse intervalo permite que os tecidos se recuperem e que a cavidade vaginal atinja estabilidade estrutural suficiente para suportar a atividade sexual com conforto e segurança.

Assim como ocorre em outros aspectos do pós-operatório, o retorno à sexualidade também pode envolver um período de adaptação. A paciente pode precisar explorar gradualmente novas formas de sensibilidade e intimidade corporal. Quando esse processo ocorre com informação adequada e acompanhamento clínico, tende a se desenvolver de forma satisfatória.

Talvez um dos aspectos menos discutidos em textos acadêmicos sobre cirurgia de redesignação genital seja a dimensão emocional do pós-operatório. Embora a cirurgia possa representar uma conquista importante para muitas mulheres trans, o período imediatamente após o procedimento pode ser acompanhado por sentimentos complexos, como ansiedade, vulnerabilidade ou necessidade de apoio.

Essas experiências são particularmente relevantes quando se considera que muitas pacientes realizam a cirurgia longe de suas cidades de origem ou com redes de suporte limitadas. Nessas circunstâncias, a presença de uma equipe médica acessível e disponível para acompanhamento próximo torna-se um fator fundamental para a segurança da paciente.

Por essa razão, compreender o pós-operatório apenas como um período técnico de cicatrização é insuficiente. Trata-se de uma fase que exige cuidado contínuo, escuta clínica e suporte emocional. A qualidade desse acompanhamento pode influenciar de maneira decisiva a experiência global da paciente e os resultados a longo prazo do procedimento.

Reconhecer o pós-operatório como parte central do tratamento — e não como uma etapa secundária — representa um passo importante para a construção de práticas de cuidado mais responsáveis e alinhadas às necessidades reais das mulheres trans que buscam esse tipo de intervenção em saúde.

6.4. Intercorrências e revisões cirúrgicas

Como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico de maior complexidade, a cirurgia de redesignação genital pode estar associada à ocorrência de intercorrências ao longo do processo de recuperação. Embora os avanços técnicos tenham permitido resultados cada vez mais consistentes, é importante reconhecer que nenhuma intervenção cirúrgica está completamente isenta de complicações. A abordagem responsável desse tema exige transparência, tanto na comunicação com a paciente quanto na organização do acompanhamento pós-operatório (Bustos *et al.*, 2021).

Entre as intercorrências mais frequentemente observadas no período pós-operatório encontram-se alterações relacionadas ao processo de cicatrização. O tecido genital reconstruído passa por um processo de adaptação e reorganização que pode gerar pequenas irregularidades ou alterações inflamatórias transitórias. Nessa fase, o acompanhamento médico regular é essencial para distinguir entre manifestações esperadas da cicatrização e situações que demandam intervenção.

Uma das alterações relativamente comuns nesse contexto é o surgimento de granulomas. Essas formações correspondem a áreas de tecido de granulação exuberante que podem surgir em regiões de cicatrização. Em muitos casos, apresentam aspecto avermelhado, por vezes associado a pequenos episódios de sangramento ou secreção local. Embora possam causar preocupação inicial, os granulomas geralmente possuem

manejo simples quando identificados precocemente, podendo ser tratados com medidas locais ou pequenos procedimentos ambulatoriais.

Outra intercorrência que pode ocorrer após a vaginoplastia é a estenose vaginal, caracterizada pela redução da elasticidade ou do diâmetro da cavidade vaginal. Essa situação costuma estar associada a cicatrização excessiva ou à dificuldade na realização regular das dilatações vaginais durante o período pós-operatório. A prevenção da estenose depende, em grande parte, da adesão adequada ao protocolo de dilatação e do acompanhamento clínico próximo. Quando identificada em fases iniciais, frequentemente pode ser manejada com ajustes no processo de dilatação ou intervenções menores (Horbach *et al.*, 2015).

As deiscências de sutura também podem ocorrer em alguns casos, particularmente nas regiões de maior tensão ou em áreas onde a vascularização dos tecidos reconstruídos é mais delicada. Na maioria das situações, essas pequenas aberturas cicatriciais evoluem de forma favorável com cuidados locais e acompanhamento clínico. Apenas em raros casos pode haver necessidade de correção cirúrgica.

Além dessas intercorrências específicas, algumas pacientes podem apresentar irregularidades cicatriciais, assimetrias ou aspectos anatômicos que, embora não representem complicações propriamente ditas, podem gerar desconforto funcional ou estético. Nessas circunstâncias, revisões cirúrgicas podem ser indicadas com o objetivo de otimizar o resultado. A literatura cirúrgica mostra que revisões secundárias fazem parte do manejo de diversas cirurgias reconstrutivas complexas, incluindo a vaginoplastia (Selvaggi; Bellringer, 2011).

É importante destacar que a possibilidade de revisões faz parte da realidade de muitas cirurgias reconstrutivas complexas. A necessidade de ajustes ao longo do tempo não deve ser interpretada automaticamente como falha do procedimento inicial, mas sim como parte de um processo terapêutico que busca alcançar o melhor resultado possível para a paciente.

Nesse contexto, a forma como a equipe médica conduz o acompanhamento pós-operatório torna-se determinante. A disponibilidade para avaliar intercorrências, oferecer orientações claras e realizar intervenções quando necessário contribui significativamente para a segurança e satisfação da paciente.

Observo que pacientes que mantêm acompanhamento regular e possuem acesso facilitado à equipe cirúrgica tendem a enfrentar essas intercorrências com maior tranquilidade. Por outro lado, quando o seguimento médico é fragmentado ou inexistente, pequenas alterações que poderiam ser manejadas precocemente podem evoluir de maneira mais complexa.

Por essa razão, discutir intercorrências e revisões cirúrgicas de forma aberta e responsável constitui parte essencial do cuidado em cirurgia de redesignação genital. Mais do que evitar a ocorrência de complicações — algo que nem sempre é possível — o objetivo do acompanhamento médico deve ser garantir que eventuais intercorrências sejam reconhecidas e tratadas de maneira adequada.

Assim, o manejo dessas situações reforça uma ideia central no cuidado cirúrgico: a qualidade do tratamento não se define apenas pelo ato operatório em si, mas também pela capacidade da equipe de acompanhar a paciente ao longo de todo o processo de recuperação.

6.5. Dimensão psicossocial da cirurgia

Embora a cirurgia de redesignação genital seja frequentemente discutida a partir de seus aspectos técnicos e clínicos, seus efeitos ultrapassam amplamente o campo da anatomia ou da funcionalidade corporal. Trata-se de uma intervenção que, para muitas mulheres trans, possui profundas repercussões na relação com o próprio corpo, na experiência subjetiva da identidade de gênero e na forma como se inserem socialmente.

A relação com o corpo ocupa um lugar central na experiência de muitas pessoas trans. A presença de características anatômicas que não correspondem à identidade de gênero pode gerar um desconforto intenso, frequentemente descrito como disforia genital. Essa experiência pode se manifestar de diferentes maneiras: dificuldade de olhar para o próprio corpo, evitação de situações de intimidade, sofrimento relacionado à nudez ou mesmo à realização de cuidados corporais cotidianos.

Nesse contexto, a cirurgia de redesignação genital pode representar uma possibilidade concreta de redução desse sofrimento corporal. Para muitas pacientes, a modificação da anatomia genital promove uma sensação de maior coerência entre corpo e identidade de gênero. Essa congruência pode repercutir positivamente na forma como a pessoa percebe a si mesma, contribuindo para uma relação mais integrada com o próprio corpo.

O impacto dessa mudança frequentemente se reflete também na autoestima. A autoestima, entendida como a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de si mesmo, é influenciada por múltiplos fatores ao longo da vida, incluindo experiências de reconhecimento social, pertencimento e validação identitária. Para muitas mulheres trans, a possibilidade de alinhar o corpo à sua identidade pode representar um momento importante nesse processo de reconstrução da autoimagem.

Entretanto, é importante evitar uma narrativa simplificada segundo a qual a cirurgia, por si só, resolveria todos os aspectos do sofrimento vivido por pessoas trans. A experiência clínica mostra que, embora a cirurgia possa trazer benefícios significativos, ela não elimina automaticamente as complexidades que envolvem viver em uma sociedade ainda marcada por desigualdades e preconceitos.

A sexualidade constitui outro campo em que os efeitos da cirurgia podem se manifestar de forma relevante. A reconstrução genital permite que muitas mulheres trans vivenciem sua sexualidade de maneira mais

confortável e alinhada à sua identidade de gênero. A possibilidade de explorar o próprio corpo sem a presença de elementos que geravam desconforto ou disforia pode abrir espaço para experiências de intimidade mais livres e satisfatórias.

Ao mesmo tempo, a sexualidade após a cirurgia também pode envolver um período de adaptação. A paciente passa a explorar novas formas de sensibilidade corporal e a construir gradualmente uma relação com a nova anatomia. Esse processo ocorre de maneira singular para cada pessoa e pode ser influenciado por fatores emocionais, relacionais e culturais.

Outro aspecto relevante diz respeito ao sentimento de pertencimento social. Para muitas mulheres trans, a cirurgia pode representar um marco simbólico dentro de sua trajetória de afirmação de gênero. Embora a identidade de gênero não dependa de intervenções médicas para ser válida, a modificação corporal pode facilitar a forma como a pessoa se percebe e se apresenta em diferentes contextos sociais.

Essa mudança pode impactar experiências cotidianas que, à primeira vista, parecem simples, como o uso de determinados tipos de roupas, a frequência a espaços coletivos ou a vivência da intimidade em relações afetivas. A sensação de maior congruência corporal pode contribuir para uma vivência social mais tranquila em alguns contextos.

No entanto, a experiência social de muitas mulheres trans continua sendo atravessada por desafios importantes, independentemente da realização ou não de cirurgias. Entre esses desafios, destacam-se as experiências de estigma e discriminação no acesso aos serviços de saúde.

Diversos relatos de pacientes que me procuram apontam para situações de constrangimento, desconhecimento técnico por parte de profissionais ou dificuldades no acolhimento institucional dentro do sistema de saúde. Essas experiências podem gerar receio de procurar atendimento

médico, especialmente em contextos de emergência ou em serviços não especializados.

Por essa razão, a dimensão psicossocial da cirurgia não pode ser dissociada do contexto mais amplo em que a saúde de pessoas trans se insere. O cuidado em saúde deve reconhecer não apenas as necessidades clínicas da paciente, mas também os fatores sociais e institucionais que podem impactar sua experiência de cuidado.

Nesse sentido, a integração entre diferentes áreas da saúde — incluindo medicina, enfermagem, psicologia e assistência social — torna-se fundamental. A cirurgia pode representar uma etapa importante dentro do percurso de afirmação de gênero, mas seu impacto positivo tende a ser mais consistente quando inserido em uma rede de cuidado capaz de acolher as múltiplas dimensões da experiência da paciente.

Reconhecer essa complexidade permite construir abordagens de cuidado mais sensíveis e alinhadas às necessidades reais das mulheres trans, contribuindo para uma prática em saúde que valorize não apenas a intervenção técnica, mas também a dignidade, o respeito e a autonomia das pessoas atendidas.

6.6. Desafios no contexto brasileiro

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas no reconhecimento das necessidades de saúde da população trans, o acesso às cirurgias de redesignação genital no Brasil ainda é marcado por importantes limitações estruturais. A existência de poucos centros especializados, a concentração geográfica dos serviços e a insuficiência de profissionais com formação específica tornam o acesso a esse tipo de cuidado um desafio significativo para grande parte das mulheres trans no país.

No sistema público de saúde, a cirurgia de redesignação genital está formalmente prevista dentro das políticas voltadas à atenção integral à saúde da população trans. Entretanto, na prática, o número de serviços

habilitados para realizar esse tipo de procedimento permanece reduzido. As filas de espera em centros públicos podem se estender por muitos anos, refletindo tanto a alta demanda quanto a limitada capacidade assistencial disponível.

Além da escassez de serviços, existe também uma forte desigualdade regional na oferta desses procedimentos. A maior parte dos centros capazes de realizar cirurgias de afirmação de gênero encontra-se concentrada em grandes capitais ou em regiões mais desenvolvidas do país. Como consequência, muitas pacientes precisam se deslocar por longas distâncias para ter acesso ao procedimento, o que implica custos financeiros, afastamento de redes de apoio e dificuldades logísticas no período pós-operatório.

Essa concentração regional também impacta diretamente o acompanhamento após a cirurgia. Em muitos casos, pacientes retornam para cidades onde não há profissionais com experiência no manejo de complicações ou na condução do seguimento pós-operatório. Isso pode gerar insegurança tanto para as pacientes quanto para os profissionais de saúde locais, que frequentemente não receberam formação adequada para lidar com as especificidades desse tipo de cuidado.

No setor privado e na saúde suplementar, os desafios assumem outras formas. Apesar de avanços no reconhecimento jurídico do direito de acesso a procedimentos relacionados à afirmação de gênero, ainda são comuns situações de negativa de cobertura por operadoras de planos de saúde. Essas negativas frequentemente resultam em processos judiciais, fenômeno que se tornou relativamente frequente nesse campo.

A judicialização, embora muitas vezes funcione como instrumento para garantir o acesso ao tratamento, revela também fragilidades na organização do sistema de saúde. Quando o acesso à cirurgia depende predominantemente de decisões judiciais individuais, cria-se um cenário de

desigualdade, no qual pacientes com maior acesso a recursos jurídicos tendem a obter mais facilmente o tratamento.

Outro desafio importante diz respeito à formação profissional. A medicina e outras áreas da saúde historicamente ofereceram pouca formação específica sobre as necessidades de saúde da população trans. Como resultado, muitos profissionais sentem-se inseguros ao lidar com questões relacionadas à transgeneridade, seja no atendimento clínico cotidiano, seja no manejo de situações mais complexas como o acompanhamento pós-operatório de cirurgias de redesignação genital.

A ampliação da formação profissional nesse campo é, portanto, uma necessidade urgente. Isso inclui não apenas a capacitação de cirurgiões, mas também a preparação de equipes multiprofissionais capazes de oferecer cuidado integral. Enfermagem, fisioterapia pélvica, psicologia, endocrinologia e atenção básica têm papéis importantes na construção de redes de cuidado que acompanhem essas pacientes ao longo de todo o processo terapêutico.

Também é fundamental que os serviços de saúde desenvolvam protocolos e fluxos de atendimento que garantam acolhimento adequado e continuidade do cuidado. A cirurgia de redesignação genital não deve ser vista como um procedimento isolado dentro do sistema de saúde, mas como parte de uma linha de cuidado que envolve acompanhamento pré-operatório, intervenção cirúrgica e seguimento longitudinal.

Do ponto de vista das políticas públicas, enfrentar esses desafios exige investimento institucional, ampliação da formação profissional e fortalecimento das redes de cuidado. A expansão de centros especializados, associada à qualificação de profissionais em diferentes níveis do sistema de saúde, pode contribuir para reduzir desigualdades de acesso e melhorar a qualidade da assistência oferecida à população trans.

Esses desafios tornam-se ainda mais relevantes quando considerados os indicadores de vulnerabilidade social enfrentados por essa população. No

Brasil, estudos apontam que a expectativa média de vida de pessoas trans é significativamente inferior à média da população geral, refletindo um conjunto de fatores estruturais relacionados à exclusão social, violência e barreiras no acesso a serviços de saúde (ANTRA, 2023).

Reconhecer essas limitações não significa negar os avanços já conquistados, mas sim apontar caminhos para o fortalecimento de uma política de saúde que seja capaz de responder de forma mais efetiva às necessidades das mulheres trans no Brasil.

6.7. A responsabilidade ética do cirurgião

A realização de cirurgias de redesignação genital envolve responsabilidades éticas particularmente relevantes para o cirurgião e para toda a equipe de saúde envolvida. Trata-se de um procedimento de grande complexidade técnica, com repercussões físicas e psicossociais significativas, que exige não apenas competência cirúrgica, mas também compromisso com princípios fundamentais da prática médica, como autonomia, beneficência, não maleficência e responsabilidade no cuidado longitudinal.

Nesse contexto, uma das primeiras dimensões da nossa responsabilidade ética diz respeito à adequada seleção das pacientes. A indicação cirúrgica deve ser construída de maneira cuidadosa, levando em consideração não apenas o desejo da paciente, mas também sua compreensão sobre o procedimento, suas implicações e os cuidados necessários no período pós-operatório. A avaliação clínica deve buscar assegurar que a paciente esteja preparada para enfrentar o processo cirúrgico e suas etapas subsequentes de recuperação.

Esse processo não deve ser confundido com mecanismos de controle sobre a identidade de gênero da paciente. A identidade de gênero não é objeto de validação por parte nossa, profissionais de saúde. Entretanto, como em qualquer intervenção cirúrgica de maior porte, cabe a nós garantir

que a decisão seja tomada em um contexto de informação adequada, reflexão e segurança clínica. A responsabilidade ética do cirurgião inclui, portanto, criar condições para que a paciente exerça sua autonomia de forma informada.

Nesse sentido, o consentimento informado ocupa um lugar central na prática ética da cirurgia de redesignação genital. Mais do que um documento formal a ser assinado antes do procedimento, o consentimento deve ser compreendido como um processo de comunicação contínuo entre paciente e equipe médica. Durante esse processo, é fundamental que sejam discutidos de maneira clara os objetivos da cirurgia, suas limitações, os riscos envolvidos e as possíveis intercorrências.

A comunicação honesta sobre os limites da cirurgia é particularmente importante. Em um contexto social no qual as cirurgias de afirmação de gênero frequentemente são cercadas por expectativas intensas, existe o risco de que pacientes depositem no procedimento a esperança de resolução de múltiplos aspectos de sua vida. O nosso papel, nesse cenário, não é alimentar expectativas irreais, mas oferecer informações equilibradas e baseadas na realidade clínica.

Evitar promessas irreais constitui uma postura ética essencial. Resultados estéticos e funcionais podem variar de acordo com fatores anatômicos individuais, processo de cicatrização e adesão aos cuidados pós-operatórios. A transparência em relação a essas variáveis contribui para estabelecer uma relação de confiança entre paciente e equipe médica e reduz o risco de frustrações decorrentes de expectativas não realistas.

Outra dimensão fundamental da responsabilidade ética do cirurgião diz respeito ao compromisso com o acompanhamento pós-operatório. A realização da cirurgia não encerra o processo de cuidado. Pelo contrário, marca o início de uma fase que exige atenção clínica contínua para monitorar a cicatrização, orientar a paciente e manejar eventuais intercorrências.

Observo que a qualidade do acompanhamento pós-operatório exerce influência significativa sobre os resultados a longo prazo. A disponibilidade da equipe médica para avaliar dúvidas, oferecer orientações e intervir quando necessário constitui um elemento central da segurança da paciente.

Nesse sentido, a nossa responsabilidade não se limita ao momento do ato operatório. Ela se estende ao compromisso de acompanhar a paciente ao longo de todo o processo de recuperação, reconhecendo que a cirurgia de redesignação genital faz parte de um percurso mais amplo de cuidado em saúde.

Adotar essa perspectiva implica reconhecer que a excelência técnica, embora indispensável, não é suficiente para garantir uma prática ética e responsável. O cuidado cirúrgico exige também sensibilidade clínica, escuta atenta e compromisso com a dignidade das pessoas atendidas.

Ao integrar competência técnica e responsabilidade ética, contribuimos para a construção de práticas de saúde mais seguras, transparentes e alinhadas às necessidades das mulheres trans que buscam esse tipo de cuidado.

6.8. Considerações finais

A cirurgia de redesignação genital ocupa um lugar relevante dentro do campo da saúde de mulheres trans, não apenas como um procedimento cirúrgico, mas como parte de um processo mais amplo de cuidado e afirmação da autonomia corporal. Procurei destacar que essa intervenção não deve ser compreendida de forma isolada ou exclusivamente técnica. Trata-se de uma prática médica que envolve múltiplas dimensões — clínicas, psicológicas, sociais e éticas — e que exige abordagem cuidadosa, responsável e integrada.

Para muitas mulheres trans, a possibilidade de modificar a anatomia genital representa uma forma concreta de alinhar o corpo à identidade de gênero, reduzindo sofrimentos relacionados à disforia corporal e

contribuindo para uma vivência mais integrada da própria identidade. Nesse sentido, a cirurgia pode funcionar como uma importante ferramenta de autonomia corporal, permitindo que a pessoa exerça maior controle sobre sua própria experiência física e subjetiva.

No entanto, é fundamental reconhecer que o impacto positivo dessa intervenção depende de diversos fatores que ultrapassam o ato cirúrgico em si. A qualidade da preparação pré-operatória, o acompanhamento atento durante o período de recuperação e a existência de uma rede de cuidado estruturada são elementos essenciais para que os benefícios do procedimento se concretizem de forma segura e sustentável ao longo do tempo.

A presença de equipes multiprofissionais preparadas desempenha papel central nesse processo. O cuidado em saúde de mulheres trans exige articulação entre diferentes áreas do conhecimento, incluindo medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia pélvica, endocrinologia e assistência social. Essa integração permite oferecer acompanhamento mais abrangente, capaz de responder às diversas necessidades que podem surgir antes e depois da cirurgia.

Ao mesmo tempo, os desafios observados no contexto brasileiro indicam que ainda há um longo caminho a percorrer no campo das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde. A ampliação do acesso às cirurgias de afirmação de gênero, a redução das desigualdades regionais e a formação de profissionais capacitados são passos fundamentais para garantir que esse tipo de cuidado esteja disponível de maneira mais equitativa.

Fortalecer redes de atenção à saúde que incluam de forma consistente as demandas da população trans representa não apenas uma questão técnica ou assistencial, mas também um compromisso com princípios mais amplos de dignidade, cidadania e direitos humanos. O acesso a cuidados de

saúde seguros e respeitosos constitui parte essencial da promoção da saúde integral.

Assim, a cirurgia de redesignação genital deve ser compreendida dentro de uma perspectiva ampliada de cuidado, na qual técnica cirúrgica, responsabilidade ética e sensibilidade às dimensões psicossociais se articulam em favor do bem-estar das pacientes. Promover práticas de saúde que reconheçam essa complexidade é um passo importante para a construção de sistemas de cuidado mais justos, inclusivos e capazes de responder às necessidades reais das mulheres trans no Brasil.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra pessoas trans no Brasil**. ANTRA, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2026.

BUSTOS, S. S. *et al.* Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: an updated systematic review and meta-analysis. **Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open**, v. 9, n. 3, p. e3510, 2021. DOI: 10.1097/GOX.00000000000003510. Acesso em: 17 mar. 2026.

COLEMAN, E. *et al.* Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. **International journal of transgender health**, v. 23, n. 1, p. S1-S259, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>. Acesso em: 17 mar. 2026.

HORBACH, S. E. R. *et al.* Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: a systematic review of surgical techniques. **The journal of sexual medicine**, v. 12, n. 6, p. 1499-1512, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>. Acesso em: 17 mar. 2026.

SELVAGGI, G.; BELLRINGER, J. Gender reassignment surgery: an overview. **Nature Reviews Urology**, v. 8, n. 5, p. 274-282, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrurol.2011.46>. Acesso em: 17 mar. 2026.

7. POR UMA MEDICINA TRANSCENTRADA

Andréia Vanessa Carneiro de Moraes²⁰

7.1. Introdução

Esse texto foi escrito por uma médica cisgênera, cuja formação, desde o primeiro semestre da graduação, foi orientada por pessoas trans. É destinado a outros profissionais da saúde, das Universidades e, sobretudo, a outras pessoas cis, sobre a importância de reverem suas formações em saúde.

Os termos cis e trans versam sobre identidades. As identidades de gênero referem-se à forma como uma pessoa se identifica, independente do seu sexo de nascimento. Existem múltiplas formas de identidades; no meu caso, mulher cisgênera demarca que a forma como me identifico corresponde ao gênero atribuído a mim ao nascer. Cisgeneridade é uma forma de identidade que, por corresponder aos papéis de gênero atribuídos pela sociedade, não suscita reivindicações, agressões e muito menos diagnósticos médicos. Inclusive, o termo cis veio a surgir após a criação do termo trans (Rodovalho, 2017).

Ser cisgênera me possibilita livre acesso a serviços de saúde, banheiros públicos e espaços de formação, sem violências e violações de direitos. A minha identidade de gênero não é questionada ao entrar numa sala de Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ao buscar mudanças corporais em um serviço especializado. Essa realidade destoa da de muitas pessoas com outras identidades, como as pessoas trans.

²⁰ Médica e bacharel em saúde / UFRB. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da UFBA. Residente em Medicina da Família e Comunidade pela UFRB. Integrante do grupo de pesquisas Saúde Mental, Políticas Públicas de Saúde e Populações em Vulnerabilidades (MentalPop UFRB).

Nomear-me como médica cisgênera me coloca num Lugar Social, lugar este em que por vezes as identidades trans não são reconhecidas. Lugar de Fala, por exemplo, não está relacionado a um espaço físico, mas ao reconhecimento de que há contextos discursivos em que as pessoas estão inseridas e que representam (Ribeiro, 2017). Ser médica e cisgênera me insere num contexto social em que minha fala é validada em muitos espaços de poder, podendo servir, por um lado, a violações de direitos ou, por outro, ao fortalecimento das lutas sociais, de tal maneira que reforço a importância da formação de médicos, a partir de saberes Transcentrados.

Afirmar que minha formação foi orientada por pessoas trans também me conduz a diversos questionamentos que aqui serão expostos: quantas pessoas cis foram questionadas quanto à sua identidade ao entrar num serviço de saúde? Aos médicos/profissionais da saúde, questiono: em que momento sua cisgeneridade entra na consulta?

7.2. Desenvolvimento

“Saúdo as mulheres trans que vieram antes de mim”. A frase proferida pela Prof.^a Dra. Helena Moraes Cortes, durante palestra ocorrida na ABRASCO 2022, torna-se relevante para situar que as disputas, lutas e discussões com, sobre e pautadas por pessoas trans são antigas e mantêm-se atuais e necessárias. Ao saudar outras mulheres trans, Helena Moraes Cortes, que é uma mulher trans, enfermeira e professora universitária, nos convida à memória das vozes e saberes trans que, por muitas vezes, são silenciados. Como minha orientadora durante toda a formação, reafirmo que a compreensão do que é saúde foi construída também por pessoas trans.

Desde que me formei e durante os meus estágios de internato, poucas vezes atendi pessoas trans nos serviços de saúde, seja nas emergências, seja na atenção básica e nos ambulatorios, ou para demandas de saúde geral ou transespecíficas. Essa realidade é fruto do encontro entre dois fatos: pessoas

trans evitam os serviços de saúde e profissionais de saúde evitam atender pessoas trans.

O não-acesso das pessoas trans aos serviços de saúde está relacionado a uma série de fatores, dentre eles: transfobias, despreparo profissional, ausência de linhas de cuidado para necessidades transespecíficas e situações que são cotidianamente negligenciadas. Historicamente, as pessoas trans precisam lutar na sociedade por condições dignas de acesso à saúde, educação e direitos para que outras pessoas trans possam realizar palestras, acessar o processo transexualizador e ter suas identidades respeitadas.

As primeiras reivindicações de direitos à saúde surgiram da auto-organização das travestis que se rebelaram contra a violência policial, e por meio das ONGs criadas, organizadas e lideradas por elas. Ressalta-se a ONG ASTRAL (Associação de Travestis e Liberados do Rio de Janeiro), liderada por Jovanna Baby, uma das primeiras associações da América Latina, e responsável por organizar encontros nacionais para discutir políticas públicas (Carvalho; Carrara, 2013).

Um marco importante para o acesso à saúde foi a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que representou uma conquista importante para a população LGBTQIA+, pois, até então, a atenção à saúde era voltada à prevenção do HIV. A partir da política, compreende-se a importância do cuidado integral.

No entanto, a luta não se extingue com essa conquista. Atualmente, os movimentos sociais como a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e o Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas (Inamur) têm reivindicado a reestruturação, atualização e execução do Programa de Atenção Especializada em Saúde da População Trans (PAES POP TRANS). Na fala de Bruna Benevides, mulher trans e líder da ANTRA, “A inação do Estado tem custo em vidas. Enquanto as políticas são esquecidas, pessoas trans continuam morrendo por falta de acesso à saúde, seja pelo preconceito

institucional, seja pela ausência de serviços preparados para nos atender com respeito e dignidade” (ANTRA, 2025).

Pessoas cis ou trans irão passar por hospitais, unidades básicas e centros cirúrgicos, pelo menos uma vez na vida. Ou seja, irão entrar em uma clínica médica. O Ministério da Saúde preconiza que uma pessoa deve passar por sete consultas até o primeiro ano de vida, e por consultas anuais durante toda a vida (Brasil, 2012). Ao longo dessa jornada, podem ser necessárias cirurgias, sejam elas de emergências ou eletivas. No entanto, esse caminho dentro dos serviços não é o mesmo, a depender da identidade.

Pessoas transgêneras que desejam realizar modificações, sejam elas permanentes ou transitórias, precisam passar por longos protocolos e geralmente são encaminhadas para serviços especializados localizados nas capitais. No caso das mulheres trans, durante o meu projeto de dissertação de mestrado, pude conhecer a narrativa de 15 mulheres sobre os cuidados pós-CRS; todas precisam realizar deslocamentos para acessar os cuidados (Morais, 2023). No quadro abaixo, essas rotas e a geografia das Cirurgias de Redesignação Sexual (CRS) ficam mais explícitas.

Figura 05 - Rota e Geografia das Cirurgias de Redesignação Sexual (CRS)

Destino ✈	Origem ✈	Entrevistadas
Tailândia	Salvador, Rio de Janeiro	Brígida, Nut
Portugal	Portugal	Vila
França	França	Nut
Recife	Caruaru, Petrolina, Recife, Bahia	Eostre, Iemanjá, Sedna, Ártemis, Minerva, Afrodite
São Paulo	São Paulo	Deméter, Maeve
Porto Alegre	Pelotas	Maat
Santa Catarina	Mato Grosso do Sul	Lakshmi
Goiânia	Goiás	Lilith
Rio de Janeiro	Vitória (ES)	Héstia

Fonte: Moraes, 2023.

A necessidade de realizar rotas extensas para acessar os cuidados revela que a medicina tem seu poder de construção dos corpos, sobretudo de denominá-los. Os saberes biomédicos são ávidos por uma classificação, protocolo, diagnóstico e denominação.

Aprendi os DSMs após compreender as narrativas. Transgressão certamente possibilitada pelas pessoas trans que foram minhas orientadoras, no sentido acadêmico e pessoal. Minha formação foi perpassada por saberes biomédicos e outros saberes transcêntricos advindos das narrativas de pessoas trans que fazem parte tanto do meu ciclo de amizade, quanto dos projetos de pesquisa, do quadro de professoras e da literatura científica produzida por pessoas trans.

As universidades federais brasileiras têm passado por um plano de reforma de seus currículos e das políticas de inserção. As formações médicas precisam abordar a inclusão social e a saúde da população LGBTQIA+ (Brasil, 2025). Cerca de 38 instituições federais e estaduais possuem porcentagem de cotas para pessoas trans (ANTRA, 2024).

Na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, onde me formei, tivemos a presença de duas professoras trans, a Prof.^a Fran Demétrio e a Prof.^a Helena Moraes Cortes. No ano em que ingressei na instituição, a Prof.^a Fran Demétrio denunciava um caso de transfobia. Uma violência institucional, que suscitou discussões as quais permearam a minha formação na universidade. No mesmo ano, a Prof.^a Helena, enfermeira e Dra. em Enfermagem, foi à Tailândia realizar a CRS em seu corpo, e uma “Cirurgia Social” em mim e em toda a universidade.

O conceito de cirurgia social, relata que, todos os dias, por meio das suas existências, narrativas e resistência, pessoas trans realizam cirurgias nos tecidos sociais (Cortes, 2018). Foi, justamente, sobre os tecidos sociais que fui e estou sendo formada. Conheci sua narrativa de perto, de diversas formas: nas palestras da universidade, nas discussões do grupo de pesquisa Mentaltrans e nas conversas informais ao cheiro de café.

Os cuidados e a formação se dão por meio da rede. A minha começava ali, entendi sobre dilatação, neovagina, lubrificação e técnicas cirúrgicas antes mesmo de estudar anatomia ou cirurgia geral. Num estudo de revisão integrativa sobre CRS, chegamos ao resultado de que apenas um artigo

abordava o cuidado (Morais; Cortes, 2020). Este artigo, da enfermagem, construía um plano de como cuidar de uma mulher trans após a CRS (Hernández; Zequeira, 2013).

A escassez de informações e formações para o cuidado pós-CRS, sobretudo no que tange às pessoas trans, torna-se presente em vários estudos científicos sobre a temática. Os números também comprovam: a expectativa de vida e o não acesso aos serviços gritam o que a rotina dos serviços de saúde experienciam. As pessoas trans são classificadas ainda na entrada e, assim, barradas por meio das burocracias e instrumentos criados. Segundo Benevides e Lee (2018), os corpos trans são objetos de estudo, mas não de autoridade, pois as narrativas e saberes são desconsiderados.

Assim, partimos para o segundo fato, “Não sei atender essas pessoas”. Profissionais de saúde, muitas vezes, evitam atender pessoas trans ou mantêm um atendimento que não considera as narrativas dessas pessoas. Como já exposto, existem falhas na formação e a necessidade de qualificação dos cuidados; no entanto, esses problemas se ampliam quando se encontram com a transfobia e a perpetuação de uma atuação médica voltada à patologização dessas pessoas. Desconsiderar as vivências e a epistemologia trans é uma forma de silenciamento e de violência epistêmica que se relaciona com o pensamento colonial (biomédico e psicológico) ao longo da história e da cultura (Demétrio; Bensuan, 2019).

Durante minha experiência profissional e de estudante, já ouvi muitos desses relatos: “Encaminhe aos ambulatórios”. Na Bahia, por exemplo, existem dois ambulatórios trans que ficam localizados em Salvador. Os ambulatórios e centros especializados compõem o segundo nível de atenção à saúde, são equipamentos importantes, frutos da luta dos movimentos trans e LGBTQIA+. No entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por níveis de atenção que preconizam a coordenação do cuidado. Assim, todas as demandas precisam ser primeiramente acolhidas nas Unidades Básicas e, só então, encaminhadas aos demais serviços, a depender da

necessidade. Cabe à atenção primária manter o indivíduo em rede (Brasil, 2010).

O itinerário de pessoas trans nos serviços demonstra que a dificuldade de as pessoas trans acessarem os serviços, começa pela clínica, que é cisgênera. Falar, como médica cisgênera, que a clínica médica é cisgênera serve também para me colocar no local de repensar a minha atuação e a formação médica, buscando, assim, modificá-la.

7.3. Conclusão

Não busco respostas às reflexões aqui iniciadas, mas sugiro aos profissionais médicos e da saúde que nos pautemos cada vez mais nos saberes das pessoas trans e que os levemos aos nossos consultórios. Portanto, coaduno com Sofia Favero (2020), que afirma que a produção científica de mulheres trans contribui para pensar o corpo, os cuidados, a medicina, a psicologia e, inclusive, a cisgeneridade.

Vamos diagnosticar nossa cisgeneridade, buscando curá-la das práticas arraigadas de transfobia. Temos uma produção vasta de autorias trans que podem e devem nortear os cuidados e o pensamento, como Amara Moira, Carle Porcino, Jaqueline Gomes de Jesus, Fran Demétrio, Helena Moraes Cortes, Bruna Benevides, Sofia Favero e tantas outras vozes que podem possibilitar uma medicina transcetrada por meio das suas narrativas e transvivências.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **ANTRA cobra saúde para população trans**. ANTRA, 2025. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2025/04/08/antra-cobra-saude-populacao-trans/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Nota técnica sobre políticas de ações afirmativas para pessoas trans e travestis e o enfrentamento da transfobia no contexto da educação superior**. ANTRA, 2024. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2024/09/nota-tecnica-antra-cotas-trans-2024.pdf>. Acesso em: 08 mar 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88, 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 08 mar 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. **MEC homologa parecer das diretrizes curriculares de Medicina**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/mec-homologa-parecer-das-diretrizes-curriculares-de-medicina>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BENEVIDES, B. G.; LEE, D. Por uma epistemologia das resistências: apresentando saberes travestis, transexuais e demais pessoas trans. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, v. 9, n. 2, p. 252–255, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.9.i2.0012>. Acesso em: 07 mar 2026.

CARVALHO, M. F. L.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 14, p. 319-351, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/SexualidadSaludySociedad/article/view/6862>. Acesso em: 07 mar 2026.

CORTES, H. M. A transgeneridade feminina e os processos de mudanças corporais. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i2.14345>. Acesso em: 20 fev 2026.

DEMÉTRIO, F.; BENSUSAN, H. N. O conhecimento dos outros: a defesa dos direitos humanos epistêmicos. **Revista do CEAM**, v. 5, n. 1, p. 110–124, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3338716>. Acesso em: 24 fev 2026.

FAVERO S. (Des) epistemologizar a clínica: o reconhecimento de uma ciência guiada pelo pensamento cisgênero. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto) biográfica**, v. 5, n. 13, p. 403- 418, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31892/rbpab2525-426X.2020.v5.n13.p403-418>. Acesso em: 09 mar 2026.

HERNÁNDEZ, L. L. V.; ZEQUEIRA, D. M. B. Propuesta de plan de cuidados para pacientes con cirugía de reasignación sexual. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 29, n. 1, p. 29–38, 2013. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/58>. Acesso em: 04 mar. 2026.

MORAIS, A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 3, 2 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>. Acesso em: 06 mar 2026.

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de Mulheres Transgêneras sobre os cuidados pós Cirurgia de Redesignação Sexual**. 178 f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023, Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37327>. Acesso em: 07 mar 2026.

RIBEIRO D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RODOVALHO, A. M. O cis pelo trans. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, p. 65– 373, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p365>. Acesso em: 05 mar 2026.

8. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CUIDADO DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS REDESIGNADAS

Livia Maria de Souza Gonçalves²¹

Norberto Rech Bonetti²²

Luciano Soares²³

A literatura científica aponta múltiplas barreiras de acesso à saúde para a população LGBTQIAPN+ no Brasil, particularmente intensas para pessoas trans (Rocon *et al.*, 2020; Mello *et al.*, 2011; Gonçalves *et al.*, 2025).

A produção de conhecimento sobre a saúde de pessoas trans no país tem avançado nas últimas décadas, impulsionada por transformações no campo das políticas públicas e pela crescente presença de pesquisadoras e pesquisadores trans na academia (Dagnino, 2001; Popadiuk *et al.*, 2017; Ferreira *et al.*, 2022).

Nesse cenário, iniciativas como o projeto Redesignadas, conduzido por mulheres trans e travestis em articulação com pesquisadoras cis aliadas, configuram um marco relevante ao tensionar as hierarquias tradicionais de produção do conhecimento. Ao deslocar pessoas trans da posição de objeto de estudo para a de sujeitas produtoras de saber, tais iniciativas afirmam a relevância de conhecimentos situados, sensíveis e transcitrados, que valorizam as experiências e os saberes tanto de profissionais quanto de usuárias(os) trans como fontes legítimas de conhecimento. Ao investigar as repercussões da cirurgia de afirmação de gênero em mulheres trans e travestis brasileiras, o projeto contribui para ampliar a compreensão das

²¹ Especialista em Saúde Coletiva e Doutoranda em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR/UFSC).

²² Doutor em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR/UFSC).

²³ Doutor em Farmácia (PPGASFAR/UFSC).

trajetórias de cuidado e das condições de acesso à saúde dessa população, reconhecendo também que saberes produzidos nas experiências cotidianas de cuidado, tais como o uso de medicamentos e as estratégias de acesso à hormonização, constituem fontes fundamentais para a qualificação das práticas em saúde.

Apesar dos avanços nas últimas décadas, algumas dimensões fundamentais do cuidado permanecem pouco exploradas na produção acadêmica sobre a saúde de pessoas trans e pouco desenvolvidas no sistema de saúde latino-americano, entre as quais o campo da Assistência Farmacêutica (AF) (Gonçalves *et al.*, 2025). O sistema da AF é um componente da Rede de Atenção à Saúde que organiza o acesso a medicamentos e os serviços farmacêuticos necessários à sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, perpassando diferentes etapas do cuidado em saúde. Os medicamentos estão presentes na prevenção, no tratamento e na recuperação de condições gerais (comuns a pessoas cis) e de demandas específicas da população trans (ainda que não universais), como a hormonização, o preparo clínico para procedimentos cirúrgicos e o manejo farmacológico no período pós-operatório.

Assim, a Assistência Farmacêutica configura-se, a partir de seus recursos e profissionais, relevante nos debates sobre políticas públicas voltadas à saúde trans. Apesar de sua posição estratégica na rede de atenção à saúde, a AF ainda é pouco presente nesses espaços (Gonçalves *et al.*, *no prelo*).

O presente texto propõe uma reflexão sobre o papel da assistência farmacêutica no cuidado à saúde de mulheres trans e travestis no SUS, discutindo o acesso a medicamentos, a segurança no uso de tecnologias farmacológicas e as possibilidades de atuação dos serviços farmacêuticos diante das necessidades de saúde dessa população. Trata-se de uma reflexão pautada pelo reconhecimento de que a produção de conhecimento sobre saúde trans deve ser construída em diálogo com as experiências e

demandas expressas pelos movimentos sociais e pelos usuários de saúde. Ao mesmo tempo, reconhece-se que esta análise foi elaborada a partir da construção da tese de doutorado de uma farmacêutica e pesquisadora cis, lésbica e branca, cuja trajetória de investigação tem se dedicado à análise do cuidado provido à população LGBTQIAPN+ e sua relação com o acesso a medicamentos e a serviços farmacêuticos no SUS. O trabalho é orientado por um homem cis e branco e coorientado por um homem cis, branco e gay. Esse posicionamento implica reconhecer limites e responsabilidades na produção de análises sobre populações historicamente marginalizadas.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) consolidou a AF como componente integrante da política de saúde no Brasil, definindo-a como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, com foco no acesso e no uso racional de medicamentos. A PNAF define o escopo da Assistência Farmacêutica como abrangendo desde a pesquisa, o desenvolvimento e a produção até a dispensação e acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários de saúde. Além disso, estabeleceu diretrizes para a organização e a qualificação dos serviços no âmbito do SUS, com ênfase na descentralização, na articulação entre os níveis de atenção, na formação de recursos humanos e na articulação com outras políticas públicas, reafirmando os princípios de universalidade, integralidade e equidade no SUS (Brasil, 2004).

A disponibilização de medicamentos no SUS é orientada pelo processo de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde, conduzido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), responsável por subsidiar a estruturação e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) com base em critérios de eficácia, efetividade e segurança. Na organização da disponibilização dos medicamentos no SUS, o financiamento é segmentado em três componentes: o Componente Básico (CBAF), o Componente Especializado (CEAF) e o Componente Estratégico (CESAF) da Assistência Farmacêutica, definindo

responsabilidades e pactuação intergestores e modulando as condições de oferta no sistema (Brasil, 1990; Brasil, 2011; Brasil, 2022). Complementarmente, alguns medicamentos e outros itens de média e alta complexidade são organizados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS (SIGTAP), em que são vinculados a procedimentos específicos.

A estruturação da AF representou um avanço importante no acesso a medicamentos e a serviços farmacêuticos no país; porém, a formulação e implementação da PNAF ocorrem em um contexto em que as necessidades específicas de saúde de pessoas trans encontravam-se invisibilizadas nas políticas públicas no Brasil (Popadiuk *et al.*, 2017). Como resultado, muitas das demandas relacionadas ao cuidado em saúde dessa população não foram consideradas na estruturação do acesso, incluindo a política de incorporação de tecnologias, a definição dos protocolos clínicos nas linhas de cuidado no SUS e na organização dos serviços farmacêuticos (Gonçalves *et al.*, 2025; Rocon *et al.*, 2020). Essa lacuna torna-se particularmente evidente quando se observa o acesso a medicamentos utilizados em processos de hormonização e no acompanhamento de pessoas que realizam procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero (Kruger *et al.*, 2019; Gonçalves *et al.*, no prelo).

A hormonização constitui uma estratégia de saúde essencial para muitas pessoas trans, tanto para a afirmação de gênero quanto para a redução de vulnerabilidades sociais e de saúde mental (Brasil, 2017; Jesus, 2023). Embora alguns medicamentos utilizados nesse processo, como estrógenos e bloqueadores androgênicos, estejam disponíveis na Atenção Primária à Saúde, sua incorporação não ocorreu com base no processo de hormonização, mas sim na anticoncepção. Devido à ausência de protocolos nacionais específicos, sua prescrição depende, em grande medida, de decisão médica individual.

Medicamentos amplamente utilizados e considerados seguros para a hormonização de mulheres trans e travestis, como o cipionato de estradiol, não estão padronizados no SUS, enquanto outros, como o acetato de ciproterona, têm acesso restrito a outras indicações específicas no CEAF (Puberdade Precoce Central), o que inviabiliza seu uso para hormonização. Medicamentos disponíveis no CBAF, com indicação clínica para contracepção, como alguns estrógenos sintéticos, isolados ou combinados com progestágenos, apresentam contraindicações devido ao risco elevado de eventos tromboembólicos, nas doses utilizadas para a hormonização, não constituindo alternativas viáveis (São Paulo, 2023; Hembree *et al.*, 2017).

Diante de barreiras estruturais, como a ausência de acesso institucional a medicamentos, o estigma e a discriminação experienciados nos serviços de saúde, pessoas trans mobilizam estratégias de cuidado baseadas na construção de redes de apoio entre pares, práticas de autocuidado e ações de *advocacy*, afirmando sua agência e produzindo caminhos alternativos de cuidado (Monteiro; Brigeiro, 2019; Hernandez *et al.*, 2022; Medeiros, Gomes; Spinelli, 2024; Gonçalves, 2026; Krüger *et al.*, 2019; Rocon *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2013; Muller *et al.*, 2008).

Embora tais estratégias constituam respostas legítimas às lacunas assistenciais, frequentemente ocorrem à margem dos critérios de uso racional de medicamentos, o que implica na ampliação dos riscos à saúde. Evidências indicam que a automedicação no contexto da hormonização é frequente e pode estar associada a complicações decorrentes de superdosagem e à elevação da incidência de reações adversas, incluindo eventos cardiovasculares relacionados ao uso de estrógenos. Ainda, o uso de hormônios e bloqueadores androgênicos sem acompanhamento pode desconsiderar contraindicações clínicas relevantes, como doença cardiovascular isquêmica, especialmente no uso de estradiol e ciproterona (São Paulo, 2023; Florianópolis, 2023; Hembree *et al.*, 2017).

Os medicamentos utilizados na hormonização estão previstos na SIGTAP (procedimento nº 03.03.03.009-07 do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações) e são vinculados aos serviços do Processo Transexualizador do SUS (Brasil, 2017). No entanto, o acesso a esses recursos permanece limitado, em função da reduzida oferta de serviços habilitados, frequentemente concentrados em capitais, além da existência de longas filas de espera e de barreiras intrínsecas a essa política, as quais estão associadas à patologização e à medicalização das identidades trans. Nesse contexto, a predominância de um modelo de acompanhamento centrado em serviços hospitalares, em detrimento de sua possível oferta na Atenção Primária à Saúde, configura um exemplo recorrente de restrição de acesso aos serviços e medicamentos e de tensionamento dos princípios do SUS (Rocon *et al.*, 2020; Gonçalves *et al.*, 2025).

Assim, evidencia-se a necessidade de avançar na discussão acerca da incorporação e da regulação de medicamentos utilizados para hormonização de pessoas trans no SUS e na revisão dos critérios que atualmente limitam seu acesso. Tal agenda demanda o engajamento de gestores, profissionais, pesquisadores e usuários (controle social), de modo a alinhar as políticas de acesso a medicamentos às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAPN+ (Brasil, 2011). Ao mesmo tempo, o acesso seguro à farmacoterapia não se esgota na disponibilidade de medicamentos, mas depende da existência de serviços farmacêuticos qualificados, capazes de produzir cuidado longitudinal, promover o uso racional e atender às necessidades específicas dessa população (Gonçalves *et al.*, *no prelo*).

No contexto atual de acesso à saúde de mulheres trans e travestis no Brasil, marcado por situações de violência, discriminação, entre outras barreiras institucionais, observa-se que muitas evitam os serviços formais de saúde e recorrem à automedicação. Nesse cenário, as farmácias frequentemente se configuram como um dos poucos pontos de contato com

o sistema de saúde. Tal realidade reforça ainda mais a relevância da qualificação dos serviços farmacêuticos, tanto no setor público quanto no privado, uma vez que os farmacêuticos são, em muitos casos, os profissionais de saúde de maior acessibilidade a essas usuárias, assumindo um papel estratégico na oferta de cuidados (Gonçalves *et al.*, 2026).

A crescente inserção de farmacêuticos em equipes multiprofissionais de saúde tem evidenciado seu papel estratégico na ampliação do acesso de pessoas trans e de pessoas de identidades de gênero diversas ao cuidado integral. Sua atuação engloba a gestão do sistema de assistência farmacêutica, o acompanhamento farmacoterapêutico, o monitoramento de parâmetros laboratoriais, o apoio em saúde sexual e mental, o aconselhamento em saúde, bem como ações de prevenção, tais como a profilaxia pré-exposição ao HIV (Redfern *et al.*, 2019; Chaudhary *et al.*, 2021).

Em estudo recente, analisamos a qualificação dos serviços farmacêuticos para o cuidado em saúde de pessoas trans no sul do país, o que evidenciou lacunas importantes na capacidade desses serviços de atender às demandas dessa população, revelando desafios de ordem estrutural, organizacional e sociopolítica no sistema de saúde brasileiro (Gonçalves *et al.*, 2026). Em consonância com achados da literatura internacional, os resultados indicam que fragilidades na formação acadêmica e na prática profissional estão associadas a dificuldades de comunicação, atendimentos pouco aprofundados e à recorrente necessidade de encaminhamento para serviços especializados (Chaudhary; Ray; Glass, 2023, 2024; Yip *et al.*, 2024). Assim, a qualificação profissional e de serviços pode ser compreendida para além do treinamento técnico, como abrangendo o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes construídos ao longo dos processos formativos e de socialização, que modula a capacidade de atuação na organização dos serviços e no trabalho em saúde (Ellstrom, 1997; Tartuce, 2004; Chinelli *et al.*, 2013; Gonçalves, 2026).

Os achados indicam que farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda não conseguem oferecer suporte contínuo às demandas de pessoas trans, o que compromete a efetividade do cuidado e reforça processos de exclusão desse nível de atenção, levando ao afastamento da APS e à busca predominante por serviços de média e alta complexidade, muitas vezes restrita a situações de urgência e emergência.

Embora o papel dos farmacêuticos venha sendo progressivamente reconhecido, o estudo aponta que predomina a percepção de despreparo no atendimento, associada a lacunas na formação e a uma inserção limitada de conteúdos sobre diversidade de gênero e de sexualidade na educação e na prática profissional. Na prática, persiste o modelo de cuidado fragmentado e centralizado em serviços especializados, pouco integrado à rede, o que reproduz desigualdades no acesso. Os resultados também evidenciam que a baixa implementação de políticas públicas existentes, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBTT, somada a condições institucionais precárias e a lógicas de gestão centradas na produtividade, limita a atuação dos farmacêuticos e a oferta de cuidado integral (Gonçalves *et al.*, 2026).

As experiências de formação e de prática que envolvam contato direto com pessoas trans e suas trajetórias demonstram potencial transformador, favorecendo maior sensibilidade, qualificação e compromisso ético no cuidado. Nesse sentido, a qualificação dos serviços farmacêuticos depende de estratégias que integrem formação acadêmica, educação permanente, o fortalecimento de políticas públicas e a participação ativa de pessoas trans na construção do cuidado, de modo a enfrentar desigualdades e promover respostas mais inclusivas e resolutivas no SUS. A valorização dessas experiências, bem como a ampliação da presença de profissionais trans nas equipes de saúde, constituem elementos importantes para a construção de práticas de cuidado mais inclusivas e sensíveis às necessidades dessa população (Gonçalves *et al.*, 2026).

Adicionalmente, a segurança no uso de medicamentos é comprometida por protocolos clínicos e sistemas de informação que ainda operam sob pressupostos cisnormativos, o que dificulta diversos serviços, como a avaliação de interações medicamentosas, a interpretação de exames laboratoriais e o acompanhamento de pessoas em hormonização (Gonçalves *et al.* 2025; 2026). A ausência de dados sobre identidade de gênero nesses sistemas também limita a produção de evidências capazes de orientar políticas e práticas mais adequadas e sensíveis às necessidades da população trans (Carvalho, Barreto, 2021). Embora a hormonização constitua um aspecto central no cuidado em saúde de muitas pessoas trans, a atuação farmacêutica não se restringe a esse processo, abrangendo o cuidado farmacoterapêutico integral, voltado ao manejo de diferentes condições de saúde, com enfoque no indivíduo e tendo o medicamento como insumo essencial, articulado a estratégias terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas e com ação integrada aos outros profissionais de saúde (Redfern *et al.*, 2019; Chaudhary *et al.*, 2021).

No contexto das cirurgias de afirmação de gênero, a assistência farmacêutica assume papel relevante para além do manejo da hormonização, incluindo o cuidado no uso de medicamentos no período pré e pós-operatório, exigindo continuidade do acompanhamento farmacoterapêutico e integração entre os diferentes níveis de atenção (Redfern *et al.*, 2019; Tollinche Rosa; van Rooyen, 2021). Nesse cenário, torna-se necessário avançar no aprimoramento da assistência farmacêutica, envolvendo o debate sobre a incorporação de tecnologias e medicamentos pertinentes, a qualificação profissional e o fortalecimento de serviços orientados à integralidade da atenção à saúde.

Refletir sobre o acesso a medicamentos e o papel dos serviços farmacêuticos na saúde de mulheres trans implica transcender os aspectos técnicos tradicionais da área, reconhecendo o direito a um cuidado digno, seguro e livre de discriminação. Nesse sentido, o avanço de políticas e

práticas mais equitativas na assistência farmacêutica requer não apenas a consideração de necessidades específicas, mas também a centralidade dos saberes e das experiências das próprias pessoas trans na construção do cuidado.

Assim, o dossiê Redesignadas apresenta-se como uma contribuição fundamental ao reunir evidências e análises que permitam aprofundar a compreensão das necessidades de saúde e dos itinerários terapêuticos de mulheres trans e travestis redesignadas no Brasil. Ao preencher lacunas relevantes na produção de conhecimento, o dossiê contribui para a construção de estratégias de cuidado mais responsivas às demandas dessa população. Além disso, oferece elementos centrais para qualificar o debate sobre o acesso a medicamentos e orientar a organização e o fortalecimento dos serviços farmacêuticos no SUS, contribuindo para a oferta de um cuidado mais integral, seguro e alinhado às especificidades de mulheres trans e travestis em processo de redesignação ou redesignadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 maio 2004.

BRASIL. **Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022**. Diário Oficial da União, 13 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de elaboração de escopo: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hormonioterapia no processo transexualizador**. Brasília: CONITEC, 2017.

CARVALHO, A. A.; BARRETO, R. C. V. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4059–4064, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12002021>.

CHAUDHARY, S.; LINDSAY, D.; RAY, R.; GLASS, B. D. Do the attitudes and practices of Australian pharmacists reflect a need for education and training to provide care for people who are transgender?. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 32, p. 61–68, 2024. DOI: 10.1093/ijpp/riad077.

CHAUDHARY, S.; RAY, R.; GLASS, B. Pharmacists’ role in transgender healthcare: a scoping review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 17, p. 1553–1561, 2021. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.12.015.

CHAUDHARY, S.; RAY, R.; GLASS, B. D. “I don’t know much about providing pharmaceutical care to people who are transgender”: a qualitative study of experiences and attitudes of pharmacists. **Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy**, v. 9, p. 100254, 2023. DOI: 10.1016/j.rcsop.2023.100254.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23–48.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a construção da democracia no Brasil: tendências recentes. **Journal of Iberian and Latin American Research**, v. 7, n. 1, p. 75–104, 2001. DOI: 10.1080/13260219.2001.10429606.

ELLSTRÖM, P. E. The many meanings of occupational competence and qualification. **European Journal of Industrial Training**, v. 21, p. 266–273, 1997. DOI: 10.1108/03090599710171567.

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3825–3834, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06422022>. Acesso em: 16 set. 2025.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo clínico de hormonização de homens e mulheres trans, travestis e pessoas não-binárias de Florianópolis**. 1. ed. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

GONÇALVES, L. M. *et al.* Assistência farmacêutica e saúde trans no SUS: reflexões da 17ª Conferência Nacional de Saúde. **Revista Periodicus**. No prelo.

GONÇALVES, L. M. S.; GLASS, B. D.; SOARES, L. Pharmacists' professional and service qualifications for the care of trans, travesti, and gender-diverse people in southern Brazil: a grounded theory study. **Frontiers in Medicine**, v. 13, p. 1715137, 2026. DOI: 10.3389/fmed.2026.1715137.

GONÇALVES, L. M. S.; BONETTI, N. R.; CORTES, H. M.; GLASS, B. D.; SOARES, L. Access to healthcare for trans, travestis, and gender-diverse people in Latin America: a scoping review. **Frontiers in Public Health**, v. 13, p. 1710952, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1710952.

HEMBREE, W. C. *et al.* Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017. DOI: 10.1210/jc.2017-01658.

HERNÁNDEZ, J. de G. *et al.* Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 38, e22301, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22301.a>.

JESUS, N. N. de. **Transgeneridade: memória e percepção das barreiras de acesso à saúde promoção da saúde de mulheres trans e travestis [Tese]**. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2023. Disponível em: www.uesb.br. Acesso em: 15 abr. 2026.

KRÜGER, A. *et al.* Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190004, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>.

MEDEIROS, M. A.; GOMES, S. M.; SPINELLI JUNIOR, V. F. Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. e220904, 2024.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 9, p. 7–28, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, e00111318, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, p. 1–14, 2008. DOI: [10.1590/S1679-39512008000200002](https://doi.org/10.1590/S1679-39512008000200002).

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o acesso ao processo transexualizador no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509–1520, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>

REDFERN, J. S.; JANN, M. W. The evolving role of pharmacists in transgender health care. **Transgender Health**, v. 4, n. 1, p. 118–130, 2019. DOI: [10.1089/trgh.2018.0038](https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0038).

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2517–2526, 2016. DOI: [10.1590/1413-81232015218.14362015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015).

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00234.

SANTOS, A. R. T. A experiência da hormonioterapia das transexuais em Maceió/AL. **Latitude**, v. 7, p. 129–147, 2013. DOI: 10.28998/lte.2013.n.1.1068.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero**. 2. ed. São Paulo: SMS, 2023. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br.

TARTUCE, G. L. B. P. Reflections on work qualification from the post-war French sociology. **Educação & Sociedade**, v. 25, p. 353–382, 2004. DOI: 10.1590/S0101-73302004000200004.

TOLLINCHE, L. E.; ROSA, W. E.; VAN ROOYEN, C. D. Perioperative considerations for person-centered gender-affirming surgery. **Advances in Anesthesia**, v. 39, p. 77–96, 2021. DOI: 10.1016/j.aan.2021.07.005.

YIP, A. T. *et al.* Primary care provider beliefs and knowledge of prescribing gender-affirming hormone therapy to transgender and gender diverse patients. **BMC Primary Care**, v. 25, p. 372, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02599-8.

9. DA ASSISTÊNCIA REQUERIDA ÀS PRÁTICAS RESPALDADAS NA LEI PROFISSIONAL: CONSTRUÇÃO DO PARECER TÉCNICO PARA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE MULHERES TRANS

Edgar Vagner da Silva Moraes²⁴

Daiane Dal Pai²⁵

Helena Moraes Cortes²⁶

Rosane Mortari Ciconet²⁷

Nathan Santos do Amaral²⁸

Priscila Marques Cadaval²⁹

Søndre Alberto Schneck³⁰

9.1. Introdução

O enfrentamento das iniquidades vivenciadas pela população LGBTQIAPN+ representa um desafio a ser superado em todos os níveis de atenção à saúde, bem como de ser vislumbrado por toda a equipe

²⁴ Técnico de enfermagem - HCPA. Conselheiro - COREN RS. Bacharel em Direito. Acadêmico de enfermagem/Faculdade FACTUM. Coordenador da Câmara Técnica de Diversidade e Equidade do Coren RS.

²⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFRGS). Integrante da Câmara Técnica de Diversidade e Equidade do Coren RS.

²⁶ Enfermeira. Doutora em ciências (EEUSP). Integrante da Câmara Técnica de Diversidade e Equidade do Coren RS.

²⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFRGS – 2015). Coordenadora da Câmara Técnica de Urgência e Emergência do Coren RS e Coordenadora Geral das Câmaras.

²⁸ Técnico de enfermagem - HCPA. Membro do Comitê de Diversidade Equidade e Inclusão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Integrante da Câmara Técnica de Diversidade e Equidade do Coren RS.

²⁹ Enfermeira. Doutoranda em Educação Ambiental (FURG), atua no Serviço Transexualizador do HU- FURG. Integrante da Câmara Técnica da Diversidade e Equidade do COREN/RS.

³⁰ Enfermeiro. Doutor em Ciências (EEUSP). Integrante da CT Diversidade Equidade Coren RS.

multiprofissional que atua nos diferentes cenários do setor saúde (Ministério da Saúde, 2013; Pinheiro *et al*, 2024). Destaca-se, contudo, a responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem como protagonista nessa luta, que perpassa pela justiça social em todos os âmbitos da promoção da saúde.

Além de assumir a função ético-política de construir/fortalecer práticas inclusivas e livres de discriminação (COFEN, 2017; Rocha, Terra e Freitas, 2025), o enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, deve assumir responsabilidade por uma clínica que responda às necessidades específicas dessa população. Dominar uma assistência tecnicamente segura, qualificada e resolutiva no que tange à diversidade sexual e de gênero é um compromisso imperativo face às desigualdades e violências simbólicas e estruturais no campo da saúde.

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem às pessoas trans requer domínio sobre procedimentos que visem adaptar o corpo biológico à identidade de gênero, o que está previsto no SUS como processo transexualizador (Brasil, 2013). O processo transexualizador, que resulta da luta da comunidade LGBTQIAPN+, envolve um conjunto de ações e serviços de saúde para possibilitar que pessoas transexuais/trangêneras e travestis realizem mudanças para a afirmação de sua identidade de gênero, com procedimentos que envolvem hormonização e cirurgias de redesignação genital e/ou órgãos acessórios do sistema reprodutor (mamoplastia, cirurgias genitais), visando à adequação do corpo à sua identidade, reduzindo riscos à saúde e promovendo bem-estar dessas pessoas (Brasil, 2013).

Quanto à concretização do processo transexualizador, a literatura tem apontado despreparo profissional, estigmas sociais, patologização e baixa cobertura hospitalar. Muitos avanços ainda são considerados necessários

com vistas à ampliação do acesso aos serviços e adequação de condutas no processo assistencial (Boldrin *et al*, 2025).

Considerando o processo de redesignação de genital de mulheres trans, os cuidados perioperatórios estão relacionados à construção da neovagina, o que inclui intervenções cirúrgicas de grande porte e cuidados específicos da enfermagem (Silva *et al*, 2024). Esses cuidados vinham sendo realizados pela enfermagem há mais de duas décadas, sem o respaldo legal necessário às práticas profissionais. Face ao exposto, o presente capítulo tem o objetivo de relatar a experiência de uma Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) na construção do parecer que respalda o exercício da enfermagem no cuidado a mulheres trans no perioperatório de cirurgias de redesignação genital.

9.2. Método

No segundo semestre de 2024, o COREN-RS recebeu um questionamento profissional referente à legalidade da assistência realizada por enfermeiros e técnicos de enfermagem no pré, trans e pós-operatório de cirurgias de redesignação genital. A iniciativa decorreu de reflexões originadas na prática clínica de profissionais de enfermagem que se dedicavam a este cuidado e foram endereçadas ao Conselho na expectativa de direcionamentos.

Face a isso, o COREN-RS constituiu um grupo de trabalho (GT) para discutir a temática, incluindo profissionais com experiência assistencial, gerencial e acadêmica na área. O presente manuscrito trata-se de um relato da experiência desse GT na construção do parecer técnico referente ao período de novembro de 2024 a novembro de 2025.

O grupo de trabalho mencionado, ainda no final de 2024, passou a compor a Câmara Técnica de Diversidade do COREN-RS, instituída pela

Portaria COREN-RS nº 627/2024, que foi redenominada como Câmara Técnica de Diversidade e Equidade, em dezembro de 2025.

9.3. Resultados

9.3.1. O caminho percorrido na construção do Parecer Técnico Coren-RS nº 02/2025

A primeira reunião realizada pelo grupo de trabalho consistiu no relato das vivências pessoais e profissionais acerca da temática. Foram descritas as modalidades assistenciais realizadas em cada serviço de atuação dos membros do grupo, bem como expostas potencialidades e desafios enfrentados em cada contexto. A atuação da enfermagem se apresentou com pontos semelhantes e algumas rotinas particulares de cada serviço, revelando possibilidades de trocas e construção coletiva.

No decorrer dos encontros a demanda inicial foi se configurando em argumentos mais sólidos, subsidiados pela literatura e escuta de convidados externos ao grupo, o que possibilitou ampliar interfaces do cuidado perioperatório com a rede de atenção. Foram, ainda, delimitadas as especificidades pretendidas para o parecer técnico, com base na atuação assistencial dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem.

A assistência prestada às mulheres trans que realizam a cirurgia de redesignação genital costuma ter como referência um enfermeiro que inicia sua atuação desde o pré-operatório. Nesta fase as atividades incluem avaliação clínica por meio de anamnese e exame físico, acompanhamento de exames e orientações específicas quanto à prevenção de riscos e complicações cirúrgicas. Embora esse profissional seja também uma referência para o acompanhamento pós-operatório imediato e tardio, outros profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem são envolvidos na

assistência durante o processo de internação hospitalar, bem como em nível primário ou secundário de atenção.

A ponderação desse aspecto pela equipe de trabalho trouxe, ainda, mais subsídios para a construção do parecer, uma vez que não se tratam de práticas novas, mas sim de atuações existentes e recorrentes em renomadas instituições de saúde, mas que, até então, eram desprovidas de respaldo legal pelo Conselho.

Depois de elaborado, o texto que deu forma ao Parecer Técnico Coren-RS nº 02/2025 pela Câmara Técnica de Diversidade e Equidade, foi apreciado pela Câmara Técnica de Enfermagem em Atenção à Saúde do Adolescente, Adulto e Idoso (CTEASAAI) do Cofen.

Em novembro de 2025 o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) homologou o Parecer por meio da Decisão nº 174, reforçando assim o compromisso institucional em assegurar respaldo ético e segurança jurídica para a atuação da Enfermagem no cuidado às mulheres trans no processo de redesignação genital. Apresenta-se a seguir a versão final do parecer, o qual se entende como uma consolidação do papel essencial da enfermagem na assistência perioperatória às mulheres trans, fortalecendo o compromisso ético e a competência técnica da enfermagem nesta área.

9.3.2. O parecer

Figura 06 - Parecer Técnico COREN-RS Nº 02/2025



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL
Autarquia Federal - Lei nº 5.905/73

Câmara Técnica de Diversidade do COREN-RS
Portaria Coren-RS nº 303/2025

PARECER TÉCNICO COREN-RS Nº 02/2025

Respaldo ético legal para atuação da enfermagem no cuidado a mulheres trans no perioperatório de cirurgias de redesignação genital.

Fonte: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL – COREN-RS. Parecer Técnico COREN-RS Nº 02/2025. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_2c55a53ab4e9fb53e2499d445171b07d948.pdf. Acesso em: 14 fev. 2026.

9.4. Discussão

A construção do Parecer Técnico Coren-RS nº 02/2025 insere-se em um contexto histórico de avanços graduais, porém ainda insuficientes, no reconhecimento das necessidades específicas da população trans no âmbito do Sistema Único de Saúde e da saúde suplementar (Ministério da saúde, 2013; Pinheiro *et al.*, 2024; Boldrin *et al.*, 2025). Embora o processo transexualizador esteja institucionalizado desde 2013, persistem lacunas relacionadas ao preparo profissional, à padronização de condutas e, sobretudo, ao respaldo ético-legal das práticas assistenciais desenvolvidas cotidianamente pela enfermagem (Rocha; Terra; Freitas, 2025).

Tais lacunas não decorrem da inexistência de atribuições legais, mas da ausência de normativas específicas que interpretem e contextualizam a

Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Brasil, 1986) frente às demandas singulares do cuidado às pessoas trans. Nesse sentido, o parecer configura-se como um marco normativo, político e pedagógico ao legitimar práticas historicamente exercidas pela enfermagem nos serviços de saúde, mas que careciam de segurança jurídica e reconhecimento institucional.

9.4.1. Avanços promovidos pelo parecer técnico

Entre os principais avanços decorrentes da elaboração e homologação do parecer destaca-se o reconhecimento formal da atuação da enfermagem no cuidado perioperatório de mulheres trans submetidas à cirurgia de redesignação genital, em consonância com as atribuições legalmente previstas para enfermeiros e técnicos de enfermagem no cuidado a pacientes em situações de maior complexidade clínica, conforme disposto na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987. Ao delimitar de forma precisa as nítidas responsabilidades e competências nesse contexto assistencial, o parecer fortalece a autonomia profissional e reduz zonas historicamente marcadas por insegurança ética e legal no exercício cotidiano do cuidado.

Outro avanço relevante refere-se ao caráter coletivo e interinstitucional do processo de construção do parecer, que envolveu a escuta de profissionais da assistência, da gestão e da academia, bem como o diálogo com diferentes câmaras técnicas. Essa estratégia permitiu uma interpretação ampliada da legislação profissional, articulando as competências da enfermagem às políticas públicas de saúde e às especificidades do cuidado perioperatório no processo transexualizador (Ministério da saúde, 2013; Pinheiro *et al.*, 2024).

9.4.2. Desafios persistentes na assistência às mulheres trans

Apesar dos avanços normativos, permanecem desafios significativos para a efetivação do cuidado integral às mulheres trans no contexto hospitalar e na rede de atenção à saúde. Evidências apontam que o despreparo profissional, a reprodução de estigmas e a insuficiente inserção

da temática da diversidade sexual e de gênero nos processos formativos continuam impactando negativamente a qualidade da assistência (Rocha; Terra; Freitas, 2025; Boldrin *et al.*, 2025). Esses desafios revelam uma distância entre as atribuições legalmente estabelecidas para a enfermagem e as condições concretas de sua operacionalização nos serviços de saúde.

Soma-se a esse cenário a baixa cobertura de serviços habilitados ao processo transexualizador e as desigualdades regionais no acesso às cirurgias e ao acompanhamento perioperatório (Pinheiro *et al.*, 2024). Nesse sentido, torna-se imprescindível o fortalecimento da educação permanente em saúde, de modo que o parecer não se restrinja a um documento normativo, mas se traduza em mudanças efetivas nas práticas assistenciais (Silva *et al.*, 2024). A implementação das diretrizes ali estabelecidas demanda investimentos institucionais, sensibilização das equipes multiprofissionais e articulação contínua entre conselhos profissionais, gestores e serviços de saúde.

9.4.3. Implicações ético-políticas para a enfermagem

Sob a perspectiva ético-política, o parecer reafirma o papel dos conselhos profissionais como instâncias reguladoras que, para além de sua função fiscalizatória, assumam uma dimensão pedagógica, orientadora e indutora de boas práticas (Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564/2017). Ao respaldar a atuação da enfermagem no cuidado perioperatório de mulheres trans, o COREN-RS e o COFEN exercem sua atribuição legal de interpretar e normatizar o exercício profissional, contribuindo para o enfrentamento das violências simbólicas e institucionais ainda presentes no campo da saúde.

O processo de construção do parecer evidencia a potência do pensamento crítico como dispositivo formativo e transformador da prática profissional, ao permitir que a enfermagem ultrapasse uma atuação meramente executora de protocolos e se constitua como agente político na

produção de normativas, saberes e direitos, em consonância com os princípios da educação crítica e da justiça social.

Nesse sentido, a experiência relatada evidencia que a regulamentação profissional pode e deve atuar como instrumento de transformação social, ao articular a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem com os princípios da equidade, da integralidade e da dignidade humana (Ministério da saúde, 2013; Boldrin *et al.*, 2025). O parecer amplia possibilidades de cuidado, reduz iniquidades e reafirma a enfermagem como uma profissão tecnicamente qualificada, eticamente responsável e politicamente engajada com a diversidade e os direitos humanos e a justiça social.

9.5. Conclusão

A experiência da construção do parecer técnico permitiu reiterar o compromisso regulador, pedagógico e político do conselho com a diversidade sexual e de gênero. O respaldo legal para a atuação da enfermagem no perioperatório de cirurgias de redesignação genital de mulheres trans vai ao encontro do cuidado ético e humanizado, fortalecendo os princípios do SUS e a política nacional.

Ao dialogar diretamente com os objetivos da pesquisa “Redesignadas: mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras”, este capítulo contribui para a compreensão de que os impactos da cirurgia de redesignação genital não se restringem à dimensão clínica, mas atravessam campos institucionais, normativos e simbólicos, nos quais a enfermagem desempenha papel central na mediação entre direitos, políticas públicas e cuidado.

Para os membros da Câmara Técnica de Diversidade e Equidade do COREN-RS, o resultado do trabalho desenvolvido que culminou na homologação do Parecer Técnico pelo Conselho Federal de Enfermagem

representa motivo de orgulho institucional e, simultaneamente, um chamado à continuidade da atuação política e técnica em defesa de uma enfermagem comprometida com a equidade e os direitos humanos.

Além de seu caráter normativo, o parecer consolida-se como um instrumento de enfrentamento às iniquidades históricas vivenciadas pela população trans no campo da saúde, ao reconhecer e legitimar práticas assistenciais que já vinham sendo desempenhadas pela enfermagem, porém sem o devido respaldo ético-legal. Ao conferir segurança jurídica aos profissionais, o documento contribui para qualificar o cuidado, reduzir vulnerabilidades institucionais e ampliar a responsabilização dos serviços de saúde frente às necessidades específicas dessa população.

Destaca-se, ainda, o papel estratégico dos conselhos profissionais como agentes ativos na promoção de transformações sociais, superando uma lógica estritamente fiscalizatória e assumindo uma postura pedagógica, propositiva e alinhada aos princípios da justiça social.

A construção coletiva do parecer evidencia que a regulação profissional pode e deve dialogar com a prática, com a produção científica e com as demandas sociais emergentes, especialmente em contextos marcados por exclusões estruturais.

Por fim, entende-se que o parecer técnico não encerra o debate, mas inaugura novas possibilidades para o avanço da enfermagem na atenção à saúde da população LGBTQIAP+. Seu conteúdo convoca à ampliação de processos formativos, à qualificação permanente das equipes e ao fortalecimento da articulação entre gestão, assistência e controle social, reafirmando a enfermagem como protagonista na defesa de um cuidado integral, ético e comprometido com a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

BOLDRIN, V. C. *et al.* Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, p. e10912023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.10912023.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5642017_59145.html. Acesso em: 20 abr. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Parecer Técnico COREN-RS nº 02/2025**: respaldo ético-legal para atuação da enfermagem no cuidado a mulheres trans no perioperatório de cirurgias de redesignação genital. Porto Alegre: COREN-RS, 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

PINHEIRO, T. F. *et al.* Difficulties and advances in access to and use of health services by transgender women and travestis in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. e240007, 2024. DOI: 10.1590/1980-549720240007.supl.1.2.

ROCHA, S. N.; TERRA, F. S.; FREITAS, P. S. Nursing and equity: challenges of Primary Health Care in approaching transgender people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 78, n. 4, p. e78suppl0401, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167.202578suppl0401pt.

SILVA, M. E. M. P. *et al.* A repercussão da cirurgia de readequação sexual em pessoas transgênero. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 9, p. 949–960, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i9.15434.

PARTE II - METODOLOGIA

10. METODOLOGIA

10.1. Aspectos éticos

O Dossiê “Redesignadas” originou-se de um projeto de pesquisa maior intitulado “Redesignadas”: mapeamento sobre repercussões da cirurgia de redesignação sexual em mulheres trans brasileiras e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 91866625.7.0000.0121 e Parecer número: 7.864.218), em conformidade com princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS 466 de 2012 e demais orientações descritas na Norma Operacional 001/2013.

Todas as participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo da Resolução CNS 411 de 2011. As participantes que foram identificadas com algum desconforto durante a realização das entrevistas e ou durante os grupos de convergência realizadas foram encaminhadas à pesquisadora principal responsável pelo estudo que procedeu um atendimento de saúde mental virtual. A coordenadora da pesquisa também ficou disponível durante todo o processo de coleta de dados para supervisão clínica, escuta, manejo e encaminhamentos nos casos necessários.

10.2. Treinamento da equipe

Houve um treinamento para as pesquisadoras comunitárias - coordenadoras das regiões (Centro - oeste e Distrito Federal, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul) e para as alunas de graduação e pós graduação da UFSC integrantes do MentalTrans - Laboratório de Pesquisas, Tecnologias e Inovação em Enfermagem Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Transgeneridades - CNPq/ UFSC que foram selecionadas para executar a

pesquisa. O treinamento ocorreu antes da coleta inicial - 1a fase (entrevistas-conversaão).

As entrevistas foram realizadas pelas cinco pesquisadoras comunitárias, coordenadoras das 5 regiões do Brasil e Distrito Federal. Todas as pesquisadoras comunitárias e a coordenadora geral do Dossiê são mulheres trans redesignadas.

Para a 2a fase (grupo de convergência), construção do grupo de convergência, também foi realizado treinamento geral pela coordenadora do projeto e a coleta de dados desta fase será realizada pela coordenação geral do projeto juntamente com as coordenadoras regionais e as alunas da UFSC selecionadas.

Ambos os treinamentos seguiram uma metodologia expositiva e dialogada, na plataforma de webconferência RNP (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa) com um total de 8 horas, contendo o seguinte conteúdo programático: a) Apresentação da pesquisa, com objetivos e responsabilidades das equipes de pesquisa coparticipantes durante a coleta de dados (1 hora), b) Abordagem de pesquisa às mulheres trans redesignadas, fluxograma da pesquisa, convite (1 hora), c) Esclarecendo dúvidas frequentes sobre as entrevistas e grupos (1 hora), d) Esclarecendo dúvidas frequentes sobre os grupos de convergência e a produção do dossiê (2 horas), e) Treinamento com todas as coordenadoras regionais sobre o referencial da diversidade e do transfeminismo que norteará todo o projeto (3 horas).

10.3. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, interventivo (pesquisa convergente assistencial - PCA), com coleta de dados primários, realizado totalmente de forma virtual: 01 formulário autoaplicável por meio da plataforma google

forms; entrevistas-conversação e grupos de convergência por meio da plataforma google meets.

A proposta foi dividida didaticamente em três fases:

- a) 1a fase - um questionário autoaplicável via google forms;
- b) 2a fase - um estudo convergente assistencial (entrevistas-conversação e grupos de convergência) e;
- c) 3a fase - construção do dossiê temático.

A 1a fase da pesquisa - um questionário autoaplicável, no intuito de mapear as principais características socio-demográficas das mulheres trans redesignadas.

A 2a fase - um estudo convergente assistencial (entrevistas-conversações) buscou compreender as percepções das participantes acerca das repercussões da CRS em sua saúde e, num segundo momento um estudo convergente assistencial (grupos de convergência) que aprofundou em grupo questões que foram sistematizadas nas entrevistas-conversações e que mereceram ser melhor debatidas em grupo ;

A 3a fase - construção do dossiê propriamente dito acerca da repercussão da CRS na saúde de mulheres redesignadas.

10.4. Cenário

De acordo com Paim e Trentini (2004), o ambiente de pesquisa corresponde ao espaço onde se desenrolam as interações sociais relacionadas ao objeto de pesquisa-intervenção. Esta pesquisa deu-se totalmente em ambiente virtual a partir do contato com o movimento social denominado INAMUR - Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas.

10.5. Participantes

Foram convidadas a participar da pesquisa (entrevistas-conversações + grupos de convergência), as mulheres trans redesignadas integrantes do INAMUR e as demais mulheres redesignadas que as “inamoras” indicaram de suas redes de relações e movimentos sociais de base. As inamoras foram convidadas a participar por ocasião de assembleia ordinária geral que é realizada periodicamente por meio de postagem realizada no instagram do Inamur.

Os critérios de inclusão foram: identificar-se como mulher trans ou travesti e que tenha realizado a cirurgia de redesignação sexual maior de 18 anos.

Os critérios de exclusão foram: ter-se identificado como mulher trans ou travesti e no momento da coleta informar outra identidade de gênero.

10.6. Coleta de dados

Nesse dossiê, para assegurar a triangulação dos dados, foram adotados 3 instrumentos principais para a coleta de dados: análise dos questionários, entrevistas-conversações virtualmente, agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes e os grupos de convergência virtuais organizados por cada estado da federal e o distrito federal agendados previamente.

10.7. Análise de dados

Os dados quantitativos oriundos do formulário autoaplicável foram coletados por meio de do google forms e apresentados por meio de análises descritivas, com distribuição de frequências absolutas e relativas.

Os dados qualitativos oriundos das entrevistas-conversa  o e dos grupos de convergência foram submetidos   análise temática   luz das transepistemologias.

PARTE III - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL

11. PERCEPÇÕES DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS SOBRE A SAÚDE PÓS CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENITAL

Helena Moraes Cortes³¹

Igor Santos Araujo³²

Lethicia Vitória Fontana Formigoni³³

Andreia Morales Cascaes³⁴

11.1. Dados Sociodemográficos, econômicos e histórico

Antes de problematizar as experiências específicas relacionadas à cirurgia de transgenitalização e à saúde, é importante conhecer quem são as pessoas que participaram desta pesquisa. Os dados sociodemográficos apresentados a seguir oferecem um retrato do grupo que compõe este dossiê, permitindo situar suas vivências e perspectivas a partir de marcadores como idade, origem, raça, escolaridade, orientação sexual, condições de vida, entre outros. Sendo assim, esses dados ajudaram a compreender a diversidade de contextos das participantes brasileiras.

A análise dos dados sociodemográficos, de forma geral, revelou um perfil predominante composto por mulheres trans (97,2%), não intersexo (77,8%), autodeclaradas negras (pretas e pardas) (56,2%), situadas na faixa etária de 31 a 44 anos (43,4%), sendo a idade média das participantes 40 anos, variando entre 22 a 76 anos de idade, heterossexuais (81,3%), majoritariamente solteiras (63,2%), e não se autodeclaram como Pessoas

³¹ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC).

³² Cirurgião dentista. Discente do programa de pós graduação em Odontologia UFSC.

³³ Acadêmica de Enfermagem (UFSC). Bolsista de Iniciação Científica UFSC.

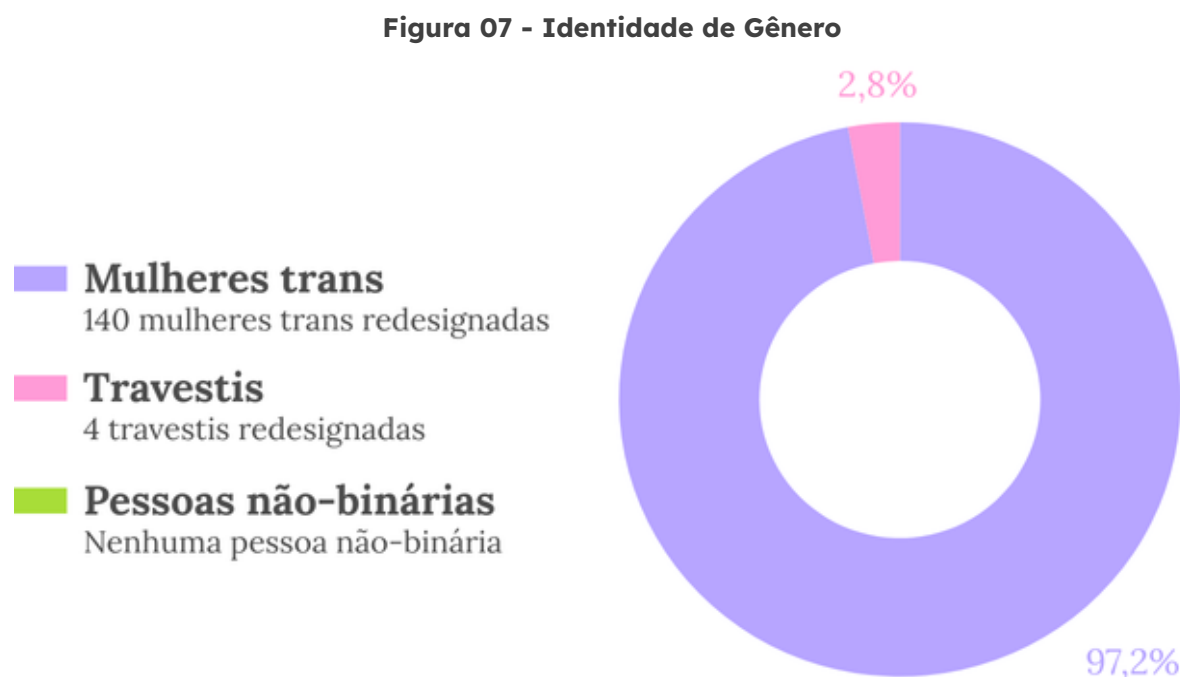
³⁴ Cirurgiã dentista. Doutora em Epidemiologia (UFPel). Docente do programa de Saúde coletiva (PPGSC UFSC).

com Deficiência (PCDs). Além disso, a maioria das respondentes reside nas regiões Centro-Oeste / DF (31,7%) e Sudeste (28,9%).

Esse panorama inicial oferece uma base para a compreensão dos dados que serão discutidos nos próximos capítulos. A partir dele, é possível observar como diferentes marcadores sociais se combinam e atravessam as experiências de acesso à CRG, de cuidado pós-operatório e de saúde autopercebido de modo mais amplo.

11.1.1. Identidade de gênero

Observa-se, conforme ilustrado na Figura 07, que a maior parte das participantes que realizaram a Cirurgia de Redesignação Genital (CRG) se identificam como mulheres trans, expressa por 97,2%. Em contrapartida, chama a atenção a baixa representatividade de pessoas que se identificavam como travestis (2,8%) e a ausência de pessoas não-binárias, ainda que disponível como opção no formulário auto aplicado durante coleta de dados.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Essa disparidade dialoga com as questões analítico-conceituais sobre gênero na realidade brasileira. Jesus (2012) problematizou que o termo travesti, identidade sócio-cultural que tem sido construída no Brasil desde a década de 1990, carrega consigo um peso histórico de pejoratividade, associado a enganações ou ao fingimento de ser quem não é. Esse estigma, consolidado na linguagem e no imaginário popular, pode influenciar a forma como as pessoas se autodeclaram em diferentes contextos.

Ainda, esses dados evidenciam as normas que regem o entendimento social de gênero. Segundo Vidal e Castilho (2023), tais normas são muitas vezes implícitas e tornam-se visíveis com os efeitos que geram, como o silenciamento de identidades em favor de modelos mais tradicionais de masculinidade e feminilidade, ou seja, o binarismo de gênero como norma.

Dessa forma, entende-se não apenas a baixa porcentagem de pessoas transgenitalizadas que se autorreferenciaram como travestis, mas também a ausência de pessoas não-binárias que tivessem realizado a CRG, o que sugere que as modificações corporais ainda são percebidas como um percurso binário, onde corpos que não visam a conformidade total aos padrões normativos de feminilidade são marginalizados ou forçados a se enquadrar em categorias pré-estabelecidas para garantir o acesso ao direito à saúde (Abreu, 2023).

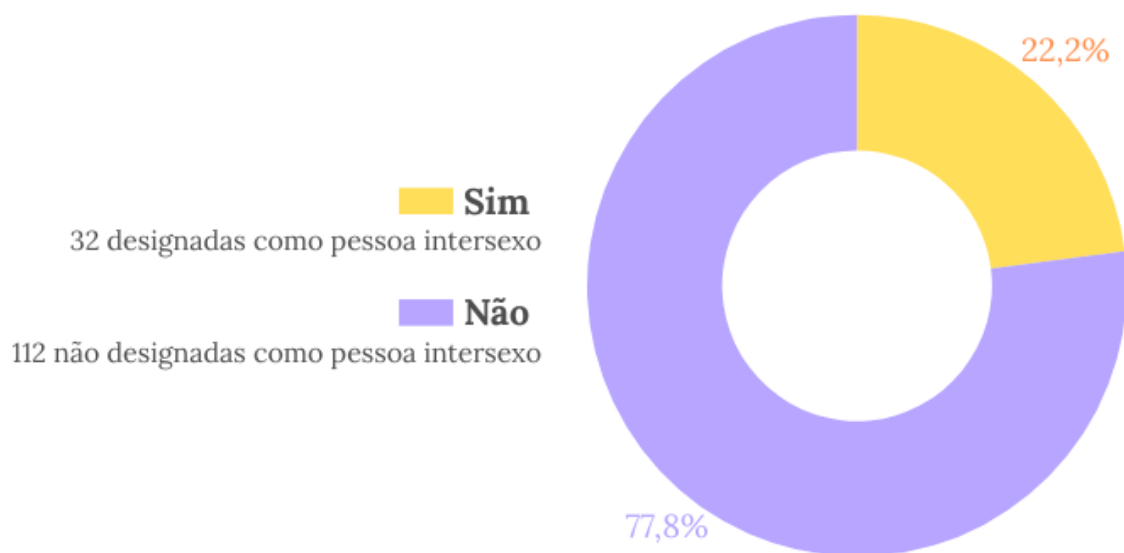
Entretanto, ainda que somente 4 participantes, entre as 143, identificaram-se como travestis após a CRG, e esse dado aponta para um deslocamento político-social do entendimento binário de gênero, expresso nas narrativas, nos debates e nas experiências vividas. A politização da travestilidade no Brasil se deve muito ao movimento social organizado, representado especialmente pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA).

11.1.2. Intersexualidade

Como mostra a Figura 08, foram identificadas 32 pessoas intersexo neste dossiê, o que nos leva a refletir sobre uma população que, historicamente, teve sua integridade física gerida por decisões externas a comunidade intersexo. Para compreender a importância dessa visibilidade verificada nas respondentes deste dossiê, podemos olhar para as raízes históricas do controle sobre esses corpos, exemplificadas nas memórias de Alexina Barbin na obra "A Hermafrodita", organizada por organizada por Milanez (2022), uma mulher intersexo que vivia "normalmente" até que, por um exame médico, foi identificada "erroneamente" em seu nascimento, sendo obrigada a retificar seu sexo para o masculino e mudar seu nome.

Assim, o olhar biomédico hegemônico opera como uma ferramenta de silenciamento e controle de corpos, onde o diagnóstico médico se sobrepunha à vontade da pessoa.

Figura 08 - Intersexualidade



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Essa herança de gestão sobre a vida tem refletido na realidade brasileira por meio de protocolos que tratam a variação intersexo como uma

"anormalidade" a ser prontamente corrigida. Como discutido por Vieira *et al.* (2021), isso se consolida institucionalmente a partir de marcos como a Resolução nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina ao rotular as variações biológicas como anomalias. Assim, o sistema médico brasileiro não apenas nomeia o corpo, mas impõe a ele uma sentença de inadequação atravessada pela coação de escolhas.

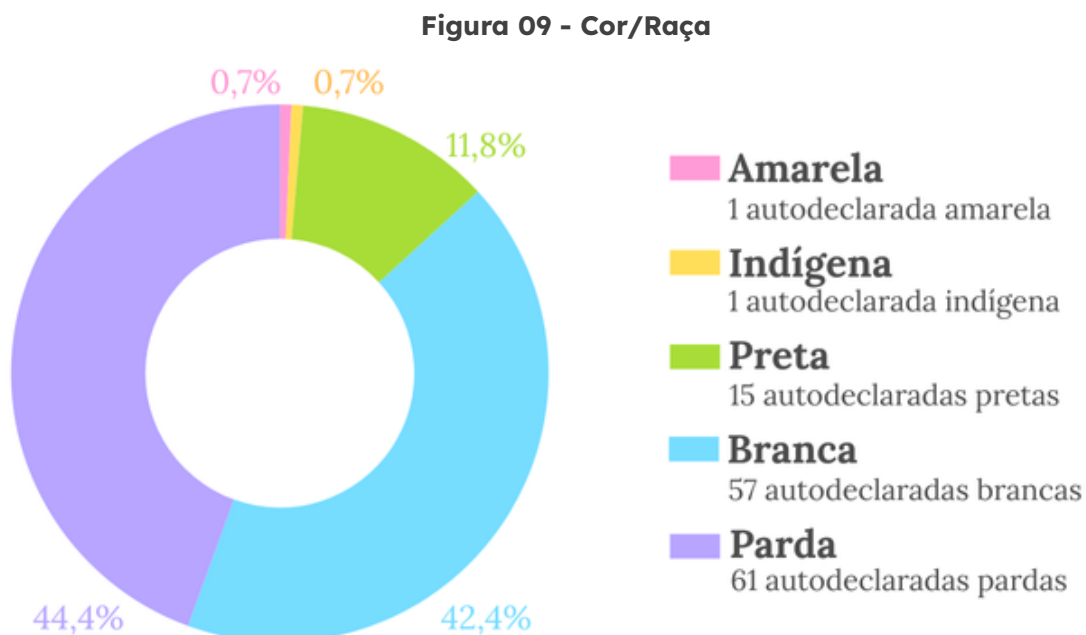
Ressalta-se que a luta pela despatologização das variações intersexo e o enfrentamento às cirurgias genitais compulsórias e de caráter mutilador no Brasil têm sido protagonizados por movimentos sociais organizados, dentre os quais se destacam a Associação Brasileira Intersexo (ABRAI), a Rede Brasileira de Pessoas Intersexo (Intersexo Brasil) e a Associação Brasileira Profissional para a Saúde Integral de Pessoas Travestis, Transexuais e Intersexo (ABRASITTI).

As pessoas intersexo acessando voluntariamente à CRG representam um marco de autodeterminação, onde a busca por cuidados em saúde deixa de ser uma imposição "corretiva" de terceiros para se tornar uma escolha consciente de quem vive sua experiência (Barbosa, 2025). Os números demonstrados na Figura 08, onde 22,2% das respondentes foram designadas como pessoas intersexo, revelam a necessidade de espaços que reconheçam a variação corporal como uma característica natural e respeitem o tempo e a voz de cada indivíduo na construção de sua própria identidade.

11.1.3. Cor/Raça

A análise do perfil de raça/cor na CRG levanta algumas questões sobre o acesso à saúde no Brasil. De acordo com os dados coletados, ilustrados na Figura 09, 44,4% das mulheres trans e travestis se autodeclararam como pardas e 11,8% como pretas, totalizando uma maioria de 56,2% de pessoas negras. Somam-se a elas 42,2% de pessoas brancas, enquanto as populações indígenas e amarelas representam, cada uma, 0,7% da amostra. Portanto, esses números nos ajudam a compreender quem são

as travestis e as mulheres trans que conseguem navegar pelas estruturas institucionais em busca de cuidado especializado.



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A interpretação desses dados não pode ser dissociada da realidade de violência e exclusão que marca a história da população trans e travesti no país. Conforme aponta a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2025), a raça é um fator determinante na exposição à violência letal, criando um cenário onde o racismo e a transfobia se interseccionam. Enquanto o acesso a procedimentos como a CRG indica reocupação, os dados de assassinatos revelam que o maior alvo do racismo transfóbico³⁵ continua sendo a população trans negra que, entre 2017 a 2024, mantém uma média de 78% das vítimas e para pessoas brancas é de 21% (ANTRA, 2025).

A predominância de pessoas negras no acesso ao serviço reflete, primordialmente, a própria composição demográfica da população trans no Brasil, que é majoritariamente negra segundo o Censo Trans (Souza e Araújo,

³⁵ Nota das autoras: pleonasmo intencional.

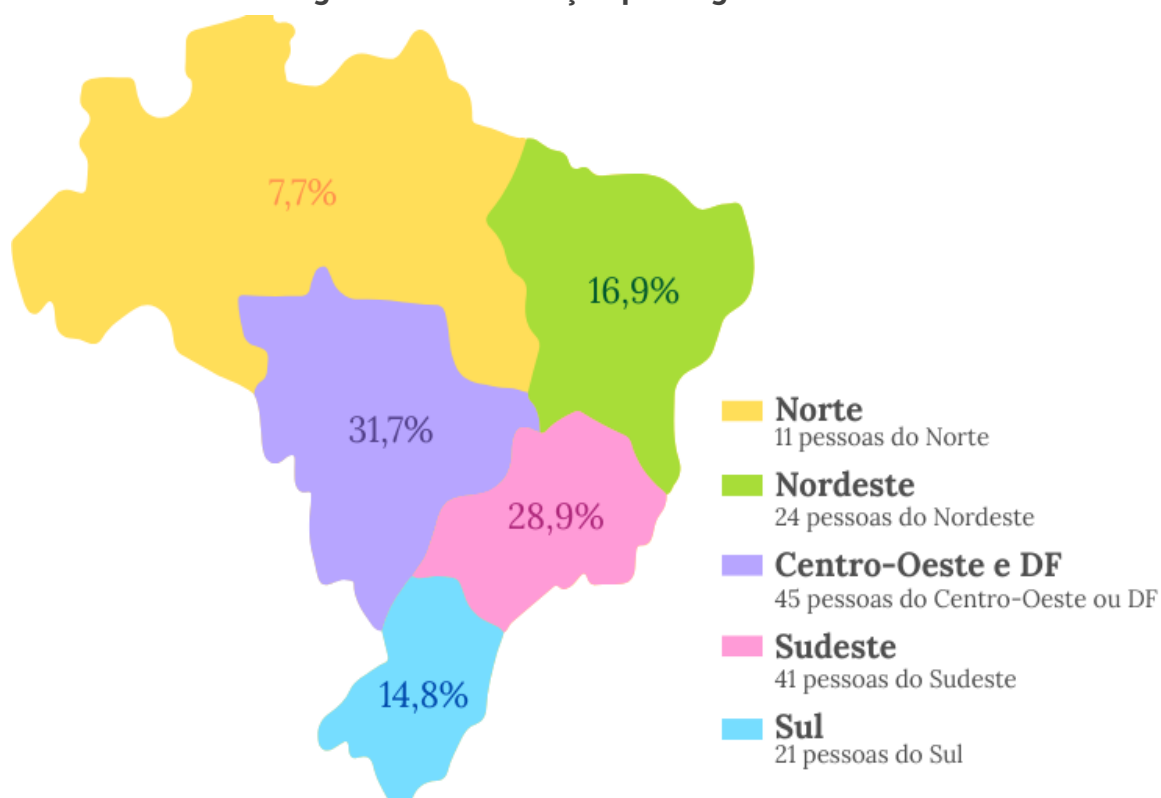
2022). Entretanto, a expressiva porcentagem de mulheres trans e travestis brancas (42,2%), em um país onde a população trans negra é a maioria, sugere que a ausência do marcador racial de exclusão funciona como um (não)facilitador nos itinerários de saúde. Ao passo que para pessoas brancas o percurso institucional é menos atravessado por dificuldades cumulativas, para a população negra o acesso à alta complexidade é o resultado de uma resistência contra o racismo e a transfobia que operam desde a atenção básica e, ainda, transpor tais barreiras e alcançar a cirurgia não significa o fim das vulnerabilidades que persistem no cotidiano pós-cirúrgico (Moraes, 2023).

Por fim, esse perfil reflete, em grande medida, a própria composição demográfica da população trans no país, majoritariamente negra. Ao mesmo tempo, a presença expressiva de pessoas brancas em um procedimento de alta complexidade como a CRG coloca em perspectiva as diferentes camadas de acesso que atravessam os percursos terapêuticos dessa população. Os dados, nesse sentido, convidam a uma leitura atenta sobre como raça, território, renda e outros marcadores sociais se combinam para viabilizar ou dificultar o acesso à saúde para algumas pessoas.

11.1.4. Distribuição por Região

A região em que uma pessoa vive pode impactar diretamente em sua saúde, atuando como um determinante social que define o acesso a recursos, qualidade e estilo de vida. A distribuição por região contém um n=142 de respondentes por não ter sido marcada como uma pergunta obrigatória no início da coleta. Ainda assim, podemos analisar como a geografia e a CRG conversam com a oferta de serviços e do até então chamado Processo Transexualizador no SUS. Conforme Figura 10, a distribuição populacional revelou que 31,7% residem no Centro-Oeste e Distrito Federal, seguidas por 28,9% no Sudeste, 16,9% no Nordeste, 14,8% no Sul e 7,7% na região Norte.

Figura 10 - Distribuição por Região no Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Destaca-se que o percentual inferior da região Sul não decorre de uma menor busca ou acesso, mas de uma resistência metodológica desta pesquisa. Houve um expressivo número de recusas em participar pelas pessoas contactadas na Região Sul, sendo verbalizado por elas que a população trans é comumente trazida às pesquisas como apenas objetos de estudo, ou como traz Oliveira (2023) como cobaias. Por este motivo, o presente levantamento teve o cuidado ético de ser conduzido por pares, isto é, mulheres trans e travestis que também vivenciaram a CRG na perspectiva de “pesquisadoras comunitárias”.

No Norte e no Nordeste, a realidade é marcada pela sobrecarga dos centros de referência, como o Hospital Universitário reconhecido de Pernambuco que enfrenta extensas filas de espera por ser o principal polo de atendimento para as duas regiões (Silva; Costa, 2019 apud Moraes, 2023). A fim de compreender mais a fundo a diferença de porcentagem entre as regiões, buscamos cruzar esses dados com os países onde as CRGs foram

realizadas pelas respondentes e, como mostra a Tabela 01, o Brasil é disparadamente o local onde mais se optou pelas respondentes para a realização da CRG.

Ainda assim, a espera de longos anos no SUS, combinada à percepção de maior qualidade técnica e facilidade burocrática em outros países, tem impelido mulheres trans e travestis brasileiras a realizarem suas cirurgias em clínicas privadas na Tailândia e na Coreia do Sul, o que pode desencadear sobrecargas financeiras absurdas a estas mulheres (Cortes, 2018). Este turismo cirúrgico, embora pouco representativo neste dossiê, sinaliza a existência de um mercado global da saúde trans, onde o direito à CRG é mediado pelo poder de compra e pela possibilidade de escapar das insuficiências do sistema público de saúde nacional.

Tabela 01 - Países Onde Realizaram a CRG

País	Frequência	Porcentagem
Brasil	134	93,1%
Tailândia	5	3,5%
Espanha	2	1,4%
Colômbia	1	0,7%
Reino unido	1	0,7%
Portugal	1	0,7%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Para tornar essa informação mais palpável, mapeamos dados recentes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) desde 2008, quando o Processo Transexualizador foi implantado, até outubro de 2025, dado mais recente até o momento que este dossiê foi escrito (2025). O resultado (Tabela 02) mostra que o Brasil realizou um total de 425 CRGs

nesse período, com uma concentração evidente na região Sudeste, com 146 procedimentos, seguido da região Sul com 112, e o Nordeste com 89. Nota-se, ainda, que embora o estado de Goiás apresenta um total de 78 procedimentos, houve um salto expressivo de cirurgias nos últimos dois anos, registrando 27 procedimentos em 2024 e 19 até outubro de 2025, o que indica uma recente aceleração deste polo no Centro-Oeste e DF.

Tabela 02 - CRGs Aprovadas por Região e Ano Atendimento pelo DATASUS

Região/Unidade da Federação	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Região Nordeste (Pernambuco)	-	5	9	10	9	11	4	5	9	11	10	6	89
Região Sudeste	11	14	12	11	10	8	5	5	9	19	25	17	146
• Minas Gerais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3
• Rio de Janeiro	4	6	5	5	6	4	1	4	5	16	19	11	86
• São Paulo	7	8	7	6	4	4	4	1	4	3	5	4	57
Região Sul (Rio Grande do Sul)	6	7	11	11	8	12	2	2	12	13	15	13	112
Região Centro-Oeste (Goiás)	-	-	6	7	8	5	1	-	-	5	27	19	78
Total	17	26	38	39	35	36	12	12	30	48	77	55	425

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2026.

Fonseca *et al.* (2024) apontam que a predominância do Sul e do Sudeste que concentram, historicamente, mais da metade das CRGs aprovadas no país é reflexo da distribuição dos serviços hospitalares habilitados: até 2024, das onze unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador existentes, sete situavam-se nessas duas regiões. Em contraste, a região Norte, apesar de possuir um hospital habilitado para tal fim, não apresenta registros de deferimentos de internação na tabela do DATASUS (2026) durante o período analisado, evidenciando um vazio assistencial cirúrgico que persiste mesmo com a habilitação formal da unidade.

Conforme o Tabela 02, o biênio 2020-2021 registrou o menor volume de cirurgias da série histórica, com apenas 12 procedimentos anuais, queda que Fonseca *et al.* (2024) atribuem ao redirecionamento dos sistemas de saúde para a pandemia de COVID-19, demonstrando seu impacto nas políticas de saúde transespecíficas.

Contudo, os dados de 2024 e 2025 mostram uma curva de recuperação, impulsionada não apenas pelas unidades hospitalares, mas pela expansão da rede ambulatorial especializada. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde lista unidades em estados como Mato Grosso do Sul, Paraná e Sergipe desde 2024, o que contribui para descentralização, ainda que muito presente, em grandes polos. Além disso, essa lista ainda contava com 11 serviços com competência inicial de atenção especializada no Processo Transexualizador em 2025 (Ministério da Saúde, 2026).

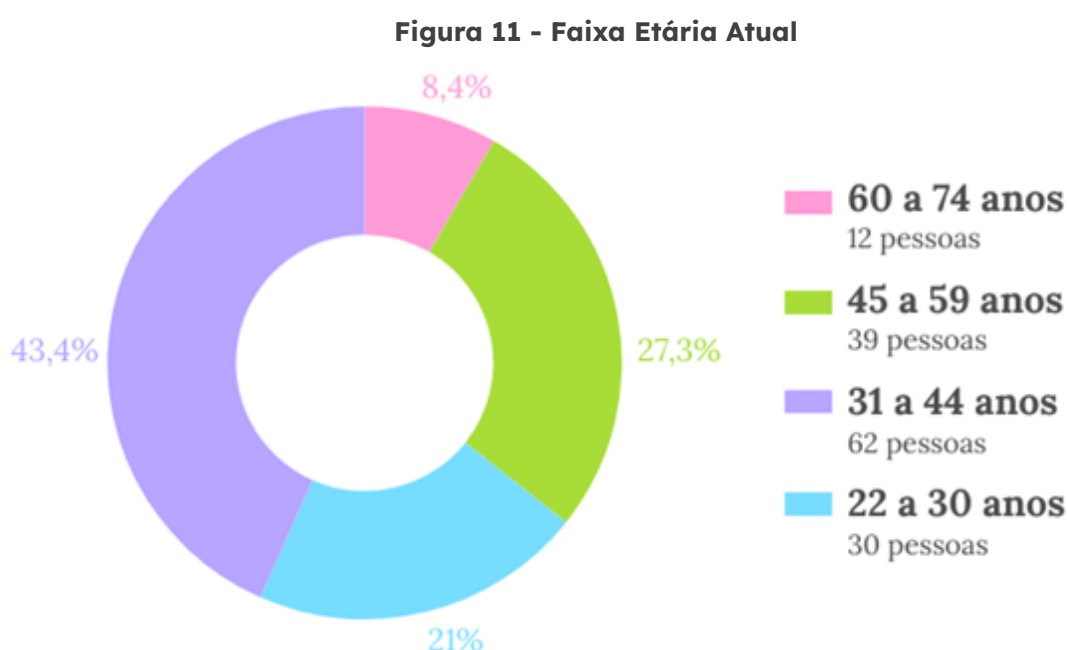
Por fim, os dados sobre a distribuição regional das participantes e os registros do DATASUS evidenciam a concentração histórica das CRG nas regiões Sul e Sudeste, ao mesmo tempo em que apontam para movimentos recentes de descentralização, com o crescimento de polos no Centro-Oeste e a habilitação de novos serviços em outras regiões. A ausência de procedimentos na região Norte, mesmo com um hospital habilitado, e a queda expressiva de cirurgias durante a pandemia reforçam as desigualdades que ainda marcam o acesso à CRG no país, assim como a retomada nos últimos anos sinaliza uma recuperação gradual do sistema.

Importante destacar o avanço proposto para as políticas de saúde da população trans no país - PAES Pop Trans (Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans) - liderado pela Professora Flávia Bonsucesso Teixeira com a liderança do Professor Helvécio Miranda Magalhães Júnior no contexto da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde (MS). Os entraves políticos de publicação do PAES POP TRANS descortinam um cenário de negação de

direitos, de perversidade e de validação estatal das políticas antigênero e antitrans no Brasil e no mundo (Teixeira *et al*, 2026).

11.1.5. Idade atual, na CRG e na transição social/hormonal

A idade média atual de mulheres trans e travestis que fizeram a CRG foi de 40,4 anos de idade (22 a 76 anos). Na Figura 11, a distribuição por faixa etária no momento que o formulário autoaplicado foi respondido se encontra em maioria na faixa de 31 a 44 anos, representadas por 43,4%.



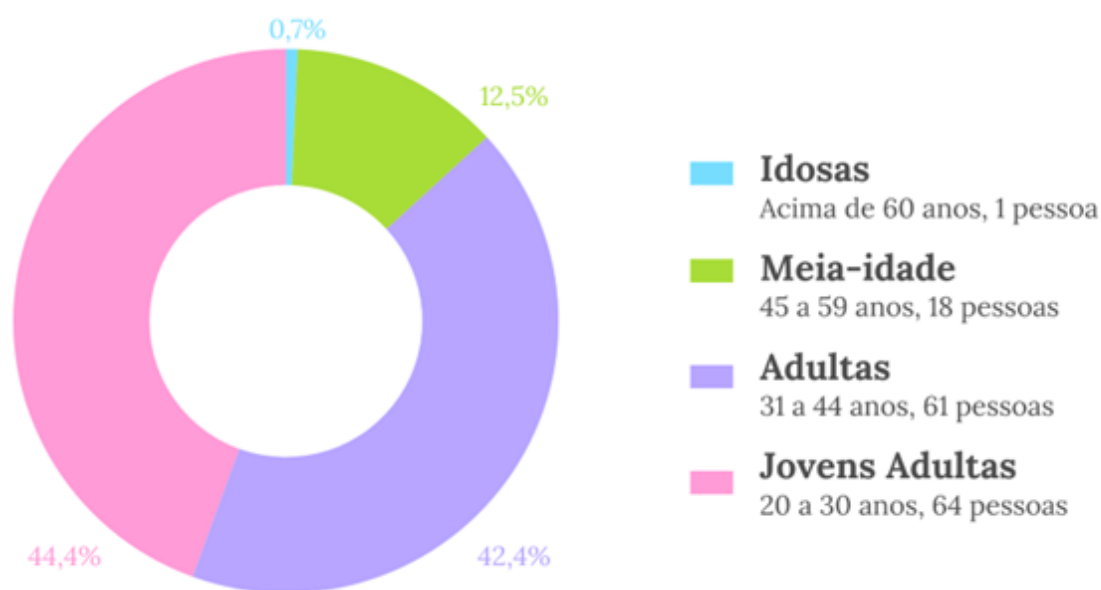
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A proximidade entre o percentual da idade atual (43,4% entre 31 e 44 anos) e a idade de realização da CRG (42,4% na mesma faixa), como mostra a Figura 12, demonstra tanto a resiliência quanto às barreiras estruturais de acesso à saúde e aos serviços. Dessa forma, esses dados sugerem que geralmente as CRGs ocorrem quando há maior estabilidade financeira ou após o enfrentamento das filas de espera do SUS, o que evidencia que o direito à transgenitalização é, muitas vezes, uma conquista de longo prazo.

Além disso, destaca-se que a idade adulta expressa nesses dados é politicamente potente, uma vez que a população trans no Brasil tem como

expectativa de vida média de 35 anos (ANTRA, 2025). Ao acessarem a cirurgia em idades mais avançadas, essas pessoas reivindicam o direito à qualidade de vida, o que reforça que os indicadores de violência são um chamado para políticas públicas que garantam o direito à vida e ao envelhecimento sadio (ANTRA, 2025).

Figura 12 - Idade que realizaram a CRG



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

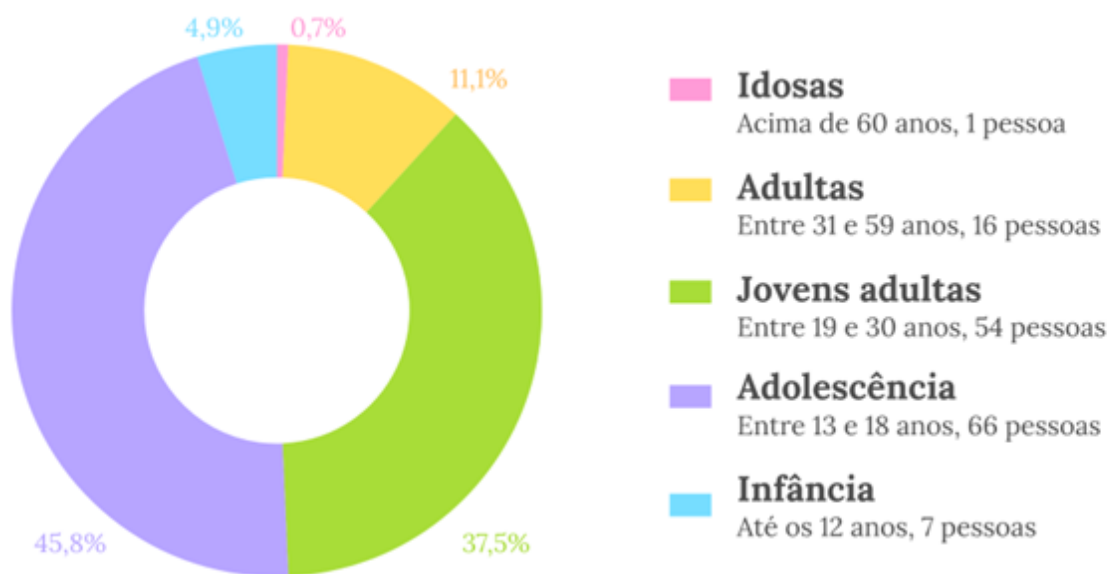
Cortes (2018), ao abordar os obstáculos do Processo Transexualizador no SUS, destaca que a escassez de avanços nos protocolos e as longas filas de espera fazem com que a cirurgia seja adiada por anos. Esse represamento explica por que, embora haja um grupo expressivo que acessa a cirurgia na juventude (44,4% entre 20 e 30 anos), a maioria só consegue transpor os impasses burocráticos e financeiros após a terceira década de vida, evidenciando que o acesso à saúde ainda não ocorre de forma ágil e universal.

Esse adiamento impõe desafios que vão além da burocracia e refletem nas preocupações com a integridade física durante o envelhecimento. Como aponta Moraes (2023), a demora do acesso ao procedimento gera inseguranças sobre a recuperação pós-cirúrgica em pessoas mais velhas.

Para aquelas que realizaram a CRG entre 45 e 59 anos (12,5%) ou após os 60 anos, a CRG não é apenas uma modificação corporal, mas uma reinvenção do cotidiano e do autocuidado. O diálogo entre esses dados denuncia um sistema que, pelas longas filas, obriga as pessoas trans a enfrentar os riscos de um pós-operatório mais complexo em troca do direito de envelhecer com a CRG (Morais, 2023).

A Figura 13 demonstra que a transição de gênero é um processo que se desdobra ao longo de toda a vida. A maioria das 144 participantes (66, ou 45,8%) iniciou sua transição social e/ou hormonal ainda na adolescência, entre 13 e 18 anos, e outras 7 (4,9%) vivenciaram essa experiência ainda na infância. Esses números reafirmam que crianças e adolescentes trans ou com variabilidade de gênero existem, compreendem suas identidades e buscam viver em consonância com elas mesmas muito antes da maioridade legal. Contudo, essa realidade é alvo de um aparato regulatório que patologiza a infância, como analisam Favero, Machado e Freitas (2022), transformando a vivência de gênero em objeto de diagnóstico e suspeita prolongada. Em 2025, esse modelo consolidou-se na Resolução N° 2.427/2025 do CFM que proíbe o acesso a bloqueadores hormonais e a chamada terapia hormonal cruzada para menores de 18 anos. Esta medida, um retrocesso ideologicamente motivado, agrava vulnerabilidades e violências de jovens trans ao ignorar o princípio da autonomia progressiva.

Figura 13 - Idade que iniciou a transição de gênero (social/hormonal)



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A leitura desses dados, porém, não se completa sem observar o outro lado das histórias. As 16 participantes (11,1%) que começaram sua transição na idade adulta (31 a 59 anos) e aquela que o fez após os 60 anos personificam um ato político de sobrevivência e reinvenção. Em um contexto onde a expectativa de vida da população trans é drasticamente reduzida, alcançar e ressignificar a velhice é, em si, um poderoso ato de resistência à (trans) necropolítica, isto é, à estrutura social que opera pelo extermínio e abandono desses corpos (Lixa; Dittrich, 2025).

O conjunto dos dados de idade da CRG e do início da transição de gênero, compõe um ato contínuo de afirmação frente a um sistema que a adia, patologiza ou invisibiliza em cada etapa. Da criança que sabe quem é e que contraria expectativas familiares e socialmente impostas à mulher trans e travesti que se (re)encontra na maturidade, cada idade reveste-se como um marco de resistência. Assim, garantir o direito a envelhecer com dignidade exige, necessariamente, desobstruir o caminho desde o seu início de seu autorreconhecimento enquanto pessoa trans, assegurando-se que o acesso à saúde seja um direito vivido em todas as etapas da vida.

11.1.6. Orientação Sexual

A discussão sobre a orientação sexual de mulheres trans e travestis redesignadas exige uma análise das categorias (não) normativas que moldam a compreensão do desejo. Como demonstra a Tabela 03, nota-se um espectro diverso de orientações sexuais, como heterossexuais (81,3%), bissexuais (6,9%), lésbicas (3,5%), pansexuais (2,8%), outras (2,1%) e assexuais (0,7%). Essa pluralidade indica que a realidade de mulheres trans e travestis redesignadas transborda rótulos tradicionais, revelando uma autonomia do desejo que nem sempre se encaixa nas expectativas sociais. Segundo Pascio Monteiro e Porchat (2021), a predominância da heterossexualidade pode ser lida, em muitos casos, como uma busca por "passabilidade" e legitimidade social, funcionando como uma ferramenta de inserção e segurança em uma estrutura que frequentemente marginaliza corpos dissidentes.

Para além desse sentido, Monteiro e Porchat (2021) ainda argumentam que o conceito tradicional de heterossexualidade é muitas vezes insuficiente para definir a experiência trans, pois foi historicamente estruturada para enquadrar corpos cisgêneros com base no sexo biológico. Para as autoras, a vivência heterossexual de mulheres trans e travestis possui uma singularidade própria e se difere da experiência cisgênera justamente pelos desafios enfrentados no reconhecimento de suas identidades. Muitas vezes, a sociedade tenta deslegitimar sua orientação sexual ao não validar seu gênero. Por isso, longe de ser um enquadramento passivo, a identidade heterossexual nesse contexto é uma afirmação de si que negocia constantemente com as imposições e as barreiras de uma estrutura cisnormativa que tenta ser imposta a todo o instante.

Tabela 03 - Orientação Sexual

Orientação sexual	Frequência	Porcentagem
Heterossexuais	117	81,3%
Bissexuais	10	6,9%
Lésbicas	5	3,5%
Pansexuais	4	2,8%
Preferem não dizer	4	2,8%
Outra	3	2,1%
Assexuais	1	0,7%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Essa diversidade ajuda a desmistificar, inclusive, o propósito das CRGs. Embora representada por apenas 0,7% da amostra, a assexualidade demonstra que a cirurgia não é necessariamente motivada pela busca por relações sexuais ou aumento da libido. De acordo com Wenk *et al.* (2025), embora a funcionalidade sexual seja preservada em sua maioria após a CRG, a satisfação pós-operatória está intrinsecamente ligada ao conforto com a própria imagem em primeiro lugar, para além das possíveis relações sexuais.

Por outro lado, o fato de 2,8% das participantes optarem por não declarar sua orientação sexual pode ser compreendido pelos impactos do estresse de minorias. Segundo Souza *et al.* (2025), o estresse de minoria é estruturado, entre outras coisas, pela ocultação da orientação sexual e o preconceito antecipado, o que resulta em medo, vergonha ou mesmo na recusa em nomear sua sexualidade. Além disso, esses dados podem até

mesmo justificar-se pelo não saber nominar sua sexualidade, visto que pessoas LGBT são historicamente reprimidas a não praticar o autoconhecimento de seus corpos.

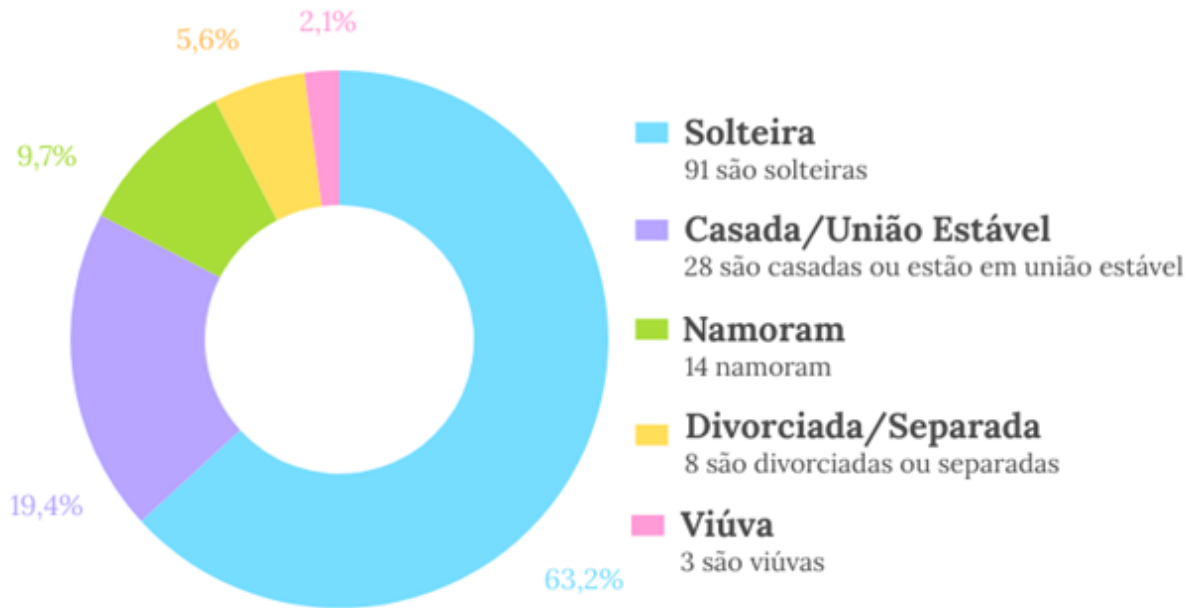
Em suma, a presença de uma multiplicidade de orientações sexuais entre mulheres trans e travestis, incluindo heterossexuais, lésbicas, bissexuais, pansexuais e assexuais, reitera que a CRG é um processo de libertação e não de enquadramento em novas normas. Desse modo, as vivências de pessoas trans deixam de ser uma busca por adequação a um padrão único e passam a ser celebradas como diversas possibilidades afetivas e existenciais.

11.1.7. Estado Civil

Os relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres trans e travestis são atravessados por expectativas sociais e pela busca de autonomia. A CRG, além das mudanças físicas, carrega consigo modificações psicossociais e as insere em novas dinâmicas de percepção social e autopercepção. Dentre as diferentes esferas que compõem o bem-estar e a plenitude, a construção de laços de afeto é uma das possibilidades de exercício de realização individual.

Conforme a Figura 14, o estado civil prevalente encontrado é de solteira, com 63,2%, enquanto outra parcela considerável está em algum tipo de relacionamento estável: 19,4% são casadas ou estão em uma união estável, enquanto 9,7% namoram. Esse elevado índice de solteiras pode refletir tanto uma escolha própria pela autonomia, quanto a dificuldade estrutural em encontrar uma parceria saudável e respeitosa, seja ela heterossexual, bissexual ou homossexual. Como observado anteriormente, 81,3% das respondentes são heterossexuais, fato que impacta o quantitativo de solteiras, visto que a maioria transita em relacionamentos com parceiros inseridos num contexto de masculinidade, onde a transfobia é mais acentuada, transformando muitas vezes o vínculo em motivo de vergonha ou clandestinidade (Almeida; Santos, 2024).

Figura 14 - Estado Civil



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Essa dificuldade de consolidação de vínculos é frequentemente alimentada pela forma como a masculinidade cisgênera reage ao corpo transfemininos. Para Almeida e Belo (2019), muitos homens não reconhecem mulheres trans e travestis como dignas de amor público, limitando a interação ao campo do fetiche. Nesse cenário, a CRG pode ser ambivalente se, por um lado, pode reduzir o estigma em certos contextos sociais, por outro, pode intensificar a fetichização pela curiosidade em torno da "novidade". O entrave, portanto, reside na insegurança do parceiro em ver sua própria identidade questionada ao assumir uma relação que a sociedade ainda marginaliza (Almeida; Belo, 2019).

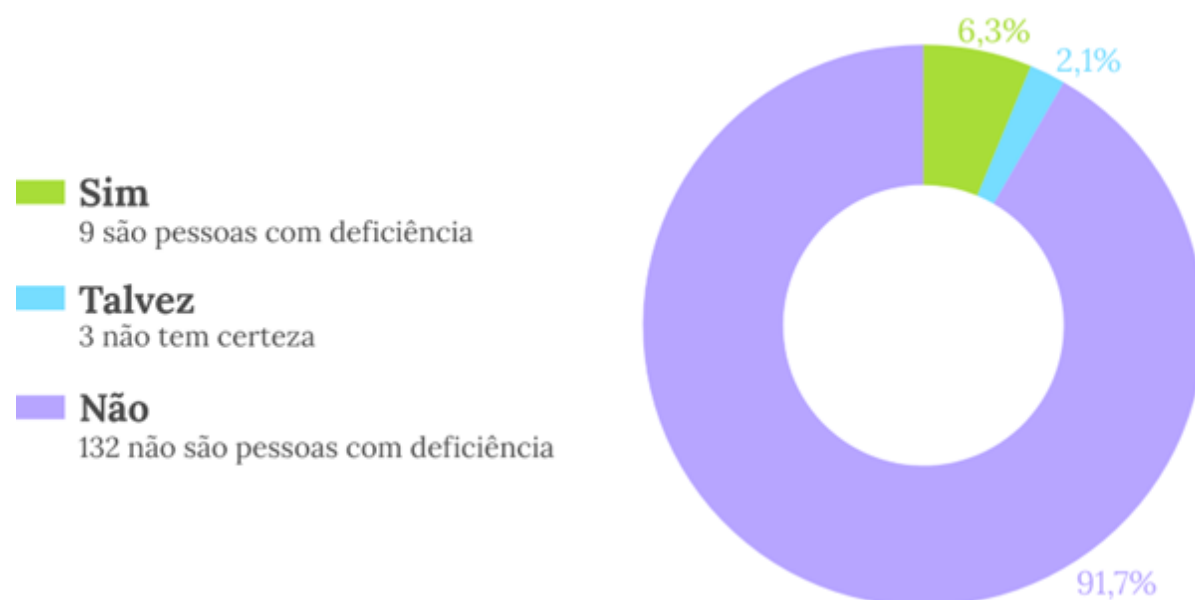
Ao mesmo tempo, o percentual de relações estáveis demonstra que, apesar dos obstáculos, existem caminhos para a construção de vínculos. Diante de um cenário afetivo muitas vezes hostil e fetichizado, as redes de apoio entre as próprias mulheres trans e travestis surgem como um pilar essencial de sustentação e bem-estar (Rovai, 2021).

As redes funcionam como espaços de resistência e acolhimento, transformando a solidão em solidariedade e promovendo o amor-próprio. Assim, o cuidado coletivo permite que essas pessoas construam afetos que prescindem da validação externa ou de parceiros que buscam mantê-las na invisibilidade.

11.1.8. Pessoa com Deficiência

Na Figura 15, podemos observar que, dentre as 144 participantes, 9 são PCDs, 3 não têm certeza sobre e 132 não são PCDs. Dessa forma, cria-se um ponto de partida para se compreender a pluralidade de existências que compõem a população trans. Como argumentado por Moreira *et al.* (2022), assumir a deficiência como um marcador analítico fortalece o campo da saúde coletiva para enfrentar sistemas de opressão que se fundamentam em normas rígidas sobre o corpo.

Figura 15 - Pessoas com Deficiência (PCD)



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A fim de compreender melhor, Marafon e Piluso (2021) abordam a teoria crip, um campo de pensamento que entrelaça os estudos da

deficiência e da teoria *queer*, o que ajuda a deslocar o olhar sobre a deficiência como uma condição entendida como falta ou limitação e, passa a vê-la como uma experiência corporal que revela e desafia as expectativas sociais sobre como um corpo deve funcionar, ser produtivo ou expressar gênero e sexualidade. Ao aplicar essa lente às vivências das mulheres trans e travestis com deficiência, é possível ver como desafiam e, por vezes, reinventam os protocolos de saúde e cuidado no pós-operatório, a partir de suas próprias corporeidades.

Essa perspectiva permite entender o processo pós-cirúrgico para além do biomédico, situando-o como um espaço onde a interseção entre transgeneridade e deficiência pode gerar práticas e conhecimentos específicos sobre acessibilidade, conforto e bem-estar. As necessidades que surgem dessa convergência desafiam modelos padronizados de atenção, apontando para a importância de um olhar clínico e social que seja sensível a essas particularidades.

Os dados sinalizam, portanto, experiências que merecem atenção específica dentro das vivências trans. Além disso, a própria incerteza de ser ou não PCD pode refletir a complexidade em se identificar como em um contexto social que associa as deficiências à limitação, o que mostra a relevância de ampliar os olhares para que o cuidado englobe diversas realidades numa lógica de autonomia e não patologizante.

11.1.9. Escolaridade, Empregabilidade e Renda

Com relação aos aspectos socioeconômicos e de escolaridade, observa-se que a maioria acessou o ensino superior (63,8%) e encontra-se inserida no mercado de trabalho. Em relação à renda familiar, embora a faixa predominante variou entre 1 a 3 salários mínimos (35,4%), destacou-se que uma parcela expressiva (29,9%) relatou receber até um salário mínimo, indicando vulnerabilidade financeira em parte das participantes.

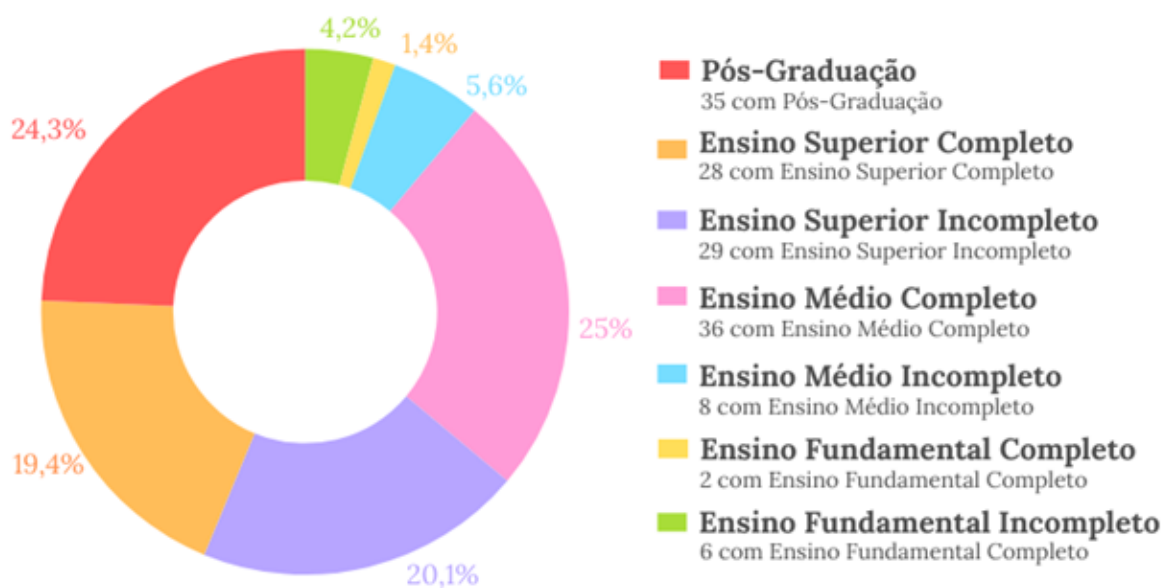
A vida de mulheres trans e travestis no Brasil pode ser marcada por uma exclusão sistêmica que se inicia, muitas vezes, no seio familiar e se

estende por todas as instituições sociais. Historicamente, barreiras no acesso à educação básica, à saúde e ao mercado de trabalho formal são a realidade, mas o recorte deste dossiê apresenta novos contornos, marcados pela busca de direitos, visibilidade e ocupação de espaços.

Ao analisarmos a Figura 16, observou-se um grupo que atravessou processos burocráticos e de saúde complexos, o que se reflete também em suas caminhadas educacionais e profissionais. Cerca de 63,8% das participantes acessaram o ensino superior, o que sinaliza uma ruptura com o ciclo histórico de evasão escolar precoce. Carvalho e Altmann (2023) descrevem a difícil permanência no ambiente escolar em virtude de normas e práticas discriminatórias por gestores, professores e estudantes que levam até a interrupção da educação. No entanto, o fortalecimento de vínculos de amizade, reconhecimento identitário, políticas de permanência e redes de proteção dentro desse ambiente funciona como um fator determinante para a permanência e continuidade acadêmica (Carvalho; Altmann, 2023).

Sendo assim, o alcance do nível superior pela maioria das participantes sugere que estratégias de enfrentamento foram consolidadas, permitindo que mulheres trans e travestis tenham, de fato, direito a projetos de futuro profissional. Além disso, a expansão de ações afirmativas e políticas de reserva de vagas em universidades públicas brasileiras têm desempenhado um papel indispensável na democratização do acesso e produção de novos saberes (Campos; Piana, 2024).

Figura 16 - Escolaridade



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

No que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, a Tabela 04 demonstra que 26,4% atuam com carteira assinada e 22,9% de forma autônoma, enquanto 20,1% são servidoras públicas. O desemprego atinge 10,4% e o trabalho informal sem registro alcança 6,9%. Outros perfis incluem estudantes (4,2%), profissionais do sexo (3,5%), aposentadas (2,1%) e outras ocupações (3,5%).

Tabela 04 - Situação Profissional Atual

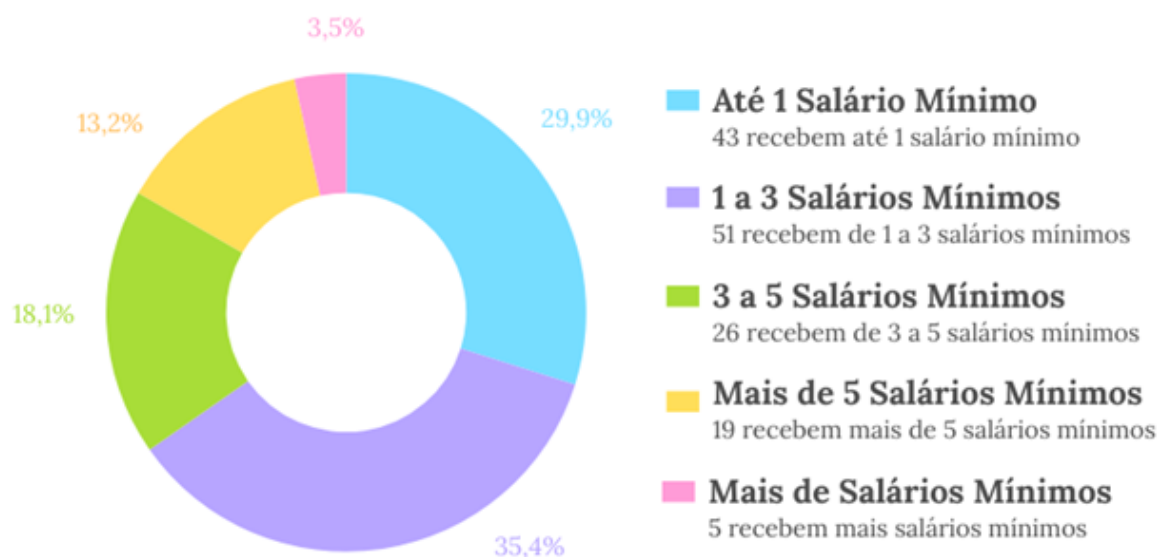
Situação profissional atual	Frequência	Porcentagem
Empregada com carteira assinada	38	26,4%
Autônoma	33	22,9%
Servidora pública	29	20,1%
Desempregada	15	10,4%
Empregada sem carteira assinada	10	6,9%
Estudante	6	4,2%
Profissional do sexo	5	3,5%
Outra	5	3,5%
Aposentada	3	2,1%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Quanto à renda mensal aproximada (Figura 17), a maioria (35,4%) recebia de 1 a 3 salários mínimos, 29,9% das participantes recebe até um e 18,1% recebe de 3 a 5 salários mínimos. Como apontam Oliveira, Carrozza e Souza (2023), a CRG é parte de um processo amplo de transição e inclui a busca por autonomia e conforto em relação a si mesma. No entanto, mesmo após a cirurgia, a inserção no mercado de trabalho continua a ser atravessada por problemas estruturais. Os dados apresentados indicam que, embora a maioria tenha acessado o ensino superior, há ainda uma parcela significativa que vive com renda de até um salário mínimo, o que sugere que a qualificação acadêmica na realidade brasileira nem sempre se converte em estabilidade ou ascensão financeira. Isso pode acontecer porque, apesar

da formação, persistem mecanismos velados de exclusão que limitam o acesso a cargos melhor remunerados ou a progressão na carreira.

Figura 17 - Renda Mensal Aproximada



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Como destacam Muniz *et al.* (2025), pessoas trans enfrentam preconceito tanto em processos seletivos quanto no cotidiano do trabalho, onde a não identificação da transgeneridade pode levar a maiores taxas de empregabilidade. Ou seja, a “passabilidade” pode explicar em parte por que muitas profissionais, mesmo com formação superior, ainda ocupam posições vulneráveis ou com baixa remuneração, uma vez que para serem contratadas ou mantidas no emprego, podem se sentir pressionadas a ocultar sua história, o que as coloca em um constante estado de invisibilidade e tensão (Muniz *et al.*, 2025).

A concentração em ocupações autônomas (22,9%) e com carteira assinada (26,4%) pode refletir tanto a busca por autonomia quanto a dificuldade de acesso a carreiras com maior estabilidade e benefícios. Reflete-se que, mesmo com a CRG, o estigma social continue a operar como um filtro excludente, levando-as a trabalhos precarizados ou informais.

A inserção de mulheres trans e travestis no mercado de trabalho formal é um processo complexo, mas iniciativas concretas têm surgido para viabilizar esse acesso de forma estruturada e humanizada. Um exemplo é o projeto TransEmpregos, que busca a empregabilidade para pessoas trans no Brasil e representa um avanço significativo e uma contrapartida positiva frente às barreiras mencionadas.

É significativo que, neste recorte, apenas 3,5% das participantes trabalham como profissionais do sexo, dado que contrasta com a narrativa histórica que associa mulheres trans e travestis quase exclusivamente à prostituição. Essa mudança pode ser entendida a partir de múltiplos fatores, entre eles o acesso a políticas afirmativas, redes de apoio e, para algumas, a própria CRG. Como discutido por T. Silva (2021), a prostituição muitas vezes surge como refúgio diante da rejeição familiar e da exclusão do mercado formal.

No entanto, com o acesso à CRG, à documentação retificada e às redes de apoio, abre-se a possibilidade de projetos profissionais diversos. É crucial ressaltar, contudo, que o fetiche parece não desaparecer por vezes, ele se transforma e pode persistir mesmo após a cirurgia, uma vez que a CRG não é pré-requisito para a inserção profissional diversificada, nem a prostituição deve ser vista como destino inevitável para quem não realiza a transgenitalização.

11.1.10. Religião e Espiritualidade

As experiências de religiosidade e espiritualidade das mulheres trans e travestis deste dossiê configuraram um campo plural e significativo. Os dados da Tabela 05 mostram que 26,4% não mantêm vínculo com nenhuma religião, indicando um possível afastamento de instituições tradicionais, enquanto as 73,6% restantes se distribuem por diferentes tradições, evidenciando uma ativa busca por significado religioso e/ou espiritual.

Tabela 05 - Religião e Espiritualidade

Religião/espiritualidade	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	38	26,4%
Católica	28	19,4%
Espirita	18	12,5%
Umbanda	17	11,8%
Outra	13	9%
Candomblé	12	8,3%
Prefiro não dizer	9	6,3%
Evangélica/Protestante	9	6,2%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

O percentual de participantes sem religião (26,4%) pode estar ligado a experiências de rejeição dentro de comunidades de fé tradicionais, onde narrativas religiosas são instrumentalizadas muitas vezes para legitimar a discriminação. No contexto brasileiro, marcado por uma maioria cristã, tal dinâmica cria um conflito para aquelas que buscam conciliar sua fé com sua identidade de gênero.

Ainda assim, é fundamental reconhecer que o cristianismo não é uma realidade única. Em resposta histórica à exclusão, surgiram dentro dele diferentes formas de acolhimento. Conforme analisado por Perdigão-Nass e Ipolito (2023), existem igrejas cristãs com posturas verdadeiramente afirmativas, que se dedicam a repensar suas práticas e liturgias para reconhecer e celebrar as diferenças com amor e solidariedade. Assim, para muitas das participantes cristãs deste estudo (19,4% católicas e 6,2%

evangélicas) conciliar fé e identidade não é um impasse, mas uma busca ativa por essas comunidades afirmativas que existem no interior da própria tradição cristã.

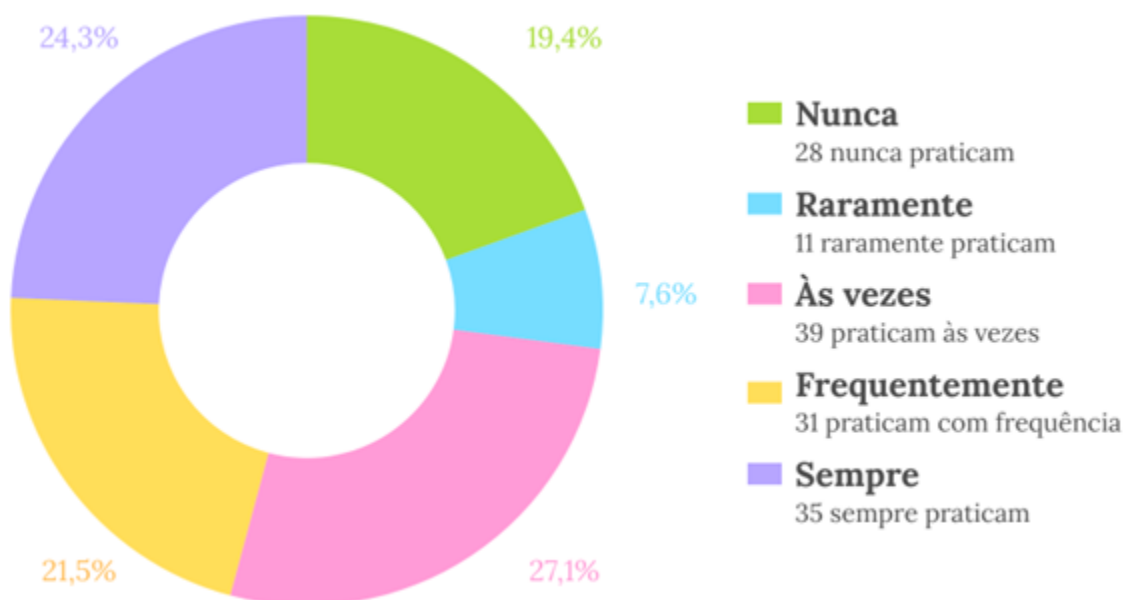
Contudo, a desfiliação religiosa não equivale a uma ausência de vida espiritual. Pelo contrário, Hodge (2025) argumenta que pessoas trans frequentemente se envolvem em um amplo espectro de práticas espirituais e filosóficas com igual ou maior intensidade que a população em geral. Tais práticas incluem meditação, conexão com a natureza, arte e ioga, que emergem como formas centrais de busca por significado, transcendência e cuidado integral. Esse dado convida a uma leitura que vai além do binômio religioso/irreligioso, identificando uma espiritualidade multifacetada.

Os expressivos números do espiritismo (12,5%) e, sobretudo, das religiões de matriz africana, como umbanda (11,8%) e candomblé (8,3%), somando 20,1%, são reveladores. Essas tradições, com seu panteão diverso e compreensões mais fluidas entre o espiritual e o material, podem oferecer um repertório simbólico e comunitário mais acolhedor para experiências corporais e identitárias dissidentes (Soares; Ferreira, 2021). A presença dessas religiões no perfil das respondentes apontou para a construção de espiritualidades de resistência, onde a vivência trans não é um obstáculo, mas pode ser uma dimensão integrada à sua expressão religiosa e comunitária.

Na Figura 18, pode-se observar a frequência de prática religiosa e de espiritualidade. A distribuição indica que a maioria mantém um vínculo ativo, porém com intensidades variadas. Esses dados mostraram que, enquanto uma minoria (19,4%) não pratica, a grande maioria (80,6%) mantém algum nível de prática espiritual/religiosa. Contudo, chama atenção que a prática regular (“sempre” e “frequentemente”, somando 45,8%) é ligeiramente menor que a prática ocasional ou esporádica (“às vezes” e “raramente”, somando 34,7%). Esse padrão pode refletir um engajamento seletivo, onde as participantes transitam entre diferentes comunidades ou

adaptam suas práticas para construir uma espiritualidade/religiosidade mais pessoal a fim de evitar ambientes de preconceito.

Figura 18 - Prática de Religião/Espiritualidade



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Em 2025, foi realizado no Rio de Janeiro o 1º Seminário Nacional LGBTQIA+ de Fé, que reuniu representantes de diversas tradições com o objetivo explícito de promover o diálogo inter-religioso. Iniciativas como essa evidenciam um movimento ativo de pessoas LGBT, incluindo mulheres trans e travestis, que não abrem mão de sua espiritualidade, mas lutam para ressignificá-la em comunidades que as acolham integralmente. Além disso, Cortes *et al.* (2021) abordam como a religiosidade pode atuar como um fator de proteção no processo de saúde-doença, aspecto que pode fortalecer mulheres trans e travestis no pós-cirúrgico e no enfrentamento de possíveis complicações da CRG.

Dessa forma, os dados de práticas e frequências deste dossiê indicaram um campo religioso em transformação, onde a experiência trans e travesti tensiona as instituições e cria novos modos de crer e pertencer. Defende-se que ocupar esses espaços é necessário para que haja

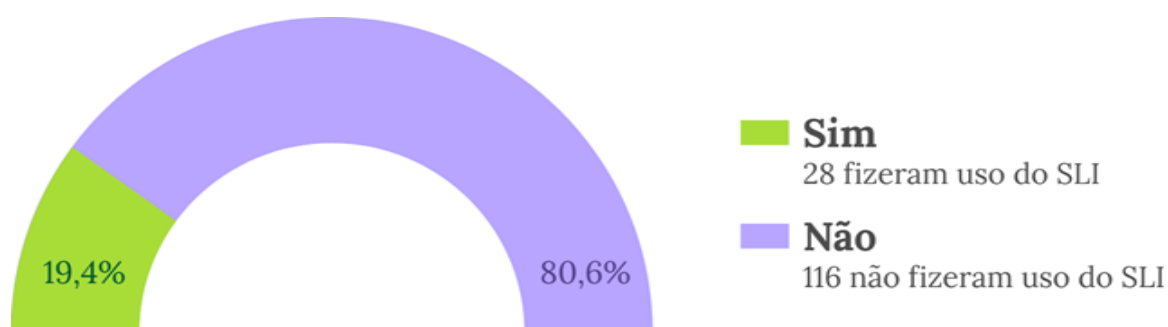
reconhecimento social e respeito à integralidade em suas dimensões tanto materiais quanto simbólicas e espirituais.

11.1.11. Uso de Silicone Líquido Industrial (SLI)

O Silicone Líquido Industrial (SLI) é um produto industrial formulado para lubrificação de máquinas e vedação na construção civil, sendo, portanto, não destinado e não recomendado para uso no corpo humano. Sua aplicação é realizada em condições clandestinas pelas chamadas “bombadeiras”, e constitui-se em um problema grave de saúde pública e sua prática entre mulheres trans e travestis está diretamente ligada aos entraves do sistema de saúde formal.

Os dados sobre o uso do SLI neste dossiê mostraram que, embora a maioria (80,6%) não tenha utilizado o silicone, o percentual de quase metade (19,4%) não pode ser ignorado (Figura 19). Este tópico, portanto, foca nas experiências dessas 28 participantes, cujas histórias foram marcadas por um contexto de desassistência.

Figura 19 - Uso do Silicone Líquido Industrial



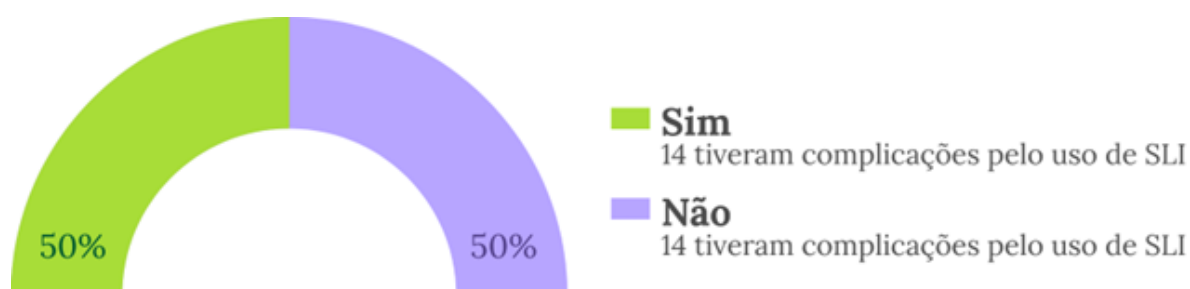
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A decisão pelo SLI raramente é uma “escolha” no sentido pleno da palavra. Como discutido por Marangoni (2021), ela é motivada por uma conjugação de fatores: a busca por um modelo de feminilidade em um

mundo transfóbico, a expectativa de melhores oportunidades afetivas e laborais e, de forma mais estrutural, as barreiras do sistema de saúde. Ou seja, a exigência de laudos psiquiátricos patologizantes, a escassez de serviços habilitados no SUS e a discriminação dentro das unidades de saúde criam um processo de modificações corporais no SUS lento, inacessível e, para muitas, desacreditado (Pedra, 2021). Diante desse cenário, o mercado clandestino do SLI se apresenta como a alternativa mais rápida e financeiramente viável, ainda que com riscos conhecidos.

A Figura 20 mostra que, entre as 28 participantes, exatamente metade (50%) sofreu complicações por uso do SLI. Um estudo realizado em São Paulo, com 576 mulheres trans e travestis, a fim de estimar a prevalência do uso de SLI em 2014 e 2015, obteve que 49% usaram o SLI e 43% dessas tiveram alguma complicação (Pinto *et al.*, 2017), o que conversa diretamente com os dados obtidos neste dossiê. Vale ressaltar que as complicações podem incluir desde infecções e deformidades até a migração do produto para órgãos vitais, necroses, embolias pulmonares e morte em alguns casos. De acordo com Marangoni (2021), os tratamentos para os efeitos colaterais e as sequelas do SLI são complexos e, muitas vezes, somente a remoção parcial é possível, o que acarreta em cuidados paliativos com redução de danos.

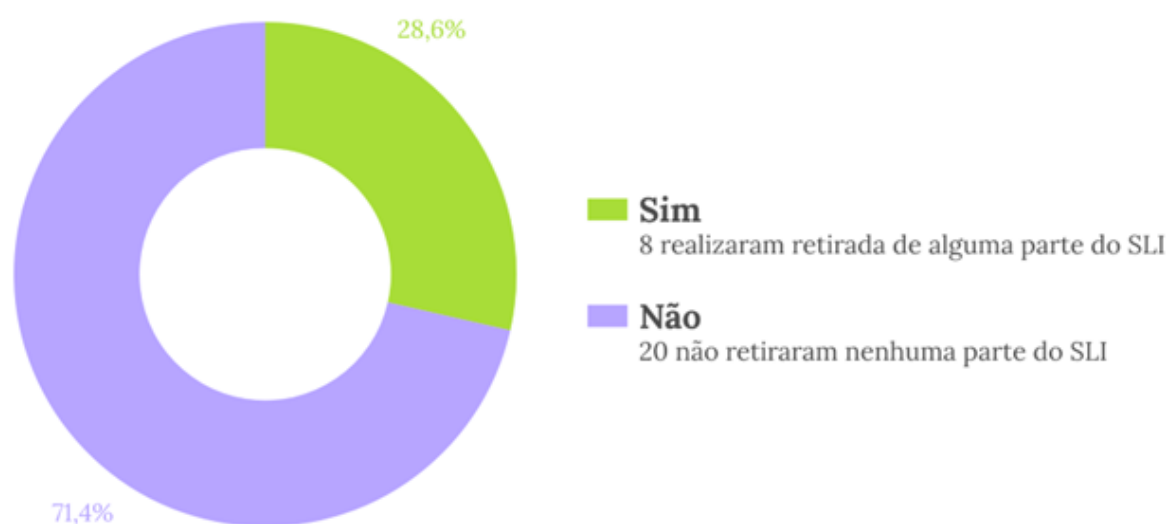
Figura 20 - Complicações após o uso de Silicone Líquido Industrial



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

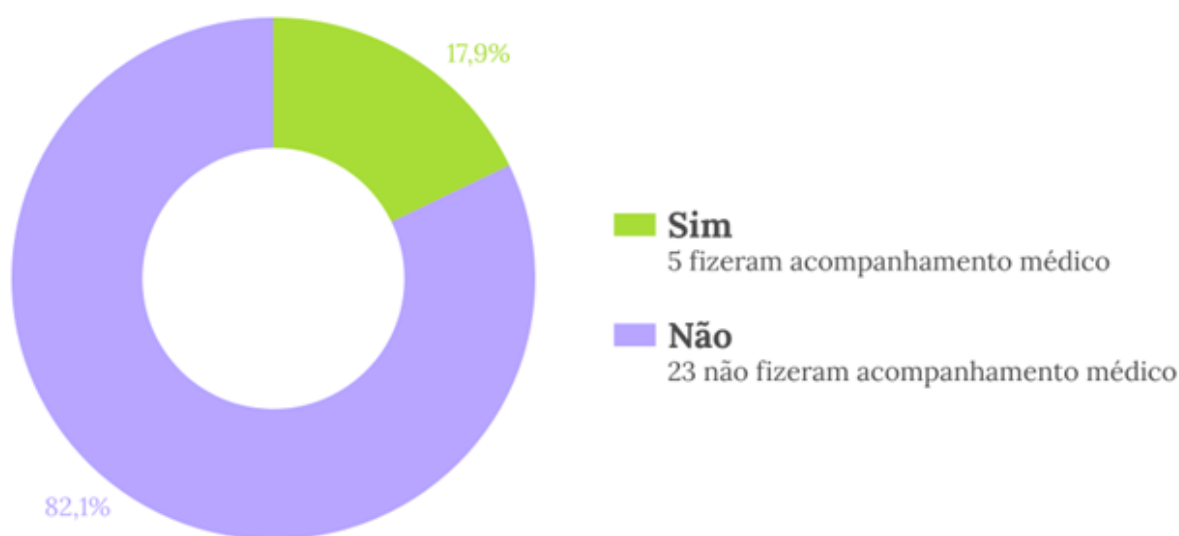
Dessa forma, o desfecho desse quadro é de extrema vulnerabilidade, como podemos observar nas Figuras 21 e 22. A maioria das participantes não pôde remover o SLI (71,4%) e não realizou acompanhamento médico adequado (82,1%), o que evidencia não a desinformação, mas um abandono estrutural. O mesmo estigma e discriminação que afasta a população LGBT da saúde preventiva também a faz temer a busca por auxílio em situações de emergência, além da falta de preparo e qualificação de profissionais, o que leva a procura por cuidados tardiamente (Gerk *et al.*, 2024).

Figura 21- Retirada do Silicone Líquido Industrial



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 22 - Acompanhamento do Silicone Líquido Industrial



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A aplicação do SLI e suas repercussões são consequências da dificuldade de acesso a procedimentos seguros e à cidadania plena. Faz-se necessário a desburocratização e ampliação do Processo Transsexualizador no SUS, associada a uma formação profissional anti-discriminatória e a estratégias sólidas de redução de danos e qualidade de vida.

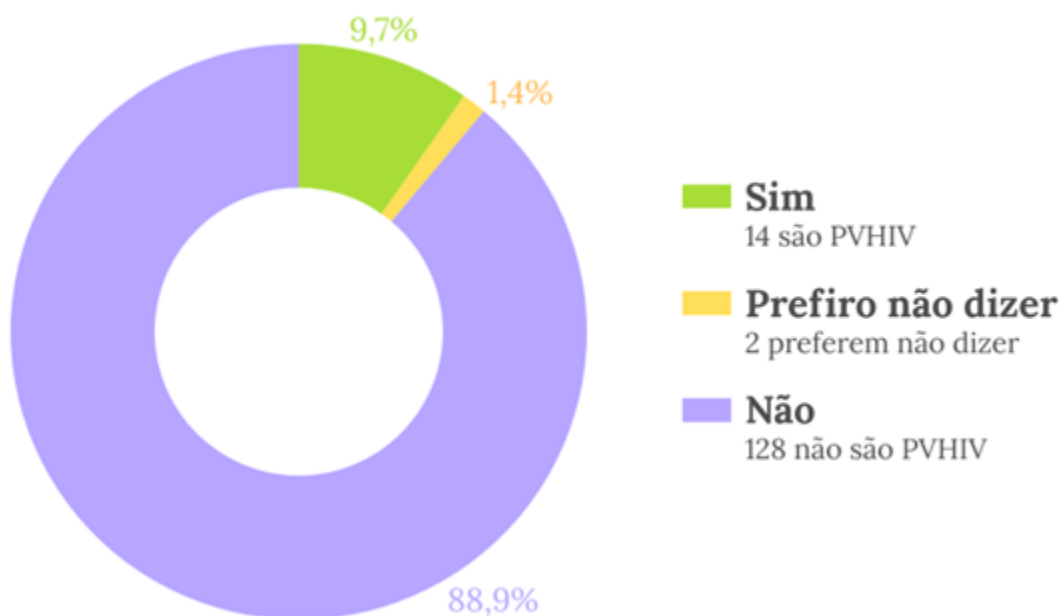
11.1.12. Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV)

Como mostra a Figura 23, entre as 144 participantes, 14 são Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), o que representa 9,7%, e outras duas preferiram não informar sua sorologia, um dado que por si só carrega significado. A presença de PVHIV neste dossiê reflete um padrão mais amplo de vulnerabilidade social que atinge a população trans no Brasil.

A transfobia, enquanto um sistema de opressão estrutural, cria condições sociais de exclusão que ampliam a vulnerabilidade ao HIV, configurando um contexto epidemiológico distinto para mulheres trans e travestis (Souza K. *et al.*, 2025). Nesse cenário, a decisão de não revelar se são ou não PVHIV, manifestada por parte das participantes, reflete o peso de um estigma que se potencializa quando associado com a identidade de

gênero. O medo da discriminação e da exposição do diagnóstico tem um poder de distanciar as pessoas dos serviços de saúde e fragilizar suas redes de apoio (Moura, 2021).

Figura 23 - Pessoas vivendo com HIV



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

O fato de 14 participantes vivendo com HIV terem conseguido navegar pelo sistema de saúde até a realização da CRG parece evidenciar a existência de itinerários alternativos de cuidado e resiliência. Pesquisas no campo da saúde coletiva apontam que, em resposta às limitações institucionais, mulheres trans e travestis frequentemente constroem redes próprias de informação e de suporte, nas quais saberes sobre saúde, direitos e serviços são compartilhados (Silva Junior *et al.*, 2022). É possível supor que essas redes de solidariedade tenham sido um elemento importante para que essas participantes superassem a dupla invisibilidade imposta pelo estigma sorológico e pela transfobia, conseguindo garantir tanto os cuidados inerentes ao HIV quanto o acesso à CRG.

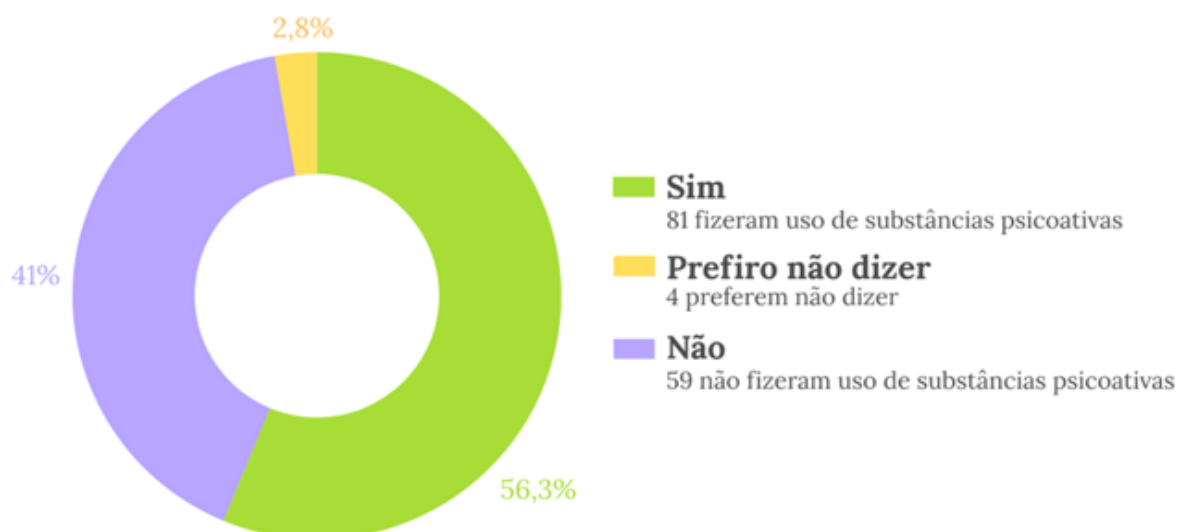
11.1.13. Substâncias Psicoativas

O uso de substâncias psicoativas configura-se como uma questão de saúde pública relevante entre a população trans e travesti, com padrões de consumo frequentemente distintos e mais elevados quando comparados aos da população cisgênera (Brignol *et al.*, 2025). Pesquisas nacionais e internacionais apontam que essa disparidade está menos relacionada a preferências individuais e mais a um contexto social marcado pela transfobia estrutural, que gera exclusão, violência e altos níveis de estresse crônico (Hughto *et al.*, 2021; Da Mota *et al.*, 2024). Nesse cenário, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas pode emergir como uma estratégia de enfrentamento imediato, ainda que de forma abusiva, para lidar com a discriminação e o preconceito.

No entanto, é preciso ir além da associação entre uso e vulnerabilidade, considerando-se também as respostas públicas inadequadas para esta necessidade. Historicamente, a abordagem brasileira às drogas priorizou a criminalização e a repressão, um modelo que falha em reduzir o consumo e, frequentemente, aprofunda a marginalização e o estigma de quem usa, deslocando o foco da saúde e da qualidade de vida das pessoas (Ribas; Silva, 2023).

Os dados ilustrados na Figura 24 mostraram que 56,3% das participantes relataram ter feito uso de alguma substância psicoativa nos últimos três meses, enquanto 41% não utilizaram e 2,8% preferiram não informar. O percentual superior à metade configura-se como um marcador de aspectos históricos e sociais que permeiam a realidade de mulheres trans e travestis.

Figura 24 - Uso de substâncias psicoativas nos últimos 3 meses



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 06 detalha o perfil desse consumo com um espectro que vai de substâncias lícitas e socialmente toleradas a outras ilícitas, com diferentes implicações para a saúde. O uso de álcool destacou-se, utilizado por 91,3% das 81 mulheres trans e travestis redesignadas que consomem alguma substância. Esse dado corrobora com os estudos brasileiros de Brignol et al. (2025), que encontrou prevalências de consumo de álcool na vida de 90,1% comparado a 66,4% em mulheres cis, e de Da Mota et al. (2024), que obteve 65,5% de consumo de álcool nos últimos 12 meses, taxas significativamente altas. Além do mais, o fácil acesso, o baixo custo relativo e a permissividade social em torno das bebidas alcoólicas também podem motivar suas altas taxas de prevalência.

Tabela 06 - Substâncias psicoativas

Substância psicoativa	Frequência	Porcentagem
Bebidas alcoólicas (ex.: cerveja, vinho, cachaça, vodka)	74	91,3%
Derivados do tabaco (ex.: cigarro, charuto, narguilé)	16	19,7%
Maconha (ex.: erva, haxixe, skunk)	14	17,2%
Hipnóticos/sedativos (ex.: diazepam, clonazepam, zolpidem)	6	7,4%
Anfetaminas ou êxtase (ex.: rebite, MDMA)	2	2,4%
Cocaína (ex.: pó, merla)	1	1,2%
Opióides (ex.: morfina, codeína, heroína, oxicodona)	1	1,2%
Outras (ex.: anabolizantes, novas substâncias psicoativas)	1	1,2%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Na sequência, aparecem o uso dos derivados do tabaco com 19,7% e da maconha com 17,2%. O tabagismo, cujo declínio na população geral é uma conquista da saúde pública, permanece alto entre a população trans, indicando que as políticas públicas não estão alcançando essas pessoas de forma efetiva (Brignol et al., 2025). O uso do álcool e do tabaco, substâncias de baixo custo e alta disponibilidade social, pode refletir a escassez de alternativas acessíveis e culturais de cuidado. Da mesma forma, o uso da maconha, objeto de debate global sobre seus usos recreativo e potencial medicinal, pode estar relacionado à automedicação para sintomas de ansiedade, dor ou insônia, ou mesmo enfrentamento do cotidiano permeado por transfobia estrutural (London-Nadeau, 2024).

Para tanto, a Redução de Danos (RD) se apresenta como uma estratégia ética e prática de cuidado, cujo foco é a autonomia, a qualidade de vida e a minimização dos riscos associados ao uso. Para a população trans, que enfrenta barreiras adicionais nos serviços de saúde, a implementação da RD significa criar portas de entrada sem julgamento, seja na Atenção Básica ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e implica

também em combater as causas do sofrimento, promovendo acesso à renda, moradia e direitos, e deslocando o eixo da discussão do comportamento individual para as condições coletivas de vida (Ribas; Silva, 2023).

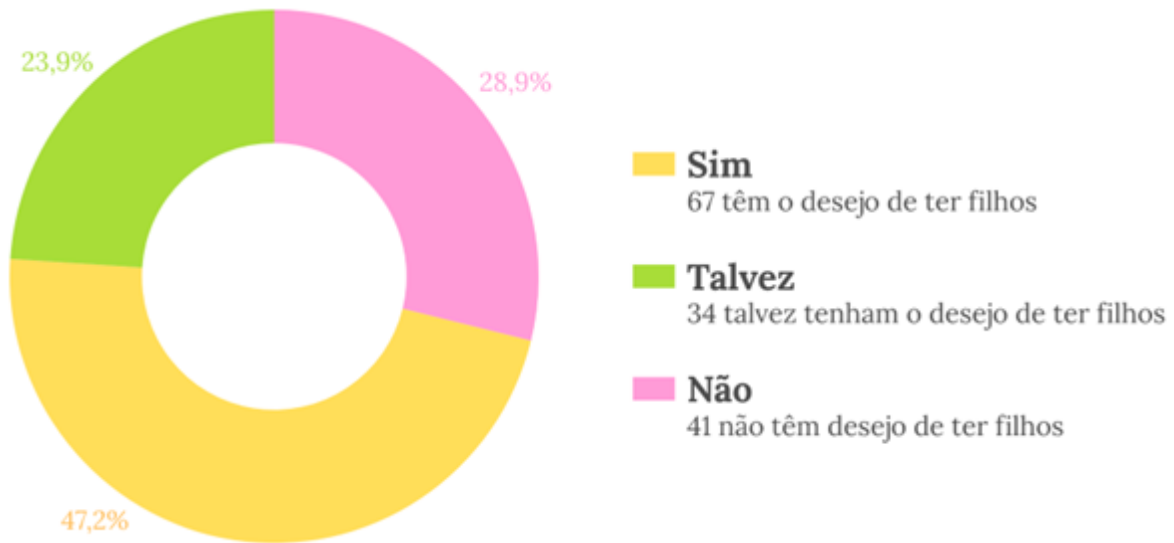
Em conclusão, os dados sobre substâncias psicoativas neste dossiê reforçam a necessidade por abordagens de saúde pública integradas e não discriminatórias, o que inclui qualificação profissional e campanhas de prevenção que alcancem efetivamente às pessoas trans, para que o uso de substâncias não precise ser mais uma das estratégias de sobrevivência.

11.1.14. Parentalidade

A CRG envolve múltiplas dimensões da vida, entre as quais se encontra a possibilidade da parentalidade. Nesta seção, trabalhamos com 142 respondentes ao invés de 144, pelo fato de a pergunta não ter sido considerada obrigatória no momento inicial da coleta. Sendo assim, entre as 142 mulheres trans e travestis redesignadas, observou-se uma expressiva prevalência do desejo de exercer a parentalidade.

Do total, 67 participantes afirmaram ter esse desejo, enquanto 34 o consideraram como uma possibilidade futura incerta (“talvez”) e apenas 41 manifestaram não desejar ter filhos (Figura 25). Esses números indicam que, para a maioria das respondentes, a parentalidade integra ou pode integrar seu projeto de vida após a CRG, logo a presença desse desejo corrobora a necessidade de abordar a saúde reprodutiva no processo global de cuidado à saúde dessa população.

Figura 25 - Você tem desejo de ser mãe?



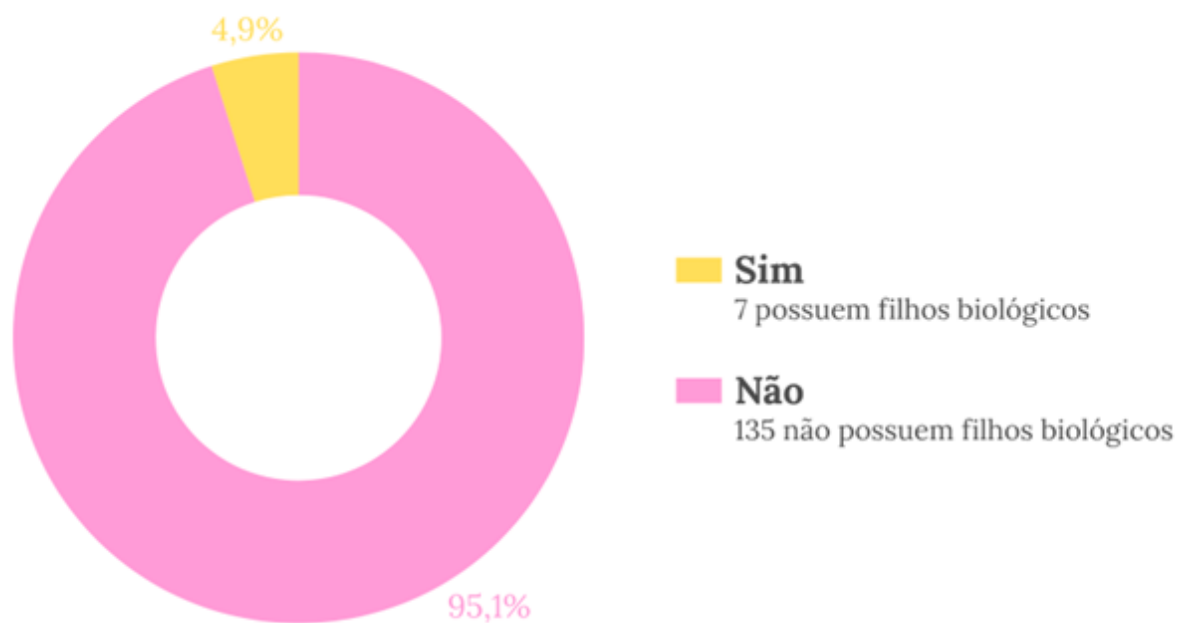
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A possibilidade de parentalidade biológica, portanto, é diretamente impactada por processos de modificação corporal. Conforme destacado por Zarif (2023), tanto a hormonização prévia à cirurgia, quanto a CRG podem provocar a infertilidade, sendo que a remoção das gônadas sexuais a torna definitiva. Os filhos biológicos relatados pelas participantes, contudo, podem originar-se de diversas vivências, como gestações ocorridas antes da CRG com uma parceria ou através da reprodução assistida. No entanto, a autora ressalta que, paralelamente a essa realidade, persiste uma lacuna na oferta de informações, pesquisas e tecnologias reprodutivas, como a preservação de gametas cujo acesso é dificultoso, que poderiam viabilizar um projeto parental consanguíneo futuro planejado. Esta negligência se insere em um quadro mais amplo de despreparo do sistema de saúde, que frequentemente não possui estrutura para acolher as demandas específicas dessa população, focando-se quase exclusivamente no Processo Transexualizador em detrimento de outros aspectos da saúde integral, como o planejamento reprodutivo (Zarif, 2023).

Para além das relações consanguíneas, a realização da parentalidade também enfrenta outras limitações sociais, conceituadas por Angonese (2016 apud Zarif, 2023) como “esterilização simbólica”. Este termo designa as práticas sociais e institucionais que, baseadas na transfobia, impedem ou dificultam as vivências parentais de pessoas trans. Por um lado, elas são concebidas socialmente como figuras abjetas e consideradas incapazes para o exercício da parentalidade, o que prejudica tanto a formalização de processos de adoção quanto o cotidiano do cuidado com os filhos, por exemplo. Por outro lado, atitudes discriminatórias nos serviços de saúde e a falta de treinamento das equipes desestimulam o acesso em momentos cruciais, como durante o planejamento familiar ou uma gestação, aprofundando essa exclusão (Zarif, 2023).

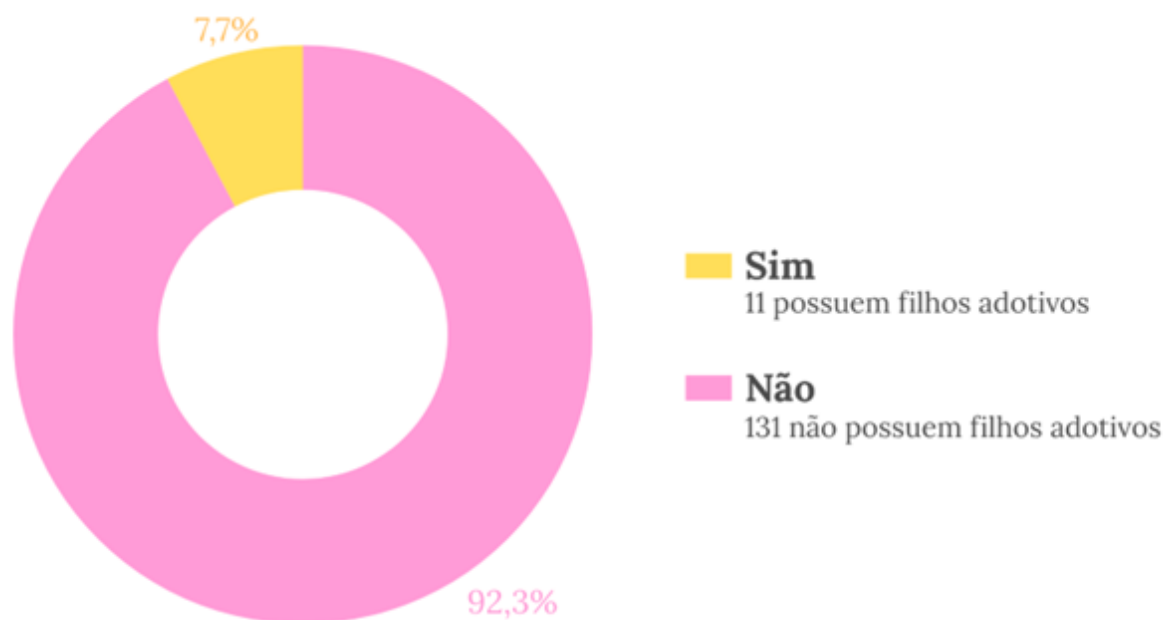
Os impactos dessa realidade ficaram evidentes na Figura 26, que apresentou a distribuição de mulheres trans e travestis redesignadas com filhos biológicos, com apenas 4,9%. De forma semelhante, a Figura 27, referente à parentalidade adotiva, mostrou que 7,7% possuem filhos adotivos. Esses números podem quantificar o hiato existente entre o amplo desejo de ter filhos, anteriormente exposto, e sua efetiva realização, sugerindo que fatores além da vontade individual atuam como obstáculos importantes nesse processo.

Figura 26 - Você possui filhos biológicos?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 27 - Você possui filhos adotivos?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A melhoria desse cenário requer que a literatura e as políticas de saúde para as pessoas trans incorporem, de forma definitiva, a saúde

reprodutiva e o planejamento familiar como dimensões centrais. Isto implica a construção de protocolos que garantam informação, acesso a tecnologias e acolhimento qualificado desde as etapas iniciais da transição de gênero. Da mesma forma, o combate à transfobia institucional nos sistemas de justiça e assistência social é um passo fundamental para que o direito à família, em todas as suas configurações, seja exercido em condições de igualdade.

11.1.15. Cirurgias de Modificação Corporal

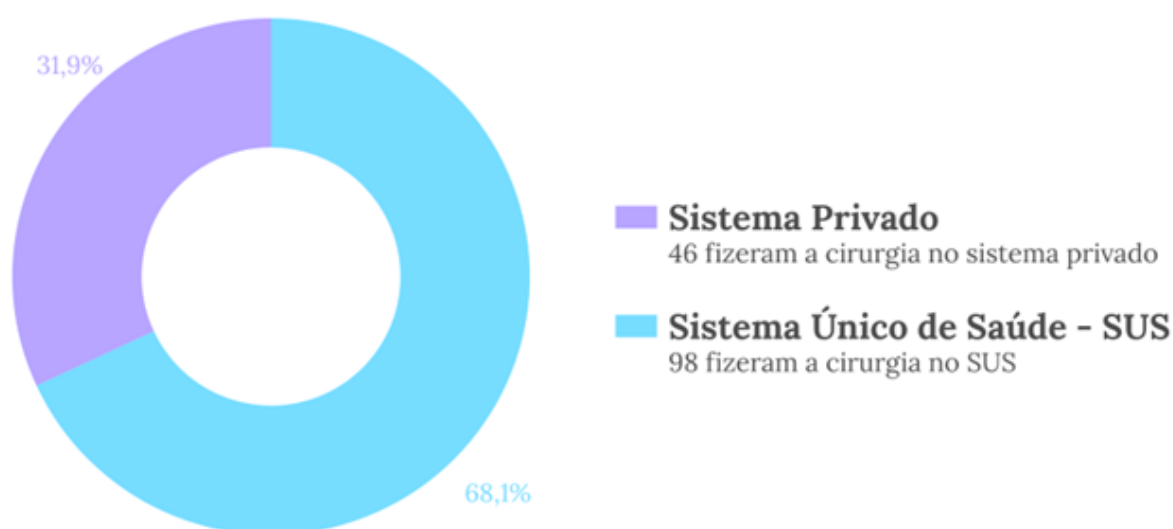
A CRG, caracterizada como uma cirurgia de modificação corporal, ocupa um lugar central no cuidado à saúde de mulheres trans e travestis que a desejam. A CRG, portanto, trata-se de um procedimento reconhecido internacionalmente como importante para promoção do bem-estar psicossocial dessa população.

No Brasil, a CRG está incorporada ao SUS desde 2008, por meio do então chamado Processo Transexualizador, regulamentado por portarias ministeriais que estabelecem as diretrizes para o atendimento integral e gratuito, que inclui acompanhamento hormonal e psicológico até a cirurgia e o pós-operatório (Boldrin *et al.*, 2025). Sendo assim, a existência dessa política pública, ainda que marcada por contradições e desafios, representa um avanço significativo no reconhecimento do direito à saúde da população trans em âmbito nacional.

Conforme ilustrado na Figura 28, a maioria das participantes (68,1%) realizou a CRG pelo SUS, enquanto 31,9% acessaram o procedimento na rede privada. Moraes (2023) explica que, por ser um procedimento gratuito e regulamentado pelo SUS, o predomínio do setor público é esperado, sendo, muitas vezes, a única via possível. A mesma autora acrescenta que o custo da CRG na rede privada no Brasil é substancialmente mais elevado do que no setor público, cerca de 5,7 vezes superior, o que torna esta alternativa financeiramente inacessível para grande parte da população, considerando

também os altos custos de realizar essa cirurgia em outro país (Morais, 2023). Estes dados, inclusive, ficam mais evidentes inclusive em outros tópicos deste dossiê, como o de renda e o de idade.

Figura 28 - Sistema onde foi realizado a CRG



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 07 detalhou o conjunto de cirurgias realizadas no âmbito do SUS pelas participantes. Além da CRG, que representa a absoluta maioria dos procedimentos (73,6%), destacaram-se a mamoplastia (28,5%) e a raspagem traqueal (8,3%), também chamada de raspagem do “pomo de Adão”. Procedimentos como feminilização da voz (4,2%) e facial (3,5%), bem como a retirada de SLI (1,4%), aparecem com menor frequência. Este perfil reflete a oferta consolidada no serviço público, como apontam Boldrin *et al.* (2025), já que a CRG e a mamoplastia de aumento são os procedimentos mais disponibilizados nos hospitais habilitados, enquanto cirurgias de maior complexidade técnica ou de demanda mais recente, como a feminilização facial e o contorno corporal, ainda enfrentam entraves relacionados a financiamento, capacitação profissional e priorização política.

Tabela 07 - Cirurgias realizadas pelo Sistema Público de Saúde (SUS)

Cirurgia de modificação corporal - SUS	Frequência	Porcentagem
Cirurgia de redesignação genital	106	73,6%
Cirurgia de aumento de mamas (mamoplastia)	41	28,5%
Cirurgia de raspagem do "pomo de Adão" (raspagem traqueal)	12	8,3%
Cirurgia de feminização da voz	6	4,2%
Cirurgia de feminização facial	5	3,5%
Cirurgias plásticas de contorno corporal (remodelação do corpo, lipoescultura, lipoaspiração, abdominoplastia, lifting de coxa, aumento de glúteos etc)	3	2,1%
Retirada de Silicone Líquido Industrial (SLI)	2	1,4%
Outras	3	2,1%
Não realizei nenhuma cirurgia pelo SUS	35	24,3%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 08, por sua vez, evidenciou um padrão distinto entre as participantes que recorreram ao sistema privado. Embora a CRG também liderou as cirurgias realizadas (45,8%), observou-se uma participação expressivamente maior de outros procedimentos, como a mamoplastia de aumento (37,5%), a feminização facial (11,1%) e o contorno corporal (7,6%).

Estes dados sugerem que o setor privado, para aquelas que podem acessá-lo, oferece um leque mais amplo e diversificado de intervenções, além de tempos de espera significativamente reduzidos. Vale salientar que a disparidade entre os percentuais da Figura 34 e das Tabelas 35 e 36 em relação ao número total de CRG pode ser explicada pelo fato de que algumas participantes realizaram mais de uma cirurgia de redesignação ao longo da vida, seja por necessidade de retoques ou por insatisfação com o resultado inicial.

Tabela 08 - Cirurgias realizadas pelo Sistema Privado

Cirurgia de modificação corporal - Sistema Privado	Frequência	Porcentagem
Cirurgia de redesignação genital	66	45,8%
Cirurgia de aumento de mamas (mamoplastia)	54	37,5%
Cirurgia de raspagem do "pomo de Adão" (raspagem traqueal)	14	9,7%
Cirurgia de feminização da voz	9	6,3%
Cirurgia de feminização facial	16	11,1%
Cirurgias plásticas de contorno corporal (remodelação do corpo, lipoescultura, lipoaspiração, abdominoplastia, lifting de coxa, aumento de glúteos etc)	11	7,6%
Outras	16	11,1%
Não realizei nenhuma cirurgia pelo sistema privado	58	40,3%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

No que concerne às técnicas cirúrgicas empregadas, a Tabela 09 revelou que a inversão peniana é a técnica predominante, relatada por 64,6% das participantes, dado que corrobora com a literatura. Afonso *et al.* (2025) explicam que a inversão peniana é considerada o padrão-ouro para a CRG por apresentar bons resultados funcionais, taxas de satisfação elevadas e baixos índices de arrependimento. Além disso, no SUS, a inversão peniana é a técnica exclusivamente ofertada, o que explica sua ampla predominância neste dossiê.

Tabela 09 - Técnicas utilizadas na CRG

Técnica utilizada	Frequência	Porcentagem
Inversão peniana	93	64,6%
Técnica do jejuno	24	16,7%
Técnica do peritônio	3	2,1%
Técnicas híbridas (combinação de técnicas)	3	2,1%
Técnica do cólon sigmóide	2	1,4%
Outra	2	1,4%
Não sei	17	11,8%

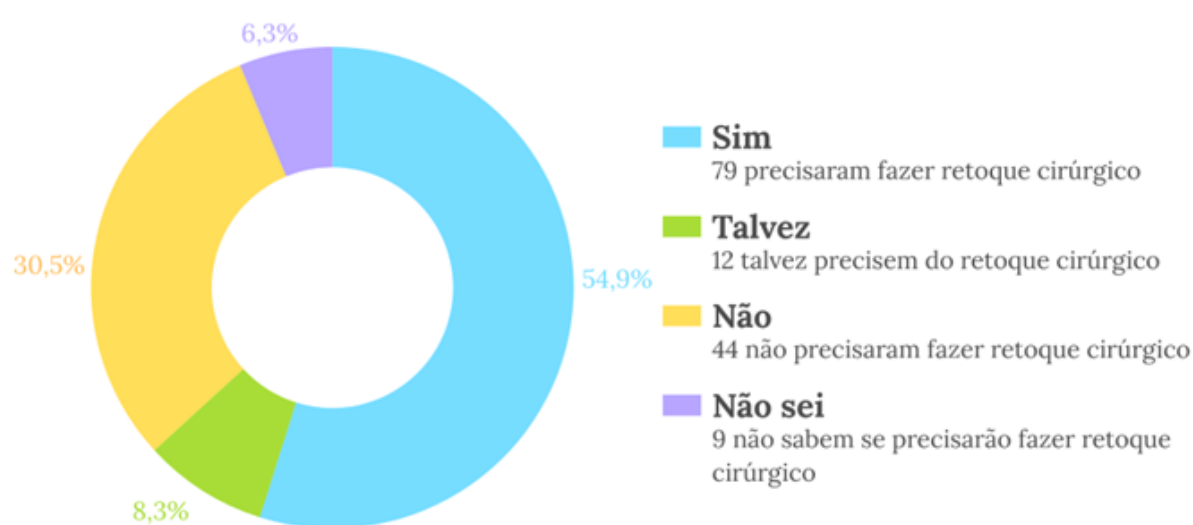
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A segunda técnica mais mencionada foi a de jejuno (16,7%), um percentual que difere das pesquisas internacionais, e que segundo as participantes deste dossiê, foram acessadas no setor privado. Em geral, a técnica do cólon sigmóide costuma ser a principal alternativa em casos de insuficiência de pele peniana ou em cirurgias de revisão (retoque) (Afonso *et al.*, 2025). Portanto, a prevalência da técnica do jejuno pode se dar tanto pela preferência específica do cirurgião. O cólon sigmóide (1,4%), o peritônio (2,1%) e as técnicas híbridas (2,1%) aparecem com baixa incidência, indicando que se tratam de exceções, provavelmente indicadas para casos complexos ou refratários. Ainda, a parcela de 11,8% de participantes que não sabem informar a técnica utilizada pode refletir a assimetria de informação na relação entre profissional e usuárias do serviço.

Um dos achados bastante significativos deste dossiê foi o percentual de retoques cirúrgicos. Conforme a Figura 29, 54,9% das mulheres trans e travestis redesignadas afirmaram ter precisado, ou irão precisar, de ao

menos um procedimento de revisão após a CRG, enquanto 30,6% não necessitaram ou não precisarão. Outras 8,3% consideram que talvez precisem futuramente e 6,3% não sabem informar. De acordo com Afonso *et al.* (2025), a principal causa de retoques é por questões estéticas. Sendo assim, a satisfação estética é variável e individual e, portanto, pode ter sido mais solicitada.

Figura 29 - Retoque Cirúrgico



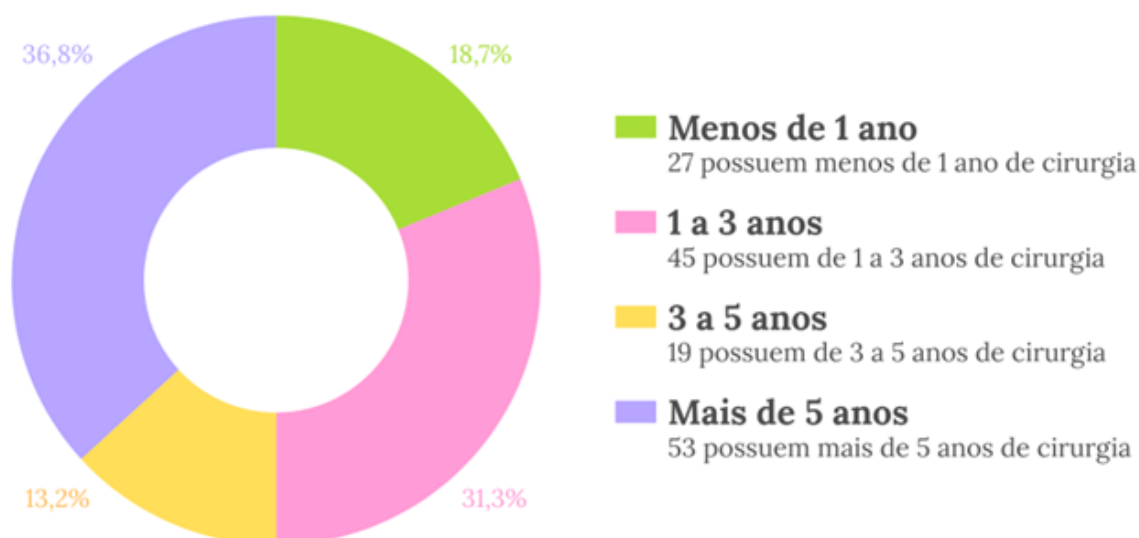
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Vale salientar que toda cirurgia envolve riscos e que não há garantias de que o resultado final corresponderá integralmente ao esperado. É possível que uma pessoa trans redesignada se veja após a CRG e continue insatisfeita, não somente porque a cirurgia tenha sido tecnicamente mal sucedida, mas porque a relação com o próprio corpo é complexa e atravessada por múltiplas dimensões subjetivas, sociais e temporais (Toni Junior, 2024). Os retoques, nesta perspectiva, não devem ser lidos como uma falha, mas como uma parte do percurso possível de aproximação com o resultado desejado.

A distribuição temporal das CRG, apresentada na Figura 30, mostrou que a maioria (36,8%) das participantes realizaram a cirurgia há mais de 5

anos, 31,3% entre 1 e 3 anos, 18,8% há menos de 1 ano e 13,2% entre 3 e 5 anos. A expressiva proporção de cirurgias realizadas nos últimos três anos, que soma 50,1% (considerando as faixas de "menos de 1 ano" e "1 a 3 anos"), pode ser interpretada como um sinal de avanço.

Figura 30 - Tempo de CRG



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Boldrin *et al.* (2025) relacionam este aumento à ampliação do número de serviços habilitados, à maior visibilidade social da população trans e ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas. No entanto, os mesmos autores alertam que a fila de espera para a CRG no SUS permanece extensa e que o acesso continua sendo mediado por critérios que patologizam a identidade trans, submetendo as candidatas a longos períodos de acompanhamento ambulatorial, psicoterapia obrigatória e avaliação psiquiátrica (Boldrin *et al.*, 2025). Sendo assim, o aumento no número absoluto de cirurgias, ainda que real e bem-vindo, não significa necessariamente que o direito à saúde esteja sendo garantido de forma equânime, célere e digna.

Morais (2023) aprofunda esta crítica ao apontar as desigualdades estruturais que permeiam o acesso à CRG no Brasil. A autora problematiza a concentração de hospitais habilitados nas capitais e regiões metropolitanas,

somada à desassistência crônica da Atenção Básica, transforma a cirurgia, ainda que ofertada gratuitamente pelo SUS, em um bem cujo acesso é filtrado pela capacidade socioeconômica de arcar com deslocamentos, hospedagem e perda de dias de trabalho (Morais, 2023).

Diante de tudo isso, a CRG se revela como um marco importante na vida de muitas mulheres trans e travestis no Brasil, mas não como um ponto de chegada obrigatório ou definitivo. Para aquelas que a desejam e acessam, ela pode representar uma etapa significativa no cuidado consigo mesmas, ainda que acompanhada de retoques, novas intervenções e aprendizado cotidiano de novos cuidados. Por essa razão, este dossiê traz à tona a realidade dessas pessoas a partir de suas próprias perspectivas e entendimentos frente a CRG e a si mesmas.

11.1.16. Saúde Física Pós-Cirurgia

A CRG envolve tanto a reconstrução genital, quanto alterações fisiológicas significativas que podem repercutir na saúde física das mulheres trans e travestis redesignadas. Com a remoção das gônadas sexuais, a principal fonte endógena de testosterona é cessada, o que torna a reposição hormonal externa um componente permanente e indispensável do cuidado pós-cirúrgico, que serve, inclusive, como protetor da saúde óssea e cardiovascular (Swe *et al.*, 2022). Essa mudança, somada aos efeitos da própria cirurgia, ao uso contínuo de hormônios e outros fatores, pode influenciar marcadores metabólicos, cardiovasculares e outros aspectos da saúde ao longo do tempo.

A Tabela 10 revelou que a maioria (44,4%) das participantes não relataram alterações significativas em sua saúde física, um percentual que sugere que, para uma parcela considerável, o período pós-cirúrgico tem sido marcado por estabilidade. Esse resultado dialoga com uma revisão recente de Cheung et al. (2024), cujo estudo indica que, após dois a quatro anos do uso de hormônios, o organismo tende a se ajustar às novas condições

fisiológicas, com estabilização dos marcadores metabólicos e do desempenho físico.

Tabela 10 - Condições de saúde física

Condição de saúde física	Frequência	Porcentagem
Nenhuma mudança percebida	63	44,4%
Ganho de peso	47	33,1%
Alterações hormonais significativas	46	32,4%
Alterações renais (rins)	9	6,3%
Diabetes	8	5,6%
Perda de peso	7	4,9%
Hipertensão	7	4,9%
Problemas cardiovasculares	6	4,2%
Alterações hepáticas (fígado)	6	4,2%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Por outro lado, 33,1% das participantes referiram ganho de peso e 32,4% mencionaram alterações hormonais significativas, percentuais muito próximos que provavelmente se referem a um mesmo processo. O ganho ponderal pode estar diretamente relacionado à reposição hormonal após a CRG, uma vez que o estrogênio utilizado na reposição hormonal tende a aumentar a gordura corporal e reduzir a massa magra (Cheung *et al.*, 2024). Sobre a percepção de alterações hormonais, pode se dar tanto pelo fato de que qualquer oscilação na dosagem de estrogênio é sentida de forma muito mais aguda (com ondas de calor ou cansaço), semelhante aos sintomas de

menopausa, quanto por meio de resultados laboratoriais (Toze; Westwood, 2024).

Em relação aos demais desfechos apresentados, os percentuais são consideravelmente menores. Do total de participantes, 6,3% relataram alterações renais, 5,6% perceberam diabetes, outras 4,9% notaram hipertensão arterial sistêmica, 4,2% mencionaram problemas cardiovasculares e 4,2% alterações hepáticas. Além disso, muitas dessas condições podem refletir o processo de envelhecimento e o risco de saúde comum a qualquer pessoa nessa fase da vida, não sendo obrigatoriamente uma consequência direta da CRG ou do uso de hormônios sintéticos.

No caso das alterações renais, é importante considerar que a CRG envolve a manipulação direta do trato urinário. Durante a cirurgia, a uretra é encurtada e reposicionada, e um novo meato urinário é criado, o que pode resultar em complicações, mesmo que com baixa incidência, como estenose uretral, fístulas, infecções do trato urinário de repetição ou dificuldades no esvaziamento vesical (Ding *et al.*, 2023). No entanto, essas condições, quando presentes, podem afetar indiretamente a função renal ao longo do tempo, especialmente se houver obstrução ou refluxo.

Quanto ao diabetes, Van Velzen *et al.* (2022), ao acompanharem 2.585 mulheres trans por um período que se estendeu de 1972 a 2018, não encontraram incidência de diabetes tipo 2 superior à da população geral, apesar do aumento da resistência à insulina documentado durante a hormonização. Isso sugere que as alterações metabólicas induzidas pelos hormônios e pela CRG podem não ser suficientes, por si só, para desencadear uma condição clínica em curto prazo, e que outros fatores como idade, genética, estilo de vida e acesso a cuidados preventivos também desempenham papéis importantes.

Já a hipertensão arterial sistêmica e os problemas cardiovasculares, embora apareçam em escala menor, sinalizam a necessidade de monitoramento contínuo. A retirada das gônadas sexuais reduz os níveis de

testosterona, que é um hormônio que tem efeito protetor sobre o sistema cardiovascular, e essa mudança, somada ao uso contínuo de estrogênio, pode aumentar o risco de doenças cardíacas em algumas pessoas redesignadas (Swe *et al.*, 2022). Quanto às alterações hepáticas (4,2%), é possível que estejam relacionadas ao metabolismo do estrogênio, especialmente quando administrado por via oral, ou até mesmo relacionados ao ganho de peso e resistência insulínica.

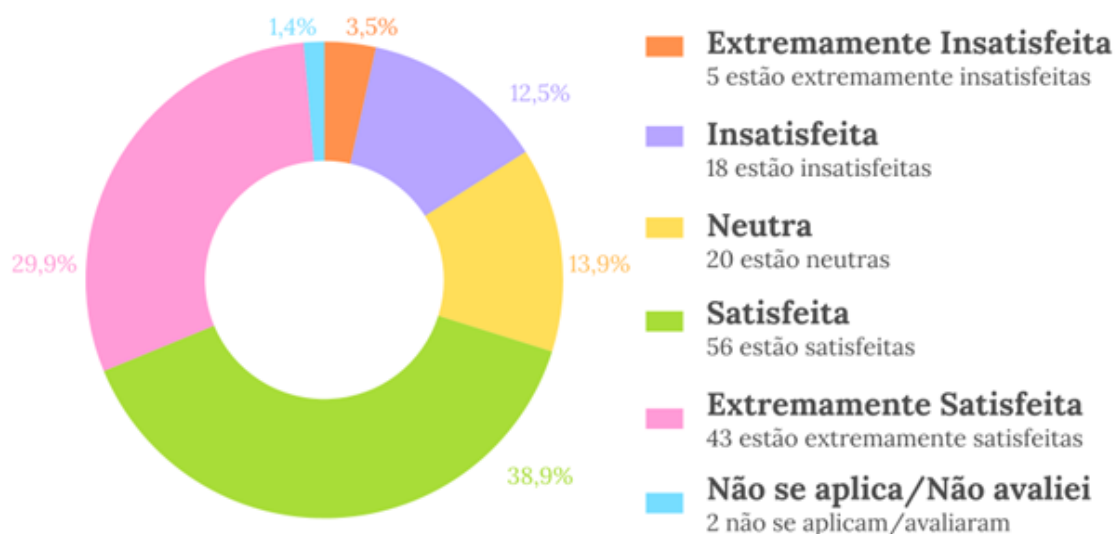
Dada a ausência de literatura específica sobre esses desfechos de saúde física em mulheres trans e travestis pós-CRG, tratam-se de dados que provocam uma atenção clínica individualizada e investigação mais aprofundada em estudos científicos futuros. O conjunto desses achados, ainda que alguns minoritários, reforça a importância de que o cuidado com pessoas submetidas à CRG seja contínuo, multidisciplinar e atento não apenas aos efeitos hormonais, mas também às condições que podem emergir ou se agravar ao longo do tempo

11.2. Satisfação Pós-Cirurgia (Estética e Funcionalidade)

11.2.1. Estética

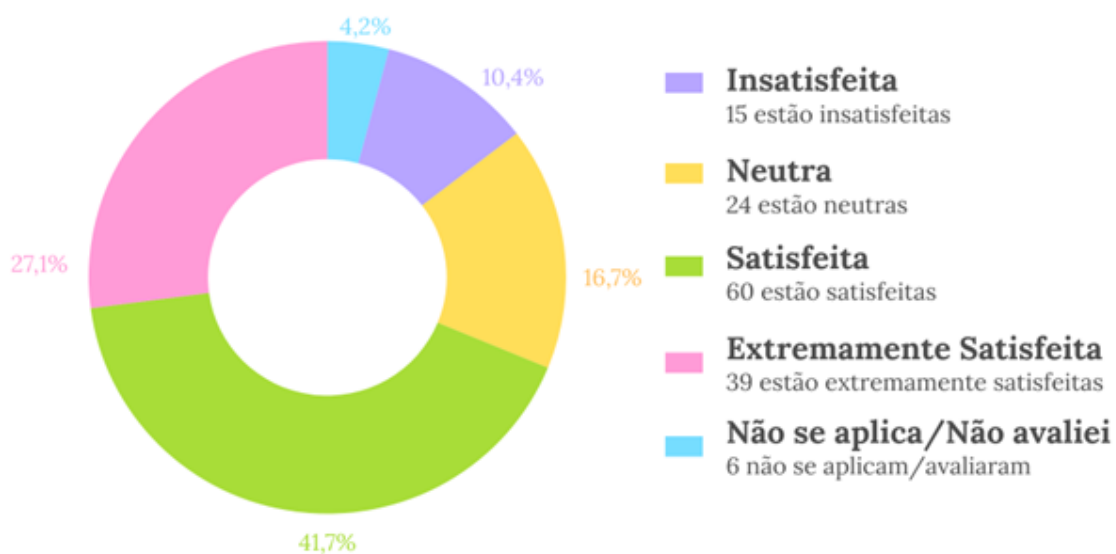
Os resultados apresentaram uma alta satisfação quanto à aparência da neovagina. A maioria das participantes relatou estar satisfeita ou muito satisfeita com a estética geral (68,8%), bem como com o clitóris (68,8%), grandes lábios (66,4%) e pequenos lábios (60,4%) (Figuras 31-34).

Figura 31 - Satisfação geral com a aparência estética geral da neovagina



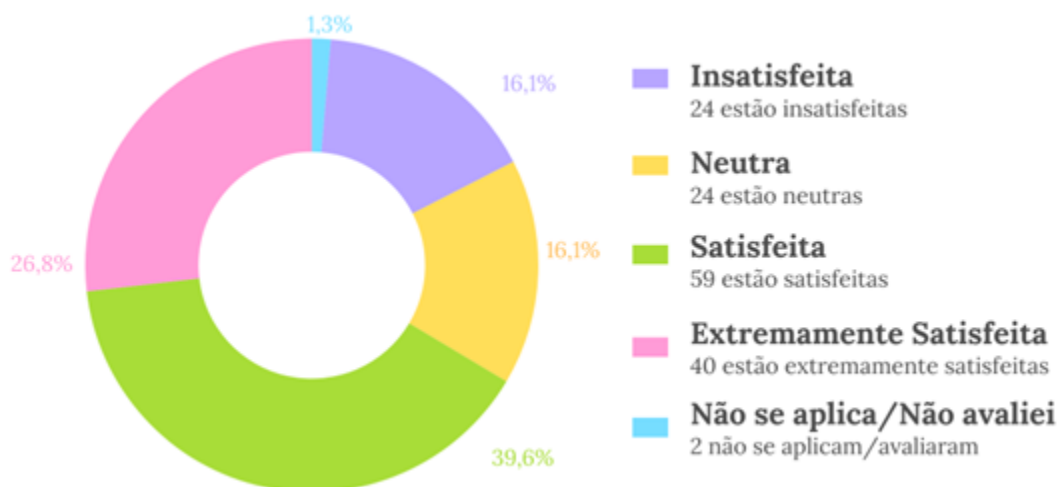
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 32 - Satisfação com a aparência estética do clitóris (neoclitóris)



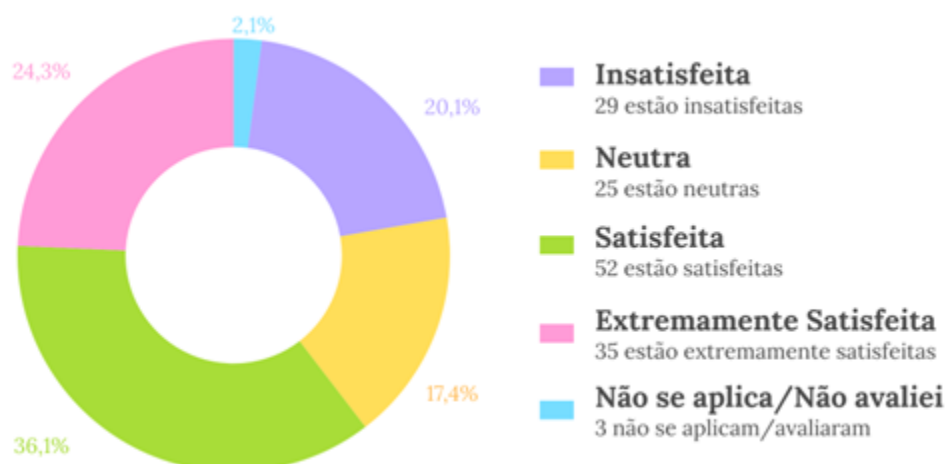
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 33 - Satisfação com a aparência estética dos grandes lábios



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 34 - Satisfação com a aparência estética dos pequenos lábios



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Os resultados obtidos neste dossiê mostraram uma alta satisfação das participantes com a estética da neovagina, corroborando com dados da literatura. Conforme Başpınar e Öztürk (2023), estudos de diversos países demonstraram que as participantes se mostraram mais satisfeitas com seus corpos após a CRG. O estudo ressalta que, mesmo considerando a possibilidade de complicações relacionadas à estética, a satisfação geral

com a aparência tende a aumentar significativamente no pós-operatório (Başpınar; Öztürk, 2023).

A relevância destes achados é reforçada pelo estudo de Silva *et al.* (2024), que, embora confirme o impacto positivo da CRG na autoconfiança e bem-estar, alerta para a escassez de evidências atuais e questionários específicos sobre a satisfação pós-operatória (Silva *et al.*, 2024). Dessa forma, os dados do presente dossiê não apenas mostram a importância da adequação estética da neovagina descrita na literatura, mas também contribuem para preencher a lacuna de evidências sobre a percepção estética do resultado da CRG.

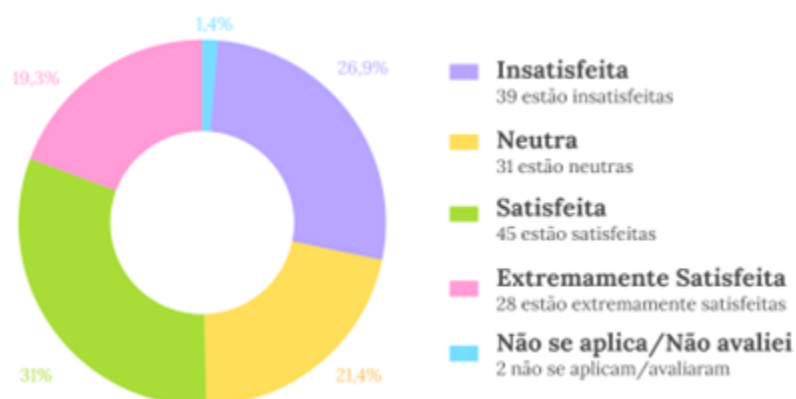
11.2.2. Funcionalidade

A satisfação com a funcionalidade foi percebida pela maioria das mulheres trans e travestis redesignadas como satisfeita/muito satisfeita em todas as dimensões avaliadas, como: lubrificação natural (40,3%), capacidade de sentir prazer/orgasmo (77,8%), ter relações sexuais penetrativas (54,9%), ausência de dor/desconforto durante a atividade sexual (46,6%) e profundidade (50,7%). Entretanto, com relação a profundidade do canal vaginal, cerca de 1/3 das participantes relataram estar insatisfeitas, sinalizando uma questão relevante neste aspecto da funcionalidade.

11.2.2.1. Satisfação com a profundidade da neovagina

A elevada satisfação das participantes em relação à profundidade da neovagina neste estudo (Figura 35) está em consonância com a literatura. A revisão de Sahmoud *et al.* (2024) descreve que entre 60% e 80% das mulheres trans relatam profundidade suficiente para relações penetrativas, independentemente da técnica cirúrgica utilizada, reforçando que a adequação do comprimento vaginal contribui diretamente para a funcionalidade sexual (Sahmoud *et al.*, 2024).

Figura 35 - Satisfação com a profundidade da neovagina

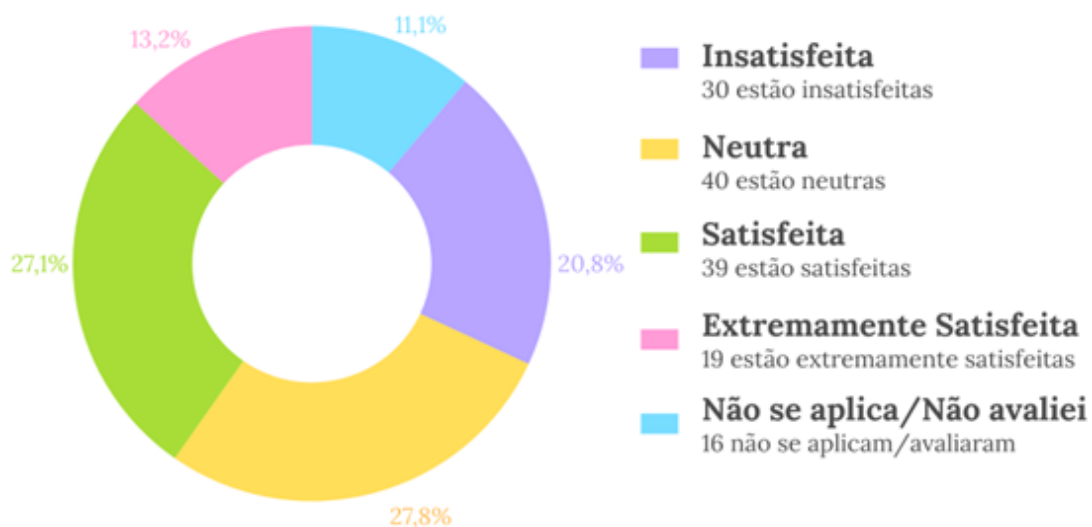


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.2.2. Satisfação com a lubrificação vaginal natural

A alta satisfação com a lubrificação vaginal relatada pelas participantes (Figura 36) corrobora com achados da literatura que demonstram que a lubrificação, embora variável de acordo com a técnica cirúrgica, é um componente importante da experiência sexual pós-operatória. A literatura revela que mulheres trans redesignadas podem apresentar lubrificação durante a excitação e o orgasmo, especialmente em CRG por técnicas intestinais, mas também relata ocorrência de lubrificação após CRG por inversão peniana, o que contribui para maior conforto e prazer durante a atividade sexual (Sahmoud *et al.*, 2024).

Figura 36 - Satisfação com a lubrificação vaginal natural (se presente)

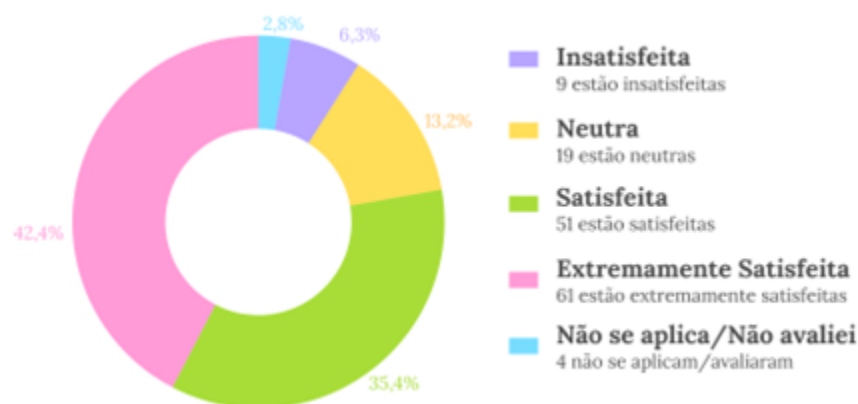


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.2.3. Satisfação com a sensibilidade sexual

Com relação a alta satisfação relatada com a sensibilidade sexual (prazer/orgasmo) neste dossiê (Figura 37), observa-se semelhanças com achados na literatura, que aponta taxas maiores de capacidade de orgasmo após a CRG, variando entre 40% e 100%. Segundo Sahmoud *et al.* (2024), a preservação do feixe neurovascular do neoclitoris é um fator importante para essa função, sendo a estimulação clitoriana o principal mecanismo associado ao orgasmo, ainda que o orgasmo também possa ocorrer durante a penetração vaginal (Sahmoud *et al.*, 2024).

Figura 37 - Satisfação com a sensibilidade sexual (capacidade de sentir prazer/orgasmo)

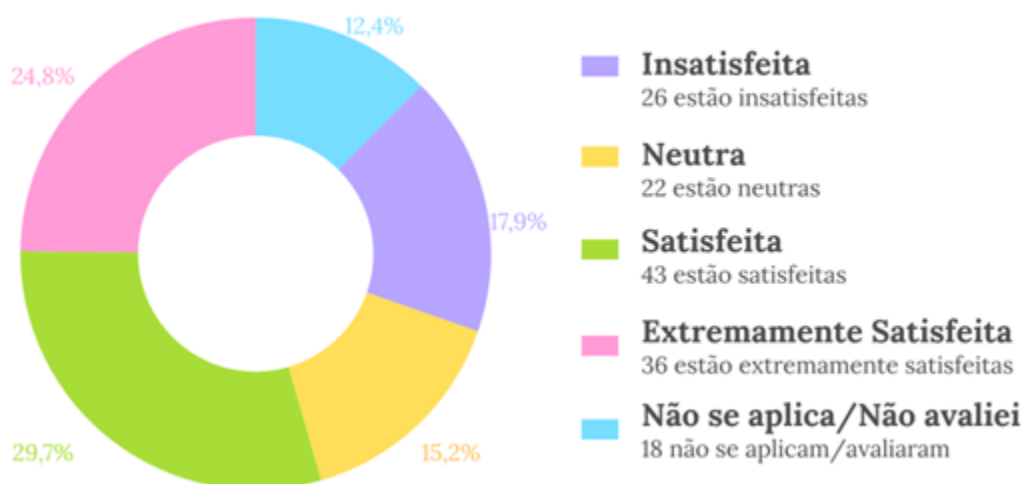


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.2.4. Satisfação com a capacidade de ter relações sexuais penetrativas

A satisfação com as relações penetrativas observada neste estudo (Figura 38) dialoga diretamente com a literatura que associa a capacidade de penetração vaginal a melhores índices de satisfação sexual após a CRG. Sahmoud *et al.* (2024) destacam que a combinação de profundidade adequada, ausência de dor e conforto durante a penetração favorece a retomada da vida sexual, reforçando o papel funcional da neovagina na qualidade de vida sexual das mulheres trans e travestis redesignadas.

Figura 38 - Satisfação com a capacidade de ter relações sexuais penetrativas

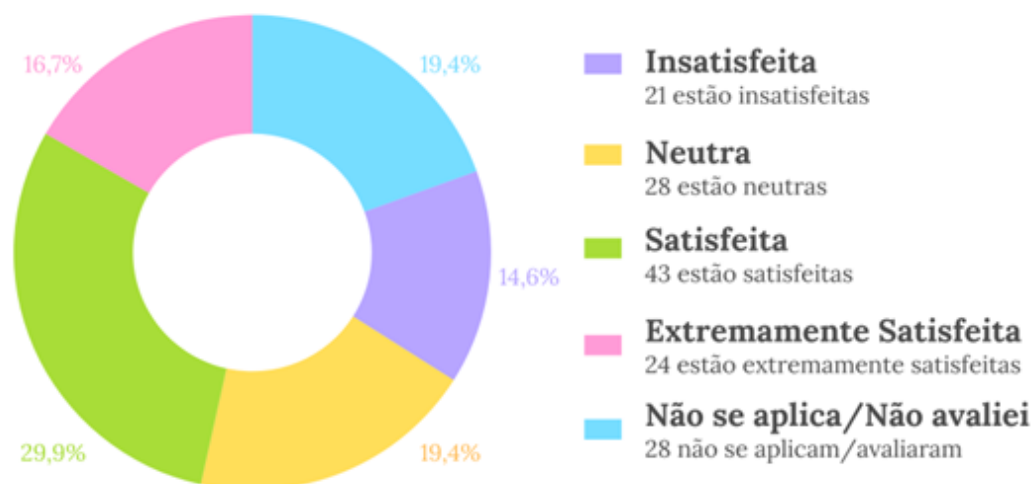


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.2.5. Satisfação com a ausência de desconforto/dor durante a atividade sexual

A ausência de dor durante a atividade sexual relatada pelas participantes (Figura 39) representou um achado importante, uma vez que a literatura descreve a dor sexual como uma complicação possível no pós-operatório. Sahmoud *et al.* (2024) aponta uma prevalência de dor durante a relação sexual em até 27% das mulheres trans que realizam a CRG, associada a fatores como estenose vaginal, ressecamento, presença de pelos no canal vaginal ou hipersensibilidade clitoriana (Sahmoud *et al.*, 2024). Assim, os resultados deste estudo sugerem desfechos funcionais favoráveis e possivelmente boa adesão às orientações pós-operatórias.

Figura 39 - Satisfação com a ausência de desconforto/dor durante a atividade sexual



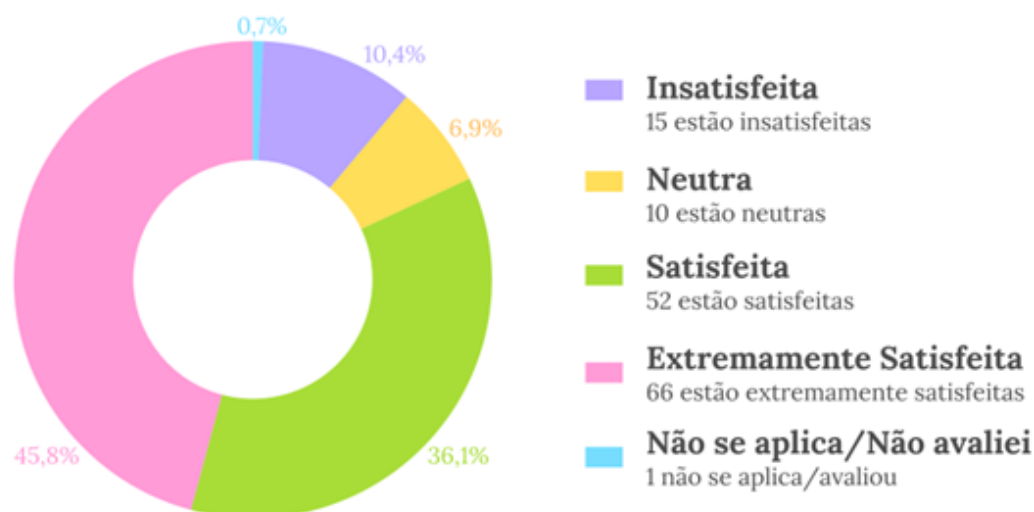
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.3. Aspectos fisiológicos

A maioria das participantes relatou manter controle urinário (81,9%) e fecal (87,5%) satisfatórios (satisfeita/muito satisfeita), indicando que a CRG não acarretou prejuízos às funções fisiológicas básicas.

A alta taxa de respondentes extremamente satisfeitas e satisfeitas com o controle urinário apresentada nos resultados (81,9%) (Figura 40) encontra respaldo na literatura recente sobre desfechos funcionais pós-cirúrgicos. Em consonância com os presentes achados, uma revisão sistemática e metanálise conduzida por Ding *et al.* (2023) identificou uma baixa prevalência de incontinência urinária (9,1%) em mulheres trans que realizaram CRG. A proximidade entre a baixa taxa de complicações reportada na literatura e a percepção positiva de controle urinário relatada pelas participantes no dossiê reforça a segurança da CRG com relação à função urinária.

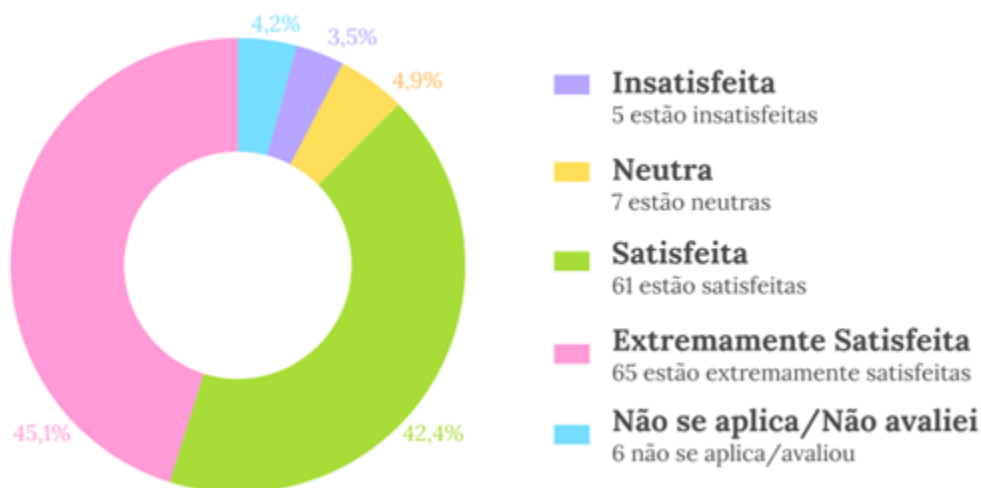
Figura 40 - Satisfação com o controle urinário (ausência de incontinência)



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A elevada taxa de satisfação com o controle fecal encontrada neste dossiê (87,5%) (Figura 41) contrastou com o cenário de disfunções pélvicas apresentado na revisão de escopo de Hatanaka *et al.* (2025). Esta divergência reforça a tese dos autores da revisão sobre a escassez de instrumentos de avaliação validados e específicos para a população trans (Hatanaka *et al.*, 2025). Enquanto a literatura tem foca na quantificação de disfunções, os resultados encontrados neste dossiê demonstram que a percepção subjetiva de controle é preservada na grande maioria dos relatos, sugerindo a necessidade de modelos de cuidado que priorizem a funcionalidade percebida pela pessoa em detrimento de métricas exclusivamente quantitativas.

Figura 41 - Satisfação com o controle fecal (ausência de incontinência)



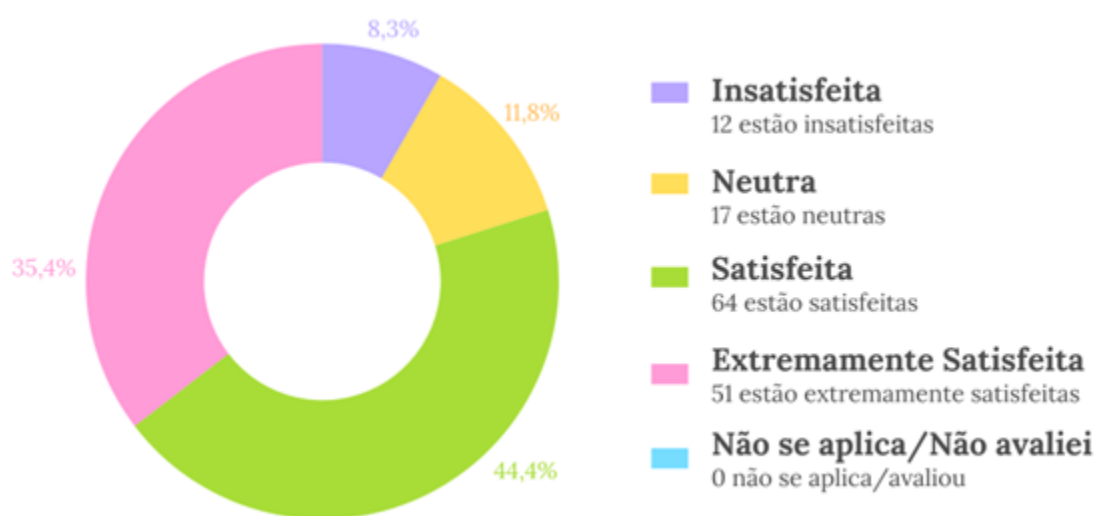
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.2.4. Satisfação geral com o resultado da Cirurgia de Redesignação Genital

De forma geral, ao avaliar riscos e benefícios, a maioria das participantes manifestou estar satisfeita/muito satisfeita (79,8%) com o resultado final da CRG.

Para quem a deseja, a CRG pode representar um evento extremamente importante em suas vidas. Não se trata de um mero procedimento cirúrgico, e sim, de mudanças importantes e grandes expectativas. A CRG é um procedimento de alta complexidade técnica e que tem demonstrado bons resultados estéticos e funcionais, apesar das complicações pós cirúrgicas que são possíveis de acontecer. Essa realidade se reflete nos relatos obtidos nesta pesquisa, onde 79,8% das respondentes relataram estarem satisfeitas ou extremamente satisfeitas com o resultado da CRG (Figura 42).

Figura 42 - Nível de satisfação geral com o resultado da CRG



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 43 - Nuvem de palavras: O que mais agrada no resultado da CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A nuvem de palavras traz um panorama geral do que mais agradou e desagradou na experiência das participantes no resultado da CRG. A análise qualitativa das respostas abertas das 144 participantes foi complementada pela construção de uma nuvem de palavras, recurso metodológico amplamente utilizado em pesquisas qualitativas em ciências da saúde como estratégia exploratória para identificação de padrões semânticos, eixos centrais do discurso e significados compartilhados.

Na saúde, esse tipo de ferramenta analítica contribui para a compreensão ampliada das experiências de cuidado, subsidiando práticas clínicas sensíveis às necessidades expressas pelas próprias usuárias.

Na nuvem de palavras produzida a partir da pergunta “O que mais agrada no resultado da CRG?” (Figura 43), observam-se como termos de maior destaque “Estética”, “Funcionalidade” e “Não ter pênis”, indicando elevada recorrência nas narrativas das participantes ao descreverem o que mais agradou no resultado da CRG, especificamente a vaginoplastia. Esses achados revelam que a avaliação positiva da cirurgia está diretamente relacionada à congruência corporal, aspecto central para a prática de cuidado a mulheres trans e travestis no pré, peri e pós-operatório.

A centralidade do termo “Estética”, articulada à “Funcionalidade”, evidencia que, para as participantes, o cuidado em saúde não pode ser dissociado da percepção subjetiva do corpo e da experiência cotidiana de conforto, mobilidade e funcionalidade da genitália. Para o campo do cuidado, esse resultado reforça a necessidade de abordagens que considerem simultaneamente aspectos técnicos, corporais e simbólicos no acompanhamento de pessoas submetidas à CRG, superando modelos assistenciais restritos à dimensão biomédica.

Termos como “Liberdade”, “Euforia de gênero”, “Paz”, “Plenitude”, “Felicidade” e “Saúde mental” aparecem de forma expressiva na nuvem de palavras, indicando repercussões psicossociais positivas associadas à cirurgia. Esses elementos evidenciam que a CRG, na perspectiva das participantes, atua como tecnologia de promoção da saúde mental e do bem-estar integral, o que tem implicações diretas para práticas de cuidado, especialmente no que se refere ao acolhimento, à escuta qualificada e ao cuidado longitudinal de mulheres trans no Sistema Único de Saúde.

No campo da sexualidade, destacam-se termos como “Prazer”, “Orgasmo”, “Sexualidade”, “Clitóris” e “Lubrificação”, revelando que a experiência sexual pós-operatória ocupa lugar central na percepção dos resultados da vaginoplastia. Esses achados reforçam a importância do papel dos profissionais de saúde na educação em saúde sexual, no manejo de dúvidas e inseguranças no pós-operatório e na construção de práticas de cuidado que reconheçam o prazer e a vivência afetivo-sexual como dimensões legítimas da saúde, historicamente negligenciadas no cuidado a pessoas trans nos espaços institucionais de cuidado.

Além disso, palavras como “Conforto”, “Segurança”, “Pós-operatório” e “Vagina” remetem diretamente à experiência do cuidado e à recuperação cirúrgica, evidenciando a relevância do acompanhamento do cuidado de Enfermagem no manejo da dor, na prevenção de complicações, na orientação sobre autocuidado e na construção de vínculos. A recorrência desses termos sinaliza que a satisfação com a CRG também está relacionada à qualidade do cuidado recebido e à forma como as participantes se sentem (des)amparadas durante o processo pós-operatório.

Dessa forma, a nuvem de palavras constitui um dispositivo analítico relevante para a saúde, ao tornar visíveis os eixos que estruturam a experiência das mulheres trans submetidas à CRG. Os resultados evidenciaram que o cuidado nos serviços de saúde deve ser orientado por uma perspectiva integral, que articule estética, funcionalidade, sexualidade, saúde mental e afirmação de gênero, reconhecendo as mulheres trans e travestis como protagonistas de seus processos de saúde e cuidado.

Figura 44 - Nuvem de palavras: O que mais desagrada no resultado da CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Na nuvem de palavras construída a partir da pergunta “O que mais desagradou no resultado da CRG?” (Figura 44), observou-se que as palavras de maior tamanho e posicionadas de forma mais central representaram os elementos de maior recorrência nas respostas das participantes, indicando os aspectos que concentraram maior nível de insatisfação com o resultado cirúrgico. Entre esses termos de maior destaque estiveram “Profundidade”, “Estética” e “Clitóris”, evidenciando que as principais críticas ao resultado da cirurgia estiveram relacionadas à configuração anatômica e funcional da neovagina.

A centralidade da palavra “Profundidade”, a mais proeminente na nuvem, indicou que a profundidade vaginal constituiu o aspecto mais frequentemente mencionado como fonte de insatisfação. Esse resultado sugeriu que dificuldades relacionadas à extensão da cavidade vaginal, à manutenção da profundidade ao longo do tempo ou às limitações para a penetração vaginal apareceram como elementos centrais na experiência pós-operatória das participantes. A recorrência desse termo também apontou para desafios associados ao processo de dilatação vaginal, etapa fundamental no pós-operatório da vaginoplastia, evidenciando a necessidade de acompanhamento contínuo, orientações adequadas e suporte clínico para manutenção da funcionalidade da neovagina.

Outro termo de grande destaque na nuvem foi “Estética”, indicando que a aparência da genitália reconstruída ocupou lugar central na avaliação das participantes sobre o resultado da CRG. A insatisfação estética pôde estar relacionada a aspectos como formato da vulva, simetria das estruturas, cicatrização ou aparência geral da genitália. Esses achados reforçaram que a dimensão estética da cirurgia não se restringiu a uma preocupação superficial, mas relacionou-se diretamente à imagem corporal, à autoestima e à vivência da afirmação de gênero, elementos fundamentais para o bem-estar psicossocial de mulheres trans e travestis redesignadas.

A palavra “Clitóris”, também entre as mais destacadas, indicou que questões relacionadas à sensibilidade e funcionalidade do (neo) clitóris constituíram outro eixo central de insatisfação. Esse achado apontou para preocupações das participantes quanto à preservação da sensibilidade erógena, à capacidade de experimentar prazer sexual ou ao posicionamento anatômico da estrutura clitoriana após a cirurgia. No contexto do cuidado em saúde, esse resultado evidenciou a importância de considerar a função sexual como uma dimensão importante do sucesso cirúrgico, indo além da reconstrução anatômica da genitália.

Além desses termos centrais, apareceram na nuvem palavras de tamanho intermediário, que indicaram aspectos relevantes, embora mencionados com menor frequência. Entre elas destacaram-se termos relacionados à funcionalidade genital, sexualidade e recuperação pós-operatória, como referências à penetração, lubrificação, sensibilidade e dilatações. Esses elementos sugeriram que parte das insatisfações também se relacionou à adaptação ao novo corpo e à experiência cotidiana com a neovagina no contexto da vida sexual e das práticas de autocuidado.

Nas regiões mais periféricas da nuvem encontraram-se palavras menores, que corresponderam a temas menos recorrentes, mas ainda significativos na experiência de algumas participantes. Entre esses termos surgiram referências a complicações clínicas ou desconfortos pós-operatórios, como dor, infecções ou alterações urinárias. Embora menos frequentes esses relatos indicaram que complicações ou desconfortos persistentes também impactaram a avaliação global do resultado da cirurgia.

Dessa forma, a estrutura visual da nuvem de palavras evidenciou que as principais insatisfações com o resultado da CRG concentraram-se em três eixos centrais: profundidade vaginal, estética genital e funcionalidade do clitóris. Esses achados reforçaram que a avaliação do resultado cirúrgico pelas participantes envolveu uma articulação entre dimensões anatômicas, funcionais, estéticas e sexuais, indicando que o sucesso da cirurgia não pôde ser compreendido apenas em termos técnicos.

Para o campo do cuidado em saúde, esses resultados evidenciaram a importância de abordagens assistenciais que integraram planejamento cirúrgico, acompanhamento pós-operatório qualificado, suporte para o processo de dilatação vaginal e atenção à saúde sexual. Nesse contexto, o acompanhamento multiprofissional, com participação de equipes médicas, de enfermagem, fisioterapia pélvica e apoio psicossocial, mostrou-se fundamental para responder às necessidades expressas pelas mulheres trans submetidas à CRG.

11.3. Práticas de Cuidado e Acompanhamento Clínico

11.3.1. Autocuidado

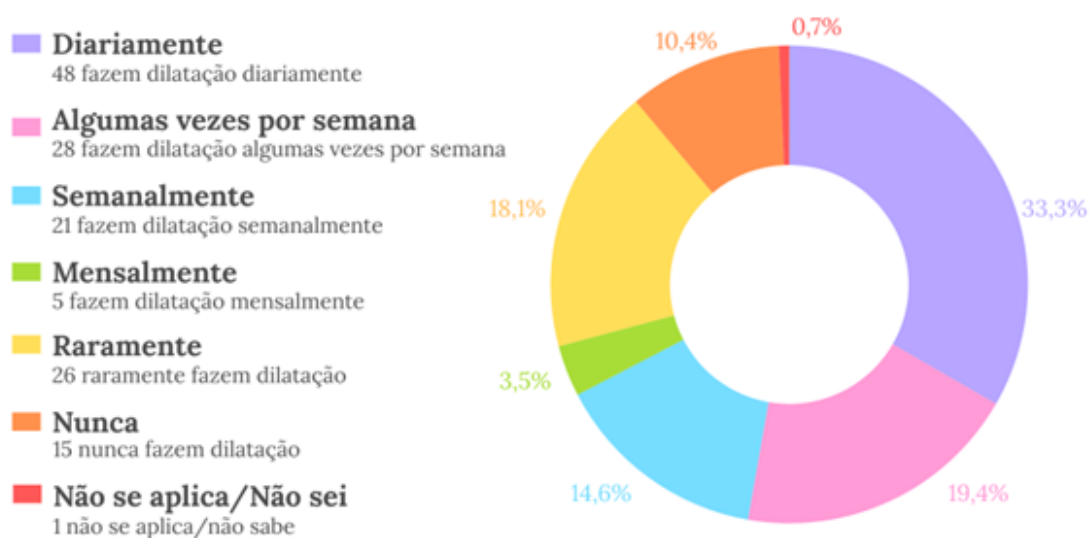
A maioria das participantes relatou realizar a dilatação vaginal pelo menos uma vez por semana (67,3%). Associado a esta prática, observou-se o uso regular de lubrificantes sintéticos (84,0%), sendo predominante os a base de água (72,2%). Além disso, a prática do autoexame da região genital regular é realizada pela maioria (61,8%).

11.3.1.1. Dilatação vaginal

A prática regular da dilatação vaginal é imprescindível para garantir a cicatrização adequada e manutenção da profundidade e circunferência vaginais (Meltzer, 2016). A frequência semanal de dilatação vaginal relatada pela maioria das participantes evidencia uma importante compreensão da necessidade de manutenção contínua da cavidade neovaginal (Figura 45).

Este resultado é superior ao observado na literatura internacional recente, como no estudo canadense de Hallarn *et al.* (2023), onde 52% das participantes relataram manter o uso do dilatador pelo menos uma vez por semana. Essa maior adesão descrita neste dossiê é um indicador positivo de autocuidado, fundamental para prevenir a estenose vaginal e a perda de profundidade em longo prazo, riscos descritos por Silva *et al.* (2024) como consequências diretas da falha na manutenção da dilatação.

Figura 45 - Com que frequência você realiza a dilatação vaginal?

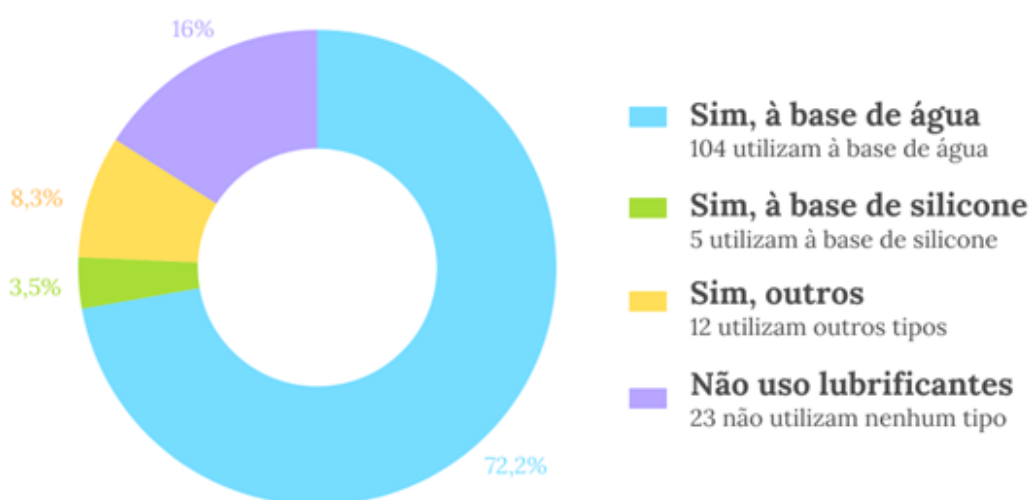


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.3.1.2. Uso de lubrificante

O uso de lubrificantes foi relatado por 84% das participantes (Figura 46), corroborando com o achados de Hallarn *et al.* (2023), que ao investigarem práticas ginecológicas em mulheres trans pós-CRG no Canadá, encontraram uma prevalência muito similar, com 82% da amostra relatando o uso de lubrificantes sintéticos (Hallarn *et al.*, 2023). Essa consistência entre os achados reforça a premissa de que a lubrificação externa não é apenas um recurso para práticas sexuais, mas um material importante e rotineiro para a manutenção da neovagina, sendo indispensável para a viabilidade da dilatação e o conforto nas práticas diárias (Meltzer, 2016).

Figura 46 - Você utiliza algum tipo de lubrificante regularmente?



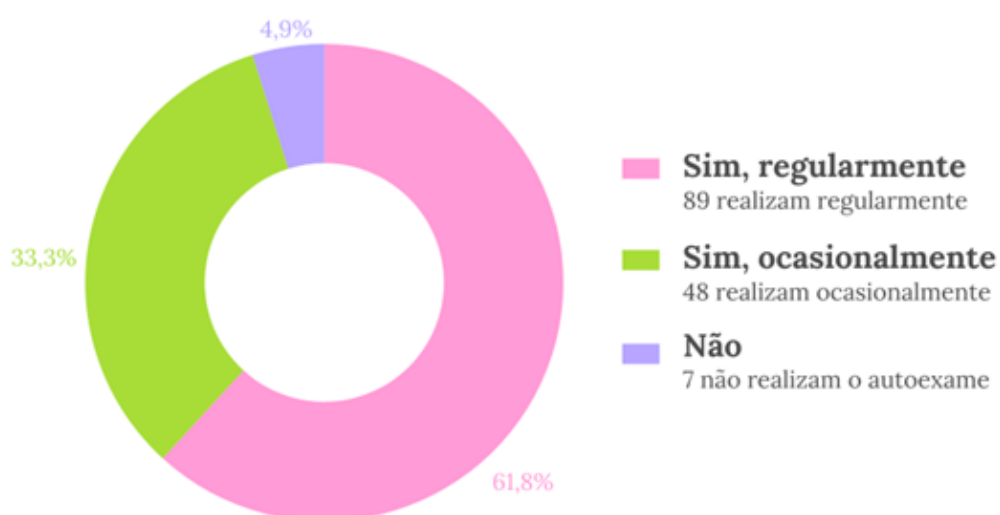
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.3.1.3. Autoexame da região genital

A prática de autoexame da região genital mencionada de forma regular por 61,8% das respondentes (Figura 47) pode refletir uma mudança profunda na relação com o próprio corpo. Segundo Silva (2021), a realização da CRG pode funcionar como um divisor de águas para aquelas que a desejam, onde antes do procedimento poderia haver uma negligência devido ao sentimento de aversão ou desconforto com o órgão genital e o período pós-operatório, que traz uma fase de maior atenção e autocuidado com o próprio corpo (Silva, 2021).

A prática do autoexame constitui-se na materialização de um novo cuidado que aborda questões mais práticas, como higiene da região íntima, a frequência de dilatações e o desejo de se sentir bem consigo mesma (Silva, 2021). Ao examinarem-se regularmente, as mulheres trans e travestis redesignadas exercem o protagonismo sobre seu corpo, transformando um cuidado clínico em um ato de autoafirmação e satisfação pessoal (Silva, 2021).

Figura 47 - Você realiza autoexame da região genital?

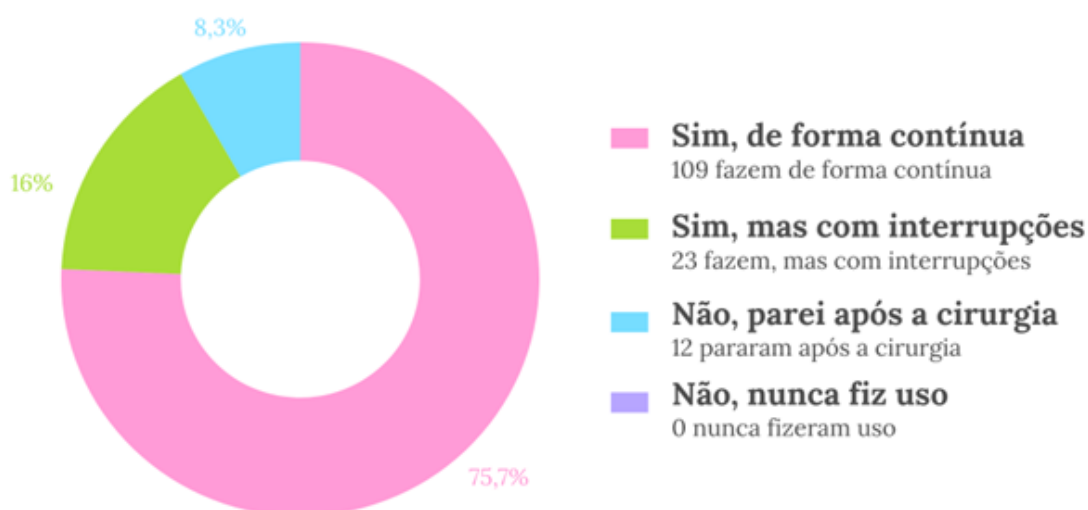


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.3.2. Reposição hormonal

Com relação à reposição hormonal, a maioria das participantes mantém o uso contínuo de reposição hormonal (75,7%) (Figura 48), sendo o estrogênio via oral (comprimidos) a formulação mais utilizada (38,4%) (Tabela 11). Um achado positivo se refere à acessibilidade, onde a maioria avaliou o acesso e a regularidade da obtenção de hormônios como muito fácil e regular (48,6%) (Figura 49).

Figura 48 - Você faz uso de reposição hormonal?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

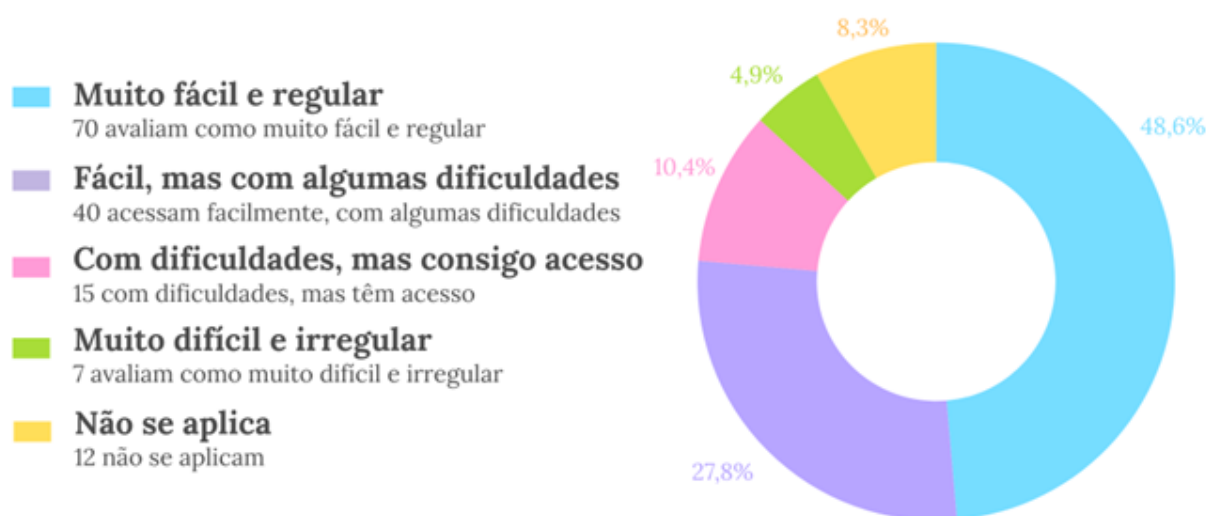
Tabela 11 - Se você faz uso de reposição hormonal, quais tipos de hormônios você utiliza atualmente ou utilizou após a cirurgia? (n=136)

Hormônios	Frequência	Porcentagem
Estrogênio (ex: Estradiol, Valerato de Estradiol) via oral (comprimidos)	68	50%
Estrogênio (ex: Estradiol, Valerato de Estradiol) via transdérmica (adesivos, géis)	50	36,7%
Estrogênio (ex: Estradiol, Valerato de Estradiol) via injetável	32	23,5%
Progesterona (ex: Progesterona micronizada)	10	7,3%
Outro tipo de hormônio	14	10,2%
Não sei/Prefiro não dizer	4	2,9%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A manutenção da reposição hormonal após a CRG, relatada pela maioria das respondentes deste estudo, reflete o cumprimento das diretrizes de cuidado integral. De acordo com a Universidade da Califórnia (UCSF) (2016), a interrupção do estrogênio no pós-operatório pode acarretar em riscos à saúde óssea devido à ausência de produção hormonal endógena (UCSF, 2016). Adicionalmente, Rothman e Iwamoto (2019) salientam que a reposição com estrogênio protege mulheres trans contra perda óssea, sendo a continuidade da reposição hormonal essencial para a preservação da saúde óssea e qualidade de vida a longo prazo (Rothman; Iwamoto, 2019).

Figura 49 - Se sim, como você avalia o acesso e a regularidade da sua reposição hormonal?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

O relato de facilidade e regularidade para o acesso a reposição hormonal observada neste dossiê não deve ser confundida com a plena eficácia da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Vieira, Bermúdez e Goldberg (2025) trazem que a inexistência de protocolos de financiamento estáveis em nível federal transfere a responsabilidade da continuidade do tratamento para as instâncias locais e para a autonomia das próprias usuárias.

Assim, a facilidade relatada pode mascarar uma desresponsabilização do Estado, onde a regularidade da oferta de hormônios torna-se um privilégio de quem acessa serviços locais bem geridos ou possui recursos por meio do setor privado para suplementar as falhas da assistência farmacêutica por meio do serviço público de saúde (Vieira; Bermúdez; Goldberg, 2025).

11.3.3. Acompanhamento profissional

Dentre as especialidades clínicas, a maioria relatou realizar acompanhamento clínico regular com o médico ginecologista (71,7%%). A maior parte das participantes relatou receber acompanhamento clínico exclusivamente pelo SUS (54,2%). A qualidade do atendimento recebido no serviço público foi avaliada como bom/excelente pela maioria (55,6%).

11.3.3.1. Especialidade para acompanhamento clínico

A ginecologia destacou-se como a principal especialidade acessada pelas participantes (Tabela 12), evidenciando a busca por cuidados em saúde no período pós-operatório da CRG. Esse dado vai ao encontro com o apresentado por Ferrando (2024), que identifica a ginecologia como o campo de referência para o acompanhamento da saúde da neovagina. No entanto, embora a procura por esse profissional seja predominante, ressalta-se que a assistência para as mulheres trans e travestis redesignadas ainda enfrenta desafios, uma vez que muitos profissionais relatam insegurança ou falta de treinamento específico para manejo de pacientes que passaram por CRG. Neste sentido, embora as mulheres trans e travestis redesignadas busquem o cuidado especializado, a qualidade da atenção recebida ainda está condicionada à superação dessas lacunas na formação profissional e na organização dos serviços de saúde (Ferrando, 2024).

Tabela 12 - Você faz acompanhamento clínico com qual(is) especialidade(s) após a cirurgia?

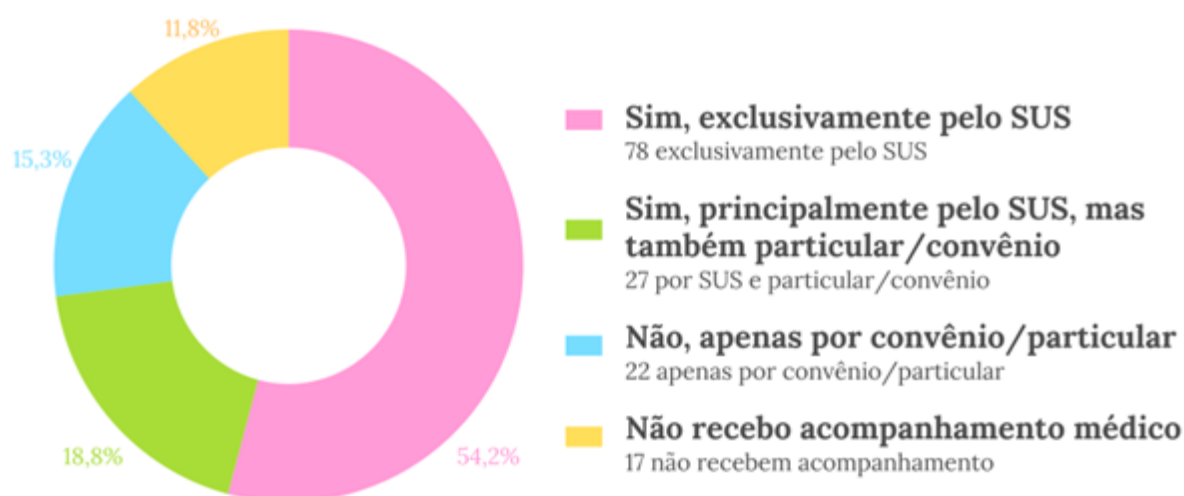
Especialidades	Frequência	% por 120 pessoas
Ginecologista	86	71,7%
Endocrinologista	57	47,5%
Psicólogo(a)	57	47,5%
Psiquiatra	37	30,8%
Cirurgião(ã) Plástico(a) (que realizou a cirurgia)	29	24,2%
Urologista	23	19,2%
Clinico geral	22	18,3%
Enfermagem	11	9,2%
Proctologista	9	7,5%
Fisioterapeuta pélvico(a)	9	7,5%
Outro	4	3,3%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.3.3.2. Acompanhamento pelo SUS

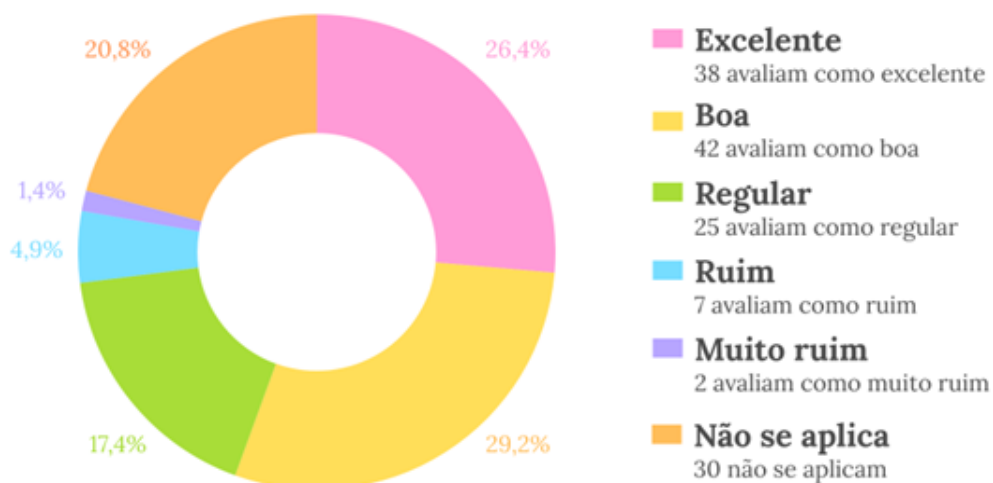
O relato de acompanhamento exclusivo realizado pelo SUS pela maioria das respondentes (Figura 50) reafirma o sistema público de saúde como o principal meio de acesso à saúde para mulheres trans e travestis redesignadas, embora esse dado possa refletir a ausência de outras formas de acesso. Contudo, a avaliação predominantemente positiva com relação a qualidade do atendimento recebido (Figura 51) contrasta com a realidade de violência institucional e barreiras descritas por Jesus *et al.* (2023). Esse resultado sugere que, apesar das dificuldades estruturais do SUS para com a população trans, as participantes perceberam boa/excelente qualidade no cuidado recebido durante o acompanhamento em sua maioria.

Figura 50 - Você recebe acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 51 - Se você recebe atendimento pelo SUS, como você avalia a qualidade do atendimento recebido?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Essa contradição pode ser compreendida pela heterogeneidade nas experiências de acesso aos serviços de saúde. Cortes *et al.* (2020), em um estudo realizado com mulheres trans e travestis no Recôncavo Baiano, identificaram que, embora predominem relatos de discriminação e desrespeito ao nome social, algumas participantes narraram experiências positivas nas Unidades Básicas de Saúde, associadas ao respeito à identidade de gênero e ao acolhimento adequado. As autoras apontam que o preparo profissional foi determinante na qualidade do atendimento, onde e quando profissionais capacitados, fortalecem o vínculo com o serviço, mesmo em contextos de limitações estruturais importantes (Cortes *et al.*, 2020).

Contudo, é fundamental pontuar que, embora o Brasil tenha avançado na construção de diretrizes, ainda não há em vigor uma ação estruturada de formação e cuidado integral conduzida de forma contínua pelo Ministério da Saúde. O Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paes-PopTrans) representa o esforço mais robusto nesse sentido, tendo sido estruturado com base em um diagnóstico situacional denso e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Entretanto, apesar de sua densidade técnica e do consenso federativo alcançado, o programa ainda não foi efetivamente colocado em vigor pelo Ministério da Saúde. Essa morosidade institucional, marcada pela postergação da publicação das normativas, expõe como a decisão política muitas vezes não acompanha a mobilização social e a necessidade técnica, mantendo a assistência à população trans em um estado de excepcionalidade e disputa por legitimidade (Teixeira *et al.*, 2025).

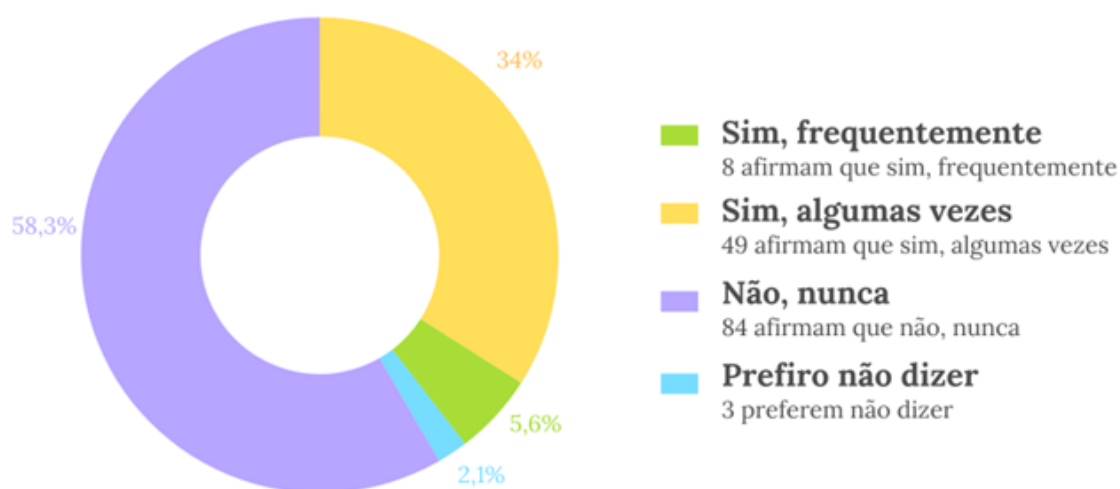
11.3.4. Humanização no atendimento

No tocante à humanização no atendimento, a maioria afirmou não ter sofrido discriminação ou preconceito em ambientes de saúde após a CRG (58,3%). Dentre as principais dificuldades e barreiras para acessar o acompanhamento médico pelo SUS relatadas, a falta de profissionais especializados foi a mais citada (66,9%).

11.3.4.1. Discriminação e preconceito em ambientes de saúde

Embora a maioria das participantes não tenha referido episódios de discriminação ou preconceito, cerca de 40% das respondentes (Figura 52) relataram ter sido alvo destes episódios, consistindo em uma expressiva parcela, o que pode sugerir que a CRG não reduz o ciclo de violências descrito por Cortes *et al.* (2020). Essa persistência do estigma corrobora os dados apresentados por Jesus *et al.* (2023), indicando que a estrutura do sistema de saúde ainda opera sob uma lógica excludente que vulnerabiliza a dignidade de mulheres trans, independentemente de seu itinerário terapêutico.

Figura 52 - Você já foi alvo de discriminação ou preconceito em ambientes de saúde (público ou privado) após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Ao serem questionadas sobre a principal barreira encontrada no SUS após a CRG, a maioria das participantes apontou a falta de profissionais capacitados (Tabela 13), o que demonstra que a dificuldade de acesso além do preconceito já percebido na porta do serviço, atinge a dimensão da competência clínica. Este achado corrobora as análises de Cortes *et al.* (2020) e Jesus et al. (2023), as quais evidenciam que a formação em saúde, pautada em modelos binários e biologicistas, não prepara os trabalhadores para as transespecificidades. Assim, mesmo em um cenário de menor incidência de discriminação explícita após procedimentos cirúrgicos, a barreira técnica persiste, revelando que o sistema de saúde ainda é incapaz de oferecer uma atenção integral que compreenda as necessidades de saúde permanentes de todas as pessoas usuárias.

Tabela 13 - Quais as principais dificuldades ou barreiras que você encontra para acessar o acompanhamento médico pelo SUS após a cirurgia?

Dificuldades ou barreiras	Frequência	Porcentagem
Falta de profissionais especializados	79	66,9%
Falta de vagas/demora na marcação de consultas	61	51,7%
Distância/dificuldade de deslocamento	39	33,1%
Falta de informação sobre os serviços disponíveis	36	30,5%
Burocracia excessiva	32	27,1%
Os profissionais dizem que não são capacitados para me atender	23	19,5%
Preconceito/discriminação por parte dos profissionais de saúde	11	9,3%
Outro	6	5,1%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 53 - Nuvem de palavras: Quais são os principais desafios de saúde que você enfrenta atualmente relacionados à sua transição física/psicossocial ou à CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Na nuvem de palavras construída a partir da pergunta “Quais são os principais desafios de saúde que você enfrenta atualmente relacionados à sua transição física/psicossocial ou à CRG?” (Figura 53), observou-se que as palavras de maior tamanho e posicionadas de forma mais central representaram os elementos de maior recorrência nas respostas das participantes. Entre os termos de maior destaque apareceram “Nenhum”, “Acesso” e “Sexualidade”, indicando os eixos mais frequentemente mencionados quando as participantes refletiram sobre os desafios atuais relacionados à sua saúde.

A palavra “Nenhum”, a mais proeminente na nuvem, indicou que uma parcela significativa das participantes relatou não enfrentar, no momento da pesquisa, desafios específicos de saúde diretamente relacionados à sua transição ou à cirurgia. Esse resultado pode sugerir que, para algumas mulheres trans, a experiência pós-cirúrgica e o processo de transição já se encontravam estabilizados, sem demandas de saúde percebidas como problemáticas naquele momento. No entanto, a presença dessa palavra também pode refletir a ausência de acompanhamento sistemático ou a naturalização de determinadas dificuldades, aspecto frequentemente observado em pesquisas sobre saúde de populações trans.

Outro termo de grande destaque na nuvem foi “Acesso”, evidenciando que dificuldades de acesso a serviços de saúde ainda constituíram um desafio relevante para parte das participantes. A presença desse termo sugeriu que barreiras simbólicas, institucionais, estruturais ou organizacionais continuaram impactando o acompanhamento de saúde de mulheres trans e travestis mesmo após a realização da cirurgia, indicando fragilidades na continuidade do cuidado. No contexto do SUS, esse achado apontou para a necessidade de fortalecimento das redes de atenção capazes de oferecer acompanhamento longitudinal e qualificado para pessoas trans em diferentes etapas do processo de transição.

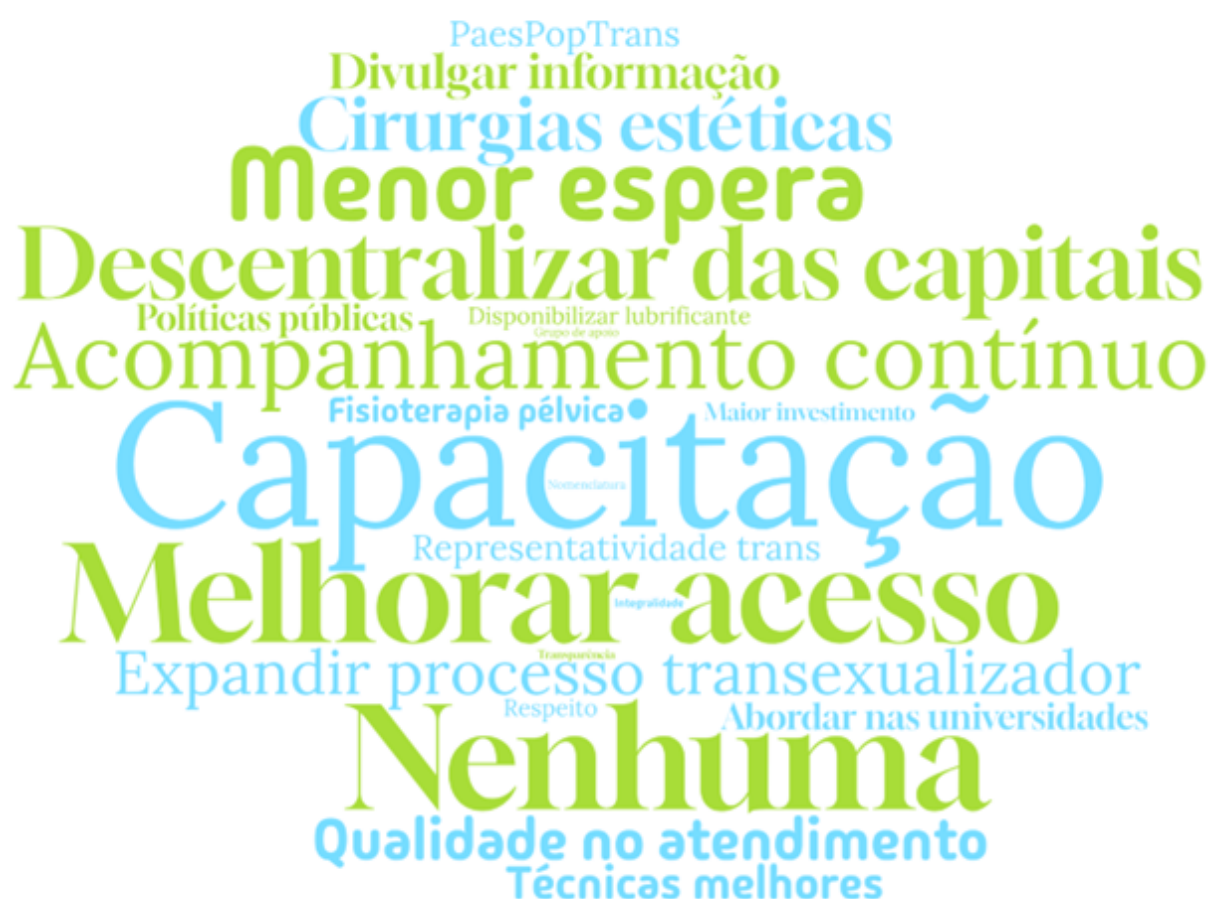
A presença do termo “Sexualidade”, também entre os mais destacados, indicou que questões relacionadas à vida sexual constituíram outro eixo importante entre os desafios relatados pelas participantes. Esse achado sugeriu que aspectos como prazer, adaptação à nova anatomia genital, segurança nas relações sexuais e manejo de dúvidas relacionadas à funcionalidade da neovagina continuam sendo dimensões relevantes da saúde após a CRG. Para o campo do cuidado, esses resultados reforçaram a importância de práticas assistenciais que incluam educação em saúde sexual, orientação clínica e acompanhamento sensível às demandas afetivo-sexuais das mulheres trans e travestis que passaram pela transgenitalização.

Além desses termos centrais, apareceram palavras de tamanho intermediário, que indicaram desafios específicos vivenciados por parte das participantes, especialmente relacionados ao acompanhamento clínico das modificações corporais. Entre esses termos destacaram-se referências à hormonoterapia, libido, ganho de peso e dilatação, sugerindo preocupações com efeitos fisiológicos associados à reposição hormonal e com o cuidado contínuo da neovagina após a cirurgia. Esses elementos indicam a importância de acompanhamento multiprofissional capaz de integrar cuidados endocrinológicos, ginecológicos e orientações sobre autocuidado no pós-operatório tardio.

Nas regiões mais periféricas da nuvem surgiram palavras menores, representando desafios mencionados com menor frequência, mas ainda significativos para algumas participantes deste dossiê. Entre esses termos apareceram referências a questões emocionais, psicossociais e clínicas, indicando que a experiência de saúde no contexto da transição de gênero não se restringiu às dimensões estritamente biomédicas, mas também envolveu aspectos subjetivos, simbólicos, relacionais e sociais.

Dessa forma, a estrutura visual da nuvem de palavras evidenciou que os desafios de saúde relatados pelas participantes concentraram-se principalmente em três eixos: ausência ou presença de desafios percebidos, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e questões relacionadas à sexualidade. Esses achados indicaram que, mesmo após a realização da CRG, as demandas de saúde de mulheres trans continuam atravessadas por dimensões estruturais do cuidado, pelo acompanhamento clínico das modificações corporais e pela vivência da sexualidade.

Figura 54 - Nuvem de palavras: Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento e o cuidado de mulheres trans após a CRG no Brasil?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Na nuvem de palavras construída a partir da pergunta “Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento e o cuidado de mulheres trans após a CRG no Brasil?” (Figura 54), observou-se que as palavras de maior tamanho e posicionadas de forma mais central representaram os elementos de maior recorrência nas respostas das participantes, indicando os principais eixos de sugestões para qualificação do cuidado. Entre os termos de maior destaque apareceram “Profissionais”, “Capacitação” e “Acompanhamento”, evidenciando que as participantes atribuíram grande importância à qualificação das equipes de saúde e à continuidade do cuidado no período pós-operatório.

A centralidade da palavra “Profissionais” indicou que grande parte das sugestões esteve relacionada à atuação das equipes de saúde, apontando para a necessidade de profissionais mais preparados para atender mulheres trans e travestis no contexto da CRG e do acompanhamento pós-cirúrgico. Esse resultado sugeriu que as participantes perceberam lacunas na formação e na sensibilidade de profissionais da saúde para lidar com as especificidades do cuidado à população trans, especialmente no que se refere às demandas clínicas, sexuais e psicossociais presentes no período pós-operatório.

Associado a esse eixo, o termo “Capacitação”, também entre os mais destacados na nuvem, indicou que uma das principais sugestões das participantes foi à ampliação da formação e qualificação profissional voltada ao cuidado de pessoas trans. Esse achado apontou para a necessidade de inclusão de conteúdos relacionados à diversidade de gênero, sexualidades, saúde trans e acompanhamento pós-CRG nos processos de formação e educação permanente em saúde.

Outro termo central na nuvem foi “Acompanhamento”, evidenciando que as participantes identificaram a necessidade de fortalecimento do seguimento clínico após a cirurgia. Esse resultado sugeriu que o cuidado pós-CRG ainda se apresenta de forma fragmentada ou insuficiente em muitos contextos assistenciais, indicando a importância de organizar linhas de cuidado que garantam acompanhamento longitudinal e integrado. Nesse sentido, o acompanhamento multiprofissional apareceu implicitamente como estratégia fundamental para responder às demandas das mulheres trans e travestis no período pós-cirúrgico.

Além desses termos centrais, apareceram palavras de tamanho intermediário, que indicaram outras sugestões relevantes formuladas pelas participantes, relacionadas principalmente à organização dos serviços de saúde e à melhoria da qualidade do atendimento. Entre esses termos destacaram-se referências a “Respeito”, “Humanização”, “Escuta” e “Acolhimento”, indicando que a qualificação do cuidado não se limita à dimensão técnica da assistência, mas envolve também a construção de relações terapêuticas baseadas no reconhecimento da identidade de gênero, na empatia e no respeito às experiências dessas mulheres.

Nas regiões mais periféricas da nuvem surgiram palavras menores, representando sugestões mencionadas com menor frequência, mas ainda relevantes para algumas participantes. Entre esses termos apareceram referências à ampliação de serviços especializados, à melhoria do acesso ao SUS e à oferta de informações sobre autocuidado e sexualidade no período pós-operatório. Embora menos recorrentes, essas sugestões indicaram a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a rede de atenção à saúde da população trans em diferentes níveis de cuidado.

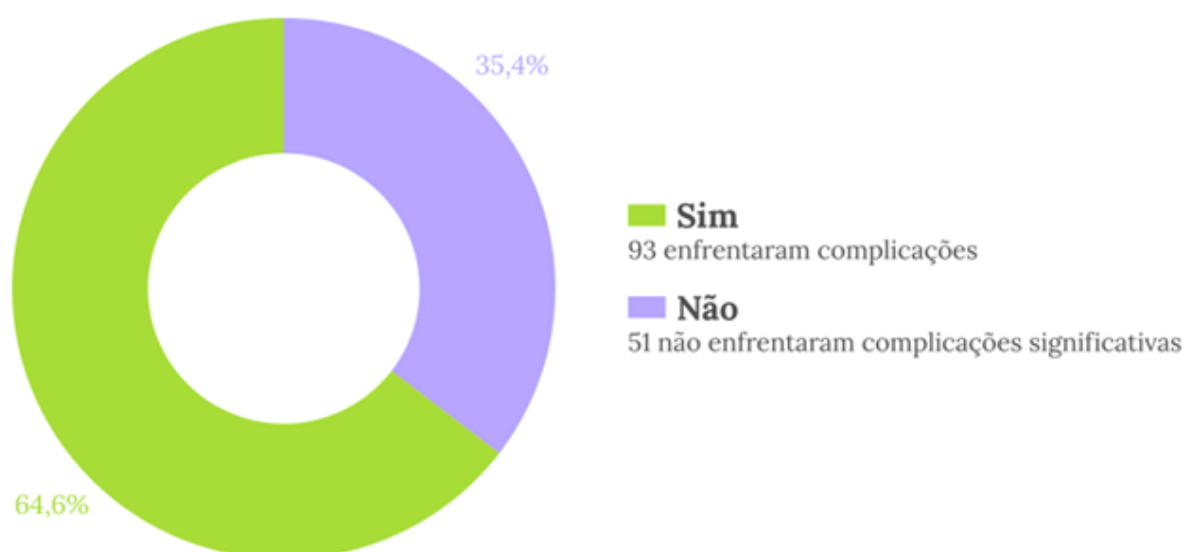
Dessa forma, a estrutura visual da nuvem de palavras evidenciou que as principais sugestões apresentadas pelas participantes concentraram-se em três eixos centrais: qualificação dos profissionais de saúde, ampliação da capacitação em saúde trans e fortalecimento do acompanhamento pós-operatório. Esses achados indicaram que a melhoria do cuidado a mulheres trans após a CRG depende não apenas da oferta de procedimentos cirúrgicos, mas também da construção de redes assistenciais capazes de garantir continuidade, integralidade e qualidade no cuidado em saúde transespecífico.

11.4. Complicações Pós-Cirúrgicas e Estratégias de Manejo

Com relação às complicações pós-cirúrgicas, a maioria das participantes relataram ter enfrentado algum tipo de complicação (64,6%). Dentre as complicações mais citadas, destacam-se a deiscência de sutura (abertura de pontos) (54,8%) e a estenose vaginal (46,2%).

Embora a maioria das participantes relataram terem enfrentado algum tipo de complicação pós-CRG (64,6%) (Figura 55), entende-se estes dados não devem ser interpretados como um fracasso da CRG, mas sim como um indicativo da alta complexidade técnica que envolve esses procedimentos. Conforme apontam Moraes e Cortes (2020), as intercorrências pós-operatórias são eventos previstos na literatura científica e reforçam a importância de uma assistência de enfermagem transespecífica. A ocorrência desses eventos sinaliza a necessidade de fortalecer as redes de cuidado pós-cirúrgico, garantindo suporte técnico, humano e material para o autocuidado, reduzindo assim o impacto das morbidades no processo pós-cirúrgico da CRG.

Figura 55 - Você enfrentou complicações após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Dentre as complicações mais citadas pelas participantes, figuraram a deiscência de sutura, a estenose vaginal e as infecções urinárias recorrentes (Tabela 14), que estão em consonância com a literatura científica. A revisão de Moraes e Cortes (2020), apresenta que estes episódios podem ocorrer desse procedimento de alta complexidade técnica.

É importante notar que o surgimento dessas complicações não deve ser lido como um insucesso da CRG, mas como um indicativo da necessidade de suporte e cuidados contínuos. Como apontam as autoras, complicações como a estenose e a deiscência de sutura demandam uma assistência de enfermagem que vá além do hospital, focando na instrumentalização dessas mulheres para o autocuidado (Moraes; Cortes, 2020). Assim, a prevalência desses relatos neste dossiê reforça que o sucesso da CRG é indissociável de uma rede de cuidados que garanta os meios para o suporte e para gerenciar sua própria recuperação.

Tabela 14 - Se sim, quais complicações você enfrentou?

Complicações após a CRG	Frequência	Porcentagem
Deiscência de sutura (abertura de pontos)	51	54,8%
Estenose vaginal (estreitamento da neovagina)	43	46,2%
Infecções urinárias recorrentes	31	33,3%
Outra complicação	23	24,7%
Problemas com a cicatrização (ex: queloides, hipertrofia)	22	23,7%
Sangramento excessivo	16	17,2%
Problemas com a sensibilidade (ex: dormência, dor excessiva, insensibilidade)	11	11,8%
Dor crônica na região genital	9	9,7%
Fístula (comunicação anormal entre órgãos)	7	7,5%

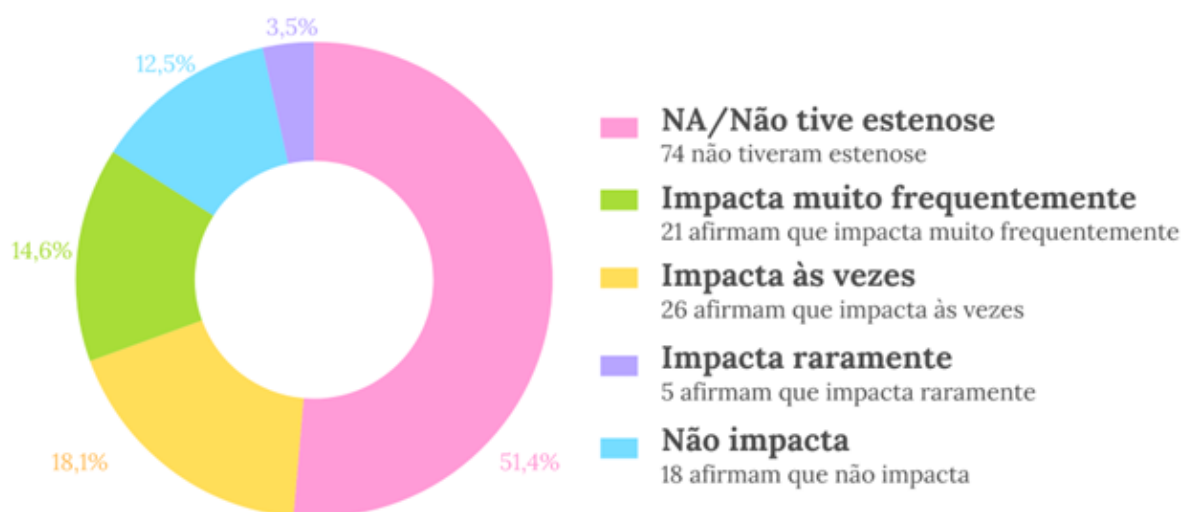
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.4.1. Estenose vaginal e infecções urinárias recorrentes

Relativo aos impactos da estenose vaginal, a maioria das participantes que relataram estenose indicou que sentem muito frequentemente ou às vezes que a condição interfere na capacidade de dilatação ou nas relações sexuais penetrativas (32,7%). Já em relação às respondentes que relataram quadros de infecções urinárias recorrentes foram relatadas com frequência rara pela maioria (18,4%).

A interferência da estenose na capacidade de dilatação e nas relações sexuais penetrativas relatada pelas participantes (Figura 56), encontra respaldo nos achados de Sahmoud *et al.* (2024). Os autores identificam a estenose como uma barreira física que pode comprometer diretamente parte da função sexual e a saúde da neovagina no pós-operatório. Ao dificultar a manutenção do canal vaginal, esta complicação pode impedir que a CRG cumpra plenamente o seu papel na promoção do bem-estar, transformando uma questão anatômica num obstáculo à autonomia e satisfação sexual das mulheres trans e travestis redesignadas que tem relações penetrativas, por exemplo.

Figura 56 - Se você enfrentou estenose vaginal, com que frequência isso impacta sua capacidade de dilatação ou de ter relações sexuais penetrativas?

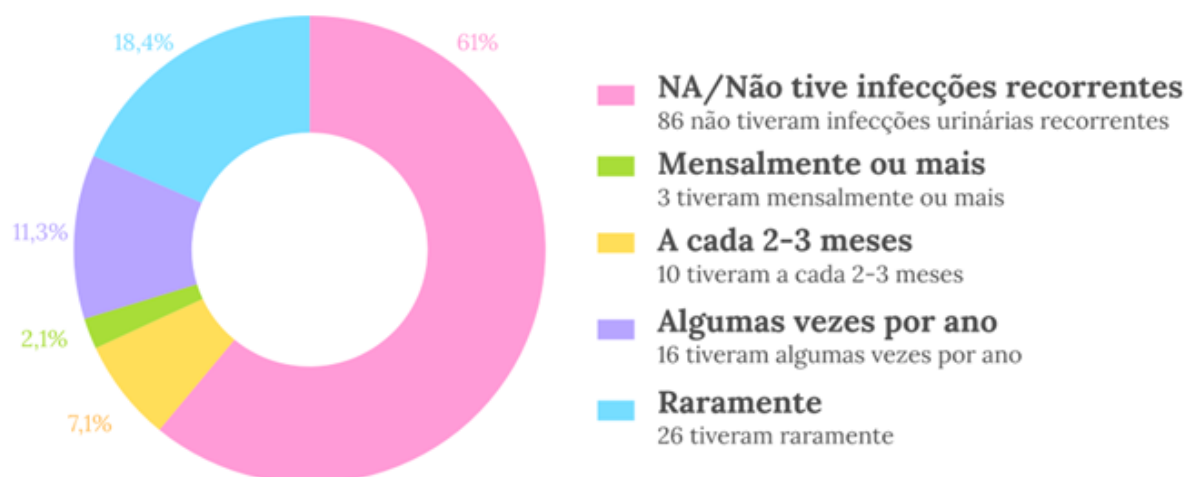


Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A infecção urinária recorrente é uma realidade para cerca de 1/3 das respondentes do dossiê (Tabela 14). Hallarn *et al.* (2023) em seu estudo, relatam que 30% das entrevistadas também mencionaram a infecção como uma preocupação frequente após a CRG.

Embora a maioria não tenha recorrência, o dado acende um alerta, pois quase 10% das mulheres enfrentam o problema de forma constante (mensalmente ou a cada 2-3 meses) (Figura 57). De acordo com o estudo, ainda carecem de diretrizes baseadas em evidências sobre cuidados vaginais e tratamento de sintomas ginecológicos de mulheres trans e travestis redesignadas, o que pode dificultar o controle dessas infecções (Hallarn *et al.*, 2023).

Figura 57 - Se você enfrentou infecções urinárias recorrentes, com que frequência elas ocorrem?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026

11.4.2. Manejo e acompanhamento de complicações pós-operatórias

Diante das complicações relatadas, a estratégia de manejo predominante foi a busca por acompanhamento médico especializado (66,7%). Um dado relevante refere-se à percepção subjetiva sobre o impacto das complicações na qualidade de vida geral. Dentre as participantes, 30% relataram um impacto negativo ou muito negativo em seu cotidiano (Figura 58). Esse dado pode demonstrar que para uma 1/3 das respondentes, a ocorrência dessas complicações gera um prejuízo ao bem-estar, evidenciando uma possível lacuna no suporte e no manejo especializado após a CRG.

Dentre as ações ou tratamentos mais buscados pelas respondentes que sentiram necessidade devido às complicações, o acompanhamento médico especializado foi o mais citado (66,7%), seguido de novas cirurgias/procedimentos corretivos (37,4%) (Tabela 15). Estes dados encontram respaldo nos achados de Brouwer *et al.* (2021), que identificaram 65% de pessoas trans que passaram por procedimentos cirúrgicos com desejo de cuidados pós-operatórios adicionais. Dentre estas necessidades, a assistência médica na recuperação pós-cirúrgica foi a mais citada (47%). A necessidade deste tipo de suporte técnico está associada à realização da CRG (Brouwer *et al.*, 2021), a qual é reconhecida pela alta complexidade técnica que envolve o procedimento e suas possíveis complicações.

Tabela 15 - Em relação às complicações que você enfrentou (se houver), quais ações ou tratamentos você buscou para melhorar a situação?

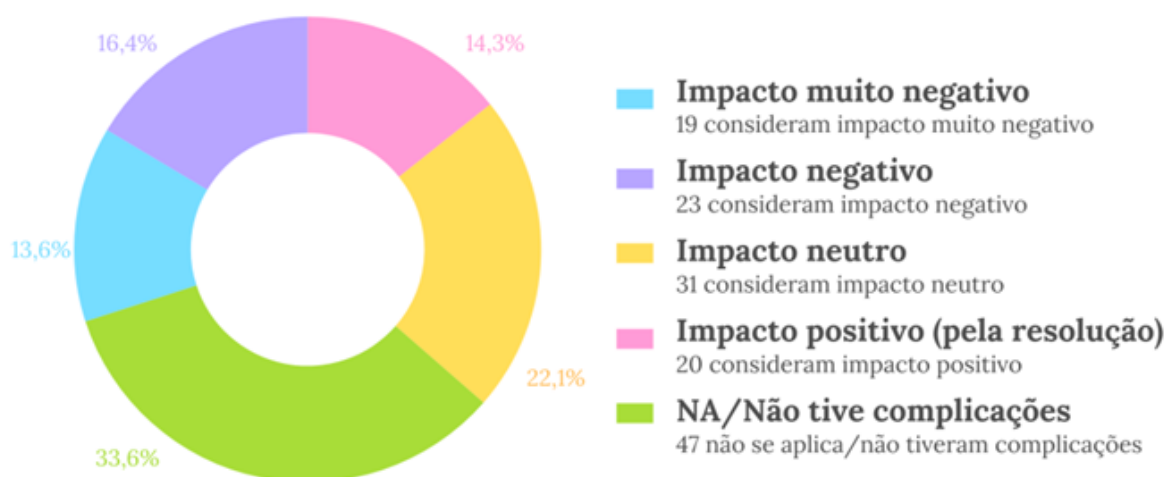
Tratamento ou ações após complicações	Frequência	Porcentagem
Acompanhamento médico especializado (ex: urologista, ginecologista)	66	66,7%
Novas cirurgias/procedimentos corretivos	37	37,4%
Uso de medicamentos (ex: antibióticos, analgésicos)	36	36,4%
Recorri a outras colegas transgenitalizadas	22	22,2%
Mudanças na higiene pessoal	21	21,2%
Aumento da frequência de dilatação	20	20,2%
Fisioterapia pélvica	16	16,2%
Outro	9	9,1%
Terapias alternativas	5	5,1%
Cuidados de Enfermagem	5	5,1%
Não busquei tratamento ou ação específica	5	5,1%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Quando consideramos todas as respondentes, cerca de 30% relataram impacto negativo ou muito negativo na qualidade de vida geral (Figura 58). Esse é um dado importante, pois esses impactos não refletem somente na saúde física. Precisamos compreender toda a complexidade que envolve o contexto da CRG e a vida pós-cirúrgica. Para além das questões físicas que as complicações da CRG podem acarretar, questões de saúde mental também podem ser afetadas, principalmente quando consideramos um pós-operatório de acompanhamento profissional precário e com falta de instrumentalização dessas mulheres para o autocuidado.

Para além dessas demandas diretamente relativas ao corpo e à saúde mental, esses impactos geram reflexos diretos no dia a dia de quem os vive, promovendo a possibilidade de gerar mais vulnerabilidades. Isso pode se observar em situações que ocorre a perda de trabalho ou educação, num universo em que o acesso ao trabalho formal ou à educação já se apresenta de forma, no mínimo, imprevisível. Além disso, a possibilidade de perda da fonte de renda e a consequente insegurança alimentar demonstram que uma complicação cirúrgica inerente à CRG, neste contexto, pode desestabilizar as condições básicas de subsistência dessas mulheres.

Figura 58 - Qual foi o impacto dessas complicações na sua qualidade de vida geral?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.5. Saúde Mental e Aspectos Psicossociais

11.5.1. Resultados de saúde mental

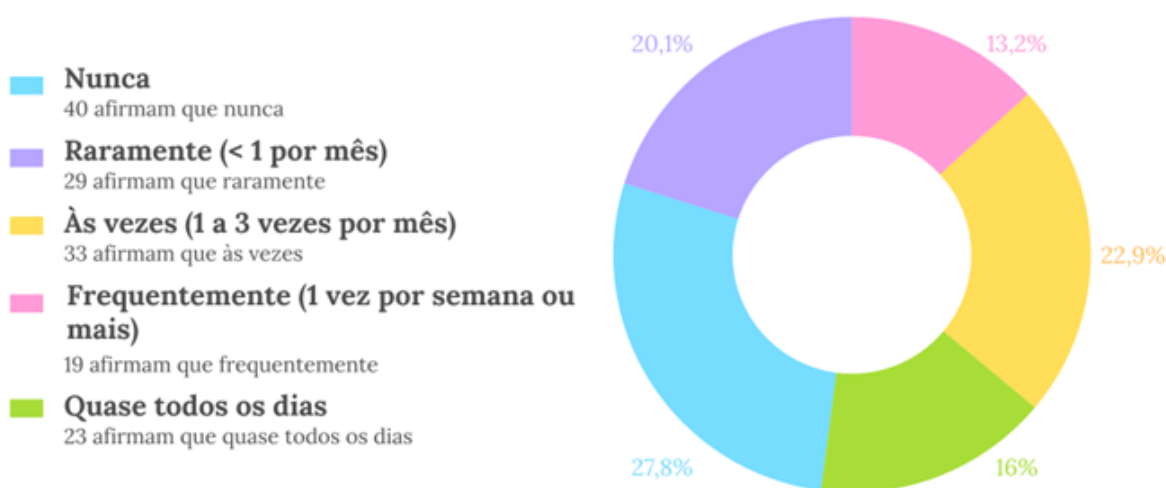
Os resultados de saúde mental no período pós-CRG mostraram-se predominantemente positivos. A maioria das participantes relatou nunca ou raramente ter vivenciado sentimentos frequentes de ansiedade e nervosismo (47,9%) e tristeza ou depressão após o procedimento (69,4%). A maioria relatou buscar (57,7%) e manter (43,8%) acompanhamento psicológico/psiquiátrico, avaliando a qualidade desse apoio como excelente/boa (53,4%%) (Figuras 59-62).

11.5.1.1. Ansiedade e depressão

Historicamente, mulheres trans e travestis apresentam indicadores ruins de saúde mental, com maior prevalência de depressão, ansiedade, uso/abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida. Essa realidade pode ser explicada pela teoria do estresse de minorias, que descreve o impacto de fatores estressores externos, como a violência, o estigma e a discriminação estrutural, além da negação de direitos civis (Meyer, 2003; Hendricks; Testa, 2012). A literatura indica que o sofrimento psicológico não é inerente à identidade de gênero, e sim um reflexo da transfobia e do preconceito que dificulta, inclusive, o acesso aos serviços de saúde (Oliveira, 2024).

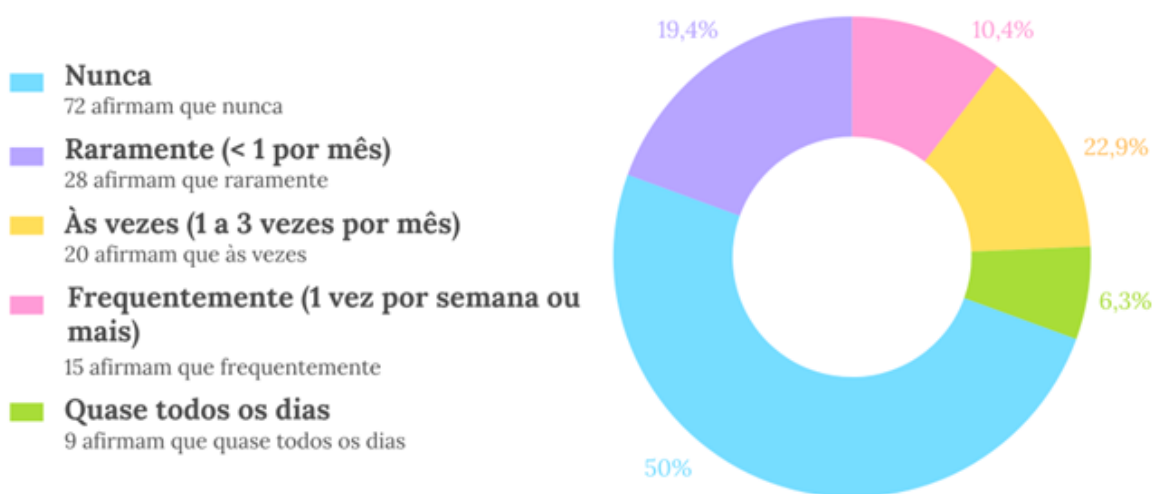
Nesse cenário, onde o presente dossiê evidenciou que 70% das participantes raramente ou nunca sentem sentimentos depressivos (Figura 59) e 48% raramente ou nunca sentem ansiedade (Figura 60), corroboram a premissa de que a CRG pode atuar como um importante fator protetor da saúde mental. Segundo Oliveira (2024), a CRG contribui positivamente para a melhoria da autoestima, da autoimagem e da satisfação com o próprio corpo, reduzindo o sofrimento. Embora Cortes *et al.* (2022) ressaltem que a vulnerabilidade psicossocial permanece um desafio, a realização do processo de transição de gênero é reconhecida como uma forma de resistência e promoção de bem-estar, permitindo que a pessoa seja quem ela sente que é (Cortes *et al.*, 2022). Assim, os resultados positivos observados sugerem que a CRG é positiva na mitigação do sofrimento interno, embora o suporte social longitudinal continue sendo fundamental para lidar com as pressões externas mobilizadas pela constante transfobia que estrutura a sociedade.

Figura 59 - Com que frequência você se sentiu ansiosa, nervosa ou com preocupação excessiva após a cirurgia?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 60 - Com que frequência você se sentiu triste, deprimida ou sem interesse em atividades que antes gostava após a cirurgia?



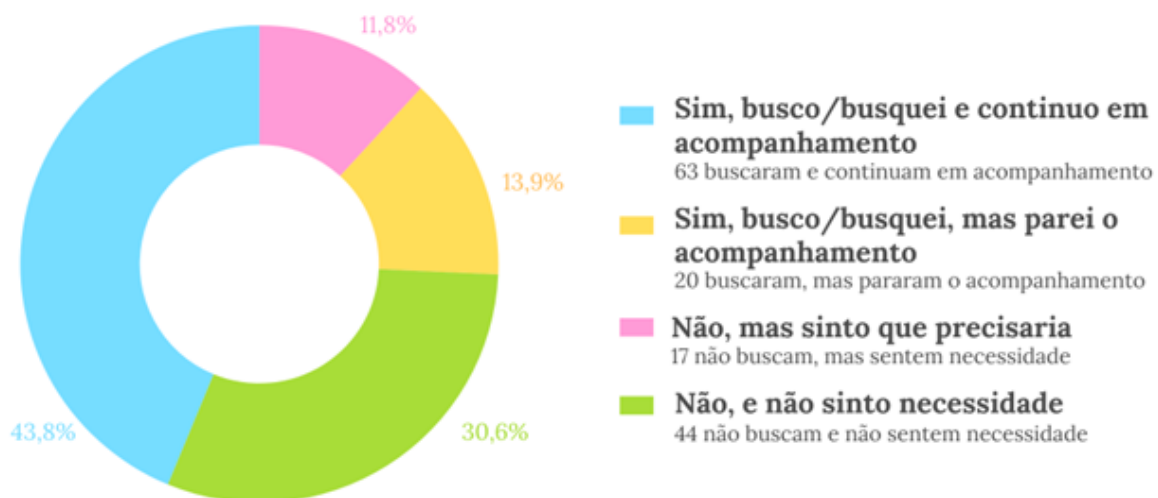
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.5.1.2. Apoio psicológico/psiquiátrico

O relato de a maioria buscar ou ter buscado por acompanhamento psicológico/psiquiátrico (57,7%) (Figura 61) evidenciou o reconhecimento da saúde mental como um importante campo do cuidado, especialmente diante dos impactos do estresse de minorias e das vulnerabilidades geradas pela transfobia. O fato de a maioria das participantes (53,4%) avaliar esse apoio como bom ou excelente sugere o potencial dos serviços de saúde em atuar como espaços de promoção de bem-estar quando há acolhimento humanizado (Figura 62).

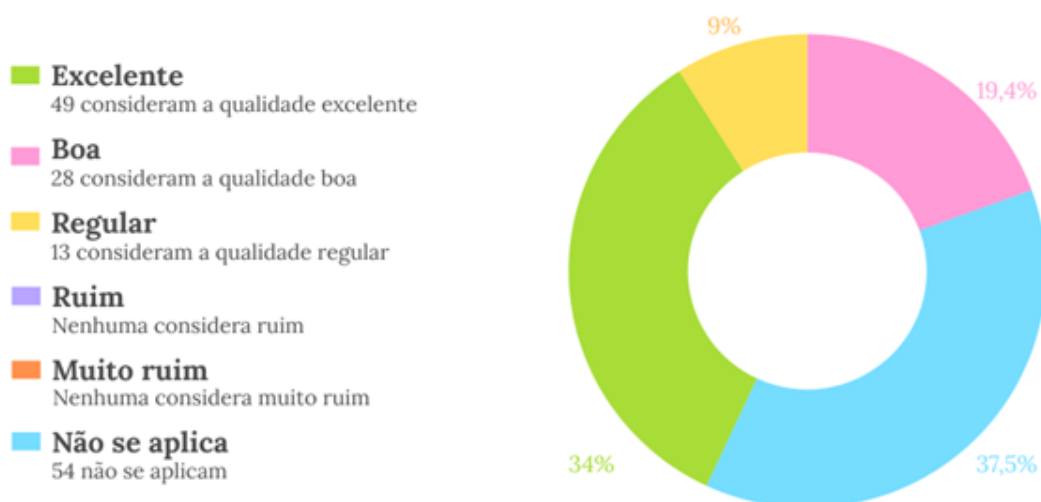
Entretanto, como apontam Cortes *et al.* (2022), a permanência nos serviços ainda é desafiada por barreiras institucionais e visões patologizantes que podem distanciar a população trans do cuidado integral. Assim, a qualidade percebida reforça que, quando o direito à identidade é respeitado e a rede de apoio é fortalecida, as instituições de saúde deixam de ser espaços de exclusão para se tornarem dispositivos fundamentais de cidadania e de qualidade de vida de mulheres trans e travestis redesignadas.

Figura 61 - Você buscou ou está buscando apoio psicológico/psiquiátrico após a cirurgia de redesignação genital?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 62 - Se você buscou apoio psicológico/psiquiátrico, como avalia a qualidade desse suporte?



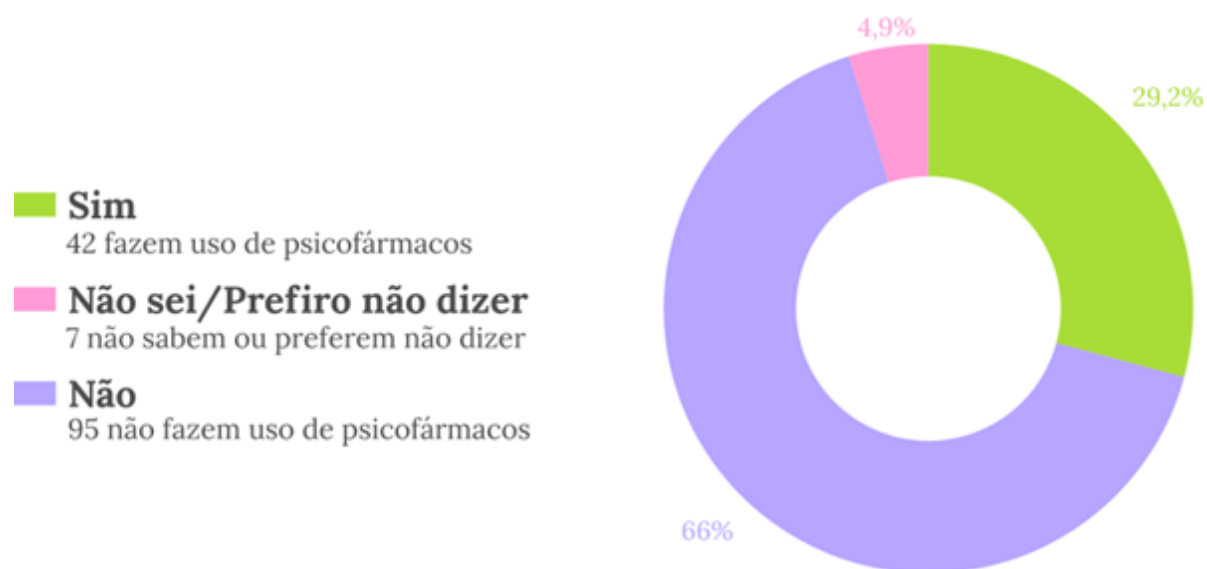
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.5.2. Uso de psicofármacos

Com relação ao uso de psicofármacos, a maioria declarou não fazer uso (66,0%) (Figura 63). Entre a parcela que utiliza medicação, o uso de medicamento mais prevalente foi a dos antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (38,1%) (Tabela 16).

Em estudo realizado no Sul do Brasil, Gimenes *et al.* (2024) identificaram uma prevalência de uso de psicofármacos de 29% em um ambulatório especializado em saúde da população trans, convergindo com os dados do dossiê, onde 29,2% das respondentes relataram uso de psicofármacos após a CRG (Figura 63). A literatura indica que a falta de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) pode atuar como uma barreira para a prescrição, o que pode explicar a parcela de mulheres trans e travestis que precisam e não utilizam esses medicamentos, apesar da carga de violência e estigma enfrentados (Gimenes *et al.*, 2024).

Figura 63 - Você faz uso de algum psicofármaco atualmente ou fez uso após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Quanto ao tipo de psicofármaco utilizado, a predominância dos ISRS em 38,1% das participantes (Tabela 16) corrobora os achados de Gimenes *et al.* (2024), que apontaram os psicoanalépticos como a classe mais frequente (45%), com destaque para a fluoxetina (31,5%). Em nível internacional, Kalayjian *et al.* (2024) também observaram que os ISRS são os medicamentos mais prescritos para adultos trans (40,8%), refletindo o manejo clínico focado em transtornos de ansiedade e depressão.

Tabela 16 - Se fez/faz uso de psicofármacos após a CRG, qual(is) você utilizou/utiliza?

Psicofármacos	Frequência	Porcentagem
Antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS - ex: Sertralina, Fluoxetina)	16	38,1%
Outros tipos de antidepressivos	8	19%
Ansiolíticos/Benzodiazepínicos (ex: Clonazepam, Alprazolam, Diazepam)	8	19%
Estabilizadores de Humor (ex: Lítio, Lamotrigina, Ácido Valproico)	8	19%
Outros psicofármacos não listados	7	16,6%
Antidepressivos Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN - ex: Venlafaxina, Duloxetina)	7	16,6%
Antipsicóticos Atípicos (ex: Quetiapina, Risperidona, Olanzapina)	6	14,9%
Estimulantes (para TDAH, por exemplo - ex: Metilfenidato)	3	7,1%
Antidepressivos Tricíclicos (ATC - ex: Amitríptilina, Imipramina)	2	4,7%
Antipsicóticos Típicos	0	-

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

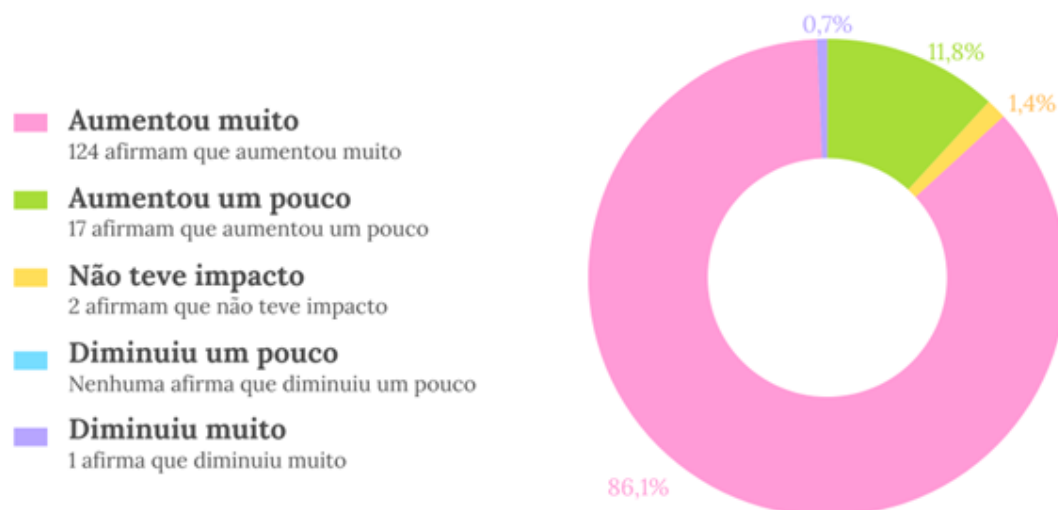
11.5.3. Vida social e autoconfiança

A maioria relatou que sua autoestima e autoconfiança aumentaram muito após a CRG (86,1%). Com relação ao apoio familiar e de amigos, a maioria das participantes afirmou ter recebido muito apoio e aceitação (66,0%). Quanto à forma que as pessoas interagem com as participantes, 54,2% perceberam que as interações se tornaram mais positivas, enquanto 41,0% não notaram grandes mudanças. Sobre a vida social, a maioria relatou que melhorou muito (52,8%) (Figuras 64-67).

A maioria das mulheres trans e travestis redesignadas relataram que a autoestima e a autoconfiança aumentaram muito após a CRG (Figura 64). Conforme apontado por Porcino *et al.* (2022), as modificações corporais no processo de transição não são meras intervenções estéticas, mas representam a superação de sentimentos de tristeza e insatisfação com a própria imagem, culminando em maior realização pessoal, elevação da estima e cuidado de si.

É importante ressaltar que a CRG não deve ser compreendida como requisito obrigatório para a validação da identidade de gênero, pautando-se no princípio da autodeterminação (Porcino *et al.*, 2022). Para aquelas que desejam e optam por realizá-la, a cirurgia expressa uma escolha soberana sobre o próprio corpo, o que, conforme os resultados obtidos nesta pesquisa, associa-se a maiores níveis de autoestima e autoconfiança no período pós-CRG.

Figura 64 - Em que medida a CRG impactou sua autoestima e autoconfiança?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

O achado de que a maioria das participantes deste estudo recebeu muito apoio e aceitação de sua rede social (66%) (Figura 65) é particularmente relevante quando confrontado com as evidências da literatura científica. Enquanto Cortes *et al.* (2019) apontam que as vivências de mulheres trans são frequentemente marcadas por redes sociais escassas, estigma e um preconceito que muitas vezes se inicia no próprio seio familiar, os dados desta pesquisa sugeriram uma realidade de maior acolhimento. Onde, embora o apoio de familiares e amigos seja um fator positivo fundamental para o enfrentamento das violências cotidianas, essa rede nem sempre é harmoniosa ou completa. No estudo realizado com mulheres trans e travestis no Recôncavo da Bahia, observou-se que mesmo quando existe afeto ou suporte, a aceitação plena da identidade de gênero pode estar ausente, como exemplificado pelo relato de uma participante cuja mãe a apoiava e gostava dela, mas de certa forma não aceitava sua transgeneridade (Cortes *et al.*, 2019).

Essa complexidade também se manifesta no estudo de Le *et al.* (2016), onde a vasta maioria das jovens (83,4%) precisava buscar apoio primário fora do núcleo parental devido a barreiras de aceitação em casa. Portanto, o fato deste dossiê indicar uma maioria com suporte e aceitação sugere que as participantes da pesquisa possuíam um sistema de proteção mais robusto e menos fragmentado. Esse cenário de aceitação conjunta é importante, pois, como discutido por Cortes *et al.* (2019), a falta de uma rede de apoio sólida e a experiência de rejeição familiar estão diretamente ligadas à vulnerabilidade psicossocial, ao sofrimento psíquico intenso e à marginalização de mulheres trans e travestis.

Figura 65 - Como você avalia o apoio que recebeu de sua família e amigos após a CRG?



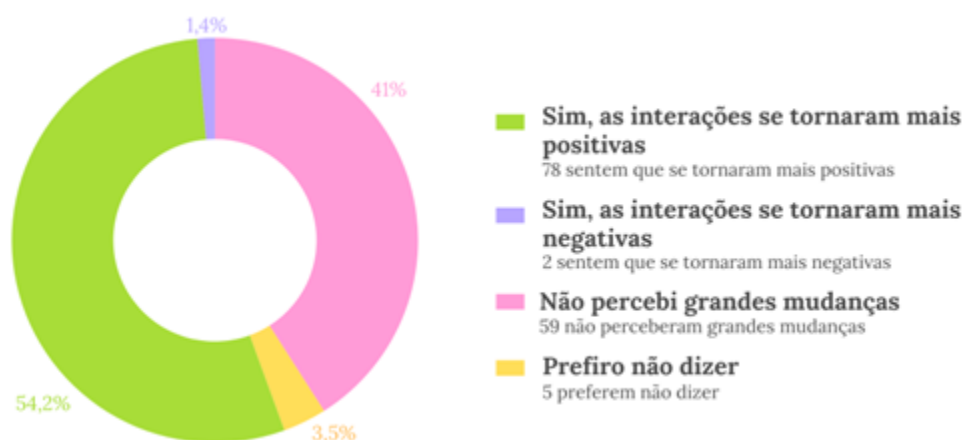
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A percepção de que as interações sociais se tornam mais positivas após a CRG (54,2%) (Figura 66) e que a vida social melhorou muito ou um pouco (66%) (Figura 67), conforme observado nos dados deste dossiê, encontram sustentação teórica no estudo de Rocon *et al.* (2020). Para os autores, a CRG é frequentemente (re)significada como uma estratégia de correção corporal necessária para que essas mulheres possam mediar suas relações sociais de gênero de forma menos conflituosa. Rocon *et al.* (2020) argumentam que a busca pelo procedimento é, em última análise, uma busca pela humanização do corpo, tentando deslocá-lo de um lugar de abjeção para uma posição de compreensão perante a sociedade.

Essa melhoria na vida social mencionada pelas participantes pode ser compreendida através do que Rocon *et al.* (2020) descrevem como a redução da exposição da verdade do corpo. Ao alinharem o corpo à sua identidade de gênero, as mulheres trans e travestis redesignadas diminuem as chances de serem alvo de violências e ofensas cotidianas que ocorriam quando sua transgeneridade era explicitamente apontada por terceiros. Segundo Rocon *et al.* (2020), o "novo corpo" passa a funcionar como uma prova biológica e jurídica de sua feminilidade, o que facilita a aceitação em espaços públicos e privados, tornando as interações mais fluidas e menos marcadas pelo estigma.

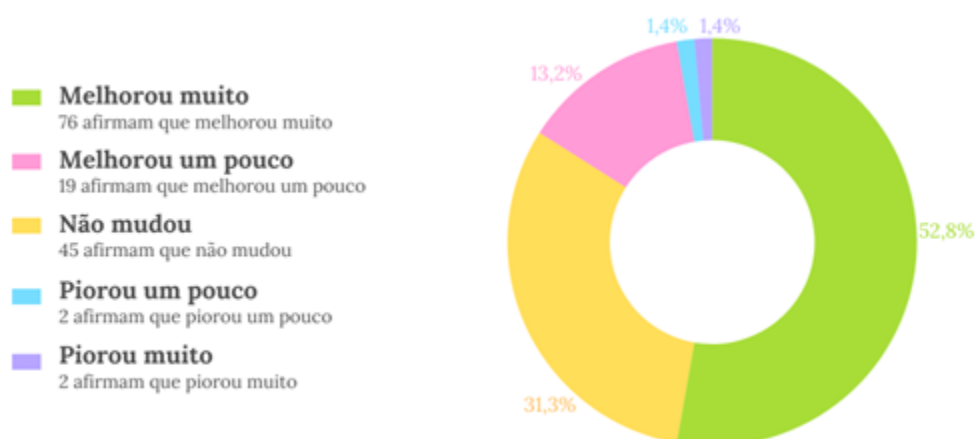
Entretanto, é fundamental pontuar, conforme discutido por Rocon *et al.* (2020), que essa melhora social está fortemente atrelada ao conceito de passabilidade. O sucesso das interações pós-cirúrgicas é muitas vezes medido pela capacidade da mulher em não ser identificada como trans, o que os autores classificam como uma busca pela invisibilidade estratégica. O estudo de Rocon *et al.* (2020) destaca que muitas mulheres trans redesignadas optam por mudar de cidade ou evitar narrar seu passado após a cirurgia como forma de garantir que essa melhora social seja permanente. Por outro lado, os autores alertam que o benefício social da cirurgia pode ser limitado caso a passabilidade não seja alcançada ou caso o passado da mulher seja desvelado, o que demonstra que, embora a vida social melhore, essa harmonia ainda pode ser mediada por normas rígidas e binárias de gênero que punem aquelas pessoas que não se adequam totalmente ao padrão cisnormativo.

Figura 66 - Você percebeu mudanças na forma como as pessoas interagem com você socialmente após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 67 - Você sente que sua vida social melhorou ou piorou após a CRG?



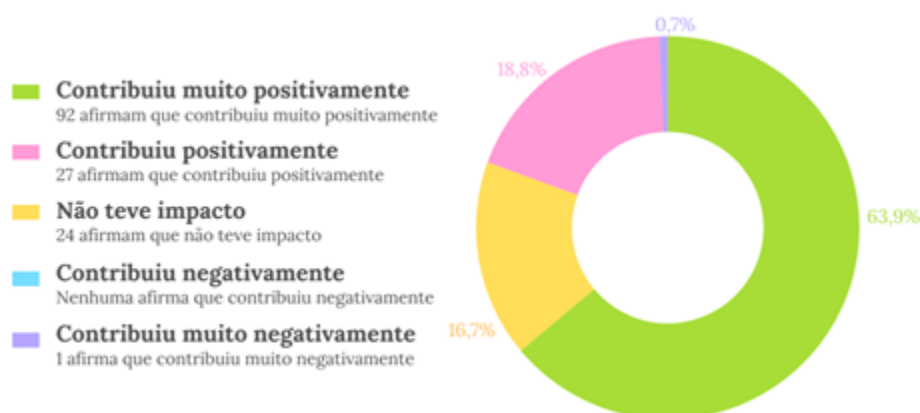
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.5.4. Impacto da CRG na percepção de segurança e discriminação

A maioria relatou que a CRG contribuiu muito positivamente ou positivamente para a sensação de segurança e bem-estar em espaços públicos (82,7%) (Figura 68). Com relação à percepção de transfobia após a CRG 52% relataram que vivencia transfobia frequentemente ou algumas vezes após a CRG (Figura 69), tendo a rua e espaços públicos como cenários predominantes (50%) (Tabela 17).

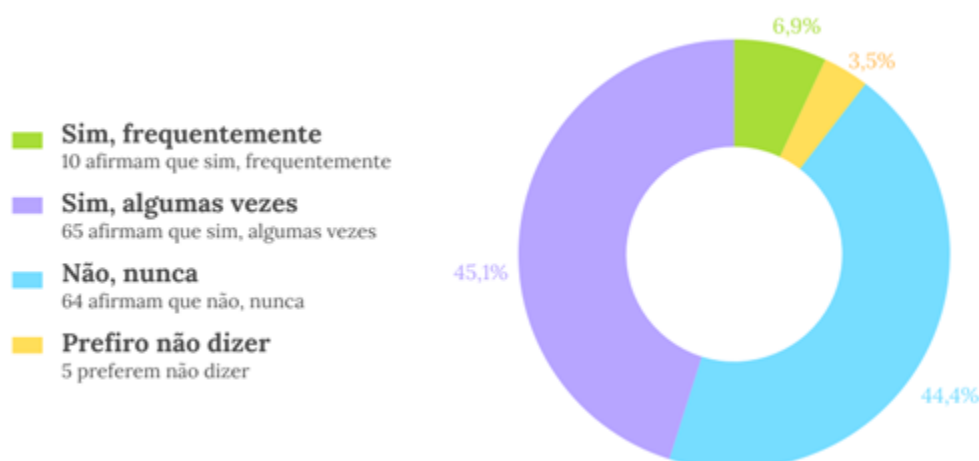
A transfobia traduz-se como uma forma de violência específica direcionada a pessoas trans, as quais referem-se a episódios de preconceito, discriminação e violências sofridas e percebidas devido à sua identidade de gênero (Jesus, 2012). Embora a maioria diga que se sentem mais seguras em espaços públicos (Figura 68), ainda relatam que sofrem episódios de transfobia, mesmo após a CRG (Figura 69). Fica evidente que a problemática aqui, é referente ao corpo trans. Embora a CRG ofereça recursos como confiança e sensação de segurança para enfrentar os desafios sociais, a transfobia estrutural permanece permeando a experiência de corpos trans, configurando-os como um determinante social que pode impactar a saúde, o bem-estar e o acesso pleno à cidadania.

Figura 68 - Em que medida a CRG contribuiu para sua sensação de segurança e bem-estar em espaços públicos?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 69 - Você já vivenciou situações de transfobia após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Quanto ao local onde essas violências ocorrem, vale a reflexão acerca de quais espaços realmente são seguros para ser e transitar enquanto uma pessoa trans. Os locais relatados onde essa violência ocorre são os mais variados e este panorama evidencia as camadas em que a transfobia se infiltra.

Podemos pensar sobre o simples ato de existir como sendo um gerador de reações transfóbicas, cenário no qual 50% das respondentes relataram episódios de violência em espaços públicos e na rua (Tabela 17).

Também é possível direcionar a análise para a transfobia institucional, onde e quando ocupar espaços de convívio social, como escola/trabalho ou ambientes de saúde e presenciar violências por conta de sua identidade de gênero foi relatada por 42,3% das respondentes (Tabela 17). Tais relatos dialogam com Almeida e Vasconcellos (2018), onde por meio de uma pesquisa qualitativa realizada com entidades do movimento social trans evidenciou alguns desafios enfrentados por pessoas trans para acesso ao mercado formal de trabalho. Dentre os pontos elencados na pesquisa, pode-se citar o preconceito/transfobia como uma barreira que impede o acesso ao emprego formal.

Além de todo um contexto externo que proporciona cenários violentos, não se pode nos esquecer de que em muitos dos casos a violência acontece dentro do próprio lar. Dentre os achados deste dossiê, 25,6% relataram transfobia sofrida por familiares e 19,2% por amigos (Tabela 17). Ou seja, para uma parcela importante das respondentes, não existe um “porto seguro” na família nuclear.

Tabela 17 - Se sim, onde essas situações ocorreram mais frequentemente?

Ambientes onde ocorreram transfobia	Frequência	Porcentagem
Na rua/em espaços públicos	39	50%
No trabalho/escola	33	42,3%
Em ambientes de saúde	33	42,3%
Em plataformas online	32	41,0%
Com familiares	20	25,6%
Com amigos	15	19,2%
Em transporte público	15	19,2%
Outro	9	11,5%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.5.5. Suporte em saúde mental pós-CRG

O Ambulatório Trans se apresentou como o serviço de saúde mais buscado para o suporte em saúde mental (55,6%). Reforçando este espaço como um local de acolhimento e escuta para pessoas trans (Tabela 18).

Tabela 18 - Quais os serviços você já buscou para cuidar da sua saúde mental após a CRG?

Serviços procurados - Saúde mental	Frequência	Porcentagem
Ambulatório Trans	80	55,6%
Serviço de saúde/profissionais privados	45	31,3%
Unidade Básica de Saúde - UBS	41	28,5%
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	9	6,3%
Ambulatório de saúde mental	5	3,5%

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Esse protagonismo dos Ambulatórios Trans reflete a eficácia de modelos de atenção que operam sob a lógica da não patologização e do reconhecimento da autonomia das identidades trans, minimizando barreiras de acesso comuns no sistema de saúde. Conforme discutido por Thomazi, Avila e Teixeira (2022), serviços especializados que facilitam o agendamento e garantem um ambiente acolhedor são fundamentais para que o cuidado integral ocorra na Atenção Primária, rompendo com o modelo biomédico tradicional que historicamente marginaliza a população trans.

Em contrapartida, a busca pela Unidade Básica de Saúde (28,5%) evidenciou as dificuldades de consolidação da rede básica como porta de entrada no acesso à saúde. Conforme apontado por Rocon *et al.* (2020), a discriminação institucional, manifestada pelo desrespeito ao nome social e pela falta de qualificação profissional, afasta as pessoas usuárias dos serviços públicos.

A procura por serviços privados (31,3%) pode sinalizar lacunas do SUS. Segundo Rocon *et al.* (2020), a insuficiência do Estado em garantir serviços transespecíficos empurra as usuárias para o setor privado em busca de agilidade e menor estigma, embora essa alternativa seja financeiramente inviável para parte da população trans.

Por fim, a persistência da busca por cuidado mental no pós-operatório reforça que a saúde da população Trans vai além da intervenção cirúrgica em si. Thomazi, Avila e Teixeira (2022) ressaltam que o sofrimento psíquico muitas vezes decorre da violação sistemática de direitos e da discriminação cotidiana, e não da identidade de gênero em si. Assim, o alto relato de busca ao Ambulatório Trans neste dossiê demonstrou a importância de uma assistência baseada no acolhimento e respeito às identidades, superando a visão patologizante da transgeneridade.

Reflete-se na importância dos Ambulatórios Trans em múltiplos aspectos no tocante a quesitos além da atenção especializada, sendo um espaço de troca e promoção e cuidado de saúde integral. É importante mencionar o Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES-PopTrans), o qual foi construído por diversos profissionais inseridos nos serviços de referência às pessoas trans brasileiras, pelo movimento social, pela sociedade civil e mais importante, pelas pessoas trans (cientistas, movimento social, gestoras e trabalhadoras dos serviços de saúde). O programa configura-se como um marco que substitui e amplia o espectro do defasado Processo Transexualizador do SUS. Segundo Pereira (2025), o PAES-PopTrans é importante na substituição da lógica da excepcionalidade por uma abordagem orientada à cidadania e à dignidade.

O PAES-PopTrans, embora já pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), enfrenta resistência para publicação das normativas. Além dessa demora das instituições em publicá-lo, observa-se tensões internas no Estado e pressão de forças que são resistentes à proposta do programa (Pereira, 2025).

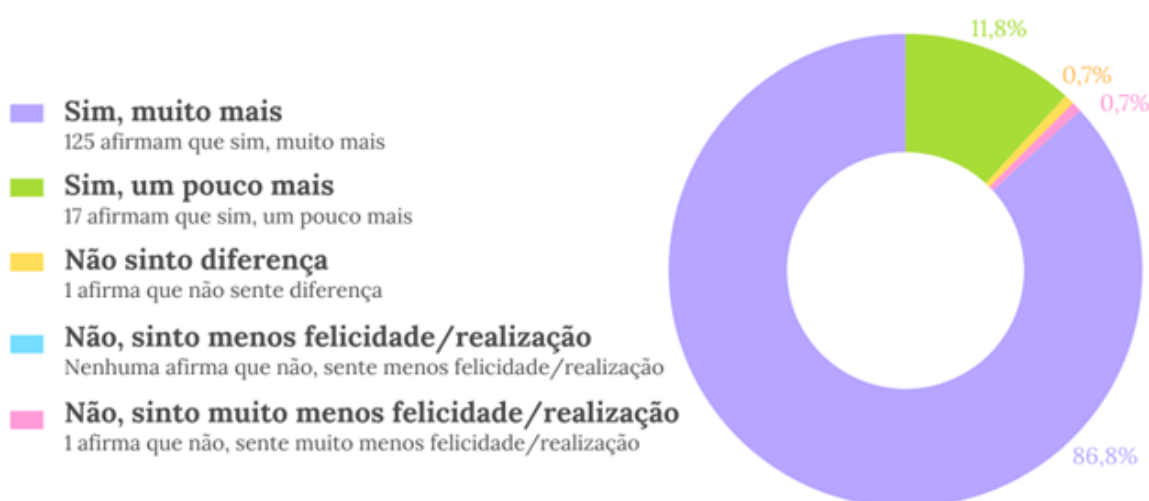
Por fim, segundo Pereira (2025, p.4),

“A experiência do Paes-PopTrans nos mostra que, talvez, mais do que incluir, seja preciso deslocar: abrir brechas por onde outras formas de vida refaçam, por dentro, os contornos da política pública. Pois é onde a política toca a pele – e se deixa tocar por ela – que ela se torna outra, mais próxima da vida que insiste” (Pereira, 2025, p. 4).

11.5.6. Experiência geral pós-CRG

Apesar das complexidades do pós-operatório e dos desafios sociais enfrentados, a maioria das participantes afirma sentir-se muito mais feliz e realizada (86,8%), sugerindo que os benefícios da CRG superam as adversidades enfrentadas no processo (Figura 70). Esse achado está em consonância com o que Moraes e Cortes (2020) observaram, onde todas as entrevistadas relataram que fariam tudo novamente pela satisfação pessoal que a CRG às proporcionou, e 97,35% delas disseram que aconselhariam outras mulheres a realizar o procedimento. Trata-se, portanto, de um reconhecimento tão significativo do valor da redesignação genital que se estende para além da experiência individual, alcançando o desejo de que outras também possam acessá-la.

Figura 70 - Considerando todos os aspectos de sua vida, você se sente mais feliz e realizada após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

Figura 71 - Nuvem de palavras: Você gostaria de acrescentar algo sobre sua saúde mental ou aspectos psicossociais relacionados à sua experiência após a CRG?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

A nuvem de palavras apresentou um panorama geral dos aspectos relacionados à saúde mental e às dimensões psicossociais relatadas pelas participantes a partir da pergunta aberta “Você gostaria de acrescentar algo sobre sua saúde mental ou aspectos psicossociais relacionados à sua experiência após a CRG?” (Figura 71).

Na composição visual da nuvem, observou-se que as palavras de maior tamanho e posicionadas de forma mais central representaram os elementos de maior recorrência nas respostas das participantes, indicando os principais sentidos atribuídos à experiência psicossocial após a cirurgia. Entre os termos de maior destaque apareceram “Nenhum”, “Felicidade” e “Saúde mental”, evidenciando que grande parte das participantes não relatou dificuldades significativas relacionadas à saúde mental no período pós-operatório, ou optou por não acrescentar novos aspectos além daqueles já mencionados ao longo do questionário.

A centralidade da palavra “Nenhum”, a mais proeminente na nuvem, indicou que muitas participantes afirmaram não ter nada a acrescentar sobre desafios ou dificuldades psicossociais relacionadas à experiência após a CRG. Esse resultado pôde sugerir que, para uma parcela das mulheres trans participantes do estudo, a cirurgia representou um processo de resolução ou redução de tensões anteriormente vivenciadas em relação ao corpo e à identidade de gênero, contribuindo para maior estabilidade emocional no período posterior ao procedimento.

Entre as palavras que apareceram com maior destaque na nuvem, o termo “Felicidade” indicou que a experiência pós-cirúrgica foi frequentemente associada a sentimentos positivos, relacionados à satisfação com o próprio corpo, ao fortalecimento da autoestima e à sensação de realização pessoal. Esse achado sugeriu que a CRG foi percebida por muitas participantes como uma etapa significativa no processo de afirmação de gênero, contribuindo para o bem-estar psicológico e para a construção de uma relação mais harmoniosa com o próprio corpo.

A presença da expressão “Saúde mental”, também entre os termos mais visíveis na nuvem, indicou que as participantes reconheceram explicitamente a dimensão psicológica como parte importante da experiência pós-operatória. Esse resultado apontou para a compreensão de que o processo de transição corporal e a vivência da cirurgia se articulam de forma direta com o bem-estar emocional, reforçando a necessidade de abordagens de cuidado que integrem dimensões físicas e psicossociais da saúde.

Além desses termos centrais, apareceram palavras de tamanho intermediário, que indicaram outras experiências emocionais e subjetivas associadas à vida após a CRG. Entre elas destacaram-se referências a sentimentos de tranquilidade, paz, satisfação e alívio, sugerindo que a cirurgia foi frequentemente percebida como marco importante na construção de maior conforto psicológico e redução de sofrimento previamente associado à possível insatisfação corporal.

Nas regiões mais periféricas da nuvem surgiram palavras menores, representando experiências mencionadas com menor frequência, mas ainda relevantes para algumas participantes. Entre esses termos apareceram referências a desafios emocionais, necessidade de acompanhamento psicológico e aspectos relacionados às relações sociais, indicando que, embora predominem relatos positivos, a experiência psicossocial após a CRG permanece diversa e atravessada por diferentes trajetórias individuais.

Dessa forma, a estrutura visual da nuvem de palavras evidenciou que os aspectos psicossociais mais frequentemente associados à experiência pós-cirúrgica estiveram relacionados à ausência de dificuldades adicionais, à presença de sentimentos positivos e ao reconhecimento da importância da saúde mental no processo de transgenitalização. Esses achados sugeriram que a CRG pode desempenhar papel relevante na promoção do bem-estar psicológico e na redução do sofrimento associado à insatisfação corporal, especialmente quando integrada a processos de cuidado e acompanhamento em saúde.

11.6. Bem-estar Geral

O bem-estar geral é complexo e multifatorial e, portanto, não se limita à ausência de problemas ou ao sucesso da CRG em si. Ele envolve a percepção que cada pessoa possui sobre sua própria vida ao levar em conta dimensões como satisfação pessoal, saúde mental, autoconfiança e até as relações pessoais.

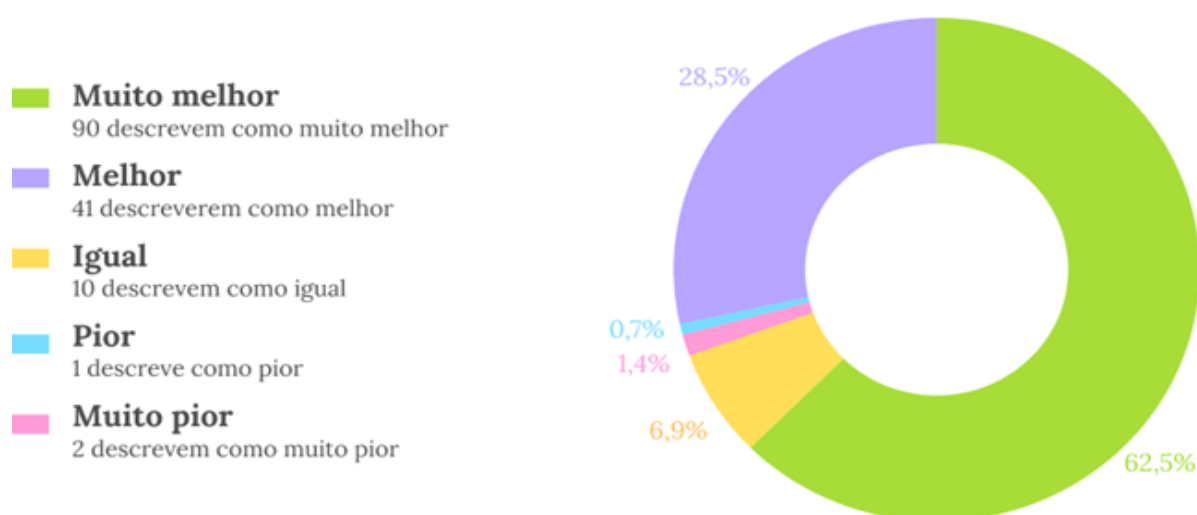
Segundo Santos *et al.* (2022), avaliar os efeitos da CRG exige ampliar o olhar para além dos resultados técnicos e considerar os aspectos subjetivos e contextuais que moldam a vivência de cada mulher trans e travesti redesignada.

11.6.1. Qualidade de vida

A qualidade de vida após a CRG é talvez a dimensão mais abrangente do bem-estar, pois sintetiza como as modificações corporais e os novos contextos de vida se traduzem na visão geral que cada mulher redesignada tem sobre sua existência. Dessa forma, a Figura 72 revela que essa percepção é amplamente positiva entre as participantes, uma vez que 62,5% descrevem sua qualidade de vida como muito melhor após a CRG e 28,5% como melhor, totalizando 91% de avaliações favoráveis.

Esses dados dialogam com o que Santos *et al.* (2022) observaram sobre a influência positiva da CRG na satisfação pessoal, mas também convidam a uma reflexão. O quê, afinal, significa para essa população uma vida com maior qualidade? É provável que não se trate apenas da falta de sofrimento, mas da possibilidade de ocupar o mundo com mais liberdade e de se sentir mais realizada e confortável consigo mesma e no tecido social. No entanto, os 2,1% totais de percepções negativas apontam que a experiência após a CRG num todo não é uniforme e que fatores como complicações, expectativas não correspondidas ou a falta de uma rede de suporte podem levar a desfechos distintos.

Figura 72 - Percepção sobre a qualidade de vida geral após a CRG



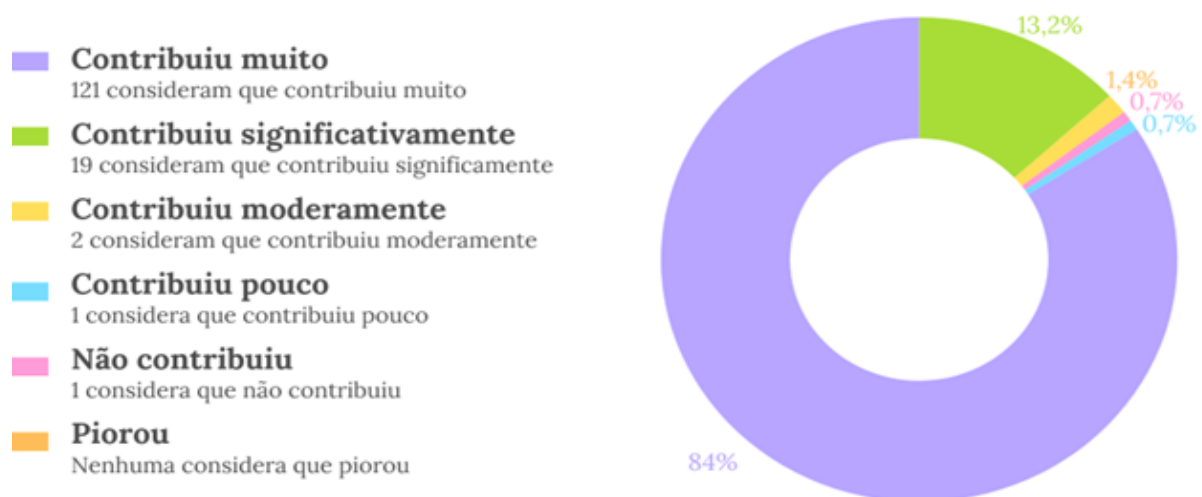
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.6.2. Alinhamento com a identidade de gênero

Outro fator importante do bem-estar para mulheres trans e travestis que buscam a CRG é o alinhamento entre o corpo e a sua identidade de gênero. Vale salientar, no entanto, que a cirurgia não é obrigatória para que haja esse alinhamento e que muitas pessoas trans vivem sua identidade plenamente sem qualquer intervenção cirúrgica (Porcino *et al.*, 2022). Porém, para as participantes deste dossiê, a realização da cirurgia foi uma possibilidade de reconstrução de si.

Nesse sentido, como diz Rocon *et al.* (2020) a modificação corporal pode funcionar como uma forma de existência e de resistência e, como mostra a Figura 73, para uma parcela expressiva das participantes, a CRG cumpriu esse papel. Para 84%, contribuiu muito e, para 13,2%, contribuiu significativamente. Somadas, essas respostas chegam a 97,2%, e nenhuma participante relatou que o procedimento tenha piorado sua relação com a própria identidade. Sendo assim, a ausência de respostas negativas revela que, mesmo quando outras dimensões da vida seguem desafiadoras, o alinhamento interno proporcionado pela CRG se manteve como um aspecto positivo.

Figura 73 - Em que medida a cirurgia de redesignação genital contribuiu para você sentir-se mais alinhada com sua identidade de gênero?



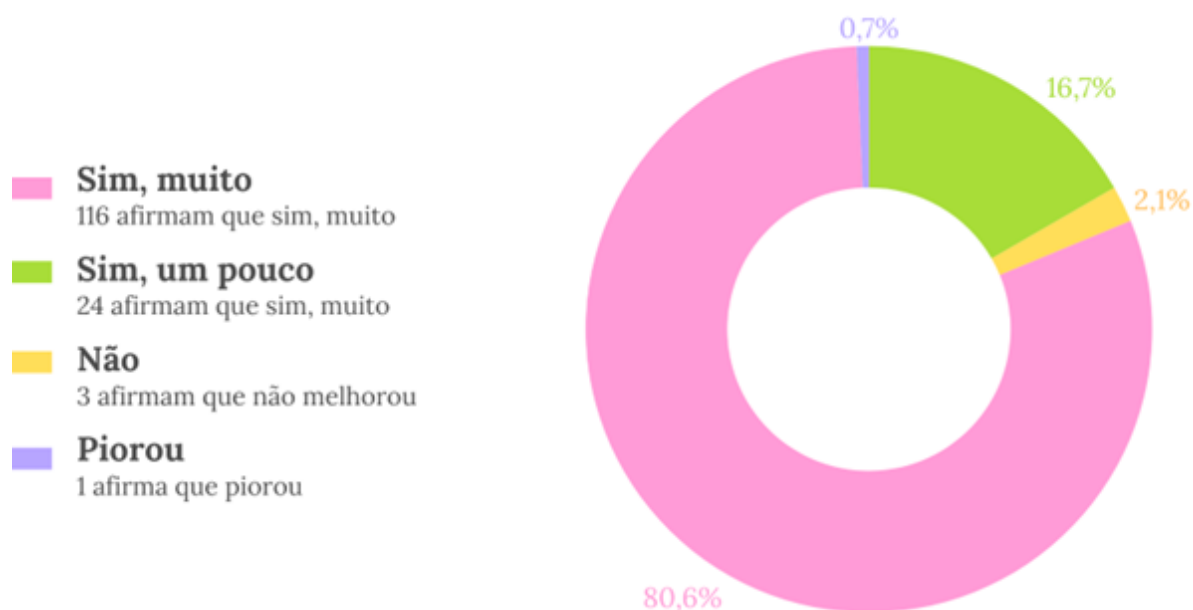
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.6.3. Saúde mental e bem-estar emocional

A saúde mental e bem-estar emocional costumam ser atravessadas pela experiência corporal. Conforme Moraes (2023), o acesso a modificações corporais e documentais repercute de forma significativa na saúde mental, e que para algumas pessoas trans é importante para suas sobrevivências. Sendo assim, a Figura 74 demonstra que 80,6% das participantes responderam que a CRG teve um impacto muito positivo em sua saúde mental, enquanto 16,7% percebem na melhora em alguma medida, totalizando 97,3% de impacto benéfico.

As 2,1% que não perceberam melhora ou relataram piora (0,7%) não invalidam o quadro geral, mas trazem outra nuance. A saúde mental transpassa fatores como suporte familiar, inserção no mercado de trabalho, violências e acolhimento social. A CRG, por mais necessária que seja para muitas pessoas trans, não é uma garantia de plenitude. O acompanhamento psicossocial contínuo segue sendo parte essencial do processo, e os pequenos, embora importantes, percentuais negativos indicam que as dificuldades persistem ou mesmo se agravam após a cirurgia, e isso pode se dar por diferentes motivos.

Figura 74 - Saúde mental e bem-estar emocional após a CRG



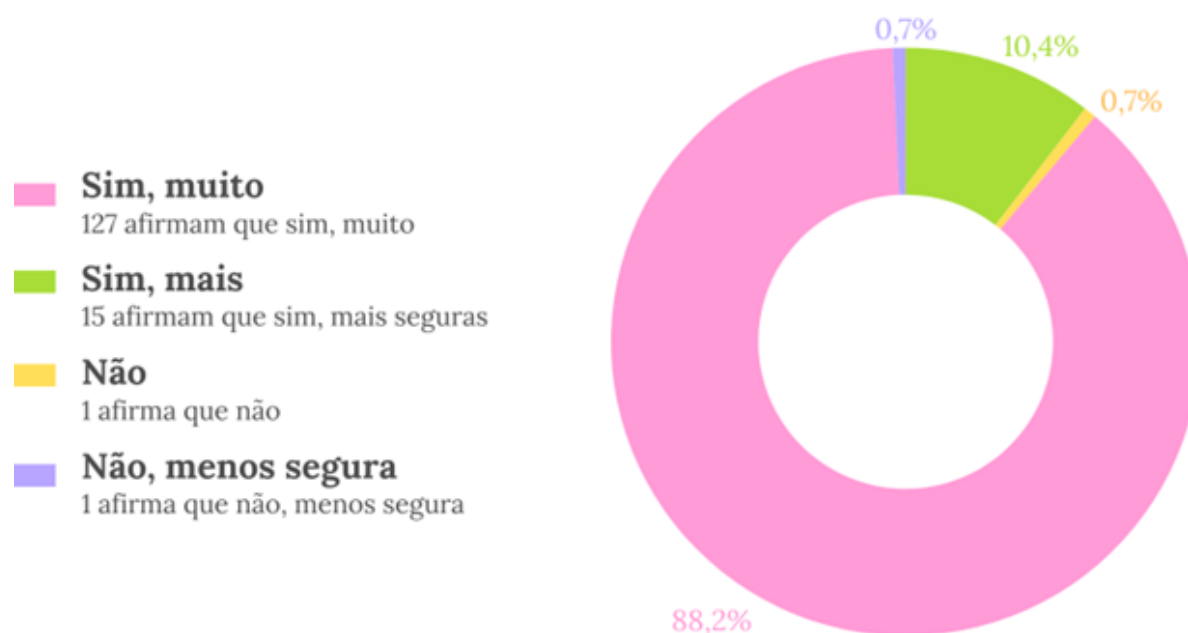
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.6.4. Autoestima e autoconfiança

A relação com o próprio corpo é um dos pilares da autoestima e da autoconfiança. Quando o corpo é fonte de sofrimento, a forma como a pessoa se apresenta ao mundo e se relaciona com outros é afetada. Nesse sentido, a CRG pode alterar a relação que a mulher trans ou travesti redesignada estabelece consigo mesma.

Sendo assim, a Figura 75 evidenciou que 98,6% das participantes passaram a se sentir mais seguras e confiantes com seus corpos (88,2% em muito mais segura, 10,4% em mais segura). Além disso, 0,7% não percebeu mudança e 0,7% se sente menos segura, percentuais que podem refletir dificuldades específicas, como complicações cirúrgicas que afetam a estética ou a funcionalidade, ou a falta de suporte adequado no pós-operatório (Morais, 2023). Por essa razão, o cuidado integral, que envolve a orientação prévia e o acompanhamento após a CRG, são tão importantes quanto o ato cirúrgico em si.

Figura 75 - Você se sente mais segura e confiante em seu corpo após a cirurgia?



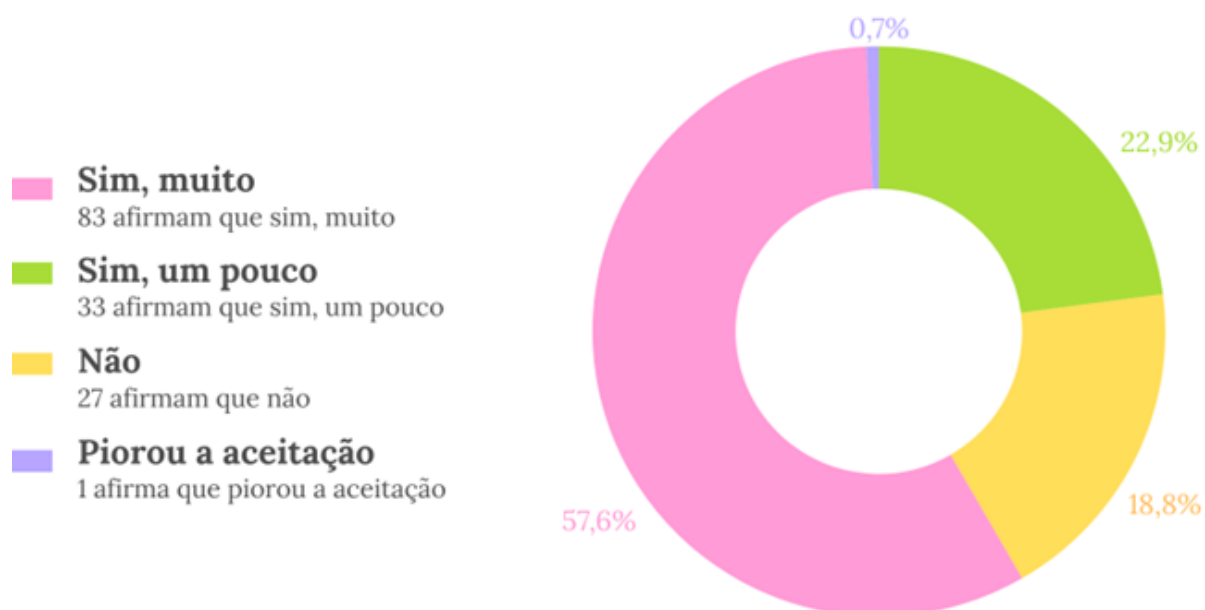
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

11.6.5. Aceitação social

Por fim, há uma dimensão do bem-estar que não depende apenas da transformação individual, mas da forma como as pessoas ao redor respondem a ela. A aceitação social envolve, portanto, o olhar do outro, as estruturas de reconhecimento e a violência/transfobia que persistem mesmo após a CRG. Rocon *et al.* (2020) abordam que, mesmo após a redesignação genital, muitas mulheres trans e travestis seguem com sua identidade sendo questionada e é comum que seus corpos sejam colocados em dúvida, como alguém que está imitando ou escondendo algo.

Ainda, Moraes (2023) acrescenta que a solidão, especialmente a afetiva, é uma realidade imposta que exclui essas pessoas do lugar do afeto e as reduz ao fetiche. Dessa forma, a Figura 76 demonstrou que 57,6% afirmou que houve uma maior aceitação social e 22,8% afirmou que ficou um pouco melhor, enquanto 18,8% sentiram que não houve maior aceitação social e 0,7% diz ter piorado. Esses dados mostram que, mesmo após a CRG, as estruturas sociais que perpetuam a transfobia nem sempre se modificam.

Figura 76 - Você considera que a cirurgia de redesignação genital trouxe maior aceitação social para você?



Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados da pesquisa, 2026.

No conjunto, percebe-se que a CRG carrega efeitos expressivamente positivos para a maioria das mulheres trans e travestis redesignadas, sobretudo no que diz respeito ao alinhamento com a identidade de gênero, à saúde mental e à autoestima. A aceitação social, embora seja percebida como favorável por grande parte das participantes, revela-se como o aspecto mais complexo e heterogêneo do bem-estar. Isso porque ela não depende apenas dos círculos sociais próximos, mas também de um acolhimento ampliado por parte da sociedade. Resta, portanto, o desafio de que o reconhecimento individual conquistado na CRG encontre eco em um mundo que ainda precisa aprender a acolher, sem reservas, a diversidade dos corpos para que o bem-estar seja alcançado em maior escala.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. C. S. de. **Gênero e infâncias: corpos e(m) gestos que se re(significam)**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

AFONSO, B. H. C. *et al.* Cirurgia de afirmação de gênero em mulheres trans: perspectivas clínicas, éticas e cirúrgicas da vaginoplastia. In: DAL MOLIN, Rossano Sartori (org.). **A transversalidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: um olhar para as condições sociais, culturais, de gênero e de saúde**. Barueri, SP: Científica Digital, 2025. p. 37-46. DOI: <https://doi.org/10.37885/251020333>.

ALMEIDA, C. B. de.; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? **Revista Direito GV**, v. 14, p. 303-333, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201814>.

ALMEIDA, M. M. de.; BELO, F. R. R. As mulheres trans como objeto de amor: leitura laplancheana. **Periódicus**, Salvador, v. 2, n. 11, p. 65-82, 2019.

ALMEIDA, R. G. de.; SANTOS, M. A. dos. Políticas afetivo-sexuais na cisheteronormatividade: resistências e estratégias de bem viver de uma mulher transexual. **Psicologia USP**, v. 35, p. e230015, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e230015>. Acesso em: 14 abr. 2026.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (ANTRA). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024**. Organização de Bruna G. Benevides. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2025.

AZEVEDO CARVALHO, M.; ALTMANN, H. Escolarização de Mulheres Trans e Travestis: violências e efeitos de vínculos de amizade. **Revista da FAEEDBA - Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 32, n. 72, p. 50-69, 2023. DOI: 10.21879/faeeba2358-0194.2023.v32.n72.p50-69. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/faeeba/article/view/17601>. Acesso em: 30 maio. 2026.

BARBOSA, A. C. F. **Intersexo, corpo e gênero: contradições e possibilidades de uma existência para além do binário**. 2025. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2025.

BAŞPINAR, Ö. S.; ÖZTÜRK, C. Ş. Effect of sex reassignment surgery on satisfaction and quality of life: a systematic review. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, v. 15, n. 1, p. 161-174, 2023.

BOLDRIN, V. da C. *et al.* Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e10912023, 2025.

BRIGNOL, S. *et al.* Vulnerabilidade ao uso frequente de álcool entre travestis e mulheres transexuais: Pesquisa PopTrans. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 33, n. 4, p. e33040283, 2025.

BROUWER, I. J. de. *et al.* Aftercare needs following gender-affirming surgeries: findings from the ENIGI Multicenter European follow-up study. **The journal of sexual medicine**, v. 18, n. 11, p. 1921-1932, 2021.

CAMPOS, M. M. C.; PIANA, M. C. O acesso de pessoas trans às universidades públicas brasileiras. **SCIAS. Direitos Humanos e Educação**, v. 7, n. 2, p. 204-218, 2024. DOI: 10.36704/sdhe.v7i2.9138.

CARVALHO, M. A.; ALTMANN, H. Escolarização de mulheres trans e travestis: violências e efeitos de vínculos de amizade. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 32, n. 72, p. 50-69, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.2023.v32.n72.p50-69>. Acesso em: 14 abr. 2026.

CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; PATEO, Felipe Vella; SILVA FILHO, Alberto Luis Araújo. **A inserção e as características das pessoas trans no assalariamento formal. Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise**, Brasília, v. 31, n. 80, p. 47-62, abr. 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bmt80/nt2>. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/19536>. Acesso em: 11 maio 2026.

CHEUNG, A. S. *et al.* The Impact of Gender-Affirming Hormone Therapy on Physical Performance. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 109,2, 2024. DOI: 10.1210/clinem/dgad414.

CORTES, H. M. A transgeneridade feminina e os processos de mudanças corporais. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i2.14345>.

CORTES, H. M. *et al.* Vivências de mulheres transgêneras de um município do recôncavo da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 1, p. e1871-e1871, 2019.

CORTES, H. M. *et al.* O (des) acesso de pessoas transgêneras aos serviços de saúde no recôncavo baiano. **Cadernos Gênero Diversidade**, v. 6, n. 4, p. 159-80, 2020.

CORTES, H. M. *et al.* Saúde mental de mulheres transgêneras: uma revisão integrativa de literatura/Mental health of transgender women: an integrative literature review. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 3, 2022.

CORTES, H. M. *et al.* Sexuality and Religiosity: an integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e37910212540, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12540.

DATASUS. **Procedimentos hospitalares do SUS – Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.

DING, C. *et al.* Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women: systematic review and meta-analysis. **Canadian Urological Association Journal**, v. 17, n. 4, p. 121, 2023.

FAVERO, S.; MACHADO, P. S.; FREITAS, R. V. Corpo da criança, corpo do adulto: um olhar sobre as revisões diagnósticas que compõem fronteiras entre pessoas trans. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, n. 38, p. e22306, 2022.

FERRANDO, C. A. Gynecologic care of transgender and gender-diverse people. **Obstetrics & Gynecology**, v. 143, n. 2, p. 243-255, 2024.

FONSECA, Y. S. *et al.* Transformações e identidade: uma análise das cirurgias de transgenitalização no contexto brasileiro. **Journal of Nursing and Health**, v. 14, n. 3, p. e1427090, 2024.

GERK, A. *et al.* Use of industrial liquid silicone: a scoping review. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 39, p. e395624, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/acb395624>.

GIMENES, B. dos P. *et al.* The use of psychiatric medications and associated factors among people receiving care at a transgender outpatient clinic in Southern Brazil, 2021-2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2024170, 2024.

HALLARN, J. *et al.* Gynecological concerns and vaginal practices and exposures among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 20, n. 11, p. 1344-1352, 2023.

HATANAKA, L. M. de S. S. *et al.* Pelvic floor dysfunction in the transgender patient: a scoping review. **International Urogynecology Journal**, p. 1-23, 2025.

HENDRICKS, M. L.; TESTA, R. J. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 43, n. 5, p. 460, 2012

HODGE, D. R. Spirituality among people who are transgender: a nationally representative examination and comparison with members of the public. **Social Work**, v. 70, n. 2, p. 147-156, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/sw/swaf002>.

HUGHTO, J. M. W. *et al.* Prevalence and co-occurrence of alcohol, nicotine, and other substance use disorder diagnoses among US transgender and cisgender adults. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36512>.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2. ed. Brasília, DF: 2012.

JESUS, M. K. M. R. de. *et al.* Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220369, 2023.

KALAYJIAN, A. *et al.* Patterns of psychotropic medication prescribing and potential drug-hormone interactions among transgender and gender-diverse adults within 2 years of hormone therapy. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 64, n. 1, p. 283-289.e2, 2024.

LE, V. *et al.* Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, p. 20781, 2016.

LIXA, I. F. M.; DITTRICH, V. L. Política pública e o envelhecer trans no Brasil: a face visível da necropolítica. **Revista Foco**, v. 18, n. 7, p. e9290, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n7-115>.

LONDON-NADEAU, K. *et al.* Beyond struggle: a strengths-based qualitative study of cannabis use among queer and trans youth in Québec. **International Journal of Drug Policy**, v. 132, 104536, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104536>.

MARAFON, G.; PILUSO, R. Criações e transgressões no diálogo entre transgeneridade e deficiência: “entre travas e rodas”. **Educação em Análise**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 30-51, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5433/1984-7939.2021v6n1p30>.

MARANGONI, V. S. L. **Entre existir e resistir: experiências de consumo de travestis e mulheres trans**. 2021. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.12.2021.tde-18032024-121829>.

MELTZER, T. **Vaginoplasty: gender-affirming health program**. San Francisco: UCSF Transgender Care, 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/vaginoplasty>. Acesso em: 3 fev. 2026.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674, 2003.

MILANEZ, N. **A hermafrodita: Brigitte Lambert: o diário de uma mulher trans intersexo**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção especializada no processo transexualizador – modalidade ambulatorial**. Brasília, DF, 2026. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.

MONTEIRO, F. P.; PORCHAT, P. Orientação sexual e cirurgia de redesignação: a passabilidade e a manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais em mulheres trans. **Revista Periódicus**, v. 2, n. 16, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v2i16.34724>.

MORAIS, A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado/Sex reassignment surgery: implications for care. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 3, 2020.

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de Mulheres Transgêneras sobre os cuidados pós Cirurgia de Redesignação Sexual**. 178 f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

MOREIRA, M. C. N. *et al.* Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3949-3958, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07402022>.

MOTA, J. C. da. *et al.* Uso de múltiplas substâncias e fatores associados em mulheres trans e travestis: resultados do estudo TransOdara, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240011.supl.1, 2024.

MOURA, I. B. **Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV**. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

MUNIZ, L. C. *et al.* Relações de trabalho e a construção de políticas públicas para acesso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 2, 2025.

OLIVEIRA, C. M. G. R. **Vaginoplastia de afirmação de gênero: relação com a diminuição do risco de suicídio e melhoria da qualidade de vida**. 2024. Tese (Doutorado), 2024.

OLIVEIRA, M. R. G. de. A cobaia agora é você! Cisgeneridade branca, como conceito e categoria de análise, nos estudos produzidos por travestis e mulheres transexuais. **Caderno Espaço Feminino**, v. 36, n. 1, p. 157-178, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14393/CEF-v36n1-2023-9>.

OLIVEIRA, P. E. V. de.; CAROZZA, J. P. A. K.; SOUZA, L. F. de. Transgeneridade: o que o caso de Luiza Coppieters diz ao direito trabalhista. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade – REDES**, v. 11, n. 3, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18316/redes.v11i3.9570>.

PEDRA, C. B. **Dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil: a realidade de travestis e pessoas trans**. 2021. 44 f. Monografia (Especialização em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

PERDIGÃO-NASS, L. M.; IPOLITO, M. Z. Aspectos relevantes a uma abordagem cristã das transgeneridades. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC**, Icó, CE, v. 6, n. 2, p. 279-302, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1000/riec.v6i2.322>.

PEREIRA, P. P. G. Onde a política toca a pele: participação social, itinerários terapêuticos e política de saúde trans. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e250453, 2025.

PINTO, T. P. *et al.* Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00113316, 2017.

PORCINO, C. *et al.* (Re)construção do corpo de mulheres transgêneras: busca cotidiana de (in)satisfação e cuidado? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210512, 2022.

RIBAS, S. M.; SILVA, A. B. Revisão integrativa: estudos sobre redução de danos voltada para população de mulheres trans e travestis. **Saúde em Debate**, v. 47, n. especial 1, p. e8976, 2024.

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0023469, 2020.

ROCON, P. C. *et al.* Vidas após a cirurgia de redesignação sexual: sentidos produzidos para gênero e transexualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2347-2356, 2020.

ROTHMAN, M. S.; IWAMOTO, S. J. Bone health in the transgender population. **Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism**, v. 17, n. 2, p. 77-85, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12018-019-09261-3>.

ROVAI, M. G. de O. Por uma história dos afetos no presente: narrativas de mulheres trans/travestis sobre o direito de amar. **Projeto História : Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 72, p. 228-256, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2767.2021v72p228-256>.

SAHMOUD, A. *et al.* Sexual function after gender affirming surgery. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 13, n. 2, p. 128-135, 2024.

SANTOS, L. S. dos *et al.* Quality of life of transsexuals after sex reassignment surgery. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e58411125383, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25383>.

SILVA, H. R. da. **Necessidades de cuidado à saúde de mulheres transexuais após a cirurgia de redesignação sexual**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SILVA JUNIOR, A. L. da.; BRIGEIRO, M.; MONTEIRO, S. “Irmandade travesti é a nossa cura”: solidariedade política entre travestis e mulheres trans no acesso ao cuidado em saúde e à prevenção ao HIV. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 7, 2022.

SILVA, L. L. S. B. **O autocuidado com a neovagina das mulheres transgenitalizadas**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

SILVA, M. E. M. P. da. *et al.* A repercussão da cirurgia de readequação sexual em pessoas transgênero. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 949-960, 2024.

SILVA, T. S. **Do fetiche à solidão: uma revisão narrativa acerca de mulheres trans e travestis que se prostituem**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, 2021.

SOARES, K. dos R. A.; FERREIRA, A. P. A transexualidade e a tradição do candomblé: gênero e cultura em debate. **Interfaces Científicas – Humanas e Sociais**, v. 9, n. 2, p. 134-153, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2021v9n2p134-153>.

SOUZA, D.; ARAÚJO, T. (org.). **Reflexões sobre os dados do Censo Trans: sem motivos para orgulho: diálogos e análises do contexto socioeconômico de mulheres travestis e transexuais no Brasil**. Rede Trans, 2022.

SOUZA, I. G. F. de. *et al.* Avaliando estresse em grupos minorizados: adaptação e evidências de validade do PEGM-T-BR. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 24, n. esp. 1, p. e25487, 2025. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2025.24.e25487>.

SOUZA, K. R. F. de. *et al.* Representation and social vulnerability to HIV in transgender people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, p. e20230353, 2025.

SWE, N. C. *et al.* The effects of gender-affirming hormone therapy on cardiovascular and skeletal health: a literature review. **Metabolism Open**, v. 13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.metop.2022.100173>.

TEIXEIRA, F. do B. *et al.* O giro epistemológico do Paes-PopTrans: quando a saúde assume seu lugar na defesa dos direitos humanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e250702, 2025.

TEIXEIRA, F. B.; CORTES, H.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PRADO, M. A. M. A política de saúde para a população trans e o SUS: o direito de existir. In: DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R. (org.). **Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2026. v. 1, p. 164-183.

THOMAZI, G. L.; AVILA, S.; TEIXEIRA, L. B. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, p. e22302, 2022.

TONI JUNIOR, C. N. de. Discurso dos corpos transexuais femininos: a sociabilidade da verdade em busca de justiça social. **COR LGBTQIA+**, v. 1, n. 6, p. 48-63, 2024.

TOZE, M.; WESTWOOD, S. Experiences of menopause among non-binary and trans people. **International Journal of Transgender Health**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2389924>.

PARTE IV - ENTREVISTAS-CONVERSAÇÃO

AUTORES DAS ENTREVISTAS-CONVERSAÇÃO

Helena Moraes Cortes³⁶
Lilia Marcela do Canto Pulvirenti³⁷
Naomi Tamima Estevam Cipriano³⁸
Ezequias Paes Lopes³⁹
Yasmin da Silva Moura⁴⁰
Livia Araújo Costa⁴¹
Nichole Silva de Oliveira⁴²
Viviana de Paula Corrêa⁴³
Lana de Cassia Ferreira⁴⁴
Lilian Fonthinelly Gomes Paixão⁴⁵

³⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC). Coordenadora do projeto Redesignadas.

³⁷ Enfermeira. Discente no Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN UFSC).

³⁸ Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva (UNESC). Discente do programa de pós graduação em Enfermagem UFSC.

³⁹ Enfermeiro. Discente no Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN UFSC).

⁴⁰ Graduanda em Medicina - Universidade Católica de Salvador.

⁴¹ Integrante do INAMUR. Coordenadora da coleta de dados da região Centro-Oeste e DF.

⁴² Integrante do INAMUR. Coordenadora da coleta de dados da região Norte.

⁴³ Integrante do INAMUR. Coordenadora da coleta de dados da região Sudeste.

⁴⁴ Integrante do INAMUR. Coordenadora da coleta de dados da região Sul.

⁴⁵ Integrante do INAMUR. Coordenadora da coleta de dados da região Nordeste.

12. REGIÃO CENTRO-OESTE E DISTRITO FEDERAL

Foram entrevistadas 35 participantes da região Centro-Oeste e do Distrito Federal do Brasil. Todas se identificam como mulheres trans redesignadas e nenhuma se identificou como travesti redesignada. As idades variaram de 29 a 57 anos e entre as técnicas cirúrgicas relatadas foram: 28 com técnica de inversão peniana, 1 com técnica de jejuno e 6 não sabiam informar. 23 mulheres trans relataram que já fizeram retoque cirúrgico/reabordagem ou ainda necessitam realizar seja por necessidade estética ou funcional, 8 não precisaram ou não precisarão, 3 talvez precisem e 1 não sabe se precisará.

Das entrevistas-conversa  o emergiram 7 categorias temáticas, a saber: 1. Repercussões físicas e emocionais depois da CRG, 2. Complicações pós-cirúrgicas, 3. Vivências afetivo-sexuais após CRG de mulheres trans, 4. Significado dos cuidados com a neovagina, 5. Significados e aconselhamentos entre mulheres redesignadas, 6. (Des)cuidados dos profissionais de saúde, 7. Significados atribuídos    CRG.

12.1. Repercussões físicas e emocionais depois da CRG

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. Alteração de peso após cirurgia de redesignação genital (CRG); e 2. Vivências emocionais e subjetivas após CRG.

12.1.1. Alteração de peso após cirurgia de redesignação genital (CRG)

As entrevistadas relataram alterações no peso ponderal após a CRG, seja por vezes ganho de peso, outras vezes emagrecimento. Outras dizem não haver tido diferença no peso após CRG. Foi relatado também prejuízo na rotina por conta da perda de peso e consequente perda de disposição. Há

relatos de satisfação com a redistribuição de gordura no corpo após CRG, mas também insatisfação com a flacidez e perda de gordura após CRG. Além disso, uma das entrevistadas explica que a alimentação balanceada evitou o ganho de peso após a cirurgia. Dados esses que ficaram expressos nas seguintes frases temáticas:

“Eu não vou mentir. Eu ganhei 3 quilos. Por quê? Foram três meses parada. Para quem era uma pessoa ativa, fazia academia cinco horas da manhã, três vezes na semana e ia trabalhar, eu já achei muito” (Ent. 1 Centro Oeste).

“Não tive ganho de peso de imediato. Eu tive ganho de peso depois de uns seis anos de cirurgia” (Ent. 2 Centro Oeste).

“Então teu metabolismo muda, né? Fica mais lenta, você fica mais suscetível a ganho de peso, eu acho que eu ganhei uns 10 kg. E a dificuldade para perder é extremamente difícil mesmo com dieta e exercícios, é extremamente difícil” (Ent. 18 Centro Oeste).

“Assim que eu fiz a cirurgia, coisa de um mês, dois depois, eu tive uma perda de peso. Até porque eu estava de repouso, então eu comia sempre coisas leves, né?” (Ent. 35 Centro Oeste).

“Peso eu perdi um pouco, mas já recuperei agora depois. Depois de oito meses, por aí eu comecei a recuperar o peso. Já estou no meu peso normal” (Ent. 21 Centro Oeste).

“Emagreci muito, mas eu acho que é por causa do desvio do meu intestino. Sim, acredito que sim, por conta da absorção de vitaminas, essa questão alimentar influencia muito” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Então, sobre a questão de ganho de peso, eu percebi que afetou muito, né, depois da cirurgia. Porque eu perdi muita massa muscular por decorrer da cirurgia, porque minha fonte de hormônios foi tirada, que foi as dos órgãos, né, e eu senti que eu emagreci muito, eu não tenho aquele corpo que eu tinha antes, eu não tenho aquela

disponibilidade que eu tinha antes, então tudo isso acabou me atrapalhando no meu dia a dia, na minha rotina, isso me atrasa muito. A parte mais ruim da cirurgia é só a questão hormonal para mim, isso me dificulta muito, tanto no financeiro, quanto fisicamente, entendeu?” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Eu senti traços mais femininos, mas não engordar.” (Ent. 12 Centro Oeste).

“Eu acredito que eu ganhei mais corpo, digo, em questão de pernas, quadril, bumbum. A cintura deu uma leve afinada, porque eu acredito que a redistribuição de gordura foi tudo para o local certo. E eu acho que a mama também aumentou. [...] O meu peso aumentou, mas foi tudo redistribuído. Estou satisfeita com o meu corpo atualmente” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Não [sobre ganho de peso]. Mas eu também sempre tive uma alimentação muito balanceada, né? Eu sou modelo, então eu sempre cuidei da minha alimentação” (Ent. 5 Centro Oeste).

12.2.2. Vivências emocionais e subjetivas após CRG

Destacou-se nas entrevistas relatos relacionados à satisfação consigo mesma, autoconfiança, sensação de segurança e liberdade de poder colocar a roupa que quiser sem sentir incômodo, tudo isto após CRG. Uma delas relatou que por conta da autoconfiança aumentada, sente vontade de realizar atividades que não realizava antes da CRG. Diversas entrevistadas destacaram o alívio de poder ir ao banheiro público sem sentir medo. Também emergiram relatos de maior sensibilidade emocional e empatia após a CRG. As seguintes frases emergiram neste contexto:

“Acho que faz parte da cirurgia, de tudo que eu passei 12 anos esperando. Então, a gente tira um momento para se curtir. Eu estou me amando mais. Não que eu esteja... desligada para relacionamento, não. Mas aparece só jurandir, então a gente não pode levar por esse lado, entendeu? Mas é isso. Eu estou super bem comigo mesma. Esse é o legal. e é tranquilo” (Ent. 1 Centro Oeste).

“Antes da cirurgia, eu me sentia uma pessoa muito insegura, muito incompleta, e o meu emocional pós-cirurgia melhorou 100% em relação à segurança, a se sentir bem comigo mesma” (Ent. 12 Centro Oeste).

“E eu me senti mais segura, na verdade, até para viver socialmente, né? Eu antes, inclusive, eu andava bem corcunda. Hoje eu levanto os peitos, boto para frente e vou embora” (Ent. 2 Centro Oeste).

“Isso, mais segura, mais confiante, até em praia, coisa que me incomodava muito, meu órgão genital, me incomodava horrores, então sim, é uma sensação libertadora de você estar olhando ali, está tudo ok, você pode vestir uma leggings, você pode vestir uma calcinha à vontade, você pode vestir um fio dental, o que você quiser, só isso, e é ótimo” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Em muita coisa eu me sinto [mais confiante]. Por exemplo, eu comecei a ir à academia depois da cirurgia. Antes eu não ia, de forma alguma. Eu tenho vontade de ir num clube, né? Porque eu vou poder colocar um biquíni. Eu posso entrar num banheiro feminino, assim... Eu me sinto mais segura de entrar num banheiro feminino público do que antes” (Ent. 20 Centro Oeste).

“Mas mil vezes melhor, tipo, as minhas crises de raiva, de estresse [...] Minha cabeça está outra cabeça.” (Ent. 5 Centro Oeste).

“Eu mesma me sinto super em paz depois da cirurgia, nossa menina, eu estou com uma paz tão grande, um autoestima tão grande” (Ent. 25 Centro Oeste).

Por outro lado, foram descritos nas entrevistas determinados impactos emocionais negativos, não por conta da CRG em si, mas por questões como insatisfação decorrente de intercorrências no pós operatório, aumento da sensação de rejeição, percepção de falta de afeto e experiências de discriminação, inclusive em contextos esportivos. Além disso, a fé foi

apontada como importante estratégia de enfrentamento diante das dificuldades vivenciadas no processo cirúrgico. Assim, formou-se a subcategoria “Vivências emocionais e subjetivas após CRG”.

Muitas participantes referiram satisfação com a CRG independente do resultado estético/funcional, como demonstrado nas seguintes frases temáticas:

“Não, eu não tive frustrações quanto à questão da minha cirurgia. Às vezes tenho que, para mim, se tivesse feito só, se tivesse só tirado o negócio, se tivesse deixado só o buraco fazer xixi, para mim já estava bom, já estava feliz. E ganhar uma vagina funcional foi excelente, ficou muito bom. Gostei demais” (Ent. 2 Centro Oeste).

“Era uma coisa que eu queria tanto fazer. Que para mim não importava se estava bonita, se estava feia, se tinha profundidade, se não tinha, se era funcional ou não. Para mim estava perfeito” (Ent. 4 Centro Oeste).

“Mas, se tivesse a funcionalidade, também seria bom. Mas, se não tem, também está ótimo ainda. [...] Sim, a estética é um ponto importante. Mas, se a funcionalidade estiver ok... Igual você falou, só de já não ter o órgão antigo... Já traz uma satisfação, um alívio, né?” (Ent. 9 Centro Oeste).

Algumas participantes relataram satisfação com a CRG e com a estética da neovagina. Outras participantes relataram que a neovagina não é funcional e há insatisfação com a estética, com a profundidade e funcionalidade. Emergiram relatos relacionados à funcionalidade também da uretra após CRG, como mencionado a seguir:

“A nível funcional também está funcionando tudo normal, para urinar, para fazer xixi, a questão funcional do canal [uretral]” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Por conta da estética, eu tenho dificuldade, às vezes, com xixi. Na hora de fazer xixi, é dependendo da posição que eu estiver, do jeito

que eu estiver, o jato sai torto e às vezes acaba me molhando e isso me incomoda um pouco, porque tem que ter um cuidado muito rigoroso, porque senão eu posso ficar com cheiro de xixi, então é algo que me incomoda. Então eu sempre mantenho esse cuidado, uso lenço umedecido” (Ent. 16 Centro Oeste).

Outras frases das mulheres trans redesignadas da região centro oeste e distrito federal apontaram impactos emocionais após a CRG:

“Em muita coisa eu me sinto [mais confiante]. Por exemplo, eu comecei a ir à academia depois da cirurgia. Antes eu não ia, de forma alguma. Eu tenho vontade de ir num clube, né? Porque eu vou poder colocar um biquíni. Eu posso entrar num banheiro feminino, assim... Eu me sinto mais seguro de entrar num banheiro feminino público do que antes” (Ent. 20 Centro Oeste).

“Mas mil vezes melhor, tipo, as minhas crises de raiva, de estresse... Enfim, nossa. Mil vezes. Minha cabeça está outra cabeça” (Ent. 5 Centro Oeste).

“Eu mesma me sinto super em paz depois da cirurgia, eu estou com uma paz tão grande, um autoestima tão grande” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Nenhuma, nenhuma, nenhuma [instabilidade emocional após CRG]. Fiquei numa alegria imensa. Né, menina?! Fui feliz demais” (Ent. 33 Centro Oeste).

“Porque no início eu fiquei muito chorosa, muito emotiva. Aí veio muito estresse. Agora eu estou um pouco mais tranquila. Mas, mesmo assim, eu estou muito emotiva ainda” (Ent. 9 Centro Oeste).

“Olha, eu acho que essa questão da instabilidade emocional, eu tive a questão de ficar mais nervosa, mais sensível também. E uma coisa que me marcou muito foi que eu fiquei mais esquecida também. Eu antes tinha memória melhor, agora eu noto que eu tenho certa dificuldade até de gravar senhas de banco, da internet, eu tenho uma dificuldade maior” (Ent. 17 Centro Oeste).

Para uma das entrevistadas, que teve complicações graves pós CRG, apareceu o relato de infelicidade:

“Eu era feliz antes da cirurgia. Depois da cirurgia, eu sou uma pessoa infeliz. Não posso fazer porra nenhuma, porque antes eu fazia tudo o que eu queria” (Ent. 13 Centro Oeste).

Destacou-se diversos relatos que apontaram que, mesmo com a presença de complicações pós cirúrgicas e por vezes algumas sequelas, como infecções e incontinência urinária recorrentes, as entrevistadas frequentemente relataram que não há arrependimento e estão felizes por terem feito a CRG, pois a importância desta vai além de estética ou funcionalidade, exclusivamente. Pode-se observar isso nas frases temáticas a seguir:

“Eu estou muito contente, satisfatoriamente falando. Eu tive só uma questão de uma complicaçãozinha, que foi a questão do estreitamento da uretra” (Ent. 3 Centro Oeste).

“Não me arrependo, mas eu tenho muitas consequências porque você deixa de produzir os hormônios. Os hormônios afetam a sua pele, afetam o seu cabelo, afetam o seu humor. Eu fiz isso, não me arrependo, eu faria novamente” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Não, não tenho nada assim a reclamar na minha cirurgia” (Ent. 19 Centro Oeste).

“Estou [muito satisfeita com a cirurgia], porque eu era insatisfeita, né? O ruim é assim, que a gente não dá para ter relação mesmo, não tem como. Não vai de jeito nenhum. E a estética não ficou muito bonita, mas fazer o quê?” (Ent. 33 Centro Oeste).

“Fiquei muito debilitada. Realmente, fiquei. Mas arrependimento, não. Arrependimento em nada. Da cirurgia em relação à cirurgia, nada, nada, nada, nada.”; [...] “Eu acho que é 12 centímetros que eu tenho, 14 centímetros de profundidade só. E também minha largura não é aquela coisa. Mas isso não me empata em muita coisa, não.

Minha senhora, fala, “ah, você quer fazer isso? Você se arrepende?” Não. Não me arrependo. Estou muito satisfeita, estou muito feliz” (Ent. 6 Centro Oeste).

“[...] depois de um tempo eu fui me acostumando e tipo assim, eu fui percebendo o quanto minha vida melhorou, qualidade de vida mesmo. Por mais que eu tenha esses quadros de infecções, minha vida melhorou muito.”; eu, particularmente, acho que apesar de tudo isso, dessas infecções, dessa questão de não conseguir penetração ainda, eu ainda acho que vale super a pena, para mim. Se me dissessem, você faria tudo isso de novo? Você passaria por todo o processo de fazer acompanhamento psicológico, tratamento psiquiátrico, sabendo que você vai passar por isso e isso que você está passando agora? Eu faria, porque para mim vale a pena” (Ent. 34 Centro Oeste).

“Eu costumo dizer que eu sou 50% satisfeita e 50% insatisfeita. Os outros 50% de insatisfeita é de não resolverem o meu problema, que eu tive, que é o corpo esponjoso” (Ent. 7 Centro Oeste).

“Falar assim que se eu me sentir, fiquei muito debilitada. Realmente, fiquei. Mas arrependimento, não. Arrependimento em nada. Da cirurgia em relação à cirurgia, nada, nada, nada, nada” (Ent. 6 Centro Oeste).

“Falo, gente, por mais que seja uma cirurgia muito invasiva, por mais que seja demorado o tempo de recuperação, o pós-operatório seja chato, você ter que depender de alguém, eu faria tudo de novo. Quantas vezes você precisa, porque é maravilhoso. Uma coisa surreal. Sim, é libertador, recompensatório, que tudo vai valer a pena” (Ent. 9 Centro Oeste).

“Eu tive a tradicional, abre aspas, menopausa, que é quando o seu corpo sente a ausência de hormônios e entra naquela fase de calor, temperatura, oscilação, mas nada que fosse fora do normal, foi bem analisado e bem tranquilo” (Ent. 24 Centro Oeste).

“De boa mesmo. Não tenho ansiedade por causa disso. Gostei muito da cirurgia, só que eu não estou gostando só por causa disso, né? Incontinência urinária. Mas eu estou mais feliz” (Ent. 31 Centro Oeste).

Outras frases que apareceram nesta subcategoria foram:

“Não [houve frustração depois da cirurgia], pelo contrário, a cada dia é uma descoberta boa” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Às vezes eu chegava atrasada num compromisso porque tinha que escolher a roupa certa, se não estava marcando, se não estava mostrando, então aquilo gerava um desconforto muito grande, deixava a autoestima baixa, e gerava ansiedade, várias questões, né, então melhorou em questão da minha vida por completo, em vários aspectos, com certeza hoje eu estou bem mais feliz, mais realizada” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Gostei, sim [da estética], tudo dentro da normalidade, tranquilamente, está ótimo” (Ent. 28 Centro Oeste).

“Como a medicina está tão avançada, como pode ter ficado assim tão perfeita. Claro que não se iguala a uma vagina de uma mulher cis, até porque as mulheres cis têm vaginas diferentes também. Mas fica muito bonito, esteticamente muito bonita” (Ent. 22 Centro Oeste).

“No meu caso, a estética ficou horrível? Ficou. Mas se a vagina funcionasse, se ela fosse funcional, estava tudo ok” (Ent. 26 Centro Oeste).

“Ficou tudo mais flácido, a mama aumentou. A pele ficou mais clara, eu senti isso. A barriga aumentou, foi o que mais aumentou, foi a barriga, o tamanho. E é o que mais me incomoda” (Ent. 20 Centro Oeste).

“Fiquei com praticamente a metade de um dedinho de profundidade” (Ent. 3 Centro Oeste).

“A nível funcional também está funcionando tudo normal, para urinar, para fazer xixi, a questão funcional do canal” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Por conta da estética, eu tenho dificuldade, às vezes, com xixi. Na hora de fazer xixi, é dependendo da posição que eu estiver, do jeito que eu estiver, o jato sai torto e às vezes acaba me molhando e isso me incomoda um pouco, porque tem que ter um cuidado muito rigoroso, porque senão eu posso ficar com cheiro de xixi, então é algo que me incomoda. Então eu sempre mantenho esse cuidado, uso lenço umedecido” (Ent. 16 Centro Oeste).

12.2. Complicações pós-cirúrgicas

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. Complicações físicas após CRG; e 2. Repercussões emocionais das complicações pós cirúrgicas da CRG.

12.2.1. Complicações físicas após CRG

Na primeira subcategoria, encontra-se relatos de diferentes complicações físicas pós-CRG, entre elas estenose uretral, estenose vaginal, necessidade de urinar mais vezes ao dia, neuropatia como sequela pós CRG, necrose na neovagina após CRG, complicações após parada cardiorrespiratória na CRG, ostomia por conta de perfuração do intestino durante CRG, síndrome compartimental após CRG que levou a paciente precisar reaprender a andar, complicação na uretra sem resolução anos após cirurgia (por conta da demora para realizar o retoque) e aumento das infecções urinárias após CRG.

Na primeira subcategoria, temos as seguintes frases temáticas:

“Eu tive muitas complicações, uma delas sendo o pioderma gangrenoso, que é tratado ou com imunobiológicos ou com corticoides.”; “as principais frustrações foram ficar, assim, acamada por quatro a cinco meses” (Ent. 10 Centro Oeste).

“Eu só arrebentei três pontos por eu ser teimosa demais. Eu sou muito quente e eu não sou de ficar deitada, parada, e na minha ansiedade acabei arrebentando só três pontos. Mas foi por mim mesmo, não foi porque teve nada de problema na minha cirurgia” (Ent. 6 Centro Oeste).

“Na minha cirurgia, inchou bastante, e aí alguns pontos arrebentaram. E quando arrebentou, que é normal também, a pele em volta desses pontos soltou, descolou. Então, ela ficou pendurada e apodreceu, caiu. E aí, com tudo que isso aconteceu, a cicatrização, a pele cicatrizou meio torcida. E aí, esse torcido ficou na entrada do meu canal” (Ent. 35 Centro Oeste).

“Eu tive uma breve instabilidade emocional por conta de que a minha cirurgia, eu tive um problema com fibrose. Então, assim, eu tive bastante fibrose, né? Que é uma questão da minha fisiologia, do meu corpo, e isso me impediu de ter relações” (Ent. 35 Centro Oeste).

“Eu já tinha problemas de incontinência urinária, só que piorou. E uma coisa também que piorou é porque eu com muita frequência depois da cirurgia, coisa que não acontecia antes, tenho infecção urinária. Muitas vezes mesmo, coisa assim de às vezes, [...] Pelo menos, por ano, acho que eu devo ter umas 7 a 8 infecções, eu juro para você, não estou brincando” (Ent. 34 Centro Oeste).

“Eu senti que eu tive uma estenose na minha uretra, para fazer xixi. Essa estenose eu senti na minha uretra, não no meu canal vaginal” (Ent. 2 Centro Oeste).

“Eu tive uma estenose durante o período que eu estive no hospital. Depois disso eu tive uma estenose da uretra e eu ainda estou com essa estenose até hoje, aguardando para fazer uma cirurgia. Então eu comecei a ter a dilatação da uretra uma vez por mês” (Ent. 15 Centro Oeste).

“Eu sinto que eu vou mais vezes ao banheiro, não sei se é normal” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Às vezes eu sinto mais necessidade de ir ao banheiro. Eu acho que isso aumentou um pouco mais. Por exemplo, antes eu tinha uma noite de sono completa. Agora, hoje em dia, às vezes eu preciso levantar no meio da noite para ir ao banheiro para fazer xixi. Mas eu não sei qual é a relação que isso tem de fato com a cirurgia” (Ent. 16 Centro Oeste).

“O médico olhou e falou que tinha rompido um pequeno vaso na cirurgia [...] eu quase morri, porque eu perdi muito sangue. Se hoje não houvesse doação de sangue, eu acho muito importante a gente deixar isso também gravado na entrevista, que é muito importante a questão de doação de sangue, porque quem doou sangue me salvou no meu pós-operatório” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Aí que a enfermeira vem, ela falou “abre, deixa eu ver” não é que eu abri, ela pegou e tirou um bichinho. No que ela tirou, ela tirou três bichinhos de dentro da minha vagina e aí nisso, eu filmei um eu ainda eu filmei porque eu falei assim, gente não é possível. Bicho dentro do hospital né?” (Ent. 14 Centro Oeste).

“Aconteceu diversos problemas comigo, eu tenho neuropatia, sequelas da cirurgia. [...] Eu ainda tenho dificuldade para sentir a ponta dos dedos da perna direita que é onde tem lesão meu dedão do pé, ele dá impressão de estar quebrado, mas meu médico psiquiatra falou que a neuropatia dá essa sensação mesmo, né no dedão” (Ent. 14 Centro Oeste).

“E aí eu tenho que fazer essa dilatação em casa, tenho que comparar sondas, tem que fazer isso aí. É um pouco complicado” (Ent. 15 Centro Oeste).

“Porque pelo que eu vi, pelo que eu entendi no geral, é que minha cirurgia [CRG] foi uma bagunça, então demorou muito mais do que

deveria o que acabou lesionando a minha perna. Porque ficou muito tempo, só que a lesão não foi só na perna, na minha cabeça também teve uma lesão. [...] meu coração parou durante cirurgia, e como eu estava entubada e não teve nenhum apoio na cabeça, minha cabeça ficou pressionando alguma coisa, que ficou tipo um risco assim na minha cabeça” (Ent. 14 Centro Oeste).

“Na cirurgia de redesignação, na hora que estava fazendo o canal da minha vagina, eles perfuraram o meu intestino. Aí eles entraram com as providências necessárias, mas com sete dias os pontos abriram e entraram fezes dentro de mim. E aí eu fui até para a UTI. Foi quando eles tiveram que fazer a cirurgia de ostomia” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Tive uma complicação gravíssima no caso, eu tive uma síndrome compartimental. Não se sabe se foi por causa da calça que eu usei, para evitar a trombose, mas eu tive uma síndrome compartimental. [...] Aí eu tive que fazer uma cirurgia no outro dia de urgência, nas pernas, que era uma fasciotomia, aí eu fiquei 38 dias internada. Tive que aprender a andar direito de novo, porque atinge o nervo, né? Mas foi uma complicação bem grave” (Ent. 32 Centro Oeste).

“Uai, minha saúde não está muito boa não, porque eu estou esperando para fazer uma cirurgia que deu problema na uretra, né? Aí eu vou dormir, aí fica vazando a urina direto, tem que usar absorvente. Aí eu estou esperando para mim fazer o retoque até hoje. [...] Aí quando eu operei em 2018, até hoje eu estou tendo escape de urina. E não é pouco não, eu estou usando o sétimo por meio do dia. E a gente vai vazando sem ver” (Ent. 31 Centro Oeste).

“Eu tive algumas infecções urinárias, mas antes também eu já tinha muitas infecções também. E só que agora foram mais severas, né mais fortes. Querendo ou não a uretra diminuída, né? Então você fica mais suscetível até a mais infecções” (Ent. 18 Centro Oeste).

“Foi a estenose de uretra. Eu demoro muito tempo para urinar. É mais difícil do que o normal e as dilatações ajudaram bastante, mas não estão perfeitas de forma alguma” (Ent. 10 Centro Oeste).

“Tive que interromper a dilatação e com isso houve o que a doutora [referindo-se à médica] chamou de estenose vaginal, o processo de estenose vaginal, com o fechamento quase que completo do canal vaginal” (Ent. 8 Centro Oeste).

“Eu tive outra sequela que também foi importante, que foi estenose de vagina. Eu não tenho nenhuma vagina” (Ent. 10 Centro Oeste).

“Olha, minha cirurgia, eu sou bem realizada comigo mesma, mas eu, por exemplo, estou meio que... Com a minha cirurgia, eu preciso refazer, né, minha cirurgia fechou. Então, eu estou tendo uma neovagina, mas eu não tenho uma vagina, não estou tendo uma vagina, eu não tenho canal vaginal. Então, eu preciso refazer minha cirurgia, eu preciso refazer minha cirurgia” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Acumulou uma quantidade de sangue embaixo do grande lábio direito e ele necrosou inteirinho, da metade para baixo ele necrosou tudo, perdeu tudo” (Ent. 10 Centro Oeste).

“Acabei não fazendo as dilatações devidas, porque já tinha começado a fechar, não sei se iria resolver se tivesse continuado com as dilatações, porque eu tive um problema de necrose logo depois do pós-cirúrgico. Então, isso fez com que eu não conseguisse dilatar logo de início” (Ent. 29 Centro Oeste).

“E estou insatisfeita porque eles não resolvem o problema do corpo esponjoso” (Ent. 7 Centro Oeste).

Houve relato de um caso de intercorrência que levou a hemorragia grave e a participante precisou de doações de bolsa de sangue e, em outro caso, houve miíase na vagina após CRG. Também foram abordados gastos financeiros decorrentes de complicação pós CRG, a utilidade de dilatações

para melhorar a estenose uretral e a falta de resolução, no contexto do SUS, de complicações após CRG.

12.2.2. Repercussões emocionais das complicações pós cirúrgicas da CRG

Na segunda subcategoria foram abordados os impactos emocionais das complicações pós CRG e o arrependimento de ter realizado a CRG, por parte de uma das mulheres trans redesignadas. Demonstra-se isso pelas seguintes frases das entrevistadas:

“Eu tive um problema cirúrgico três meses após a cirurgia, então isso acabou também mexendo muito com o meu emocional” (Ent. 8 Centro Oeste).

“Tipo, se fosse analisar, nem disforia eu tinha. Preferia ter meu órgão até hoje [referindo-se ao pênis]. Porque, pelo menos, quando eu tinha o meu órgão, é igual eu falei. Eu o usava, gozava, gostava. [...] Minha disforia não era o meu pênis. Minha disforia era roupa, vontade de pôr um biquíni, pôr uma bermuda, pôr uma legging. Aí, hoje, o que acontece?! Não tenho nada. Não tenho uma perereca, não tenho um ânus, não tenho um pinto, não tenho uma bermuda” (Ent. 13 Centro Oeste).

12.3. Vivências afetivo-sexuais após CRG de mulheres trans

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. Dificuldades e limitações nas relações afetivo-sexuais após CRG; e 2. Prazer e resposta sexual após CRG.

12.3.1. Dificuldades e limitações nas relações afetivo-sexuais após CRG

Na primeira subcategoria “Dificuldades e limitações nas relações afetivo-sexuais após CRG”, algumas mulheres falaram sobre a

funcionalidade nas relações sexuais após CRG: há relatos de funcionalidade normal após CRG, outras contam sobre dificuldade ou ausência de relações sexuais, outras sobre impossibilidade de relações sexuais, uma delas inclusive atribuindo isso à técnica da inversão peniana.

As entrevistadas relataram frustração por conta de a CRG ter resultado em neovagina não funcional do ponto de vista de sexo penetrativo. Encontra-se também depoimentos que falam de facilidade nas relações sexuais após CRG, sobre intercorrência durante relação sexual e sobre estratégias para haver maior lubrificação e facilidade nas relações sexuais. Uma delas, por exemplo, ressalta que estar com um estado emocional tranquilo facilita a ter relações sexuais.

Outra das entrevistadas percebia diminuição da procura sexual masculina após CRG, especialmente para profissionais do sexo. Uma das mulheres entrevistadas ressaltou que a CRG não faz diminuir a transfobia, e algumas contam dos impactos da CRG na vida afetiva.

A primeira subcategoria contou com as seguintes frases temáticas:

“Mas se eu não tenho vontade nem nada, fica difícil a penetração, porque parece que fecha automaticamente. Mas se eu estou relaxada, tranquila, e está de boa” (Ent. 2 Centro Oeste).

“Em questão funcional para a relação sexual, nunca tive nenhum problema também. Em questão de profundidade, essas coisas” (Ent. 16 Centro Oeste). (Ent. 19 Centro Oeste).

“Tem umas que conversam comigo e foi o que arrependeu. Falei, “ah, porque o ganha-pão delas era ficar com o homem, porque o homem gosta de coisa diferente, né?” É que nem quando eu operei. Fui pro motel com o homem, logo eu tirei a roupa, o homem não quis. Porque ele queria outra coisa diferente. Falei, “não, eu fiz cirurgia, não tenho”. Ele: “não, eu quero coisa diferente” (Ent. 31 Centro Oeste).

“E também fico mais lubrificada quando eu tomo hormônio, tomo certinho, a semana toda, que eu tomo comprimido, que eu tomo todo

dia, né? Aí eu fico lubrificada. Agora, se eu passar uma semana, duas, igual já aconteceu de eu ficar um mês sem tomar, aí dá uma dificuldadezinha. Mas mesmo com a minha lubrificação do meu corpo, eu preciso de lubrificante” (Ent. 6 Centro Oeste).

“Dificuldade só quando é um pênis muito grande, que não cabe todo, né, mas se for um pênis normal, passando lubrificante, penetra normal” (Ent. 27 Centro Oeste).

“Sim, vai ficando bem mais confortável, sim. Apenas uma vez durante a relação íntima que eu tive um sangramento intenso. Eu não sei até hoje o porquê do que aconteceu, mas eu fiquei até um pouco assustada” (Ent. 19 Centro Oeste).

“Como eu não estava utilizando, não estava tendo vida sexual ativa, então isso para mim era indiferente ter um canal e não usar” (Ent. 7 Centro Oeste).

“Eu não consigo ter relação penetrativa, não tem, não dá, assim, o canal ficou, encurtou quase que completamente, então não tem como” (Ent. 8 Centro Oeste).

“Os estigmas sociais, os estigmas para você se relacionar não mudam nada. [...] Ela não faça para achar que ela vai ter uma consideração social ou um relacionamento afetivo de uma mulher cis. Não. Ela vai ser uma mulher na condição de uma pessoa trans. Ser mulher é muito mais além do que um corpo” (Ent. 29 Centro Oeste).

“A gente não tem interesse, não tem paciência para conhecer, para ter uma vida sexual ativa porque é toda essa que está onde você tem que explicar para a pessoa que você é operada, que você tem uma vagina, porém ela não é funcional, você não e está vendo como fazer penetração, isso é algo desconfortável que impede que a gente queira conhecer outras pessoas” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Não tem como você ter uma vida sexual normal com essa inversão peniana que eles usam. No meu caso. Entendeu? A dilatação é uma coisa. Você está com um parceiro, é diferente. Você dilatando, você tem o controle da situação. Com um parceiro, não. E dói muito, machuca” (Ent. 26 Centro Oeste).

“Porque o meu canal tem profundidade, mas ele não tem abertura. Tipo largura, entendeu? Eu não sei se é a palavra certa, mas tipo assim, não cabe simplesmente” (Ent. 34 Centro Oeste).

“O ruim é assim, que a gente não dá para ter relação mesmo, não tem como. Não vai de jeito nenhum. E a estética não ficou muito bonita, mas fazer o quê?” (Ent. 33 Centro Oeste).

“Eu tinha um pênis funcional e eu queria ter uma vagina funcional. Eu não vim aqui para ser capada, não. Se fosse para me capar, eu ia pedir o vizinho da minha mãe, me capava igual porco, lá e pronto. Porque eu deixei bem claro quando foi para me operar. Eu tinha uma vida sexual ativa, perfeita, independente. Eu fui lá para ter uma vagina funcional. Eu não fui lá para eles me caparem” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Duas tentativas que eu achei frustrante. Achei muito frustrante. [...] E aí, eu desisti. Não tentei mais até então” (Ent. 9 Centro Oeste).

“Tive um pouco de dificuldade no sentido de... Na questão da entrada da vagina. Porque lá no fundo, ela não é em formato de V, ela é meio redonda. Então, atrapalha a entrada do pênis. Essa parte de pele, então... Eu acredito que eu vou fazer um retoque para cortar o fundinho da vagina para melhorar isso daí, porque isso daí atrapalha, atrapalhou entrar o pênis” (Ent. 20 Centro Oeste).

12.3.2. Prazer e resposta sexual após CRG

A segunda subcategoria configurou-se como “Prazer e resposta sexual após CRG”. Há descrições, nas entrevistas, de frustração com a demora para

conseguir orgasmo com a parceria ou sozinha após CRG, sendo que algumas relatam inexistência de libido após CRG, e algumas outras participantes discorreram sobre condições para sentir prazer nas relações. Outras participantes relataram haver prazer sexual nas relações após CRG.

Uma das mulheres entrevistadas relatou diminuição da intensidade do prazer sexual após CRG. Ressaltou-se também, nos relatos, a importância do autoconhecimento no processo de redescoberta do prazer pós CRG.

A segunda subcategoria conta com as seguintes frases temáticas:

“Não, não tive nenhuma dificuldade, foi tudo normal” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Ah, a minha frustração foi a questão do orgasmo, né, eu demorei um ano para conseguir um orgasmo, eu achei que você conseguia assim, uma facilidade, eu achei que seria assim, de um dia para o outro, e não é, você tem que conhecer seu corpo, você tem que se entender, e quando eu fui entender isso, já era tarde” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Eu não tenho mais libido. Acabou minha libido. [...] Sim, [sinto] muita falta. Porque eu tinha uma vida sexualmente ativa praticamente quase que diária” (Ent. 15 Centro Oeste).

“Só [sinto prazer] quando eu sinto muita química por uma pessoa, sim, mas ao contrário, não” (Ent. 23 Centro Oeste).

“Falei para ela, você pensa bem, porque você vai tomando hormônio, você não sente mais aquela vontade que a gente sentia muito prazer, agora é só um pouquinho. Falei para ela, vai diminuindo. O orgasmo não é que nem... de homem mais, é que nem de mulher, só um líquido” (Ent. 31 Centro Oeste).

“Você tem que aprender como é se dar prazer, como você se conhece, então tudo eu tive que aprender de novo, e hoje eu me sinto uma mulher totalmente realizada, de ver que estava tudo ok, que

deu tudo certo, mesmo eu dando umas loucuras, julgando os doutores, julgando os médicos, colocando culpa em um e no outro, e não tinha solução, então eu vi que o problema realmente estava em mim, psicológico, e também do relacionamento tóxico que eu estava” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Então tudo vai ser novidade, você tem que ter paciência, tem que ter calma, para você poder aprender, conviver com a sua nova rotina. [...] a preocupação dela maior é porque a maioria das meninas fala que não tem orgasmo. Eu falei, mulher, isso é mentira. Isso é mentira, pode ser que tenha umas que não tenha, mas não é todas. [...] ela viu que eu gozava com cliente, eu tenho relação normal” (Ent. 27 Centro Oeste).

“Demorei um pouco para me redescobrir, para ter orgasmo novamente, porque mudou muito a região, enfim, a forma de se estimular, consegui, depois de um longo tempo, eu consegui entender meu corpo novamente, então eu tenho orgasmo maravilhosamente. A libido não é igual anteriormente, porque, enfim, a falta da testosterona impacta a nossa libido de uma maneira geral, mas eu acho que isso depende muito de quem a gente se relaciona” (Ent. 16 Centro Oeste).

“Aí, depois de seis meses, eu comecei a sentir prazer, assim, sabe, as extensões nervosas, assim, a sensibilidade das partes, assim, aí só cresce. Com o passar do tempo, você vai se descobrindo mais, vai melhorando cada dia mais a sensibilidade, vai ficando melhor” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Mas já adianto desde já que nas experiências que eu tive... A penetração, do ponto de vista do prazer, não era algo que eu sentia mais prazer. Eu sentia de outras maneiras, sendo estimulada de outras maneiras. E depois, com o tempo que já estava tudo cicatrizado, eu me relacionava com uma pessoa transmasculina e que a gente tinha “n” maneiras de nos relacionarmos de forma que

não era só penetração, a gente tinha outras formas de fazê-lo. E isso não representava um processo que me trouxesse desconforto ou dor” (Ent. 16 Centro Oeste).

12.4. Significado dos cuidados com a neovagina

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. Prática (ou não) da dilatação vaginal ao longo do tempo; e 2. Higienização e hábitos de vida após CRG.

12.4.1. Prática (ou não) da dilatação vaginal ao longo do tempo

As entrevistadas abordaram a frequência de dilatações da neovagina, houve relatos de facilidade para realizar as dilatações vaginais apesar do desconforto inicial, outras falam de dificuldade ou dor para realizar as dilatações. Relatam também orientação médica de não realizar movimentos durante a dilatação enquanto está cicatrizando e também de dificuldades como a impossibilidade de realizar as dilatações todos os dias.

Houve relatos também do mito da falta de necessidade das dilatações vaginais por conta da presença de relações sexuais penetrativas, e por outro lado da importância das dilatações mesmo mantendo relações sexuais. As entrevistadas narraram estratégias para conseguir realizar as dilatações vaginais, e algumas outras referiram a desistência deste processo, ou ainda, quando realizadas a faziam de modo inadequado.

A primeira subcategoria conta com as seguintes frases temáticas:

“A minha rotina, todo dia, sem falta, pelo menos duas horas” (Ent. 1 Centro Oeste).

“E o pós-operatório foi bem tranquilo, né, tem as dilatações diárias, que você tem que fazer frequentemente, que são duas horas ao dia, o resto da sua vida, você tem que fazer para o resto da sua vida” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Eu não faço todos os dias. Eu faço... Eu acho que eu posso falar que umas quatro vezes na semana. Três a quatro vezes na semana. Eu

fico em média uma hora. Às vezes eu passo um pouco mais, às vezes eu fico menos” (Ent. 20 Centro Oeste).

“As primeiras dilatações eu não senti dor, foi só um desconforto, porque era um canal novo ali, né? Aquele canal ali, mas foi só um leve desconforto, não tive dificuldade, consegui colocar o dilatador todo dentro e fui seguindo fazendo as dilatações assim também” (Ent. 22 Centro Oeste).

“A minha dificuldade chama-se tempo, porque é muito corrido, mas dificuldade não” (Ent. 1 Centro Oeste).

“Só um leve desconforto nas primeiras semanas, mas isso já foi passado pela ginecologista, que seria algo gradativo. Então, para mim foi bem tranquilo, nada que fosse doloroso ou me causasse algum transtorno” (Ent. 24 Centro Oeste).

“Acho que a dificuldade mesmo é só a questão da dilatação, né? Que a gente tem que fazer muito, todos no primeiro ano, várias vezes ao dia, e é um pouco desconfortável, dói um pouco, mas acostuma” (Ent. 27 Centro Oeste).

“Olha, no começo foi o que eu mais sofri, sabe, foi com a dilatação, porque eu me sentia muito incômodo, eu sentia, tipo assim, muita dor, sabe, no começo” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Porque eu fui orientada pelo médico e eu também acredito que é melhor não fazer nenhuma questão de dinâmica, nenhum movimento enquanto está cicatrizando, porque pode ser que ocorra algum dano na cirurgia. Então é melhor só colocar e deixar para manter o canal aberto. Depois que cicatrizar, depois de seis meses, um ano que você já tiver cicatrizada, eu acredito que aí seria melhor fazer a dinâmica e os movimentos” (Ent. 22 Centro Oeste).

“O médico orienta a fazer todos os dias, mas eu, já que tenho quatro anos de cirurgia, não consigo mais fazer todos os dias, eu faço de

vez em quando, tenho uma rotina sexual ativa também” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Depois, no segundo ano, mesmo eu estando num relacionamento, eu continuei fazendo umas quatro vezes por semana, mesmo quando eu estava tendo relações sexuais, porque na época batiam muito nesse ponto, que só a relação sexual não era suficiente para você deixar de dilatar. Porque tem alguns movimentos que a gente faz que só com a dilatação, né? Não sei se hoje em dia continua assim, mas falavam muito isso” (Ent. 17 Centro Oeste).

“Assim, para falar a verdade, como eu tenho uma... como eu tenho um relacionamento, uma vida sexual mais ativa, eu realmente não faço a dilatação” (Ent. 19 Centro Oeste).

“Sim, por incrível que pareça, depois de seis meses eu consegui chegar no maior, e hoje eu só faço com o maior, e eu faço dilatação sentada, sentada, você acredita? Realmente as meninas mudam a forma, a posição para ficar mais confortável, né.”; “Sim, às vezes algumas meninas falam que sentem esse estímulo, né, o estímulo sexual mesmo, quando está dilatando. Isso é bom, né, melhor do que sentir dor, desconforto...” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Às vezes eu consigo dormir com um dilatador grande alguns minutos, uns 40, 50 minutos, aí eu acordo e tiro” (Ent. 20 Centro Oeste).

“No início eu tive apenas desconforto, eu tive que reduzir o dilatador, passei a usar um terceiro abaixo, porque eu saí do centro cirúrgico com o maior, e depois de um mês de cirurgia eu tive que voltar para o terceiro abaixo, por causa de desconforto. E fui subindo gradativamente até chegar novamente ao maior. É o que eu uso hoje” (Ent. 21 Centro Oeste).

“Eu fiquei desgostosa com a cirurgia, acabei abandonando a dilatação” (Ent. 7 Centro Oeste).

“Eu parei [com as dilatações] porque não resolveu nada. Mas aí, não adiantava. Para nós não ter progresso nenhum. Na época eu saí com seis centímetros, depois foi com oito, muito forçado, não passou disso” (Ent. 33 Centro Oeste).

“Eu colocava uma calça jeans, colocava ali no rumo da costura para ficar pressionada e saía. Isso me causou lesões, fui sentindo que foi ficando bem sensível e causando lesões, e aí eu acredito que até internas, e aí até na época a minha médica falou que não era recomendável, né, porque eu ficava andando, aquilo era mais desconfortável ainda” (Ent. 12 Centro Oeste).

12.4.2. Higienização e hábitos de vida após CRG

Na subcategoria “Higienização e hábitos de vida após CRG” as entrevistadas contam estratégias que realizam para higienizar a neovagina e cuidar do corpo após a CRG, como é demonstrado pelas frases a seguir:

“Dilatação, limpeza constante, cuidar da alimentação, evitar vários tipos de questões, coisas, de hábitos” (Ent. 5 Centro Oeste).

“Fiz curativos, fiz a limpeza toda necessária para não ter nenhum problema, a dilatação normalmente e tudo se ocorreu dentro dos parâmetros legais, como eu disse, e não tive nenhum problema, porque a higienização vem em primeiro lugar, e a gente tem que prestar muita atenção nessa parte, porque uma higienização mal feita pode acarretar em uma infecção, e dessa infecção pode complicar ainda mais coisas no corpo, no organismo” (Ent. 28 Centro Oeste).

“Antes eu usava muito o sabonete íntimo, aí a minha médica na época falou que não era bom, por conta que ressecava, então eu comecei a utilizar mesmo só água para poder lavar, e uma vez por semana eu utilizava o sabonete íntimo. Esses eram os cuidados e são os cuidados que eu tenho até hoje” (Ent. 12 Centro Oeste).

“Dilatação de uma hora pela manhã e uma hora na parte da noite, com óleo de girassol, dilatação com os dois últimos dilatadores, a limpeza no primeiro mês com o soro fisiológico, depois com água corrente, com o sabão neutro e sempre usando óleo de girassol após o banho para hidratação da área da neovagina, tanto dentro como fora” (Ent. 24 Centro Oeste).

“Tinha que passar pomada, não me lembro o nome da pomada. Aí eu usava, no início eu lavava só com soro fisiológico, né? E passava pomada só. Era só isso. Não tinha mais coisa para fazer. Lavar por dentro, né? Tem que lavar. Eu ainda lavo uma vez por dia” (Ent. 20 Centro Oeste).

“Fiz lavagem interna com soro fisiológico. Agora já faço só com água. E no começo foram os cuidados que são indicados pelos médicos. Não houve, assim, nenhuma intercorrência” (Ent. 21 Centro Oeste).

12.5. Significados e aconselhamentos entre mulheres redesignadas

Nesta categoria, emergiram temas como o processo de autoconhecimento e autonomia de decisão para CRG, a troca de experiências entre mulheres trans redesignadas como forma de cuidado, o processo de planejamento para a CRG, os conselhos para quem for fazer a CRG, a necessidade do preparo financeiro, o papel familiar no apoio pós-cirúrgico, o apoio familiar como fator protetivo contra ideações suicidas e o apoio pós-cirúrgico por parte de amigos e outras mulheres trans redesignadas. Alguns dos conselhos realizados pelas mulheres do estudo foram:

“Tenha muito cuidado com pós-cirurgia. Eu sempre digo que o sucesso de toda cirurgia, especialmente dessa, é o pós-operatório, é

“você aquietar, você ficar quieta, e mesmo assim ainda pode acontecer intercorrências, e olha, tudo pode acontecer, inclusive nada, no sentido de intercorrência, então a pessoa tem que estar preparada psicologicamente” (Ent. 12 Centro Oeste).

“Se preparar psicologicamente muito. Porque eu acho que esse é o pilar mais importante. Porque a gente fica muito frágil, eu fiquei muito sensível, muito debilitada depois da cirurgia. [...] não ficar muito iludida com a questão de estética, que realmente fica muito inchado, muito roxo, não fica bonito inicialmente, vai ficar bonito depois, então tem que controlar a ansiedade. Essa questão do apoio familiar, dos amigos, também é importante, todo mundo. E a questão financeira, então acredito que esses três pilares são os principais que precisa se ter” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Se você tem certeza que é isso que você quer para a tua vida, faça. Não é a mesma coisa de antes, vai ser tudo diferente. Na hora de você fazer xixi é diferente, na hora de ter relação é diferente, na hora de você ter orgasmo é diferente” (Ent. 27 Centro Oeste).

“O importante após a cirurgia é a higienização à risca, isso que é importante. E não esquecer da dilatação. [...] Se não fizer dilatação à risca, o que vai acontecer? Vai acontecer que o canal vai se estreitar, vai chegar a perder. E aí, o que valeu o esforço?” (Ent. 28 Centro Oeste).

“Eu acho que, primeiro de tudo, não ter uma visão romantizada da cirurgia, eu acho que ela é maravilhosa, é super realizadora para quem de fato quer, só que tem as suas questões, tem seus prós e tem seus contras, porque tem... Tem muitas pessoas que idealizam a cirurgia como um processo de transformação social, como se aquilo fosse resolver todos os seus problemas e frustrações. E, às vezes, na realidade, não é isso que vai se resolver. Então, fazer bastante terapia antes de se entender, entender seu corpo, compreender” (Ent. 16 Centro Oeste).

“Pensaria bem, muito bem, porque é um buraco sem fim. No meu caso, né? Não desencorajo ninguém a fazer. Faça, se tem vontade,

faça, mas tem um psicológico bom, porque se não tiver, não. [...] Preparo financeiro, psicológico” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Faça por você, não faça para agradar homem, para agradar ninguém, conheça você, vê sua necessidade, faça realmente por você e se encontre nela, e respeite o seu processo, porque não foi nada fácil, não é nada fácil para quem está começando, para quem vai fazer uma cirurgia e se submeter a isso, você tem que estar muito tranquila com você mesma, entendeu?” (Ent. 30 Centro Oeste).

“Não compre atestado, faça o acompanhamento. [...] Faça o tratamento certinho, não tome hormônio como se fosse água, guaraná, que não é assim, sobrecarrega o fígado. Faça tratamento para saber, é isso mesmo que eu quero. Vai ter as coisas, o lado bom, o lado ruim também. Nem tudo são flores” (Ent. 6 Centro Oeste).

“O apoio psicológico é fundamental. Com certeza. Mas assim, é preciso que esse apoio psicológico seja bastante entendido e compreendido. Que a pessoa não vá ao psicólogo apenas para ouvir e fazer de conta que está só cumprindo o protocolo” (Ent. 21 Centro Oeste).

“Então é ter calma, paciência e aproveitar o processo. Você se compreender antes, durante e depois ao longo da vida, porque a cirurgia não acaba aqui, ela apenas começa. O processo da operação é um novo começo. Muitas meninas acham que quando você opera é o fim, não é o fim” (Ent. 24 Centro Oeste).

“Você vai sentir como se tivesse se tornando uma nova pessoa, renascendo. Então, você tem que ter uma força para se recuperar mais fisicamente mesmo” (Ent. 19 Centro Oeste).

“Olha, a primeira coisa de tudo é fazer terapia, porque eu acho que você tem que ter certeza do que você está fazendo. Não porque eu me arrependa, mas porque eu não sinto que a vagina seja uma necessidade para toda mulher trans ou para toda pessoa transfeminina” (Ent. 34 Centro Oeste).

“Eu diria para não desistir quando começam as dificuldades, porque não é fácil. Tem um processo e você precisa seguir esse processo. As dilatações são necessárias. Dói, incomoda nos primeiros dias” (Ent. 35 Centro Oeste).

“Vai com o pensamento assim, vai bem realista, bem pé no chão, porque não é conto de fadas. Você vai achando que vai dar tudo ok, e pode acontecer de não dar muito certo, de ter uma intercorrência, você ter paciência que a dilatação não é de nenhuma maneira, então muda tudinho. Mas o que eu diria é que com todos esses obstáculos, eu enfrentaria” (Ent. 32 Centro Oeste).

“Ela tem que ter certeza, porque você não sabe o que vai vir depois. Então você tem que ter uma autoconfiança de que você quer fazer isso por você. Não pelos outros, não para uma aprovação da sociedade. [...] É igual eu fico por mim. Todos os problemas que você vier depois não vai ser nada comparado aos sonhos de ter sido realizado” (Ent. 14 Centro Oeste).

“90% das meninas que operam, acham que depois que vai ter uma perereca, vai encontrar o amor da vida dessa. Aham... Não vai. Homem não gosta de perereca, gente. Se a gente for buscando relacionamento só baseado no órgão sexual, já começa errado. Que a pessoa tem que gostar de você pelo que você é” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Eu acho que o primeiro é... Tenha consciência de que a cirurgia é para você, unicamente, somente para você. Ela não é para ninguém mais, ela não é para o mundo, ela não é para o seu namorado. E se prepara porque pode acontecer qualquer coisa. A sua felicidade, você pode ter o seu inferno também, porque é um tiro no escuro, né? Tem algumas colegas que não se deram bem, né? Deu errado, elas estão sofrendo há muito tempo. Felizmente, eu não sou uma dessas e a gente tem que estar preparada para isso. Realmente, é muito importante se preparar e fazer a cirurgia, para o seu bem-estar próprio, né? Porque se for para agradar os outros, a gente não consegue agradar todo mundo. Não. E nem achando que o mundo

vai mudar com a gente, né? Porque não muda. Realmente” (Ent. 20 Centro Oeste).

Foi evidenciada a importância das trocas entre mulheres trans redesignadas, como demonstra-se a seguir:

“As meninas me indicavam e falavam, “ó, eu acho que esse é melhor”. E aí, realmente, eram melhores do que os que os médicos me indicaram.”; “Então, você se sente melhor com as meninas do que com os profissionais de saúde” (Ent. 9 Centro Oeste).

“Eu procurei, na verdade, ajuda médica, psicológica e também dicas de algumas meninas” (Ent. 11 Centro Oeste).

“Porque às vezes tem meninas que não têm apoio da família, mas aí você busca ajuda com amigos, com o pessoal do projeto também mesmo, com as outras meninas, e realmente precisa desse apoio, porque a gente fica frágil, sensível depois da cirurgia, precisando de apoio para que o corpo se recupere” (Ent. 25 Centro Oeste).

“Sim, as meninas me aconselharam um pouco, assim, no pós-cirúrgico, não ficar muito com as pernas juntas, né, por causa do calor ali, umidade, eu tentava colocar um travesseiro entre as pernas para ficar mais separadas e região mais ventilada, usar as pomadas certinho. Elas que me orientavam, sim, bastante, as que já tinham sido redesignadas” (Ent. 19 Centro Oeste).

12.6. (Des)cuidados dos profissionais de saúde

As mulheres trans redesignadas abordaram o despreparo por parte dos profissionais de saúde em atender mulheres redesignadas, a importância do apoio médico no pós-operatório, inúmeros casos de descaso de profissionais de saúde após CRG, como por exemplo o caso de um médico ter relatado que não irá atender porque não tem preparo.

Houve também falas de frustração com a falta de opções de métodos de CRG pelo SUS, casos onde o profissional de saúde ignorou um sinal físico de complicação cirúrgica, demanda como a falta de libido ignorada por

profissional de saúde, demora médica para buscar solução para demanda de saúde, prazo demorado para conseguir realizar a CRG, SUS abandonando mulheres trans redesignadas após CRG, dificuldade para conseguir atendimento de saúde após CRG, falta de resolução de complicação pós CRG e, outras complicações resolvidas após retoque da CRG.

As entrevistadas também evidenciaram o apoio psicológico e psiquiátrico após CRG sendo importantes para sua saúde mental, a importância de seguir recomendações médicas após CRG e, o desejo de realizar o retoque para se sentir melhor com o resultado. Esta categoria contou com as seguintes frases temáticas:

“E o mais engraçado, é como a gente sempre fala, é o despreparo das pessoas em nos atender é muito, é muito difícil” (Ent. 9 Centro Oeste).

“A gente trabalha para que essa pessoa tenha um respaldo do hospital, da equipe cirúrgica no pós-operatório. Eu sinto que antes era um algo muito mais humanizado, hoje está um pouco mais distante” (Ent. 12 Centro Oeste).

“Porque, sei lá, já tive tantos psicólogos e muitos psicólogos que eu tive nem ligavam para isso [minha transexualidade], sabe? Tratavam como se fosse uma coisa assim, sei lá, irrelevante. A impressão que eu tinha é que eles olhavam para minha questão de gênero como uma questão assim de, ah, é só uma fase, vai passar” (Ent. 34 Centro Oeste).

“Então, tipo assim, coisa de gente cis que quer estudar sobre a gente, não porque se preocupa ou porque é uma pessoa realmente aliada, no meu ponto de vista, mas porque é curioso e quer saber sobre essas coisas, sabe?” (Ent. 34 Centro Oeste).

“Você chega no médico e para eles parece que a gente é ET. Então, é o que eu acho que tem ainda que mudar muito [...] Da saúde pública

tem que estar preparados também, né? A gente acaba pagando pelo serviço privado, particular, para ter mais essa segurança de que a gente vai conseguir fazer realmente e ser atendido [...] Quando chegava no plano de saúde, que estava o nome feminino, eles [profissionais de saúde] não conseguiam entender. “Como assim? Como que vai fazer esse exame [de próstata] para uma mulher?” Realmente, a gente tem que pensar quando nós, mulheres trans, as meninas que fizeram a redesignação, chegarmos na idade que precisar fazer esse exame de próstata” (Ent. 17 Centro Oeste).

“Eu tive muita ajuda, tanto dos médicos orientando e também aqui na nossa cidade, a gente tem o SAD, que é Serviço de Atendimento Domiciliar, e foi muito bom porque o médico, as enfermeiras, tudo vinha na minha casa para poder fazer curativo, me ajudava” (Ent. 28 Centro Oeste).

“Eu estava retornando lá até a doutora X falecer. Sempre eu ia. Depois que ela faleceu, dificultou muito lá no hospital. Ela abraçava essa causa. Eu acho que todas sabem disso. [...] Ela era maravilhosa. Então ela tomava frente para gente. Depois que ela morreu, muito descaso, muito muda de um, muda de outro. Eu parei de ir” (Ent. 26 Centro Oeste).

“Tem uns dois meses mesmo, eu fui fazer os exames e tal. O médico falou para mim, sabe o quê? Eu não tenho preparo nessa área. Ele não pode ver o meu caso, porque ele não pode passar nada para mim, ele não pode prescrever nada” (Ent. 26 Centro Oeste).

“Então assim, eu fiquei arrependida de não ter, sei lá, juntado dinheiro para fazer em particular, por exemplo, sabe? Porque aí eu poderia escolher o método que seria usado na minha cirurgia. Só que como foi feita pelo SUS, é o método que eles querem. Então assim, tem resultado? Tenho, mas não era exatamente o que eu queria” (Ent. 35 Centro Oeste).

“Eu acho que tinha que ter essa questão do hospital tem mais de uma técnica porque cada organismo é um organismo cada pessoa é uma pessoa são diferentes. Então o hospital saber usar mais de uma técnica porque tem várias. E que nem em relação ao meu caso. O hospital fazer não só retoques estéticos, mas esses funcionais também por exemplo, da estenose” (Ent. 18 Centro Oeste).

“Eu falei para ele [médico] que eu notei que estava tendo alguma coisa, que eu notei uma coisa diferente, que eu estava soltando gases pela perereca e ele falou que era normal. Aí no domingo, quando ele chegou com a alta, que eu fui tomar banho, lavando a minha perereca, eu vi que tinha água de fezes dentro da minha vagina. Aí eles foram examinar e realmente constatou que tinha acontecido o rompimento” (Ent. 13 Centro Oeste).

“Parei de ir na terapia porque o pessoal da terapia está dizendo que essa questão da minha falta de libido é coisa da minha cabeça. Só que aí eu fiz os exames hormonais, levei para o médico ver, a minha taxa de testosterona está indetectável. É como se eu não tivesse nada de testosterona no organismo. E é a testosterona que faz a gente ter libido” (Ent. 15 Centro Oeste).

“Olha, eu acho que o devido ao prazo de espera, que a gente esperou 10 anos para fazer essa cirurgia, a gente já estava com o nosso psicológico totalmente preparado para isso e até para depois” (Ent. 18 Centro Oeste).

“Então eu fiquei desassistida. Eu fiquei sem acompanhamento pós-cirurgia. Então foi bem difícil nesse sentido” (Ent. 7 Centro Oeste).

“A ajuda que eu procuro, que é refazer a cirurgia, o nosso hospital fechou a grade e até então eu nunca consegui encaminhamento para o hospital e até onde eu sei também não refazem cirurgia, só fazem novas cirurgias” (Ent. 29 Centro Oeste).

“Aí o que acontece: eu tinha passado o e-mail para lá porque eu não conseguia marcar consulta, e eles já tinham marcado a minha internação para conversar com o médico, para falar se ele ia realmente mexer em todas as coisas que eram necessárias ou ia só apenas cortar esse pedacinho de carne que tinha. Aí eu não obtive respostas. [...] Quando deve ter dado estenose e a rede que era para ser apoio não dá esse apoio, né? Eles não mexem nisso eles não fazem essa correção, então é bem complicado. Você pega alta, já não consegue mais fazer consulta porque você está de alta, eu tentei várias vezes marcar consulta lá porque precisa desse acompanhamento hormonal, né? E eu não consegui porque eles me falaram simplesmente eu já peguei alta. [...] Porque a rede de apoio lá onde foi feita a cirurgia que era para dar esse apoio, eles não dão depois ele simplesmente soltam a mão e te deixa aos navios” (Ent. 18 Centro Oeste).

“Porque a dificuldade de retorno, de atendimento, eu tive muita dificuldade por causa de encaixar, de regulação, toda essa questão. Então, a distância, a cidade, tudo isso condiz com um pouco das dificuldades que nós, enquanto mulheres transexuais, enfrentamos em relação ao pós-cirúrgico da nossa neovagina” (Ent. 3 Centro Oeste).

“Porque desde o início que eu reclamo dessa questão da estenose da uretra, o médico estava falando que não tinha estenose, que era só um problema de infecção. Inclusive essa infecção se prolongou por vários meses, tipo, sei lá, seis meses depois da cirurgia. E eu continuo tendo essas doenças recorrentes. Eu acredito que seja por conta da equipe médica, mas a equipe médica não sabe informar também” (Ent. 15 Centro Oeste).

“Quando eu tinha o órgão, era como se eu estivesse com a glândula exposta, sem o prepúcio, e a glândula sempre encostando na calcinha. Era aquela sensação mórbida que eu tinha. E aí, depois que fiz o retoque, tudo mudou. Foi incrível” (Ent. 9 Centro Oeste).

“E o psicólogo e o psiquiatra lá do hospital, eles estão lutando para eu tentar continuar vivendo essa, terminar essa guerra que eu estou batalhando” (Ent. 13 Centro Oeste).

“A minha recuperação foi boa, foi rápida. Com dois meses o médico já me liberou para fazer tudo. Aí eu comecei a fazer, comecei a ir para academia” (Ent. 20 Centro Oeste).

“Eu estava preparada para algumas consequências não para todas que vieram que eu te falei né, mas não me arrependo de ter operado. Eu acredito que após o retoque talvez eu possa me sentir melhor. Mais autoconfiante, ainda não cicatrizou 100% a lateral que ainda tem aquelas marquinhas, de porque eu tive um ponto que estourou. Mas tirando isso, o restante, está tudo bem sabe, então a maior parte mesmo foi a neuropatia” (Ent. 14 Centro Oeste).

12.7. Significados atribuídos à CRG

As entrevistadas relataram a importância e o significado que a CRG representa para elas, como nas seguintes frases:

“Faça um projeto, como se fosse gerar um filho, porque a nossa redesignação sexual, ela está ligada em um renascimento”; “Porque é um sonho que a gente busca cada dia. E esse é um dos maiores sonhos que eu realizei na minha vida” (Ent. 3 Centro Oeste).

“Eu falei para ela, se caso eu morrer na cirurgia, se eu morrer depois, não tem problema, eu vou estar fazendo uma coisa que eu preciso, que eu necessito muito, que realmente é muito necessário para mim, que se eu morrer durante esse processo não tem problema” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Depois que eu fiz a cirurgia, me senti muito liberta, ou parece que encaixou tudo o meu corpo com a minha mente, como se fosse uma quebra-cabeça mesmo, assim, quando encaixa o corpo na mente, a

minha essência, o que eu sou, que eu sou uma mulher, com o meu corpo” (Ent. 22 Centro Oeste).

“Melhorou a sua vida como um todo, então, depois da cirurgia, em questão de disforia, sobretudo? Sim, sim, melhorou muito mais, porque antes eu olhava no espelho e parece que eu sentia uma pessoa triste, sem roteiro na vida” (Ent. 28 Centro Oeste).

“Me colocar hoje de uma forma social, profissional, na família, com muito mais segurança, depois a cirurgia, porque a cirurgia pessoalmente, intimamente, me fortaleceu enquanto mulher. Não que isso mudou a visão das pessoas em relação a mim. Eu acho que esse é o primeiro ponto” (Ent. 16 Centro Oeste).

“É como se você tirasse uma, trocasse a sua pele e falasse eu, agora sou eu mesma. Estava aqui escondida” (Ent. 9 Centro Oeste).

“É a realização, né? É todo dia você se olhar no espelho e não ter algo ali que está te incomodando. Você poder colocar uma calcinha normal. Você ter que usar uma calcinha apertadíssima para puxar aquilo para trás. Aquilo era um inferno. Essa é a melhor parte. Qual que é a parte pior? A parte pior, eu acho que meio que inconscientemente a gente acha que o mundo lá fora talvez possa mudar alguma coisa, mas não muda. Tudo continua a mesma coisa, as pessoas continuam do mesmo jeito, vão te ver do mesmo jeito. E algumas vão te tratar do mesmo jeito, com transfobia, né? E é isso que incomoda” (Ent. 20 Centro Oeste).

Algumas mulheres participantes da região centro oeste e distrito federal deste dossiê relataram alterações ponderais após a cirurgia de redesignação genital, especialmente ganho de peso ocorrido meses ou anos após o procedimento. As participantes associam essas mudanças a alterações metabólicas, redução da atividade física no período pós-operatório e maior dificuldade para perda de peso mesmo com dieta e exercícios. Também foram relatados casos de perda de peso após a cirurgia, frequentemente associada ao período de recuperação ou a alterações

fisiológicas e alimentares no pós-operatório. Em alguns relatos, essa perda foi temporária, com posterior recuperação do peso habitual.

Em relação à alteração no peso, Gois *et al.* (2025) relatam que mulheres trans apresentaram redução na massa magra e aumento na gordura corporal após a terapia hormonal. Ou seja, nota-se que a hormonização está associada ao aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) e a alterações na composição corporal, porém, estas alterações não parecem estar relacionadas a riscos de cunho cardiovascular, e o referido estudo não cita os impactos da relação da hormonização associados às cirurgias.

Smith *et al.* (2025) mostrou que, de 58 mulheres trans que relataram queixas estéticas após vaginoplastia, o IMC médio foi de 29,5kg/m², ou seja, no geral apresentavam sobrepeso. Porém, o estudo não analisou se elas já apresentavam sobrepeso antes da CRG. Além disso, a pesquisa mostrou que 43% apresentavam comorbidades em relação à cicatrização da ferida operatória e a revisão cirúrgica foi realizada em 80,9% das mulheres, com todas elas relatando satisfação estética após esta operação.

Nas entrevistas integrantes centro-oestinas e brasilienses deste dossiê, percebeu-se que a satisfação com a estética e a funcionalidade variou, mesmo que a maior parte das entrevistadas tenham realizado a mesma técnica cirúrgica – de 35, 28 fizeram a técnica de jejuno. De acordo com Chao, Keiner, Demzik e Pariser (2025), técnicas intestinais como a do ílio, jejuno ou cólon sigmóide possuem algumas vantagens como o fato de ser um canal bem vascularizado com presença de lubrificação natural da mucosa intestinal.

Em um estudo transversal e descritivo, com 26 mulheres trans brasileiras que fizeram a CRG através da técnica de inversão peniana, 84,6% relataram satisfação em relação aos resultados cirúrgicos, e a baixa profundidade foi relatada por 7,7% como uma das causas principais de insatisfação. Além disso, as mulheres da região centro-oeste e DF deste

estudo relataram boa qualidade de vida após a cirurgia, não apenas por conta da funcionalidade do órgão, mas também relacionado a uma satisfação com a autoimagem. Outro apontamento feito no por Jardim *et al* (2022) foi que a incontinência urinária relatada pela amostra ocorreu anterior à cirurgia, e portanto, é importante haver estudos posteriores que explorem os efeitos do uso de hormônios como possível causa da incontinência.

Seja qual for a técnica intestinal, há certas desvantagens como a produção de secreção malcheirosa, e riscos específicos como colite de derivação e doença inflamatória intestinal. É preciso também haver vigilância a longo prazo de malignidade gastrointestinal dentro do segmento da vagina (Chao; Keiner; Demzik; Pariser, 2025).

Além das técnicas intestinais, há diferentes opções de tecidos que podem ser utilizados para a criação do canal da neovagina, como através de aloenxertos, xenoenxertos e engenharia de tecidos, enxertos e retalhos locais, peritônio e de pele (incluindo a inversão de pele peniana) (Chao; Keiner; Demzik; Pariser, 2025).

No quadro abaixo, compara-se as seguintes técnicas de revestimento vaginal:

Figura 77 - Vantagens e desvantagens das principais técnicas de revestimento vaginal

	Inversão de pele peniana	Retalho sigmoide	Enxerto de mucosa-muscular jejunal
Tecido de revestimento	Pele com pêlos	Mucosa	Mucosa
Lubrificação	Ausente	Excessivo (mais de 10ml/dia)	Adequado (2-4 ml/dia)

Odores indesejáveis	Ausente	Presente	Ausente
Contração vaginal	Moderado	Nenhuma	Nenhuma
Alteração maligna	Pode ocorrer	Pode ocorrer	Improvável
Risco da operação	Moderado	Alto	Moderado

Fonte: Tradução livre a partir de Mesquita, Pinto e Santos (2025).

Uma mesma técnica pode ter resultados variáveis, como se observa nas imagens a seguir, de acordo com o Kamol Cosmetic Hospital:

Figura 78 - Enxerto de cólon sigmoide por laparoscopia



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Figura 79 - Enxerto de cólon sigmoide por laparoscopia



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Figura 80 - Enxerto de cólon por técnica aberta



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Figura 81- Cirurgia de Reatribuição Sexual (SRS2) com Enxerto de Pele



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Figura 82 - Cirurgia de Reatribuição Sexual (SRS2) com Enxerto de Pele



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Figura 83 - SRS-PPV: Vaginoplastia Peniana Peritoneal



Fonte: HOSPITAL KAMOL.

Em relação a aspectos holísticos e não apenas funcionais ou estéticos, Sales *et al.* (2025) ressaltam que os desafios enfrentados pela população trans não são apenas de teor médico, mas também envolvem questões sociais e emocionais que impactam sua qualidade de vida.

Também emergiram na região Centro-Oeste e DF, relatos de mudanças emocionais após a cirurgia, incluindo maior sensibilidade emocional e aumento da empatia nas relações interpessoais. O impacto benéfico da cirurgia no emocional, que apareceu nas entrevistas, corrobora com Almazan e Keuroghlian (2021), que demonstram associação entre cirurgias de afirmação de gênero e melhora da saúde mental. Charkhgard e Kakavand (2024) constataam este impacto positivo, mostrando que a CRG tem efeito

psicológico significativo como maior autoaceitação, melhora das relações com outros, crescimento pessoal, maior independência e propósito de vida.

A CRG impacta de modo significativo no bem estar de mulheres trans e travestis, porém, os resultados também devem analisar de forma integral a satisfação social, sexual e estética, considerando todas as complexidades que envolvem lidar com ser mulher trans em uma sociedade transfóbica estruturalmente (Santos *et al.*, 2022).

De modo geral, as repercussões da CRG envolvem mudanças que ultrapassam o campo estritamente corporal, articulando transformações físicas, emocionais e sociais. As discussões indicam que alterações no peso, na composição corporal e nas experiências subjetivas fazem parte de um processo mais amplo de adaptação ao novo corpo. Ao mesmo tempo, a cirurgia pode contribuir para sentimentos de satisfação, segurança e autoconfiança, evidenciando que seus efeitos não se limitam à dimensão biomédica, mas também se relacionam com processos de afirmação identitária e bem-estar psicossocial.

Nos relatos da região Centro Oeste e DF, diferentes tipos de complicações físicas após a CRG foram mencionadas pelas entrevistadas. Além das repercussões físicas, as complicações pós-cirúrgicas também aparecem associadas a sofrimento emocional em alguns relatos, incluindo frustração com o resultado do procedimento e dificuldades para lidar com as sequelas. Segundo Araújo *et al.* (2023), a CRG gera muitas cicatrizes por conta das diversas retalhações, e portanto, algumas das complicações que podem acontecer incluem: estenose vaginal e uretral, prolapso da neovagina, disfunções sexuais como dispareunia (dor genital persistente ou recorrente que ocorre antes, durante ou após a relação sexual) e anorgasmia (dificuldade ou ausência de orgasmo), sangramentos, dificuldade de dilatação, fístulas, infecções, lesões retais, deiscência de sutura (abertura espontânea, parcial ou total, dos pontos de uma ferida cirúrgica) e necroses.

A maior parte das complicações após uma vaginoplastia ocorre nos primeiros quatro meses após a cirurgia, e a maioria dos estudos mostram que raramente complicações graves acontecem, segundo Hontscharuk *et al.* (2021). Em uma revisão sistemática da literatura, com 59 estudos, encontrou-se que a incidência geral de estenose vaginal foi de 5,83%, sendo que no subgrupo de vaginoplastia por inversão peniana, a taxa foi de 5,70% e na de vaginoplastia intestinal primária, 0,20%. A pesquisa também demonstrou que há necessidade de uma definição padronizada do que é a estenose vaginal (Rosa *et al.*, 2024).

Conceição *et al.* (2024) mostram que há alguns fatores contribuintes para complicações, entre eles: idade da mulher, índice de massa corporal (IMC), diabetes e histórico de tabagismo. Os autores encontraram que há uma limitação dos artigos brasileiros sobre o tema em questão, sendo a maioria dos artigos em inglês. Também expressam que após a cirurgia, é necessário que a mulher redesignada e o profissional de saúde examinem o local para caso haja necessidade de outra cirurgia de revisão.

Em um estudo realizado por Silva (2021), uma das participantes relatou uma complicação que resultou em uma perfuração do intestino enquanto realizava a rotina de dilatações. E após a melhora do quadro clínico, mesmo com a orientação da equipe de retornar com as dilatações, a mesma parou de realizar por conta do trauma. Foi descrito em uma das falas neste dossiê a necessidade de haver um profissional de fisioterapia para auxiliar nestas possíveis complicações provenientes da CRG, e também para orientar e auxiliar os exercícios de dilatação.

Em relação ao prolapso da neovagina, esta é uma complicação incomum em mulheres trans (cerca de 2,7%), apesar de que estudos focados nesta complicação de forma exclusiva são raros e, portanto, os dados são subnotificados. Além disso, seu único fator de risco reconhecido é o índice de massa corporal elevado. Falta uma definição nítida para o prolapso neovaginal, e existe a hipótese de que a atividade sexual pode ocasionar um

alongamento progressivo da neovagina. A ressonância magnética pode ser de grande ajuda para avaliar a anatomia após a cirurgia e identificar complicações e avaliar o tamanho do prolapso antes de uma cirurgia de correção. Além disso, ainda há escassez de métodos bem definidos para o tratamento, existindo apenas alguns relatos de caso (Tran *et al.*, 2024).

Há indícios de que a taxa de prolapso tende a aumentar com o tempo, e há também necessidade de pesquisas adicionais para entender complicações a longo prazo, técnicas de prevenção e manejo de tais prolapsos (Tran *et al.*, 2024). A figura ilustra mostra um prolapso sigmoide da neovagina:

Figura 84 – Prolapso sigmoide da neovagina.



Fonte: Tran *et al.*, 2024.

A importância da fisioterapia no pós-operatório de mulheres trans e travestis redesignadas é evidenciada por Araujo *et al.* (2023), pois ela traz uma melhor qualidade de vida e diminuição das complicações que podem ocorrer após o procedimento cirúrgico. As modalidades mais utilizadas são eletroterapia, cinesioterapia, terapia manual, biofeedback e dilatador vaginal.

Além disso, os exames de imagem têm um grande papel no cuidado a mulheres trans e travestis redesignadas. A ressonância magnética e a tomografia computadorizada podem ajudar a reconhecer complicações no pós-operatório, tanto imediatas quanto remotas, e é preciso que os radiologistas estejam preparados para compreender estes achados (Hassan; Sun; Jha, 2021).

Em um dos relatos analisados na região Centro-Oeste e DF, as complicações e sequelas decorrentes da cirurgia foram associadas ao arrependimento de ter realizado o procedimento, evidenciando que experiências negativas no pós-operatório podem impactar significativamente a avaliação subjetiva da cirurgia.

No estudo de Martins *et al.* (2023), com 16 mulheres trans redesignadas, cuja idade média era 40 anos e tempo médio desde a cirurgia 5,5 anos, após a CRG ocorreu um aumento nas queixas referentes à frequência urinária (43,75% antes para 87,50% depois), perda de urina (de 6,25% para 25%), infecção urinária (de 31,25% para 50%) e esforço para completar a micção (de 6,25% para 31,25%). Em relação à dor genitopélvica ou dor na penetração, houve um aumento de 31,25% antes para 50% depois da cirurgia, e aumento na sensibilidade de 25% para 81,25%. Ou seja, a vaginoplastia pode causar alterações em relação ao trato urinário e à função sexual, e são necessários estudos que investiguem tais queixas para definir estratégias preventivas e de tratamento.

O tema das complicações pós-cirúrgicas evidenciou que, embora a CRG represente um passo importante para muitas mulheres trans e travestis, o processo não está isento de riscos e desafios no pós-operatório. As diferentes intercorrências descritas reforçam a complexidade do cuidado necessário após a CRG, bem como a importância de acompanhamento médico e de enfermagem contínuo e resolutivo. Além das repercussões físicas, tais complicações podem impactar o bem-estar emocional e na qualidade de vida, ressaltando a necessidade de assistência em saúde que considere de forma integrada os aspectos clínicos e psicossociais envolvidos nesse processo.

Em relação às “vivências afetivo-sexuais após CRG de mulheres trans”, o estudo de Jardim *et al.* (2022), 73,1% das mulheres redesignadas relataram função sexual preservada, 80% relataram ter vida sexual ativa e 73,1% disseram ter tido relações sexuais nas últimas quatro semanas. Porém, 23% delas expressaram que não houve penetração neovaginal por conta de: ausência de desejo por penetração (15,4%), pouca ou nenhuma profundidade da neovagina (3,8%), dilatação vaginal ausente (3,8%) e fístulas retovaginais (3,8%). Além disso, 34,6% delas informaram alterações urinárias e 19,2% expressaram dificuldade para esvaziar a bexiga / necessidade de força para urinar e queimação ao urinar.

As participantes do estudo de Jardim *et al.* (2022) obtiveram a pontuação mais alta na satisfação sexual, e mais baixa na lubrificação, o que se dá porque a técnica utilizada, inversão peniana, é a partir da pele peniana invertida e portanto é um tecido que não possui glândulas secretoras. Porém, importante destacar que mesmo mulheres do estudo que expressaram disfunção sexual e as mulheres não sexualmente ativas relataram satisfação sexual, demonstrando que esta não está ligada apenas à função de órgãos, mas também à aceitação corporal e confiança, o que interfere no bem estar emocional e social e nos relacionamentos interpessoais.

Das quatro mulheres trans redesignadas que participaram do estudo de Silva (2021), todas disseram que conseguem ter orgasmos, porém que conhecem mulheres que não conseguem após a CRG. No estudo multicêntrico de Duflot *et al.* (2022) com 158 mulheres participantes, após a vaginoplastia estas relataram uma imagem corporal e genital positiva, porém índices insatisfatórios em relação à lubrificação. Além disso, houve satisfação com o orgasmo e com a função e satisfação sexual, e o orgasmo foi alcançado com mais frequência através da masturbação do que por outras práticas. A sensibilidade foi considerada satisfatória na maioria dos casos, e os odores genitais e lubrificação foram os principais itens negativos relatados.

Richard *et al.* (2024) utilizaram o questionário Índice de Função Sexual de Homem para Mulher Operada (oMtFSFI), primeiro sistema de pontuação que avalia a função sexual após a vulvovaginoplastia de afirmação de gênero, e encontraram que, das 64 pessoas que responderam ao questionário, 25% relataram abstinência de atividade sexual com penetração vaginal. Porém, os autores ressaltam que o tempo curto entre a cirurgia e o preenchimento dos questionários (a média foi de 12,9 meses) pode ser uma explicação para esta proporção. Após tal exclusão de participantes, das que restaram, 10,4% relataram disfunção sexual crítica, 60,4% relataram função sexual geral normal, nível de satisfação sexual normal para 68,8% e autoimagem genital normal para 52,1%. Houve uma correlação forte entre a pontuação geral do questionário com a Escala Visual Analógica (EVA) de qualidade de vida e a EVA de felicidade.

Em relação a relacionamentos amorosos, uma das mulheres entrevistadas na pesquisa de Moraes (2023) relatou que antes da CRG, tinha dificuldade com relacionamentos amorosos devido à preocupação em ser rejeitada por conta de seu genital. E questiona se, assim como ela, há mulheres que buscam modificações para serem amadas e aceitas. O que não significa que esta seja a motivação principal na maioria dos casos, porém, é

uma reflexão que foi feita por uma das participantes do Centro-Oeste. Neste dossiê, a maior parte das mulheres centro-oestinas aconselhou que só se submeta à CRG quando esta é uma realização pessoal íntima e pensada, e não para agradar ou conquistar parceiros, e quase todas relataram que a cirurgia foi realizada por uma vontade individual, a partir de uma autoconfiança e busca pela felicidade própria.

Kitic *et al.* (2025) ressaltam que há melhora na vida sexual e na satisfação sexual em mulheres submetidas à CRG através da técnica de inversão peniana, 82% das mulheres relataram ter orgasmo após a vaginoplastia e 93% responderam “concordo” ou “concordo totalmente” para a pergunta “você faria uma vaginoplastia novamente hoje?”

Em um estudo com 45 mulheres trans que realizaram a vaginoplastia por inversão peniana, Litrico *et al.* (2023) revelaram que 69% das participantes estavam satisfeitas ou muito satisfeitas em relação à lubrificação, e 53% relataram que liberam fluido a cada orgasmo, porém a composição ou origem deste fluido permanece não identificada para elas. Além disso, em questionários feitos antes e após a vaginoplastia, foi encontrado que houve um aumento na frequência de orgasmos e tempo para atingir o orgasmo após a cirurgia.

As discussões sobre a vida afetivo-sexual após a CRG demonstraram que as experiências são heterogêneas e atravessadas por múltiplos fatores. Aspectos relacionados à resposta sexual, funcionalidade da neovagina, relações afetivas e percepções subjetivas do próprio corpo influenciaram diretamente a vivência da sexualidade. Assim, a sexualidade após a CRG aparece como um processo de redescoberta corporal e emocional, no qual expectativas, experiências individuais e contextos relacionais se articulam na construção de novas formas de vivenciar o prazer e a intimidade.

Em relação aos “Significado dos cuidados com a neovagina” para as mulheres trans redesignadas da região Centro-oeste, os relatos sugerem que o cuidado com a neovagina envolve um processo de aprendizado gradual,

no qual as mulheres passam a conhecer melhor o próprio corpo e desenvolver estratégias individuais de manejo no pós-operatório.

Cuidados comuns realizados por mulheres trans redesignadas incluem a higienização do neocanal com sabonete neutro, dilatação com molde dentro de um preservativo e lubrificante à base de água, por exemplo. Nos primeiros meses após a cirurgia, Silva (2021) relata que a higienização era realizada com clorexidina e o molde dilatador era utilizado de forma intermitente, retirando-o apenas no momento de higienização para trocá-lo. Muitas mulheres relataram que este é um processo dolorido, exaustivo e incômodo, mas que apesar de todo o desconforto, passariam por ele inteiro novamente, pois estão realizadas e felizes por terem feito a CRG (Silva, 2021).

Em relação ao microbioma da neovagina, este depende da técnica cirúrgica. As neovaginas intestinais, por exemplo, possuem um microbioma que se assemelha com o cólon e o reto, principalmente por conta do pH semelhante (Stoehr; Moss; Jahromi, 2023). No caso de cisvaginias, a presença de lactobacilos é reconhecida como tendo uma função crucial na saúde vaginal, como auxílio na prevenção e tratamento de infecções e restauração do microbioma (Liu; Lu; Li; Chen, 2023). Embora sejam necessários mais estudos, há indícios que suplementos probióticos orais podem estimular o crescimento e sobrevivência de *Lactobacillus* na neovagina. Além disso, não estão bem estipulados os efeitos de diferentes protocolos de limpeza da neovagina e da terapia de reposição hormonal com estrogênio (Stoehr; Moss; Jahromi, 2023).

Para manter a largura e profundidade no canal da neovagina após a CRG, recomenda-se a prática da dilatação. As mulheres entrevistadas no estudo de Moraes (2023) descreveram a prática de dilatar como sendo de diferentes significados. Uma das mulheres relata que é um processo que pode ser incômodo ou “chatinho”, porém tranquilo referindo-se a facilidade de execução (Moraes, 2023, p. 124).

Com frequência, a dificuldade com as dilatações diminui a adesão ao tratamento e pode levar ao fechamento parcial e até mesmo completo do canal da neovagina (Shamamian *et al.*, 2025). Nos relatos das mulheres do Centro-Oeste e DF deste dossiê, a dilatação da neovagina aparece como uma prática recorrente no cotidiano das mulheres redesignadas. As entrevistadas descreveram diferentes frequências e rotinas para a realização do procedimento, que pode ser percebido tanto como necessário quanto como desconfortável ou difícil de manter ao longo do tempo. Algumas participantes mencionaram desafios para manter a regularidade das dilatações, incluindo dor, desconforto e dificuldades para incorporar o procedimento à rotina diária.

Os cuidados com a neovagina emergem como parte fundamental do processo de adaptação ao pós-operatório, envolvendo práticas contínuas de autocuidado que incluem dilatação, higienização e monitoramento da saúde genital. A discussão evidencia que essas práticas exigem aprendizado, disciplina e adaptação à rotina cotidiana, podendo ser percebidas tanto como desafiadoras quanto como necessárias para manutenção da funcionalidade e da saúde. Dessa forma, o cuidado com a neovagina revela-se não apenas como um procedimento técnico, mas também como parte do processo de construção de uma nova relação com o próprio corpo.

Em relação aos “Significados e aconselhamentos entre mulheres redesignadas” das entrevistadas da região Centro-Oeste e DF, houve relatos sobre a troca de experiências entre mulheres redesignadas aparecendo como uma importante estratégia de cuidado e orientação. As participantes mencionaram o compartilhamento de informações e vivências como forma de apoio para quem está considerando ou se preparando para a CRG.

Em uma pesquisa que utilizou o método da narrativa de vida, percebeu-se a importância do cuidado compartilhado entre mulheres redesignadas. Uma das entrevistadas contou que os serviços de saúde não acolhiam pessoas trans e então o cuidado se dava entre pares. Outra

entrevistada relatou que por vezes há medo de compartilhar certas vivências com o profissional da saúde, e que é importante a atuação profissional baseada na compreensão, na atenção e no respeito (Morais, 2023).

Na pesquisa de Silva (2021), que utilizou entrevistas, mulheres contaram que uma importante fonte de consulta, em momentos que se deparavam e não haviam sido comentados por profissionais de saúde, foi a partir do contato com outras mulheres trans redesignadas.

Algumas entrevistadas deste dossiê enfatizaram a importância de reflexão e autonomia no processo de decisão pela CRG, aconselhando que a escolha seja feita de forma consciente e baseada no desejo pessoal. Ou seja, não aconselham realizá-la por pressão, por sentir que é para agradar a terceiros, sem respeitar seu processo. Também relataram que aquelas que desejam a CRG precisam ser realistas, ter consciência que pode haver intercorrências, paciência e não criar expectativas de que a cirurgia vá se tornar uma solução para a transfobia estrutural. Também aparecem recomendações relacionadas ao planejamento necessário para a realização da cirurgia, incluindo preparação financeira, organização da rotina e preparo para o período de recuperação.

No estudo de Moraes (2023), a partir das falas das entrevistadas, a autora elaborou uma representação gráfica dos cuidados descritos por mulheres trans redesignadas:

Figura 85 – Representação gráfica dos cuidados costurados por/entre mulheres

RESSECAMENTO Utilize Óleo de Girrasol + Hidratante ou Creme para pé diabético. Primeiro use o hidratante depois passe o óleo. Se certifique com um ginecologista. Brígida	INFECÇÕES Não use unha em gel Quando for usar o papel higiênico limpe a vagina no sentido de frente pra trás. Não use o mesmo sabonete na frente e atrás. Eostre e Lilith	DILATAÇÃO Crie um ritual. Limpe todos os dilatares com álcool gel. Coloque o dilatador, feche as pernas e hidrate o cabelo. Tempo de 15 min. Retira o dilatador e termina o banho. Lakshmi	CRS Busque 3 coisas: estética, funcionalidade e sensibilidade. Escolha um médico que garanta essas 3 coisas e que peça um laudo psiquiátrico ou psicológico. Lakshmi	
ALIMENTAÇÃO Deve comer: Frutas, verduras, arroz, feijão, macarrão (do dia). Bife sem gordura, peito de frango, canja de pé de galinha, raízes, nozes sem casca. Afrodite	INFECÇÃO Não tome banho com sabonete comum. Use Aroeira ou amarelo. Use luvas no banho. Se não tiver lave a mão com água sanitária e sabão neutro. Eostre	EXERCÍCIO FÍSICO Enquanto estiver se recuperando só faça exercícios leves. Deixe para começar musculação depois de 6 meses para não forçar o ponto. Héstia	LIMPEZA DO CANAL Utilize mangueira acoplada com ducha. Faça Furos na mangueira e ligue por 1 min e depois introduza na vagina. Pode usar shampoo Johnson. Depois coloque gel (2 dedos) até o fundo para não secar a vagina. Lakshmi	HIGIENE DOS OBJETOS Não deixe absorvente na tampa do vaso. Usou, jogue fora. Esterilize a calcinha. Use preservativo e troque o preservativo do molde. Fique em lugares climatizados. Afrodite
ODOR 4 seringas de Água morna + 1 colher de sal (2x/mês) Prove para ver se água ficou salobra e use na vagina. Observe a mudança de odor na calcinha Brígida	HIDRATAÇÃO DA NEOVAGINA Use produtos de skincare: vitamina C, Rosa Mosqueta, Hidratante na neovagina Esquente o óleo de coco, em banho maria e introduza na neovagina Lakshmi e Minerva	SEXO Ao contrário da ereção que você enrijecia, ao dilatar ou fazer sexo libere e relaxe a musculatura da região. Treine em pé ou sentada e com o tempo vai conseguir Héstia	SAÚDE MENTAL Você precisa de paz espiritual em casa para se recuperar. Não adianta levantar para brigar com cachorro, marido ou vizinho. Priorize sua paz. Afrodite	



Fonte: Morais, 2023.

A troca de experiências entre mulheres redesignadas aparece como um elemento central na construção de conhecimentos e estratégias relacionadas à cirurgia e ao pós-operatório da CRG. A discussão evidenciou que o compartilhamento de vivências, orientações e conselhos entre pares

constitui-se uma importante fonte de apoio e informação, especialmente diante das lacunas frequentemente encontradas nos serviços de saúde. Esses processos demonstram a relevância das redes de apoio entre mulheres trans na construção coletiva de saberes e práticas de (auto)cuidado.

Em relação aos “(Des)cuidados dos profissionais de saúde” é importante considerar que a CRG é frequentemente precedida por anos de reflexão e planejamento. Há falta de equidade e de profissionais conscientes sobre as questões de saúde de pessoas trans, e por conta desta negligência, pessoas trans têm sido sistematicamente excluídas do sistema de saúde (Makhoul *et al.*, 2023).

De acordo com Sales *et al.* (2025), os principais centros de referência para procedimentos avançados de redesignação genital no Brasil são: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), Hospital Universitário Cajuru (Curitiba), Hospital Federal de Ipanema, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital de Base de Brasília, Hospital Universitário Professor Edgard Santos (UFBA) e Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC-UPE).

Sales *et al.* (2025) identificaram desafios semelhantes com os encontrados nas entrevistas, como longas filas de espera para consultas e cirurgias de pessoas trans, número limitado de hospitais credenciados para realizar as cirurgias, o que dificulta o acesso para pessoas de localidades distante, falta de profissionais capacitados para oferecer atendimento humanizado e discriminação e estigma no ambiente de saúde, o que agrava as questões de saúde mental e emocional dessa população. Além disso, o estudo encontrou a falta da aplicação de dos protocolos de atendimentos de pessoas trans (Sales *et al.*, 2025). Muitas mulheres da região centro-oeste e DF deste dossiê expressaram que por parte de profissionais de saúde,

percebiam o tratamento de seus corpos como sendo algo exótico, objetificante, no lugar do “curioso”.

Uma das entrevistadas no estudo de Moraes (2023) conta que em 2012, quando fez a CRG, sequer soube qual era a técnica que seria utilizada, além de que não sabia muito sobre os cuidados pós cirúrgicos. Outra entrevistada conta que se sentiu deformada e mutilada após a cirurgia. Ela teve muitos sangramentos e a ferida cirúrgica não fechava, além do resultado estético e funcional insatisfatórios, e ao buscar diferentes profissionais do hospital (ginecologista, psicóloga, assistente social) foi maltratada e ouviu que procurasse o poder judiciário. Algumas dificuldades também foram encontradas como gastos com materiais para realizar o cuidado, o que combinado à falta de assistência, resultaram em um tempo de recuperação maior que o previsto (Moraes, 2023).

“Nos resultados apresentados foram evidenciadas rotas distintas percorridas pelas mulheres transgêneras para realização da cirurgia. Essas rotas denunciam que, pessoas cisgêneras e transgêneras realizam modificações corporais, porém apenas alguns corpos (cisgêneros) possuem validação para serem modificados. Deste modo, se há a necessidade de laudos e muitos critérios para definir se a mulher trans pode ou não realizar a CRS, por outro lado, existem poucos manuais/critérios/protocolos que orientem a assistência e o cuidado pós cirurgia” (Moraes, 2023).

Por meio das falas de mulheres trans redesignadas, no estudo de Silva (2021), demonstrou-se que os serviços de saúde que as atendem colocam seu foco na cirurgia em si e em orientações para evitar complicações. Porém, isto se torna superficial para a grande gama de assuntos que abarcam o autocuidado, e todo o processo e impacto após a cirurgia, para estas mulheres, como por exemplo, questões sobre prazer e resposta sexual, que frequentemente não são abordados pelos serviços. As mulheres percebem falta de treinamento e orientação sobre transgeneridade, a partir das falhas rotineiras e constantes dos profissionais da rede de saúde desde a atenção

básica até os serviços especializados. O vínculo com a equipe, após a CRG, se torna deficiente, assim como as orientações recebidas (Silva, 2021). Todas estas questões também foram encontradas nas falas das mulheres centro-oestinas entrevistadas para este dossiê.

As narrativas de pessoas trans no estudo de Borgert *et al* (2023) mostraram que os profissionais de saúde ainda criam situações de desconforto à população trans, e evidenciam que há uma falta de respeito pela forma com que pessoas trans se expressam. Houve uma recorrência em falas dessa população sobre não procurarem os serviços de saúde, e que sempre há dúvidas se devem procurar atendimento ou não, pois há um acúmulo de experiências prévias constrangedoras nos serviços. Outro ponto comum nos relatos é de que existe frequentemente uma negação dos profissionais em atenderem pessoas trans, por exemplo, uma participante relata que a psicóloga negou atendimento porque aquele seria um “tratamento muito específico”.

Em relação a políticas públicas, o Ministério da Saúde elaborou o PAES-PopTrans (Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans), um programa para qualificar o atendimento à saúde da população trans no Sistema Único de Saúde. Ele começou a ser desenvolvido no ano de 2023, com participação de profissionais, gestores, pesquisadores trans e movimentos sociais, com o objetivo de buscar ampliar o acesso, atualizar práticas e considerar esta população do país que é tão vulnerável. O programa foi discutido de forma colaborativa, considerando questões como falta de serviços e necessidade de avanços no cuidado, inclusive para jovens e idosos. Apesar de aprovado em 2024, o programa enfrentou atrasos para ser oficialmente publicado. Isso correu por modificações no Ministério da Saúde e pressões políticas, principalmente de grupos ultraconservadores aliados à extrema direita e a bancadas religiosas, contrárias às políticas para pessoas trans. Como resultado, até então (março de 2026) o programa ainda não foi implementado, deixando a população trans com dificuldades

de acesso à saúde, peregrinando por serviços, enquanto os trabalhadores dos serviços lidam com a falta de normativas e os gestores seguem sem apoio financeiro e com dificuldades para manejar os serviços (Teixeira *et al*, 2026).

A presente discussão evidencia que o acesso a cuidados em saúde adequados ainda constitui um desafio significativo para mulheres trans redesignadas. Problemas como despreparo profissional, dificuldades de acesso aos serviços e ausência de acompanhamento adequado indicam lacunas importantes na assistência oferecida a essas mulheres. Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de ampliação da formação profissional, fortalecimento das políticas públicas e implementação de práticas de cuidado que garantam atendimento qualificado, respeitoso e integral às pessoas trans.

Em relação aos “Significados atribuídos à CRG” para diversas entrevistadas da região Centro-oeste e DF, a CRG foi descrita como a realização de um projeto de vida ou de um sonho construído ao longo do tempo. Em alguns relatos, a cirurgia é associada à sensação de libertação e alinhamento entre corpo e identidade de gênero, sendo descrita como um momento de profunda transformação pessoal. Apesar da importância atribuída à cirurgia em termos de realização pessoal, alguns relatos também apontam que o procedimento não elimina experiências de transfobia no cotidiano social.

Morais (2023) evidenciou como a CRG é vista pelas mulheres numa perspectiva interna e subjetiva de renascimento. Uma das entrevistadas também descreveu a cirurgia como um encontro de alma, e portanto, é preciso estar preparada de corpo e de mente. As mulheres do estudo de Moraes (2023) compartilharam pensamentos sobre espiritualidade e uma delas, da religião candomblé, descreve como Orixá quer essência, aura, e não estão preocupados com seus genitais. A percepção da CRG como algo transcendente é muito parecida com a de mulheres trans redesignadas

indianas, em que a cirurgia de redesignação é frequentemente chamada de Nirvana. Porém, na Índia há relatos de que a maioria das mulheres faz um procedimento diferente, onde uma mulher trans idosa corta o pênis e os testículos sem anestesia ou supervisão médica. O procedimento médico de CRG é algo recente e acessível para poucas mulheres indianas (Dharsheni; Sivakami, 2025).

Em um estudo de caso múltiplo, mulheres trans relataram que após a CRG são melhor acolhidas pois passam a ser realmente vistas como mulheres (Silva, 2021). Esta diferença de tratamento foi relatada por diversas mulheres também nas entrevistas deste dossiê, e remete à ideia errônea de pessoas cisgêneras que acreditam que, para a identidade trans ser válida, precisa haver determinadas modificações corporais.

Simakawa (2023) reflete sobre esta ‘obrigação’ de corpos trans se adequarem às fantasias da cisgeneridade e como o corpo de uma mulher trans ou uma travesti é colocado no âmbito do curioso. Por muitas vezes, se ouve “você até parece mulher de verdade” como se fosse um elogio, como se a autoidentificação não bastasse e o objetivo fosse parecer com uma mulher cisgênera (Simakawa, 2023, p. 12). Ou seja, é como se o gênero de pessoas cisgêneras fossem mais autênticos por si, não precisassem se provar.

Rocon, Barros e Rodrigues (2020) evidenciaram que por vezes há uma percepção, por parte de pessoas trans, que para submeter-se à CRG parece haver uma pressão para corresponder a uma ideia de transgeneridade verdadeira, afim de conseguir o laudo que autoriza a acessar a hormonização / reposição hormonal e cirurgias de redesignação. Ou seja, ocorre uma exclusão de pessoas trans e travestis por conta de um olhar de padronização de experiências. Assim, o processo se torna patologizante, normativo, onde o discurso biomédico e a hierarquia profissional/paciente fazem com que haja um controle sobre os corpos, as vivências e as possibilidades de existência de pessoas cuja identidade e expressão de gênero fujam à norma.

Como estratégia de resistência frente a essas exclusões, há pessoas trans que organizam seu discurso para corresponder aos manuais diagnósticos e compreensão limitada dos trabalhadores, como por exemplo, omitindo vivências e experiências, se sentindo proibidas de dizer o que desejam com liberdade, criando scripts para assim terem acesso a determinados serviços de saúde (Rocon; Barros; Rodrigues, 2020).

Dharsheni e Sivakami (2025) falam sobre as pressões da feminilidade hegemônica, em que mulheres trans são levadas à necessidade de se adequar a padrões de beleza cisnormativos para serem socialmente aceitas, e ainda assim aceitas minimamente, ou pelo menos para diminuir as chances de violência. Ou seja, é uma necessidade coagida socialmente.

Mulheres da região Centro-oeste e DF deste dossiê relataram esta mesma pressão que mulheres trans sofrem para se encaixarem num padrão cisnormativo, no cotidiano, desde antes da cirurgia. Algumas dizem por exemplo, que após a CRG se sentem mais seguras a usar um banheiro público sem se preocupar com discriminação, expulsões, ou com ter sua privacidade invadida em nome de uma suposta preocupação. Apesar dessa questão ter sido apontada, a grande maioria relata que a cirurgia partiu de uma decisão íntima, de um sonho, e não necessariamente dessa pressão social.

Há evidências de que a CRG, por si só, não é suficiente para melhorar a questão da aceitação de pessoas trans no meio social, apesar de ter efeitos positivos na saúde, no bem-estar mental, na sexualidade e na satisfação com a própria vida num geral (Santos *et al.*, 2022).

A CRG é frequentemente compreendida como um marco importante na trajetória de vida das mulheres trans, sendo associada à realização de um projeto pessoal e a um alinhamento de vida. A discussão das narrativas das mulheres trans da região Centro-Oeste e DF evidenciou que os significados atribuídos à CRG envolvem dimensões simbólicas profundas, relacionadas a sentimentos de libertação, completude e afirmação de si. Assim, a CRG pode

ser entendida não apenas como um procedimento cirúrgico em si, mas como um evento transformador na construção das experiências e identidades dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMAZAN, A. N.; KEUROGHLIAN, A. S. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. **JAMA Surgery**, v. 156, n. 7, p. 611–618, 2021. DOI: 10.1001/jamasurg.2021.0952.

ARAUJO, L. D. de. *et al.* O impacto da fisioterapia no pós-operatório de redesignação sexual em mulheres transgênero. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 34, p. 1090, 2023. DOI: 10.35919/rbsh.v34.1090. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/1090. Acesso em: 3 mar. 2026.

BORGERT, V. *et al.* “A gente só quer ser atendida com profissionalismo”: experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33036, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WyvptyNW84HWTYkFy8vPPpt/?lang=pt>. Acesso em: 29 mar. 2026.

CHAO, B. W. *et al.* Technical considerations for neovaginal canal creation during primary and revision gender-affirming vaginoplasty. **Plastic and Aesthetic Research**, v. 12, p. 29, 2025. DOI: 10.20517/2347-9264.2025.18.

CHARKHGARD, A.; KAKAVAND, A. Gender identity disorder and improvement of life satisfaction and psychological well-being indices after sex reassignment surgery: a multicenter prospective cohort study. **PCP**, v. 12, n. 1, p. 27–32, 2024. Disponível em: <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-744-en.html>. Acesso em: 29 mar. 2026.

CONCEIÇÃO, M. I. da. *et al.* Cirurgia de redesignação sexual em mulheres e homens transexuais e possíveis complicações operatórias. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 7, p. e5637, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n7-105. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/5637>. Acesso em: 5 mar. 2026.

DHARSHENI, S. T. S.; SIVAKAMI, B. Experiences of trans women who have undergone gender affirmation surgery: a constructivist grounded theory. **Frontiers in Sociology**, v. 10, p. 1-13, 2025. DOI: 10.3389/fsoc.2025.1544906.

DUFLOT, T. *et al.* Exploring sexual function and satisfaction of trans-women after vaginoplasty: results of a multicentric survey. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 19, n. 11, p. S56–S57, 2022. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.08.052.

GOIS, Í. *et al.* Body mass index and body composition changes in transgender people undergoing gender-affirming hormone therapy: a systematic review and meta-analysis. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, v. 26, n. 6, p. 937–953, 2025. DOI: 10.1007/s11154-025-09985-2.

HASSAN, O.; SUN, D.; JHA, P. Imaging in gender affirmation surgery. **Current Urology Reports**, v. 22, n. 2, p. 14, 2021. DOI: 10.1007/s11934-020-01029-3.

HONTSCCHARUK, R. *et al.* Penile inversion vaginoplasty outcomes: complications and satisfaction. **Andrology**, v. 9, n. 6, p. 1732–1743, 2021. DOI: 10.1111/andr.13030.

HOSPITAL KAMOL. **Cirurgia de redesignação de gênero / SRS – antes e depois. Bangkok: Kamol Hospital**, [s. d.]. Disponível em: https://kamolhospital.com/pt-pt/before_after/gender-reassignment-srs/. Acesso em: 1 mar. 2026.

JARDIM, L. M. P. *et al.* Sexual function and quality of life in Brazilian transgender women following gender-affirming surgery: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p. 15773, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192315773.

KITIC, A. *et al.* Impacto da vaginoplastia na saúde e satisfação sexual de mulheres transgênero. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 22, n. 3, p. 536–542, 2025. DOI: 10.1093/jsxmed/qdae194.

LIU, P. *et al.* Use of probiotic lactobacilli in the treatment of vaginal infections: in vitro and in vivo investigations. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology**, v. 13, p. 1153894, 2023. DOI: 10.3389/fcimb.2023.1153894.

LITRICO, L. *et al.* Improved sexuality and satisfactory lubrication after genital affirmation surgery using penile skin inversion in transgender women: a satisfaction study. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 86, p. 8–14, 2023. DOI: 10.1016/j.bjps.2023.07.024.

MAKHOUL, A. T. *et al.* Perioperative experiences of transgender adults seeking gender-affirming surgery: a qualitative interview study. **Transgender Health**, v. 8, n. 3, p. 231–237, 2023. DOI: 10.1089/trgh.2021.0087.

MARTINS, L. K. *et al.* Urinary, bowel and sexual function of transgender women after sex reassignment surgery vaginoplasty: cross-sectional study. **Continence**, v. 7, p. 101029, 2023. DOI: 10.1016/j.cont.2023.101029.

MESQUITA, A.; PINTO, A.; SANTOS, M. D. dos. 'Male-to-Female Genital Reassignment Surgery in Gender Dysphoria: Construction of the Vagina with a Jejunal Mucosa-Muscularis Graft'. In: SANTOS, M. D. dos.; SILVA, D. S. **Elective Surgery - Challenges and Practice around the World**. IntechOpen, 2025. DOI: 10.5772/intechopen.1012809.

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de mulheres transgêneras sobre os cuidados pós cirurgia de redesignação sexual**. 2023. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37327>. Acesso em: 29 mar. 2026.

RICHARD, C. *et al.* French validation of the oMtFSFI questionnaire for assessing the sexual function of transgender women after vulvo-vaginoplasty. **The French Journal of Urology**, v. 34, n. 10, p. 102676, 2024. DOI: 10.1016/j.fjurol.2024.102676.

ROCON, P. C.; DE BARROS, M. E. B.; RODRIGUES, H. de B. C. Aprendizagens com signos trans: uma transtopoiese disruptiva. **Educar em Revista**, v. 36, p. e74656, 2020.

ROSA, P. *et al.* Vaginal stenosis after gender-affirming vaginoplasty: a systematic review. **Urology**, v. 186, p. 69–74, 2024. Disponível em: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(24\)00075-X/abstract](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(24)00075-X/abstract). Acesso em: 9 mar. 2026.

SALES, C. R. *et al.* Transição de gênero assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e atendimento em unidades básicas de saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 1, p. 410–425, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n1p410-425. Acesso em: 17 fev. 2026.

SANTOS, L. S. dos. *et al.* Quality of life of transsexuals after sex reassignment surgery. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e58411125383, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25383. Acesso em: 29 mar. 2026.

SHAMAMIAN, P. E. *et al.* Predictors of dilation difficulty in gender-affirming vaginoplasty. **British Journal of Plastic Surgery**, 2024. DOI: 10.1016/j.bjps.2024.11.042.

SILVA, L. L. S. B. **O autocuidado com a neovagina das mulheres transgenitalizadas**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

SIMAKAWA, V. V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2023.

SMITH, J. B. *et al.* Management of cosmetic concerns after gender-affirming vaginoplasty: a retrospective case series and guide to revisions. **International Journal of Impotence Research**, v. 37, n. 11, p. 914–919, 2025. DOI: 10.1038/s41443-025-01039-0.

STOEHR, J. R.; MOSS, C.; A, H. J. The microbiome of the neovagina: a systematic review and comparison of surgical techniques. **International Journal of Transgender Health**, v. 25, n. 4, p. 623, 2023. DOI: 10.1080/26895269.2023.2237014.

TEIXEIRA, F. B. *et al.* A política de saúde para a população trans e o SUS: o direito de existir. In: DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R. (org.). **Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial**. Porto Alegre: Rede Unida, 2026. v. 1, p. 164–183.

TRAN, S. *et al.* Systematic review of neovaginal prolapse after vaginoplasty in trans women. **European Urology Open Science**, v. 66, p. 101, 2024. DOI: 10.1016/j.euros.2024.06.013.

13. REGIÃO NORTE

Foram entrevistadas 9 participantes da região Norte do Brasil. Todas se identificaram como mulheres trans redesignadas. As idades variaram de 27 a 63 anos de idade e entre as técnicas cirúrgicas relatadas foram: 6 com técnica de inversão peniana, 2 com técnica do peritônio e uma não sabia informar. 5 mulheres relataram que já fizeram retoque cirúrgico/reabordagem ou ainda necessitam realizar seja por necessidade estética ou funcional, uma não precisou ou não precisará, uma talvez precise e uma não sabe se precisará. Uma participante não respondeu o questionário autoaplicável.

Das entrevistas-conversa  o emergiram 5 categorias temáticas, sendo estas: 1. Os sentimentos que perpassam a CRG de mulheres trans e travestis; 2. Vivenciando mudanças no corpo e na mente após a CRG de mulheres trans e travestis; 3. Experiências de cuidados e dilata  es da neovagina de mulheres trans e travestis; 4. Sexualidade no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis: experiências, desafios e significados; e 5. A trajetória do cuidado em saúde de mulheres trans e travestis redesignadas.

13.1. Os sentimentos que perpassam a CRG de mulheres trans e travestis

A presente categoria foi constituída por 2 subcategorias: 1. Entre identidade e corpo: motiva  es para a realiza  o da CRG de mulheres trans e travestis; e 2. “Renascer”: novos sentidos de si após a CRG de mulheres trans e travestis.

13.1.1. Entre identidade e corpo: motiva  es para a realiza  o da CRG de mulheres trans e travestis

Os relatos das participantes nortistas revelam que a CRG    vivida como parte de um percurso pessoal marcado por reflexões, amadurecimento

e busca por realização consigo mesmas. A decisão de realizar a cirurgia aparece associada ao desejo de alinhar o corpo à forma como se reconhecem e se sentem, sendo compreendida como uma escolha que deve partir da própria pessoa, e não de expectativas externas. Além disso, as falas indicam que a feminilidade e o reconhecimento de si como mulher são percebidos para além das mudanças corporais, estando profundamente ligados à vivência subjetiva e à construção da identidade de cada mulher trans e travesti

“Que para mim foi um sonho realizado” (Ent. 1 Norte).

“Para mim, não tinha questão com a cirurgia. Tinha questão comigo, como pessoa. Porque a cirurgia, para mim, sempre foi algo anaestoumico. [...] A cirurgia, para mim, é como se eu tivesse seis dedos e tinha que tirar um para ficar só os cinco. Então, a cirurgia, para mim, foi um processo. Foi um processo de vida. [...] Chegou nesse ponto que ela se fez necessária. Porque era o momento de ela se realizar. [...] Eu acho que cada um vai ter o seu momento. Tem meninos que querem fazer amanhã e tudo bem. Se ela se sentir que está preparada para fazer amanhã, que ela seja feliz e faça amanhã. Eu não estava preparada para fazer amanhã. Eu estava preparada para fazer com 40 anos, que foi a idade que eu decidi fazer” (Ent. 1 Norte).

“Você não faz para outra pessoa, você faz para você. Você não faz para agradar o seu namorado, o seu marido, o seu companheiro, o seu ficante. Não é para isso. Você faz para se agradar primeiro. A partir do momento que a gente se sente bem com a gente mesma, o resto é fichinha. O resto a gente tira de letra. Faça para você. O conselho que eu dou para cada menina que pensa em fazer, faça consciente e segura que você está fazendo para você, para a busca da sua realização pessoal. O resto é consequência. Quando você está bem com você mesma, o resto é resto” (Ent. 3 Norte).

“Eu acho que o psicológico deve sempre agir primeiro, né? Ela deve sentir mulher, porque não adianta ela querer fazer cirurgia e ela não ser assim, como se diz, ativa, né? [...] Quem deseja fazer essa cirurgia, ela tem que ser uma menina. Eu acho que a feminilidade não está fisicamente, mas está dentro, está no psicológico. Eu acho que o psicológico é o que vale. A feminilidade é depois, né? Porque agora tem a hormonização facial, o corpo, né? Com o tempo de hormônio, aí ela pode se transformar. Mas, pra fazer essa cirurgia, ela tem que estar com a cabeça bem, bem feita, entendeu?” (Ent. 5 Norte).

“Eu fico com aquela pressão da adequação estética mesmo. Não estética no sentido de que, nossa, é supérfluo demais algo assim, visual. E não é. A gente sabe que não é, entendeu? Você se assemelhar ao que você realmente é, é muito presente na vida de todas as meninas. Então, a gente sabe como é. Não é uma coisa só supérflua. Que, ‘ah, eu só quero ficar bonita’. Não é questão de bonita, é questão de você ser fisicamente muito mais como você se sente. Como você sempre se sentiu, né? Como você se sente agora, como você sempre se sentiu desde quando se entende por gente” (Ent. 7 Norte).

“Às vezes pode acontecer isso, de meninas fazerem cirurgia, pensando em ser aceitas para parceiros ou algo assim, é um erro. Então, que desapegue dessa ideia para não se frustrar” (Ent. 7 Norte).

“Se ela realmente se ver como mulher e se é isso que ela quer mesmo, ela pode se entregar ao Clínico Geral, psicólogo, psiquiatra e ginecologista, ela pode ir tranquila, sem medo nenhum, que a cirurgia é um sucesso” (Ent. 8 Norte).

“Você é mulher, ser mulher não é ter uma aparência feminina ou se vestir como mulher. Ser mulher está na essência, é isso que é o bonito. Ser mulher está na essência” (Ent. 9 Norte).

13.1.2. “Renascer”: novos sentidos de si após a CRG de mulheres trans e travestis

As experiências compartilhadas pelas participantes da região Norte revelaram percepções marcadas por sentimentos de felicidade, realização e maior bem-estar após a CRG. Nos depoimentos, o procedimento foi frequentemente descrito como um momento significativo em suas trajetórias, associado a sensações de renascimento, descoberta de si e maior liberdade na relação com o próprio corpo. Para muitas, a cirurgia possibilitou um novo olhar sobre si mesmas, fortalecendo o reconhecimento e o pertencimento ao próprio corpo, além de favorecer vivências cotidianas antes permeadas por desconfortos ou limitações.

“Eu sou uma mulher de 44 anos. Então, eu tenho 44 anos e eu nasci agora com 44 anos. Tem três anos que eu nasci. Então, eu sou um bebê. Eu estou me conhecendo naquela euforia. Tudo é novidade, todos os desejos são novidades. [...] Agora, eu estou muito eufórica, eu quero conhecer tudo, eu quero me tocar, eu quero praticar. [...] Eu já queria estar mais além do conhecimento do físico, do meu corpo. Mas como eu programei tudo na minha vida, então, tipo, eu me sinto uma jovem no corpo de uma mulher adulta” (Ent. 1 Norte).

“Não tem nada a ver com a estética, eu estou feliz” (Ent. 1 Norte).

“Eu fiz a decisão certa, escolhi a decisão certa há muito tempo, há muitos anos” (Ent. 2 Norte).

“Eu posso dizer que nós somos as verdadeiras fênix, porque a gente renasce das cinzas. Dentre tantas situações, nós fomos escolhidas e agraciadas com esse grande acontecimento na vida da gente” (Ent. 3 Norte).

“Eu me sinto bem demais depois que eu fiz a redesignação. [...] Eu me sinto realizada, eu me sinto feliz, frustração não tenho nenhuma” (Ent. 3 Norte).

“Eu nunca, em nenhum momento, me senti descontente. Eu acredito que foi uma realização para mim. Como pessoa, fez eu me sentir eu mesma, a partir do momento que eu vi que eu não carregava aquela outra parte que me incomodava. Para mim, a realização pessoal significa eu estar bem comigo. Então assim, nunca me questioneei, apesar de eu me declarar cristã. Nunca me declarei impura ou afastada dos planos de Deus pelo que aconteceu comigo. Porque eu entrei no meu quadrado a partir do momento que aconteceu a minha cirurgia de redesignação” (Ent. 3 Norte).

“Estou me sentindo super bem. De boa mesmo. Não tenho ansiedade por causa disso. Gostei muito da cirurgia, só não gosto desse negócio da incontinência urinária. Mas eu estou mais feliz [...] tem umas que nem tão gostando. Tem umas que até se arrependem. Eu mesmo não estou arrependida” (Ent. 4 Norte).

“Na questão psicológica, teve uma pequena mudança, porque teve alteração do corpo, então eu consigo me olhar melhor. Mesmo eu conseguindo me olhar de calcinha antes, mas eu consigo me olhar com outro olhar do meu corpo. [...] Mas eu tive uma grandeza de me tornar mais visível para mim, no meu ponto de vista. Para mim, na vida do espelho, eu consigo me ver melhor do que antes, que eu não conseguia me ver melhor. Vivia somente de calcinha, hoje eu consigo me ver completamente” (Ent. 6 Norte).

“Eu estou muito mais feliz no dia a dia. Por exemplo, roupas, nossa, é libertador, entendeu? É libertador eu sentir minha calcinha de uma forma confortável, de eu não me preocupar nada com mais isso. Então, é libertador demais. Outra coisa, eu me sinto confortadíssima de usar o espaço como mulher em lugares públicos” (Ent. 7 Norte).

“Eu estou muito contente. Eu me arrependo de não ter feito antes. Mas eu acho que os meus guias e Deus sabem a hora certa. [...] Eu acho que a cirurgia agora está me dando mais discernimento ainda

pra mim. Eu achava que eu me conhecia muito bem. Mas eu estou me conhecendo muito melhor agora” (Ent. 9 Norte).

13.2. Vivenciando mudanças no corpo e na mente após a CRG de mulheres trans e travestis

Esta segunda categoria é composta por 3 subcategorias: 1. Complicações no pós-CRG e seus impactos na experiência corporal de mulheres trans e travestis; 2. Alterações corporais e repercussões físicas no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis; e 3. Impactos emocionais e psicológicos após a CRG de mulheres trans e travestis.

13.2.1. Complicações no pós-CRG e seus impactos na experiência corporal de mulheres trans e travestis

Os relatos das participantes nortistas indicaram que, apesar da relevância da CRG em suas trajetórias, o período pós-operatório também pode envolver diferentes complicações e resultados anatômicos relacionados às técnicas cirúrgicas utilizadas. Entre as situações mencionadas estão alterações uretrais, escapes urinários, infecções recorrentes e questões relacionadas ao canal vaginal.

“Eu acredito que eu tenha demorado esse tempo todo para fazer a cirurgia, porque eu sempre imaginei que a tecnologia ia avançar, ia chegar ao nível do que eu queria fazer. Por isso que a minha técnica é a última técnica (uso do peritônio), né? Não existe nenhuma técnica mais nova que essa. Então, também tem muito a ver com o que eu queria para mim. É por isso que eu não tenho problema nenhum, a minha técnica é extraordinária” (Ent. 1 Norte).

“Eu já tive frustração de ter infecção urinária recorrente. Eu vou lá, faço a uso da medicação, que é um antibiótico. Uso antibiótico. Teve uma vez que eu tomei ciprofloxacino, durante sete dias, ele não resolveu. Aí eu tive que voltar novamente no médico, ele me passou nitrofurantoína. Aí sim resolveu. Não é à toa que quando eu vejo que eu estou com uma íngua aqui, porque eu não tinha isso de ter íngua.

[...] Quando eu vejo que essas ínguas estão proeminentes é porque tem alguma coisa anormal no meu corpo. Aí eu tomo nitro, esse antibiótico, durante sete dias, aí vai melhorando. Então, eu nem preciso mais ir (ao médico), porque eu já sei, eu já conheço. Eu sei se tem alguma coisa errada” (Ent. 2 Norte).

“A entrada da uretra, ela deu uma aumentada” (Ent. 2 Norte).

“Minha saúde não está muito boa, não. Estou esperando pra fazer uma cirurgia porque deu problema na uretra, eu vou dormir e fica vazando urina direto, tenho que usar absorvente. Estou esperando pra fazer o retoque até hoje. [...] Quando eu operei, em 2018, até hoje eu estou tendo escape de urina. E não é pouco, não. Estou usando sete (absorventes) por dia. Vai vazando sem a gente ver” (Ent. 4 Norte).

“O meu canal uretral, eu o acho muito largo. Não sei se isso é normal também, não consigo entender. Eu o acho muito largo, é da grossura de um canudinho largo mesmo, entendeu? E antes eu não tinha um canal uretral. Minha uretra não era desse tamanho” (Ent. 6 Norte).

“Só que eu acho que o meu canal é curtinho, né? Ele não é profundo. Nunca foi. Nunca foi profundo.” (Ent. 2 Norte).

“A única coisa que me deixa assim um pouco diminuída, eu não vou dizer assim que é uma coisa que significa tanto. Mas para não dizer que é 100%, foi só a questão da profundidade da minha vagina, que eu senti que ficou um pouquinho raso” (Ent. 3 Norte).

“Agora não está entrando nada. Nem o dedo está entrando mais. Aqui parece que está fechando. Tem muito tempo que não faço” (Ent. 4 Norte).

“Eu vejo problemas que poderiam ter sido resolvidos antes, como a questão da entrada da minha vagina. A pele que cobre a entrada da minha vagina. Eu consigo ver das minhas colegas que fizeram

comigo, elas têm uma entrada vaginal adequada. A minha não, é repuxada. [...] Para eu fazer uma penetração com um dilatador é um pouco... Eu já me acostumei onde meter, qual o caminho das índias, entende? Porém, é difícil pra outra pessoa me examinar, como eu tive problema com a ginecologista. Quando ela foi enfiar a primeira vez o espéculo, ela ficou com medo de me machucar, porque tem essa pele coberta. Eu conheço o meu corpo, já sei que aquilo ali não me machuca, mas me prejudica, assim, no exame físico, devido a estar coberto, ter uma pele que cobre essa parte. [...] Essa dificuldade de penetração, esse canal, essa entrada do canal, não chega a ser uma estenose, seria só uma pele mesmo, uma pele mais o cotoco. [...] A minha vagina tem uma profundidade de 16 centímetros a 17. Tem uma largura de 3 a 5 centímetros de largura. Então tem uma boa largura, entendeu? Ela não é uma vagina curta nem fechada” (Ent. 6 Norte).

“O que me incomoda bastante é um tecido enrijecido que tem... me incomoda porque quando a gente fica excitada, esse tecido fica enrijecido, dá uma protuberância. Não tem problema de penetrar, o meu parceiro não tem problema de penetrar. Porém, ele dá um volume que às vezes me assusta um pouco” (Ent. 2 Norte).

“O meu clítoris não existe. [...] Eu não tenho isso na minha vagina. [...] Fisicamente, a externa não tem o clítoris. Tem a parte onde era para ter um clítoris” (Ent. 6 Norte).

“Tem o que a gente chama informalmente de cotoco, que é resto de corpo cavernoso. E eu sei que ele é necessário ali, porém eu acredito que no meu caso há muito e que seria necessário dar uma reduzida” (Ent. 7 Norte).

13.2.2. Alterações corporais e repercussões físicas no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis

Os relatos das participantes nortistas deste dossiê também apontam para mudanças corporais e repercussões na saúde após a CRG. Entre as experiências mencionadas estão alterações no peso, perda de massa

muscular, sensação de fragilidade física e dúvidas em relação a aspectos hormonais e metabólicos, como densidade óssea e taxas hormonais. As falas evidenciam que essas mudanças são percebidas de formas diversas, sendo associadas tanto às transformações hormonais quanto a hábitos de vida e condições individuais de saúde.

“Ganho de peso” (Ent. 1 Norte).

“Antes de operar, eu tinha emagrecido, né? Uns sete quilos, cinco quilos[...]. E depois que eu operei, eu ganhei doze quilos [...], com a alteração hormonal” (Ent. 2 Norte).

“A forma como eu me alimentei, a forma desregrada, eu não respeitei o meu corpo e as minhas limitações. Então, isso quer dizer que houve um aumento de peso, [...] o peso passou de 75 para 92 quilos” (Ent. 3 Norte).

“Eu pesava 36, 37. Não saía disso. Agora estou com 73” (Ent. 4 Norte).

“Eu não consigo apontar se foi por causa da cirurgia, porque mesmo antes da cirurgia eu já tinha uma oscilação de peso. Tinha meses que eu ficava com até 70 quilos, tem período que eu ficava com 68 quilos. É essa média, 68 a 70 quilos, até agora está assim. Então, não teve aumento de peso acima desse valor, nem no pré-operatório, nem no pós-operatório, mas fica oscilando, emagrece e volta, emagrece e volta. [...] Eu consigo notar uma gordura que apareceu no meu abdômen. Mas nesse valor de peso eu ainda sou mantida” (Ent. 6 Norte).

“Eu até hoje, se eu passo muito tempo de perna aberta, eu tenho que levantar a minha perna com a mão pra poder ela fechar, porque ela trava. Essa região trava. A perna fica assim, aberta. Aí eu tenho que colocar a mão e fechar pra poder eu levantar, porque senão eu não consigo” (Ent. 2 Norte).

“Quanto à questão da saúde, eu ainda não estou tendo tanta noção como está a minha taxa hormonal, como está a minha densidade óssea. Ainda não fiz nenhum exame para verificar isso. [...] Na última vez que me passaram os exames, não me passaram esses de densidade, por exemplo. Até que eu sei que pode ser um fator que poderia vir com a cirurgia, todas as minhas (outras mulheres redesignadas) me alertavam sobre isso” (Ent. 7 Norte).

“Eu perdi peso bastante, entendeu? Eu tenho um ano e nove meses operada, eu perdi um pouquinho de peso, eu não ganhei massa, mas a minha saúde ficou fraca. [...] Ela (médica) falou que não tem nada a ver com hormônio, mas eu acho que eu senti falta da testosterona um pouquinho” (Ent. 8 Norte).

“No caso, a gente perde muita massa muscular, porque tira a testosterona” (Ent. 9 Norte).

“Eu me tornei diabética e hipertensa, com isso também adquiri cisto e gordura no fígado, né? Mas a questão da diabetes eu acredito que não seja (por consequência da CRG), porque eu tenho meu pai, tenho mais uma irmã que são diabéticos também, então eu já levo questão hereditária. [...] A pressão arterial eu associo muito à alimentação, [...] ainda estou numa peleja, né? Porque não é fácil, eu sou muito comilona. [...] Então, acredito que o corpo da gente é aquilo que a gente come. [...] Eu não vou culpar a minha redesignação por essas doenças” (Ent. 3 Norte).

13.2.3. Impactos emocionais e psicológicos após a CRG de mulheres trans e travestis

Os depoimentos das participantes da região Norte também evidenciaram mudanças no âmbito emocional após a CRG. As falas apontaram para experiências de maior sensibilidade, alterações no modo de reagir às situações e percepções de instabilidade emocional no período pós-cirúrgico. Essas transformações são descritas como parte do processo

de adaptação às mudanças corporais e às novas vivências após a cirurgia, indicando que o pós-operatório pode envolver também importantes repercussões no campo psicológico.

“Instabilidade emocional, [...] aumento do estresse, fiquei mais emotiva. Aí eu fiquei mais mulherzinha” (Ent. 1 Norte).

“Eu fico mais sensível. Estou mais sensível. Fico mais sensível. [...] Eu já me peguei muito nesses momentos, dizendo, o que eu estou fazendo aqui? O que eu estou fazendo? Altera bastante a parte mental, assim, na cabeça, sabe?” (Ent. 2 Norte).

“O pós-cirúrgico, ele mexe bastante com a cabeça” (Ent. 2 Norte).

“Acho que meu emocional abalou um pouquinho. Eu mudei muito, sabe, do que eu era antes pra depois da cirurgia. Não com relação à negatividade, coisas com relação à operação, mas o psicológico, o modo de pensar, tudo mudou bastante” (Ent. 8 Norte).

“Eu percebi que eu fiquei muito mais sensível. Antes, supondo, se alguém gritasse comigo, eu gritava dez vezes mais alto. Hoje, se alguém gritar comigo, eu choro. Eu falo isso porque eu tenho um namorado, a gente não vive junto, mas a gente está sempre junto. Então, tipo, quando às vezes a gente discute e ele grita comigo, eu choro. Antes, ele gritava, eu gritava mais alto que ele. Hoje, quando ele grita, ele começa a falar. O meu olho só enche de lágrimas, eu começo a chorar” (Ent. 9 Norte).

13.3. Experiências de cuidados e dilatações da neovagina de mulheres trans e travestis

Esta categoria é composta por 2 subcategorias: 1. Aprendendo a cuidar da neovagina no cotidiano pós-CRG; e 2. Práticas e dificuldades na dilatação vaginal após a CRG de mulheres trans e travestis.

13.3.1. Aprendendo a cuidar da neovagina no cotidiano pós-CRG

As falas das participantes nortistas revelaram que o período pós-operatório implica a adoção de novos hábitos e rotinas de cuidado com o corpo. Os depoimentos destacaram uma atenção constante à higiene da neovagina, ao autoconhecimento corporal e à prevenção de infecções ou desconfortos. Esses cuidados envolvem diferentes práticas no cotidiano, como formas específicas de limpeza, uso de produtos e observação frequente do próprio corpo, evidenciando que a adaptação ao novo órgão exige aprendizado e manejo contínuo.

“24 horas. Já acordar, dormir, tem que ter cuidado com higiene. Muito cuidado com calcinha com que vai vestir para não pegar candidíase. É muita atenção. É verdade. É um novo órgão, não é?” (Ent. 1 Norte).

“Em questão de higiene da vagina, eu sou bastante chata com isso. Quando eu acordo, se eu não tomar banho, eu me sinto fedorenta, eu me sinto suja, eu me sinto escrota, eu tenho que tomar banho de manhã. Pelo menos me lavar de manhã, eu tenho que me lavar. Eu não consigo ficar sem lavar a minha vagina de manhã ou em qualquer horário que eu acorde, porque eu sinto que eu estou suja. [...] Eu lavo a parte da vulva, lavo os grandes lábios, lavo os pequenos, aí eu pego o sabonete íntimo e passo ao redor do canal, eu jogo bastante água. Lá dentro é só água, não é outra coisa, é só água. Aí, quando eu vejo que eu estou com início de candidíase, eu uso nistatina, e tomo fluconazol uma vez ao mês” (Ent. 2 Norte).

“Eu sempre me apalpo. Não é masturbar, é você se tocar para conhecer o seu corpo, conhecer a sua profundidade, conhecer os teus músculos, conhecer a superfície, a pele superficial da sua vagina. Outra coisa que eu costumo observar sempre, porque o nosso clitóris a gente sabe que é glândula, né? Ela é modificada. Eu apalpo para eu saber se o meu canal urinário não está sendo interrompido por alguma pele que cresce. [...] Às vezes a pessoa pensa, que você está usando sabonete líquido, sabonete íntimo, está

fazendo bem. O que ela (a ginecologista) me orientou: nunca faça isso, porque você vai estar tirando a proteção da sua vagina. Então, eu só uso água. Sabão, só na hora do banho, mas na hora da higiene, depois do xixi, é só água. E eu nunca tive um problema nem de coceira” (Ent. 3 Norte).

“Quando eu vou fazer xixi, eu faço quase em pé, não ponho a bunda. Sempre carrego uma toalhinha pra secar. Às vezes compro lenço umedecido e passo. Agora tem um papelzinho que o povo compra, mas eu não ponho. Não gosto. Eu mijo em pé mesmo. Não ponho a “brinta” no vaso” (Ent. 4 Norte).

“A minha higiene, como eu fiz a inversão peniana, eu tive que estudar um pouco sobre a cirurgia de inversão peniana e a limpeza da neovagina de uma mulher. Então, a minha neovagina, eu a limpo por dentro mesmo, está? Eu comprei um negócio de lavar, todo de silicone, vou colocar ali na minha vagina. Esfrego o aparelho da minha vagina, depois com o sabão e esse aparelhinho de silicone. Aí depois eu lavo com um jato de água para tirar todo o sabão. Aí a minha vagina fica sem nenhum fedor de nada, nenhum odor de nada” (Ent. 6 Norte).

“E outra coisa que me ajudou foi passar essa pomada aqui, que as meninas sempre comentavam e eu acabei comprando promestrieno. Isso me ajudou bastante. Eu sinto que ela fica mais elástica quando eu uso, sabe, na semana, assim. E me ajudou muito. Então, parece que eu tenho uma elasticidade um pouquinho maior quando ela é utilizada” (Ent. 7 Norte).

13.3.2. Práticas e dificuldades na dilatação vaginal após a CRG de mulheres trans e travestis

As falas das participantes nortistas deste dossiê revelaram diferentes experiências relacionadas à prática de dilatação vaginal no período pós-operatório da CRG. Os depoimentos apontaram variações quanto às orientações recebidas, à frequência da dilatação e às dificuldades para

manter essa rotina, incluindo relatos de desconforto e dor. Também apareceram diferenças associadas às técnicas cirúrgicas utilizadas, bem como às condições individuais de cada participante.

“Minha técnica não faz dilatação (técnica que utiliza o peritônio). Eu fiz dilatação durante os primeiros seis meses de cirurgia. Depois não faz, não. Eu não sei o que é isso. [...] É horrível fazer dilatação. Eu achei horrível, achei doloroso. Não tem nada a ver com a prática sexual. Por isso que eu escolhi essa técnica, porque eu não ia suportar ficar a vida toda dilatando” (Ent. 1 Norte).

“Então, como já tem um ano, eu dilato duas vezes na semana, durante uma hora, né? Pego ali o dilatador, o consolo, né? Que agora eu tenho o consolo. Lavo ele com sabão de coco, que é um neutro, um sabão de coco líquido. Aí pego lubrificante, introduzo dentro, mas é duas vezes na semana, né? E quando eu tenho relação sexual, aí eu já não dilato duas vezes na semana, porque já ajuda também” (Ent. 2 Norte).

“Eu não fiz a dilatação como tinha que ser feito. Então, não foi erro do procedimento cirúrgico. Foi erro meu, porque eu não fiz a recomendação que o médico me passou. Eu não fiz a minha dilatação corretamente. Então, não tenho que culpar ninguém. A profundidade da minha vagina, a culpa foi minha. Porque eu não me cuidei, não fiz o que fui orientada a fazer” (Ent. 3 Norte).

“Não, eu não faço (a dilatação). Como eu sou casada, apesar que a orientação é que a gente continue fazendo. E também a questão do meu tempo. Eu sou muito ocupada. Então, eu não tenho muito aquele tempo para mim, para eu me dedicar a mim” (Ent. 3 Norte).

“Não, não estou fazendo (as dilatações). O médico proibiu, né? Falou que estava prejudicando mais a uretra. Só depois que eu fiz a cirurgia de novo (de reparo da uretra)” (Ent. 4 Norte).

“ Não, não fiz nenhuma (dilatação). [...] Eu saí da clínica, após 19 dias eu já fiz a minha primeira relação e pronto” (Ent. 5 Norte).

“A minha dilatação eu faço pelo menos uma vez por semana, está? Não vejo perca de profundidade e largura nela, não vejo. Ela sempre continua estável daquele mesmo jeito, fazendo uma vez por semana. Tenho mais de um ano, acho que já está um ano e quatro meses que estamos no pós-cirúrgico. [...] Mas eu começo fazendo a minha dilatação sempre com um dilatador que pra mim hoje em dia ele já é fino [...]. Começo a introdução dele, tiro, depois pego um que é um consolo, resumidamente falando, mais larguinho, maior, aí introduzo ele, passo alguns minutinhos, depois eu tiro e coloco o que tem uma largura maior, tamanho maior, coloco ele apenas para dilatar mais a largura, nem a profundidade” (Ent. 6 Norte).

“Atualmente ela (a dilatação) tem sido semanalmente. Eu tenho feito semanalmente. E pra mim está confortável. Eu continuo tendo o mesmo tanto de dilatador, alcançando ali a mesma profundidade. É claro que a primeira ali, na hora que entra, é bem dificultoso, mas depois já se deu e está ok. Mas, quanto a isso, é semanalmente mesmo. Foi o prazo que eu achei mais confortável, por conta da minha correria. E como eu não perdi nada, então eu acho que não há necessidade de eu aumentar, às vezes. Talvez, se eu tivesse em um relacionamento, como as meninas já são, casadas, namoram, ou tem algo assim, talvez fosse preciso. Mas, como não, então, não vejo necessidade” (Ent. 7 Norte).

“Eu faço dilatação cedo, antes de sair para o trabalho, uma meia hora. E quando eu vou deitar, dormir, eu faço mais uma meia horinha. Às vezes não dá tempo, mas eu ainda tento fazer duas vezes por dia” (Ent. 8 Norte).

“Na dilatação eu sinto muito desconforto. Agora que eu comecei a colocar os dilatadores maiores que eu estou sentindo dor. [...] A dilatação tem que ser prazerosa. É igual a gente ter uma relação sexual. Tem que ser prazerosa. Não tem que ser dolorosa. Então a

gente tem que achar também uma forma de estimular aquela parte”
(Ent. 9 Norte).

13.4. Sexualidade no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis: experiências, desafios e significados

A presente categoria originou-se a partir de 2 subcategorias: 1. Corpo, prazer e descobertas na sexualidade após a CRG de mulheres trans e travestis; e 2. Vivências da sexualidade no contexto do trabalho sexual após a CRG de mulheres trans e travestis.

13.4.1. Corpo, prazer e descobertas na sexualidade após a CRG de mulheres trans e travestis

Nos depoimentos das participantes nortistas deste dossiê emergiram relatos que abordam a experiência da sexualidade após a CRG. As narrativas indicaram que, para algumas, a retomada das relações sexuais pode ser acompanhada por desafios, como sangramentos, desconfortos, redução da profundidade vaginal e dificuldades relacionadas à penetração vaginal. Esses elementos evidenciam que as condições anatômicas e o processo de adaptação do corpo no pós-operatório podem repercutir na vivência da sexualidade.

Além disso, as participantes também trouxeram reflexões sobre outras dimensões da experiência sexual, como mudanças na libido, vivências com parcerias, experiências relacionadas ao orgasmo, bem como processos de autoconhecimento corporal e práticas de masturbação, aspectos que revelam que a sexualidade no pós-cirúrgico envolve não apenas questões físicas, mas também processos subjetivos de descoberta, adaptação e construção da própria intimidade.

“Eu não tenho dificuldade, porém, o que eu vejo é que quando eu vou ter relação com alguém, sai sangue. Esse sangue, eu não sei de onde vem. [...] Eu não sinto dor. Não é do canal. Eu não sinto dor, mas de

vez ou outra dá uma sangrada. E eu acredito que não é para sangrar. Eu não sei por que sangra” (Ent. 2 Norte).

“No começo, eu tive dificuldade, sim. Mas depois, não, depois ficou normal. Eu sou rasa, mas [...] eu tenho elasticidade, sabe? Vai e volta. Então, assim, a questão da profundidade, eu cheguei a ter 14 centímetros de profundidade tranquilamente. Hoje caiu para os 10. Mas assim, eu sinto que eu perdi a profundidade porque eu não fiz a dilatação. Logo após a minha separação, eu fiquei 3 anos sem marido. Então assim, eu não dilatei, eu descuidei. E foi nesse período que eu perdi profundidade” (Ent. 3 Norte).

“Eu não consigo utilizar porque tem uma pele que cobre a entrada do meu canal vaginal. Já pratiquei sexo, mas eu sinto que contém o alargamento da uretra e a pele do canal vaginal tampa totalmente a entrada da minha vagina. [...] A última vez que eu pratiquei sexo foi no começo do ano, ou seja, quase um ano que eu não pratico sexo por causa dessa situação” (Ent. 6 Norte).

“Na hora da relação sexual, se o parceiro não contribuir com a ir devagar ao ponto, sinto desconforto e me machuca” (Ent. 8 Norte).

“Ainda estou tendo problema porque a minha vagina é muito apertada. Então, para colocar, para ter ainda relação, eu estou tendo alguns probleminhas” (Ent. 9 Norte).

“As pessoas que você tem relação vão fazer você chegar lá no ápice relativo, porque isso vai de conexão, de química com cada pessoa. Já tive problema na hora da relação, eu parar, ou a pessoa parar, porque não bateu a química, não era aquilo que a gente estava querendo. [...] Mas já teve vezes que eu já conheci uma pessoa muito legal e foi uma química muito boa. Então, isso é muito relativo de pessoa para pessoa. Eu entendo que, às vezes, nem todo mundo tem aquela inteligência de não se envolver com uma mulher operada, porque é redesignada, porque o problema é com as pessoas, não é com a gente. Às vezes o problema são as pessoas e não são a gente.

A gente acha que o problema está com a gente, não é a gente? É elas” (Ent. 2 Norte).

“Eu falei pra ela: ‘Pensa bem, porque quando você vai tomando hormônio, você não sente mais aquela vontade que a gente sentia, aquele prazer. Agora é só um pouquinho’. Falei pra ela: ‘Vai diminuindo. O orgasmo não é igual de homem mais. Agora é igual de mulher, só um líquido” (Ent. 4 Norte).

“Eu ainda não me relacionei, não tive relações sexuais ou algo assim... porque realmente eu não quero, não me sinto bem para fazer isso, para iniciar alguma coisa com alguém” (Ent. 7 Norte).

“Eu estou bem feliz, tenho muitos orgasmos sozinha, né? E eu tive o meu primeiro orgasmo com dois meses de cirurgia, o que foi bem rápido, mas eu tive e é isso” (Ent. 7 Norte).

“Eu estou amando me tocar e eu saber onde está a minha parte sensível, onde eu tenho prazer, do que ter relação sexual. Não sei se é porque também eu estou com esse pensamento ainda, que eu já conversei até com a minha psicóloga, que eu sinto muito mais prazer e tenho muito mais orgasmo sozinha do que tendo relação” (Ent. 9 Norte).

13.4.2. Vivências da sexualidade no contexto do trabalho sexual após a CRG de mulheres trans e travestis

Os depoimentos das participantes também evidenciam como a CRG pode repercutir nas trajetórias profissionais, especialmente considerando que muitas mulheres trans encontram no trabalho sexual uma das principais possibilidades de inserção laboral. As falas indicam que, para aquelas que atuam nessa atividade, a realização da cirurgia pode demandar adaptações nas dinâmicas de trabalho, seja em função das preferências das parcerias ou dos contextos em que o serviço é oferecido, podendo inclusive implicar mudanças de local de atuação.

“Porque eu sou uma profissional do sexo. Como eu era profissional do sexo, eu não poderia mais estar no mesmo local que eu fazia, exercia a minha profissão (após a realização da CRG). Porque ali ia haver rejeição dos clientes, né? Então eu tive que mudar, eu tive que sair da cidade. [...] (Nesta outra cidade) foi onde eu comecei a usar a minha vagina. (Na outra cidade) eu ainda tinha o meu pênis, né? Os homens lá preferem o pênis, né? Então, era um pouco difícil eu ir voltar para a rua e usar a vagina que ele nunca pensaria que eu ia fazer” (Ent. 5 Norte).

“Sexual diária, porque eu sou trabalhadora do sexo. Trabalhadora sexual. Faço sexo. Sem dificuldade nenhuma. [...] Não tenho dificuldade” (Ent. 1 Norte).

13.5. A trajetória do cuidado em saúde de mulheres trans e travestis redesignadas

Por fim, a última categoria é composta por 2 subcategorias: 1. Barreiras institucionais no acesso à CRG de mulheres trans e travestis; 2. Fragilidades no cuidado e no seguimento em saúde após a CRG de mulheres trans e travestis.

13.5.1. Barreiras institucionais no acesso à CRG de mulheres trans e travestis

As narrativas das participantes apontam para entraves importantes no acesso à CRG, sobretudo no contexto do sistema público de saúde. Nos depoimentos, destacaram-se longos períodos de espera, a realização de diversos exames ao longo do processo e a escassez de serviços habilitados para realizar o procedimento em determinadas regiões como a região Norte. Diante dessas limitações, algumas participantes relataram a necessidade de deslocamento para outras cidades por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) ou a busca por estratégias próprias para conseguir dar continuidade ao acompanhamento.

“Então, nós temos alguns trâmites com relação para fazer a cirurgia de redesignação. Então, fica essa espera, falando de SUS, porque nem todo mundo vai ter condições de fazer no particular. Mesmo que tenha condições para fazer no particular, demora muito para se juntar o dinheiro. Então, a demora fica igual, tanto no SUS quanto no particular. No SUS é muito maior” (Ent. 1 Norte).

“Durante o processo de acompanhamento, eu ia por conta própria. Então, nós íamos, a gente sempre marcava para a gente ir juntas, né? As três juntas (as três mulheres que iriam realizar a CRG). A gente fazia companhia uma para a outra. Então, foi por conta própria. Agora, quando foi para a realização da cirurgia, aí a gente conseguiu o apoio da TFD” (Ent. 3 Norte).

“Só ficam mandando eu fazer exame, exame em cima de exame. [...] Mas eu não mostrei pra médica ainda, porque até hoje não me ligaram lá de Goiânia pra eu mostrar pra doutora. Aí eu estou na espera” (Ent. 4 Norte).

“Não temos equipe de cirurgia de readequação da vagina, como a cirurgia plástica aqui, que consiga trabalhar na área. Então temos que ir atrás de outra unidade que ainda tem uma fila extensa. Para mim, a minha sorte é que eu tive, que eu dei entrada em 2021 para redesignação sexual num TFD e fui chamada agora e eu estou usando esse processo para fazer, resolver a situação que se encontra a minha neovagina” (Ent. 6 Norte).

“O problema é que o governo não para. O ambulatório até hoje está procurando ser habilitado corretamente. Não foi. O hospital X estava correndo atrás disso. Não sei como é que está, na verdade, mas até hoje, quando eu saí das minhas férias, não estava habilitado porque estavam faltando algumas coisas. O hospital X, que é um hospital federal, era para até já a parte da saúde trans” (Ent. 6 Norte).

13.5.2. Fragilidades no cuidado e no seguimento em saúde após a CRG de mulheres trans e travestis

As experiências relatadas pelas participantes evidenciaram diferentes percepções sobre o acompanhamento em saúde após a CRG. Enquanto algumas destacaram a importância do suporte recebido por profissionais, outras apontaram lacunas no seguimento pós-operatório, especialmente relacionadas à ausência de equipes multiprofissionais e de serviços preparados para lidar com demandas tardias da cirurgia. As falas também revelaram fragilidades nas orientações oferecidas e no preparo dos profissionais para o cuidado de mulheres trans nesse período, incluindo a falta de informações nítidas sobre práticas de autocuidado e manejo da neovagina. Diante dessas lacunas, algumas participantes relataram buscar informações com outras mulheres trans ou em fontes externas para suprir essas necessidades.

“Eu tive a felicidade de ser acompanhada por uma profissional excelente, doutora X, do Hospital Y. Ela foi a nossa médica ginecologista. E também a doutora Y, psicóloga. Essas profissionais, elas deram um alicerce muito bom para a gente. Então, assim, elas nos deram orientação.[...] Eu me senti super tranquila no pós” (Ent. 3 Norte).

“As complicações que foi gerado pós-cirúrgico por não ter uma equipe completa para acompanhar o pós-cirúrgico aqui” (Ent. 5 Norte).

“Aqui nós não tivemos um cirurgião plástico no pós-operatório, ou seja, foi feita a cirurgia pela equipe urológica, mas não tivemos nenhum local que pegasse a gente para fazer a secundária, que é o aperfeiçoamento da vagina. [...] Então, nesse trâmite de pós-cirurgia e pós-cirúrgico tardio que se estendeu a um ano, que falaram que era para retornar com um ano, com o médico, que até agora não conseguimos retornar, né? O médico, o doutor X, que ficou responsável na época, não conseguimos retornar com ele para fazer

uma avaliação do pós-cirúrgico tardio mesmo. [...] É dificultoso para a gente aqui em determinada cidade da região Norte, porque não temos equipe adequada” (Ent. 6 Norte).

“Ah, vamos fazer o papanicolau’, às vezes a minha gente de saúde chega e diz. ‘Olha, eu não vou fazer o papanicolau porque eu não tenho colo de útero’. ‘Ah, mas o seu nome aparece como indicador’. Falei: ‘mas eu não vou fazer porque eu não tenho colo de útero” (Ent. 3 Norte).

“Na verdade, não fomos orientadas, eu não fui orientada a como limpar uma vagina. Nem no momento da cirurgia, nunca fui orientada no hospital X e nem no pós-operatório, no ambulatório. Nem um médico me orientou que tinha que fazer a limpeza interna da vagina. Eu tive essa experiência conversando com amigas e aí descobri. E depois fui procurar vídeo de urologista de outras cidades e vi o de uma ginecologista e o de urologista orientando sobre a limpeza” (Ent. 6 Norte).

“Eu acho que, assim, é muito melhor as dicas que ela (outra mulher redesignada) me deu do que o que eu aprendi lá dentro do Hospital” (Ent. 9 Norte).

Em relação aos “sentimentos que perpassam a CRG de mulheres trans e travestis nortistas” é preciso considerar-se que pessoas transgêneras são aquelas cuja identidade de gênero não corresponde ao gênero que lhes foi atribuído no momento do nascimento, expressando, portanto, uma identidade que diverge daquela previamente designada compulsoriamente (Passos; Almeida-Santos; Ramos, 2023).

Estudiosos distinguem os conceitos de sexo e gênero, sendo o primeiro relacionado às características biológicas e anatômicas, enquanto o segundo é compreendido como uma construção social e cultural que envolve identidade, papéis sociais e formas de identificação (Quintana; Pfau, 2024). Nesse sentido, as participantes do presente estudo reforçaram que a

identidade de gênero vai além da genitália, sendo entendida como um processo de construção e identificação muito mais relacionado às dimensões subjetivas, mentais e psicológicas do que estritamente físicas.

A identidade de gênero começa a se construir muito antes de qualquer modificação corporal, fazendo parte da forma como cada pessoa se percebe e se reconhece no mundo. Trata-se de um aspecto profundo e intrínseco da experiência humana, que não se limita às características anatômicas presentes ao nascimento. No entanto, quando há um descompasso auto percebido entre o corpo e a identidade de gênero, muitas dessas mulheres podem vivenciar sentimentos de desconforto e sofrimento, sobretudo em contextos sócio-culturais que ainda apresentam dificuldades em reconhecer e respeitar suas identidades.

A literatura aponta que pessoas trans apresentam maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos quando comparadas à população geral (Pinna *et al.*, 2022). Em um estudo que analisou 104 pessoas trans quanto à presença de sintomas depressivos e ansiosos, observou-se que 33% dos participantes apresentavam sintomas de depressão e 29% de ansiedade (Hajek *et al.*, 2023). Além disso, outra investigação demonstrou que a prevalência de estado de saúde autorreferida como ruim ou regular entre adultos transgêneros aumentou de 26,6% para 35,1% entre os anos de 2014 e 2022, indicando uma piora progressiva nas condições de saúde dessa população ao longo do período analisado (Liu *et al.*, 2024).

A fonte do sofrimento, para além dos aspectos internos relacionados à incongruência entre corpo e identidade, também pode estar associada a fatores externos. Nesse contexto, destaca-se a transfobia, compreendida como a discriminação e o estigma social direcionados a indivíduos que não se conformam às normas tradicionais de sexo e gênero. Essa manifestação pode ocorrer de diferentes formas, incluindo violências verbais, físicas e institucionais, repercutindo negativamente nas condições de vida, saúde e bem-estar dessas pessoas (Ogarrio *et al.*, 2025).

Na busca por minimizar o sofrimento decorrente da incongruência entre corpo e identidade, bem como das violências e pressões sociais externas, muitas pessoas trans recorrem a diferentes estratégias que possam favorecer sua chamada “passabilidade”. Esse termo refere-se à situação em que uma pessoa trans é socialmente percebida como pertencente ao gênero com o qual se identifica, sendo, em muitos casos, reconhecida pelos outros como uma pessoa cisgênero desse mesmo gênero (Anderson *et al.*, 2025). Entre as alternativas mais utilizadas por mulheres trans estão a hormonização (combinação de estradiol e antiandrogênicos), além de mudanças na forma de expressão de gênero, como o uso de roupas, maquiagens e outros elementos socialmente associados ao feminino. Muitas também recorrem a procedimentos como a feminização da voz e métodos de remoção de pelos corporais, como a depilação (Passos; Almeida-Santos e Ramos, 2023).

Embora a passabilidade seja considerada importante para algumas mulheres trans e travestis, as participantes da região norte deste estudo ressaltaram a necessidade de compreender os procedimentos de afirmação de gênero como decisões profundamente pessoais. Para elas, trata-se de um processo íntimo, um sonho que deve ser sonhado no singular, especialmente quando se trata da CRG. Nesse sentido, destacaram que essa escolha deve estar voltada para a própria satisfação e realização, e não para corresponder às expectativas da sociedade ou buscar aprovação de possíveis parceiros.

A literatura apresenta achados semelhantes em diferentes estudos e contextos, indicando que a motivação de mulheres trans e travestis para a realização da CRG está frequentemente relacionada a uma busca pessoal por maior adequação entre identidade de gênero e corpo (Marra *et al.*, 2024; Sluis *et al.*, 2022; Kitic *et al.*, 2025). Para muitas, esse processo representa uma forma de se sentirem mais confortáveis e em harmonia consigo

mesmas, possibilitando viver o cotidiano com maior bem-estar e segurança em sua própria existência.

Dessa forma, compreende-se que o processo de se reconhecer como mulher e a decisão de realizar a CRG não são necessariamente processos indissociáveis. Ser uma mulher trans ou travesti não implica, obrigatoriamente, o desejo de realizar esse procedimento, uma vez que as escolhas relacionadas ao corpo são construídas a partir das vivências, necessidades e realidades de cada mulher. Ainda assim, um ponto em comum presente na maioria dos discursos da região norte referiu-se ao caráter singular dessa decisão, marcada por motivações pessoais e não coletivas. Nesse sentido, destacou-se a importância de que a escolha pela realização da CRG seja refletida e consciente, respeitando o tempo, os desejos e a autonomia de cada mulher em relação ao próprio corpo e à sua trajetória.

Em relação ao “renascer”: novos sentidos de si após a CRG de mulheres trans e travestis, as participantes nortistas do presente estudo descreveram a CRG como um marco importante em suas trajetórias, associado à busca por maior congruência entre identidade de gênero e corpo. Muitas atribuíram ao procedimento o significado de um “renascer”, expressando a percepção de que a vida vivida anteriormente parecia incompleta ou desalinhada com quem eram. Após a realização da CRG, relataram sentimentos de maior plenitude, pertencimento e de, finalmente, sentirem-se confortáveis e reconhecidas em seus próprios corpos, com aumento da autoconfiança.

Da mesma forma, um estudo evidenciou que 95,1% das participantes concordaram com a afirmação “estou, no geral, mais feliz após minha cirurgia do que antes”. Ademais, ao serem questionadas sobre sentimentos positivos e satisfação em relação à aparência dos genitais após a CRG, 82,9% relataram sentir-se positivas em relação aos seus genitais, enquanto 76% afirmaram estar satisfeitas com sua aparência (Lee *et al.*, 2026). Em

consonância com esses achados, outro estudo identificou melhora na autoconfiança e na autoestima em 70% das participantes após a cirurgia (Kitic *et al.*, 2025).

A satisfação com a CRG também se evidencia nos discursos das participantes deste estudo e converge com os achados da literatura. Em pesquisa semelhante, quando questionadas se realizariam a CRG novamente, 93% das participantes afirmaram que concordariam com a realização do procedimento outra vez (Kitic *et al.*, 2025). Outro estudo traz dados semelhantes: 92,5% das mulheres relataram que optariam por realizar a CRG novamente (Lee *et al.*, 2026).

As participantes também relataram melhora significativa em aspectos relacionados à saúde mental, referindo sentimentos de euforia, felicidade e maior bem-estar após a realização da CRG. Esses relatos evidenciam o impacto que o procedimento pode exercer na vida dessas mulheres, não se restringindo apenas à dimensão física ou à percepção do próprio corpo. Ao contrário, a cirurgia também se associa a mudanças positivas no âmbito mental e psicológico, repercutindo de forma mais ampla na qualidade de vida e na maneira como vivenciam seu cotidiano.

Neste viés, um estudo de coorte analisou 3.134 pessoas trans com diagnóstico médico e patologizante de “disforia de gênero”, que realizaram algum tipo de cirurgia de afirmação de gênero, comparando-as com o mesmo número de pessoas trans com o mesmo diagnóstico, mas que não haviam realizado procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero. Os resultados indicaram que o grupo que não realizou cirurgia apresentou maior prevalência de comorbidades em saúde mental, incluindo depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio, uso problemático de álcool e uso de drogas. Além disso, observou-se maior uso de antidepressivos entre os participantes que não realizaram cirurgia, correspondendo a 70,8% da amostra, enquanto entre aqueles que passaram por algum procedimento cirúrgico essa proporção foi de 60,7% (Kilmer *et al.*, 2024).

Tendo isto em vista, ficou evidente que, para as participantes nortistas deste estudo, a CRG representou um momento significativo no processo de redução do descompasso entre o corpo e o gênero e, de profunda melhoria da saúde mental. Contudo, é importante destacar que a expressão e a identificação de gênero vão muito além da configuração genital, obviamente. Alguns autores criticam a suposta “obrigatoriedade” da CRG para que uma mulher trans seja reconhecida como uma “mulher de verdade”. Nesse sentido, a reafirmação de normas de gênero no campo da saúde trans pode produzir uma forma condicional de aceitação, na qual o gênero passa a ser validado por meio de modificações corporais, em vez de ser reconhecido a partir da autoidentificação (Dharsheni; Sivakami, 2025).

Assim, a CRG deve ser compreendida como uma entre diversas possibilidades para a redução do sofrimento relacionado ao descompasso sentido entre corpo e gênero, sendo frequentemente percebida como um divisor de águas nas vivências psicossociais dessas mulheres. Os níveis de satisfação tendem a ser elevados, especialmente por se tratar de uma cirurgia desejada e planejada ao longo de muitos anos. Ainda assim, é necessário refletir sobre as pressões sociais que podem atravessar esse processo, uma vez que, em determinados contextos, a realização da cirurgia ainda é vista como condição para que mulheres trans sejam plenamente reconhecidas como mulheres. Dessa forma, o desejo e a realização da CRG devem ser pensados de maneira singular e pessoal, respeitando a autonomia de cada mulher e desvinculados de pressões sociais ou da necessidade de corresponder às expectativas de terceiros.

Em relação às “vivências das mudanças no corpo e na mente após a CRG de mulheres trans e travestis” nortistas é preciso se considerar que a literatura descreve três principais técnicas cirúrgicas para a CRG de mulheres trans e travestis: a técnica por inversão peniana, a técnica com uso de tecido intestinal e a técnica peritoneal. A primeira utiliza os tecidos do pênis para a construção das estruturas da neovagina. A segunda emprega

tecido intestinal, mais frequentemente do cólon sigmóide, para formar o canal vaginal. Já a terceira utiliza o peritônio, tecido que reveste a cavidade abdominal, para a criação da neovagina (Morrisson *et al.*, 2023).

As diferentes técnicas cirúrgicas apresentam características singulares, bem como vantagens e limitações, que devem ser consideradas e devidamente apresentadas às mulheres antes da definição da abordagem cirúrgica. Neste estudo, as participantes relataram ter sido submetidas a diferentes técnicas, contemplando todas as modalidades mencionadas anteriormente e possibilitando uma análise das repercussões em suas realidades.

Uma das participantes relatou ter realizado a cirurgia por meio da técnica que utiliza tecido do peritônio, referindo-se como uma experiência positiva, com satisfação em relação à técnica e aos resultados obtidos, além da ausência de complicações no período pós-operatório. De forma semelhante, outro estudo apontou uma taxa de 96% de satisfação com a neovagina entre mulheres que realizaram essa técnica cirúrgica. Esse resultado tem sido associado à boa vascularização e à capacidade de regeneração do tecido peritoneal, características que contribuem para menores taxas de estenose da neovagina e, conseqüentemente, para menor ocorrência de desconfortos relacionados à largura e à profundidade do canal vaginal (Tondou *et al.*, 2025).

Em contraponto, uma revisão de literatura evidenciou índices mais elevados de estenose do introito vaginal em pacientes que realizaram a CRG por meio da técnica intestinal, com prevalência de até 8% (Sluis *et al.*, 2023). Outra revisão apresentou dados semelhantes, indicando que a taxa de estenose do introito em mulheres submetidas à CRG pela técnica intestinal foi de 4,7%, enquanto entre aquelas que realizaram o procedimento por inversão peniana a taxa foi de 3,12%. Entretanto, ao se analisar especificamente a estenose do canal vaginal, os resultados se mostram inversos: no subgrupo de CRG por inversão peniana a taxa foi de 5,70%, em

comparação com 0,20% entre aquelas que realizaram CRG com tecido intestinal (Rosa *et al.*, 2024).

De toda forma, os casos de estenose, seja do introito ou do canal da neovagina, mostram-se presentes de maneira recorrente na literatura. Esses achados também se aproximam do que foi relatado pelas participantes nortistas do presente estudo, que evidenciaram redução da profundidade e da largura da neovagina ao longo do tempo. Segundo os relatos das próprias participantes, tais alterações podem gerar sentimentos ambivalentes e frustrações, além de impactar diferentes dimensões de suas vivências, especialmente aquelas relacionadas ao bem-estar corporal, à sexualidade e à percepção dos resultados da cirurgia.

Além das complicações relacionadas ao canal da neovagina, as participantes da região norte do Brasil também relataram diferentes alterações urinárias após a CRG, como infecções urinárias de repetição, episódios de incontinência urinária e dificuldades relacionadas ao tamanho ou à adaptação da uretra. De forma semelhante, uma revisão de literatura descreveu as principais complicações urinárias associadas à CRG e suas respectivas prevalências, destacando: estenose do meato uretral (6,9%), estenose uretral (4,6%), incontinência urinária (8,7%), retenção urinária (5,1%), infecção urinária (5,6%) e alterações no jato urinário (11,7%) (Ding *et al.*, 2023).

As complicações urinárias podem ocorrer em decorrência da reconstrução do canal uretral e do meato urinário realizada durante a CRG, podendo repercutir desde questões estéticas até alterações funcionais. No presente estudo, por exemplo, duas participantes relataram perceber o meato urinário maior do que o esperado ou em comparação com outras neovaginas, o que gerou incômodo em relação à aparência da região. Já as complicações funcionais mostraram-se ainda mais impactantes no cotidiano dessas mulheres. Algumas participantes relataram vivenciar dor, desconforto e episódios de perda urinária, situações que interferem diretamente em suas

rotinas e em sua qualidade de vida. Segundo seus relatos, essas experiências podem ser acompanhadas de sentimento de frustração e sofrimento, sobretudo quando não encontram acompanhamento adequado ou respostas resolutivas nos serviços de saúde para lidar com essas dificuldades no período pós-operatório.

Além disso, alterações relacionadas ao neoclitoris também apareceram nos relatos das participantes como experiências marcadas por sofrimento. Essas situações podem ocorrer tanto quando essa estrutura apresenta um tamanho maior do que o esperado, sendo em alguns contextos conhecida entre mulheres trans e travestis de “cotoco”, quanto quando há ausência total do neoclitoris. Segundo Ferrando (2020), a necrose do neoclitoris pode ocorrer em até 3% dos casos após a cirurgia. No presente estudo, uma participante da região norte do país que relatou a ausência dessa estrutura não indicou se isso ocorreu em decorrência de um processo de necrose ou de alguma falha durante a construção cirúrgica, a sua percepção. Ainda assim, independentemente da causa, os impactos relatados foram semelhantes, sendo vivenciados com sentimentos de insatisfação e frustração em relação ao resultado da cirurgia, além de possíveis repercussões na vivência da sexualidade dessas mulheres.

Dessa forma, percebe-se que, independentemente da técnica cirúrgica utilizada, as mulheres que realizam a CRG estão sujeitas a riscos e possíveis complicações, sendo que algumas delas podem ocorrer com maior frequência em determinadas técnicas. É importante ter em mente que qualquer procedimento cirúrgico envolve a possibilidade de intercorrências e desfechos adversos. Entretanto, os avanços da ciência e da literatura devem estar voltados tanto para o aprimoramento das técnicas cirúrgicas quanto para a forma como as decisões sobre o procedimento são construídas entre profissionais de saúde e pessoas usuárias do SUS. Além disso, é fundamental que as pesquisas busquem continuamente estratégias para reduzir a ocorrência das complicações mais graves, considerando que elas podem

repercutir ao longo de toda a vida dessas mulheres, afetando a possibilidade de viver plenamente um momento que, muitas vezes, foi sonhado, desejado e planejado por tantos anos.

Em relação às “alterações corporais e repercussões físicas no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis” oriundas da região norte do país, diversas participantes relataram mudanças na composição corporal após a CRG, como ganho de peso, redução da massa muscular e, conseqüentemente, sensação de fraqueza corroborando com as participantes das de todas as outras regiões brasileiras. Algumas atribuíram essas alterações à supressão da testosterona, enquanto outras também as relacionaram a hábitos de vida considerados menos saudáveis, especialmente no que se refere à alimentação.

A literatura acerca dos impactos físicos da CRG na composição corporal de mulheres trans e travestis ainda é limitada e incompleta. Dessa forma, optou-se por utilizar estudos que analisaram mulheres trans e travestis submetidas à hormonização de longo prazo, uma vez que esse processo promove a supressão da testosterona, a qual tende a ser ainda mais acentuada após a realização da CRG.

A testosterona desempenha um papel central no estímulo da síntese de proteínas musculares, contribuindo para o aumento da massa muscular e, conseqüentemente, da força física. Quando esse hormônio é suprimido, por meio do uso de antiandrogênicos, ocorre uma redução desse estímulo anabólico, o que pode levar a uma diminuição da massa muscular. Concomitantemente, há a administração de estrogênio, hormônio associado ao aumento da massa gorda e à sua redistribuição corporal, favorecendo o acúmulo de gordura em regiões específicas, como quadris, coxas e glúteos (Brown *et al.*, 2025).

Dessa forma, um estudo comparativo entre mulheres trans, homens cis e mulheres cis evidenciou que mulheres trans apresentam maior percentual de massa gorda em relação aos outros dois grupos, chegando a valores 41%

superiores aos observados em homens cis. Em relação à massa magra, esta foi 10% menor quando comparada à de homens cis e 24% maior em comparação às mulheres cis (Amador *et al.*, 2024). De maneira semelhante, uma revisão de literatura identificou que mulheres trans ou travestis submetidas à terapia hormonal por pelo menos um ano apresentam aumento progressivo da massa gorda, acompanhado de redução da massa magra e da força muscular (Sieczkowska *et al.*, 2026).

O sobrepeso e a obesidade são condições multifatoriais que se desenvolvem ao longo do tempo, influenciadas por diferentes aspectos da vida de cada pessoa, como o ambiente, as experiências vividas e os hábitos cotidianos. A literatura aponta que a supressão da testosterona e o uso de estrogênio na hormonização feminilizante podem estar relacionados a mudanças na composição corporal e ao possível ganho de peso. No entanto, atribuir essas alterações exclusivamente à hormonização é uma visão simplificada do problema. Como relatado pelas participantes nortistas deste estudo, fatores como genética, alimentação, nível de atividade física e hábitos de vida também exercem influência importante no desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade. Dessa forma, é importante compreender que essas condições resultam da interação de múltiplos fatores, sendo a hormonização apenas um deles dentro de um conjunto mais amplo de determinantes que influenciam o estado nutricional.

Uma das participantes relatou preocupação em relação à densidade óssea. Apesar de ainda não ter realizado exames específicos para essa avaliação, ela mencionou que outras mulheres trans que já passaram por cirurgias de redesignação a alertaram sobre possíveis riscos relacionados ao tema. No entanto, a literatura científica apresenta achados que, em parte, diferem dessa percepção. O estrogênio, amplamente utilizado na hormonização de mulheres trans e travestis, é considerado um fator protetor para a saúde óssea, pois contribui para a manutenção da densidade mineral dos ossos. Em um estudo que avaliou indivíduos após um ano de

hormonização, foi observado aumento significativo da densidade mineral óssea na região da coluna lombar em mulheres trans (Ceolin *et al.*, 2025).

Entretanto, alguns estudos apontam que determinados fatores podem interferir nesses resultados. Uma pesquisa que comparou mulheres trans que realizaram orquiectomia (remoção dos testículos) com aquelas que não passaram pelo procedimento observou menor densidade óssea na coluna entre as que realizaram a cirurgia (Bobba; Kalra; Dharmalingam, 2023). Esse resultado pode estar relacionado à necessidade de ajustes na terapia hormonal após cirurgias afirmativas de gênero, momento em que a hormonização passa a atuar como uma reposição hormonal. Quando essa reposição não é feita de forma adequada, podem ocorrer níveis mais baixos de estrogênio, o que, ao longo do tempo, pode contribuir para a redução da densidade óssea.

Por fim, uma das participantes do Norte relatou que, após a CRG, recebeu diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. No entanto, ela associa essas condições principalmente a fatores hereditários e aos hábitos de vida, não estabelecendo uma relação direta com a cirurgia em si. A literatura sustenta que genética e estilo de vida estão entre os principais fatores associados ao desenvolvimento dessas doenças crônicas. Ainda assim, alguns estudos também apontam que alterações metabólicas relacionadas à terapia hormonal, como ganho de peso e mudanças na sensibilidade à insulina, podem influenciar o risco para o desenvolvimento dessas condições (Martinez-Martin *et al.*, 2022; Deischinger *et al.*, 2022).

Com base nos relatos das participantes nortistas e nos achados da literatura, evidencia-se a relação e o impacto que a CRG pode exercer sobre diferentes esferas do corpo dessas mulheres, influenciando aspectos como composição corporal, metabolismo e possíveis desdobramentos em condições crônicas de saúde. Nesse sentido, destaca-se a importância de um acompanhamento contínuo e qualificado após a realização da cirurgia, de modo que eventuais repercussões possam ser identificadas e manejadas

adequadamente, contribuindo para a promoção da saúde e da qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, ressalta-se a necessidade de mais estudos que investiguem especificamente os efeitos após a CRG, uma vez que grande parte da literatura disponível se concentra nos impactos da hormonização em longo prazo, o que pode indicar lacunas importantes no conhecimento acerca das repercussões próprias do período pós-cirúrgico.

Em relação aos “Impactos emocionais e psicológicos após a CRG de mulheres trans e travestis” entrevistadas da região Norte do Brasil houve discursos acerca das mudanças e impactos da CRG em suas vidas, emergindo relatos que apontam não apenas para transformações físicas, mas também para repercussões no âmbito psicoemocional. Algumas participantes relataram perceber mudanças em seus comportamentos e sentimentos após a CRG, mencionando que passaram a sentir-se mais emotivas, sensíveis e, em alguns momentos, mais estressadas, evidenciando que o processo de adaptação ao novo corpo também pode envolver transformações na forma como experienciam e expressam suas emoções.

A literatura aponta a CRG como um fator associado à diminuição do sofrimento pelo descompasso entre corpo e gênero, contribuindo para a redução de níveis de depressão, ansiedade e ideação suicida entre a população trans (Marra *et al.*, 2024). Dessa forma, a CRG costuma ser apresentada como um elemento relacionado a melhorias no bem-estar emocional e na saúde mental dessas mulheres.

Entretanto, outras pesquisas indicam que o uso prolongado da hormonização, por meio da administração de estrogênio e da supressão da testosterona, pode exercer impactos sobre a regulação do humor e a percepção das emoções em mulheres trans e travestis (Doyle; Lewis; Barreto, 2023). Um estudo que avaliou os efeitos da hormonização nos centros cerebrais relacionados ao humor, utilizando exames de ressonância magnética, evidenciou que, após o início da terapia hormonal, mulheres trans e travestis apresentaram mudanças na conectividade neural, bem

como alterações no processamento emocional e na consciência interna do corpo (interocepção) (Reed *et al.*, 2023).

Outro estudo corrobora essa perspectiva ao avaliar mulheres trans antes e após um ano do início da hormonização, evidenciando um aumento em sintomas relacionados ao humor. Entretanto, os autores destacam que esses resultados devem ser interpretados com cautela, pois a hormonização, assim como a CRG, é amplamente reconhecida na literatura como um fator associado à redução de sofrimento psíquico e apresenta baixas taxas de arrependimento. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de investigações mais aprofundadas que possibilitem compreender melhor as possíveis causas dessas oscilações de humor observadas após tais intervenções (Morssinkhof *et al.*, 2024).

Pode-se relacionar, juntamente às oscilações hormonais, que o período pós-operatório da CRG é frequentemente caracterizado por um momento de adaptação física e emocional. Nesse período, a mulher pode enfrentar diferentes desafios, como a recuperação cirúrgica pós CRG, possíveis complicações, a necessidade de cuidados específicos com o corpo e o processo de adaptação às novas condições corporais. Além disso, essa fase pode ser acompanhada por dúvidas, inseguranças e expectativas em relação aos resultados da cirurgia e à vivência da própria identidade de gênero. Tais fatores, somados às mudanças hormonais e às transformações físicas e sociais que acompanham o processo de afirmação de gênero, podem contribuir para o surgimento ou intensificação de sentimentos negativos, tornando esse momento particularmente sensível do ponto de vista emocional.

Os impactos desses novos momentos emocionais podem afetar diferentes aspectos da vida dessas mulheres, especialmente em suas relações com outras pessoas. As mudanças na forma de sentir e expressar emoções podem influenciar relações familiares, afetivas e sociais, exigindo um processo de adaptação tanto da própria mulher quanto daqueles que

convivem com ela. Além disso, essas transformações costumam vir acompanhadas de mudanças em hábitos e práticas do cotidiano, à medida que novas experiências corporais, emocionais e sociais passam a fazer parte de sua vivência. Nesse sentido, esse processo pode demandar tempo, compreensão e apoio, já que envolve a construção de novas formas de lidar com as emoções, perceber o próprio corpo e se relacionar com o mundo ao redor (Doyle; Lewis; Barreto, 2023; Morssinkhof *et al.*, 2024).

O acompanhamento em saúde mental configura-se como uma ferramenta importante ao longo de todo o processo de transição de gênero, desde o início da hormonização até o período posterior à CRG. Esse suporte pode ajudar no manejo das expectativas, medos e dúvidas que costumam surgir durante esse percurso, oferecendo um espaço de escuta, acolhimento e reflexão. Além disso, contribui para a preparação emocional para a cirurgia e para o processo de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais que acompanham essa etapa da vida (Marra *et al.*, 2024).

Diante disso, é possível compreender que a CRG, assim como todo o processo de afirmação de gênero, envolve muito mais do que mudanças físicas. Trata-se de um percurso marcado por diferentes transformações emocionais, psicológicas e sociais, que podem impactar a forma como essas mulheres percebem a si mesmas, seus corpos e suas relações com o mundo ao seu redor. As experiências vividas ao longo desse processo podem despertar sentimentos variados, além de dúvidas, expectativas e momentos de adaptação que se constroem com o tempo.

Nesse sentido, torna-se fundamental que essas mulheres possam contar com acompanhamento e suporte adequados, que lhes permitam compreender melhor as mudanças que estão vivenciando e encontrar caminhos para lidar com os desafios que podem surgir. Assim, o cuidado em saúde voltado à população trans deve considerar a importância de um olhar atento e acolhedor, capaz de apoiar essas mulheres para que possam

atravessar todo o processo que envolve a transgenitalização de forma mais segura e consciente.

Em relação às “experiências de cuidados e dilatações da neovagina de mulheres trans e travestis” oriundas da região Norte do país, foi relatado uma rotina intensa e cuidadosa de atenção à neovagina, principalmente em relação à higiene e à prevenção de possíveis odores ou desequilíbrios. Esse cuidado passa a fazer parte do dia a dia, exigindo observação constante e adaptação às respostas do próprio corpo após a CRG. Isso se deve ao fato de que a neovagina não possui o mesmo tipo de tecido nem a mesma microbiota das vaginas de mulheres cis, o que traz características próprias, como diferenças na secreção, no odor e na sensibilidade da região.

As neovaginas construídas com tecido do cólon sigmoide apresentam características mais próximas do tecido intestinal, com a presença de uma diversidade de microrganismos típicos dessa região. Nesse contexto, observa-se uma menor presença de *Lactobacillus*, bactéria que costuma ser predominante na microbiota de vaginas de mulheres cis (Stoehr *et al.*, 2023). De forma semelhante, este mesmo estudo apontou que neovaginas realizadas por inversão peniana também apresentam baixa incidência desse tipo de bactéria (Stoehr *et al.*, 2023). Por outro lado, uma pesquisa mais recente identificou a presença de *Lactobacillus* em cerca de 60% dos casos, embora em quantidades bem menores quando comparadas às encontradas em vaginas cis (Rojas-Vargas *et al.*, 2025).

Devido a essas diferenças no tipo de tecido e na microbiota, mulheres trans e travestis que passaram pela redesignação genital frequentemente relatam uma maior produção de secreção, por vezes associada a odores desagradáveis, como também observado nos relatos das participantes nortistas deste estudo. Esses achados são coerentes com a literatura, que aponta que neovaginas construídas com segmentos intestinais tendem a apresentar produção aumentada de muco. A presença dessa secreção, associada a uma microbiota de origem intestinal, pode contribuir para o

surgimento de odores que são percebidos como incômodos por algumas mulheres (Bang *et al.*, 2023).

Como estratégias para lidar com a secreção e possíveis odores, as participantes descreveram diferentes formas de cuidado com a higiene íntima. De modo geral, relataram realizar a higiene externa com água e sabonete íntimo, enquanto a higiene interna é feita apenas com água, seguindo orientações de cuidado mais delicado com a neovagina. Uma das participantes mencionou o uso de um dispositivo de silicone, que é introduzido no canal neovaginal para auxiliar na limpeza interna, utilizando água e uma pequena quantidade de sabonete. Após esse processo, ela reforça que realiza uma nova lavagem apenas com água, com o objetivo de garantir a remoção completa do produto.

A rotina de higiene da neovagina é um cuidado bastante singular, que precisa ser construído de forma individualizada, a partir do diálogo entre a mulher trans e o profissional de saúde, considerando suas necessidades, vivências e o tipo de procedimento realizado. Não se trata de uma orientação rígida, mas de um processo de adaptação contínua ao próprio corpo.

Ainda assim, alguns materiais orientadores trazem recomendações gerais. O “*Guia de orientações para o cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária para profissionais de enfermagem*”, publicado pelo COREN de Pernambuco, sugere a realização da higiene do neocanal com sabonete neutro (COREN-PE, 2024). De forma semelhante, outro estudo recomenda a realização de duchas vaginais com água e sabonete cerca de duas a três vezes por semana. No entanto, de modo geral, profissionais de saúde tendem a orientar que o uso de sabonete seja feito com cautela e em pequenas quantidades, priorizando o uso mais abundante de água, a fim de evitar irritações e possíveis desequilíbrios no ambiente neovaginal (Morais, 2023).

Ainda acerca dos cuidados, uma participante mencionou o uso de roupas íntimas adequadas como forma de evitar a proliferação de fungos, resultando em candidíase, por exemplo. Outra relatou o uso mensal de fluconazol no manejo de quadros recorrentes dessa infecção. Por sua vez, uma participante destacou nunca ter apresentado sintomas como prurido vaginal, frequentemente associado a candidíase, atribuindo esse fato à realização da higiene apenas com água, conforme orientação de sua ginecologista.

No que diz respeito à literatura, ainda são poucos os estudos que abordam a ocorrência de candidíase em mulheres trans que passaram pela CRG. Sabe-se que, nas vaginas de mulheres cis, os *Lactobacillus* têm um papel essencial na proteção e no equilíbrio da microbiota, ajudando a impedir a proliferação de microrganismos indesejados. Já na neovagina, essa proteção natural costuma ser reduzida ou até ausente, o que pode facilitar o crescimento de fungos como a *Candida*. Um estudo que analisou cinco casos de mulheres trans com candidíase após a CRG mostrou que elas apresentavam sintomas como corrimento, odor desagradável e coceira. Apesar do desconforto, todas responderam bem ao tratamento com miconazol tópico, com melhora completa dos sintomas (Haseth *et al.*, 2018).

Outra participante relatou o uso de promestrieno por indicação de outras mulheres trans que também passaram pela CRG, destacando perceber melhora na elasticidade do canal neovaginal e maior conforto no dia a dia. Esse medicamento é amplamente utilizado por mulheres cisgêneras, especialmente no período da menopausa, para o manejo de sintomas como ressecamento e perda de elasticidade vaginal, contribuindo para a melhora do tecido e do bem-estar íntimo (Seganfredo, 2023). No entanto, não foram encontradas diretrizes, protocolos ou estudos recentes que abordem especificamente seu uso em mulheres trans, o que evidencia uma lacuna importante na produção científica e mostra como, muitas vezes, esses cuidados acabam sendo construídos a partir de adaptações de

evidências da população cisgênera e da troca de experiências entre as próprias mulheres trans.

Por fim, outra participante contou que costuma tocar sua neovagina com frequência, não com um sentido erótico, mas como uma forma de se conhecer melhor. Para ela, esse gesto faz parte de um processo de se reconectar com o próprio corpo, entender as sensações e, aos poucos, construir uma percepção mais tranquila e segura sobre si mesma e sobre o que é normal na sua própria vivência. A literatura recente aponta que perceber e explorar o próprio corpo, inclusive por meio do toque, é uma forma importante de autoconhecimento (Vabba *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2024). Além disso, esse contato também se relaciona com o cuidado em saúde, já que conhecer o próprio corpo permite identificar mudanças, desconfortos ou sinais que fogem do habitual. Dessa forma, o toque não se limita à construção da relação com o corpo, mas também contribui para uma maior atenção e reconhecimento de possíveis alterações.

Portanto, o período após a CRG é marcado por um processo de descobertas sobre esse novo corpo e sobre como cuidar dele no dia a dia. As práticas relatadas pelas mulheres trans e travestis redesignadas nortistas mostram o quanto esses cuidados são importantes, não só para manter os resultados da cirurgia, mas também para o bem-estar e a qualidade de vida dessas mulheres. Ainda assim, percebe-se que há pouca produção científica sobre o tema e, muitas vezes, os cuidados acabam sendo adaptados a partir de orientações voltadas a mulheres cis ou compartilhados entre as próprias mulheres trans, com base em experiências vividas. Isso mostra como ainda é necessário avançar em estudos, construir orientações mais específicas e investir na formação de profissionais de saúde, para que esse cuidado seja cada vez mais adequado, seguro e acolhedor.

Em relação às “Práticas e dificuldades na dilatação vaginal após a CRG de mulheres trans e travestis” entrevistadas na região norte do país estão entre os cuidados recomendados após a CRG, a dilatação da

neovagina aparecendo como o mais citado, tanto na literatura quanto nas falas delas. No entanto, a forma como esse cuidado é vivido no dia a dia é bastante diversa: enquanto algumas mulheres relataram realizá-lo mais de uma vez ao dia, outras dizem não o fazer. Essa variação também se reflete nas orientações recebidas, que nem sempre são uniformes entre os profissionais.

A literatura destaca a dilatação da neovagina como um cuidado central no pós-operatório da CRG. Em muitos casos, essa prática é descrita como contínua e, por vezes, vitalícia, especialmente por seu papel na prevenção de estenoses e na manutenção do canal vaginal. Essa recomendação se mantém independentemente da técnica cirúrgica utilizada, seja por inversão peniana ou com o uso de tecidos intestinal ou peritoneal (Shamamian *et al.*, 2025; Ramirez *et al.*, 2025).

Nesse sentido, uma das participantes relatou ter realizado a dilatação da neovagina apenas durante os primeiros seis meses após a CRG, afirmando que, por ter sido submetida à técnica com uso de tecido peritoneal, não haveria necessidade de manter essa prática ao longo do tempo. Essa percepção pode estar relacionada à ideia de que, por não ser constituída exclusivamente por pele, a neovagina formada a partir do peritônio apresentaria menor risco de retração e estenose (Blasdel *et al.*, 2025). No entanto, essa compreensão nem sempre encontra respaldo consistente na literatura e na vivência de outras mulheres redesignadas que realizaram a mesma técnica, o que evidencia a presença de interpretações variadas e, por vezes, divergentes sobre o tema, com desfechos nem sempre favoráveis.

Nesse contexto, revisão de literatura aponta a estenose do canal vaginal como uma das possíveis complicações da CRG realizada com tecido peritoneal (Pansritum, 2025), enquanto outro estudo evidenciou que, após quatro meses de pós-operatório dessa técnica, cerca de 15% das pacientes apresentaram estenose da neovagina (Tabei *et al.*, 2026). Por outro lado, a

baixa adesão às práticas de dilatação não aparece de forma expressiva na literatura. Ao contrário, os estudos indicam elevada continuidade desse cuidado: um deles demonstrou que 93,8% das mulheres permaneciam aderentes à dilatação após quatro meses de pós-operatório, enquanto outro apontou que, após um ano, apenas 8% haviam interrompido essa prática (Tabei *et al.*, 2026; Blasdel *et al.*, 2025).

Entretanto, a literatura disponível sobre a dilatação em mulheres redesignadas submetidas especificamente à técnica com uso de tecido peritoneal ainda é limitada, o que dificulta a generalização dos achados. Diante desse cenário, o que se pode inferir até o momento é que a dilatação da neovagina deve ser compreendida como uma prática que contribui para a qualidade de vida e auxilia na prevenção de possíveis complicações, independentemente da técnica cirúrgica empregada.

As frequências de dilatação entre as demais participantes nortistas mostraram-se bastante variadas. Uma delas relatou realizar o procedimento duas vezes por semana, com duração de cerca de uma hora. Duas outras referiram fazê-lo uma vez por semana, iniciando com um dilatador menor e progredindo para o maior. Já outra participante descreveu uma rotina mais intensiva, realizando a dilatação duas vezes ao dia, diariamente, por aproximadamente trinta minutos.

O protocolo da University of California, San Francisco (UCSF), amplamente utilizado em diferentes contextos, recomenda que a dilatação seja realizada de forma mais intensiva nos primeiros meses após a cirurgia. Nesse sentido, orienta-se que, nos três primeiros meses, o procedimento seja feito três vezes ao dia, por cerca de 10 minutos. Entre três e seis meses, a frequência é reduzida para uma vez ao dia e, após esse período, passa a variar entre duas a três vezes por semana. A longo prazo, indica-se a manutenção da prática de uma a duas vezes semanais (UCSF, 2025).

De forma semelhante, uma revisão internacional sugere que a dilatação seja iniciada entre 7 e 14 dias após o procedimento cirúrgico, com

frequência de três vezes ao dia nos primeiros três meses, com duração de 10 a 15 minutos por sessão. Após esse período, recomenda-se a continuidade da prática em menor frequência, podendo assumir caráter de manutenção ao longo da vida, geralmente entre uma a duas vezes por semana (Schmidt-Beuchat, 2025).

Além disso, a progressão do tamanho do dilatador tende a ocorrer de maneira gradual, em média a cada três meses, respeitando a adaptação e a avaliação da própria mulher. Também é recomendado o uso de lubrificantes à base de água durante o procedimento, contribuindo para maior conforto e segurança (Schmidt-Beuchat, 2025).

Algumas participantes também estabeleceram relações entre a prática de dilatação e a vida sexual. Uma delas relatou que, ao manter relações sexuais, tende a reduzir a frequência das dilatações. Outra participante mencionou que, por ser casada e ter uma vida sexual ativa, não realiza a prática de dilatação. Há ainda o relato de uma participante que afirmou nunca ter feito dilatações, referindo que, após a CRG, retomou diretamente sua vida sexual.

A associação entre a manutenção de uma vida sexual ativa com penetrações vaginais e a descontinuidade das práticas de dilatação aparece com frequência tanto nos relatos das participantes quanto na vivência cotidiana. No entanto, essa percepção não encontra respaldo na literatura e nem na vivência de muitas outras mulheres redesignadas, que reforça que a atividade sexual com penetração não pode ser entendida como substituição da dilatação da neovagina. Nesse sentido, destaca-se, mais uma vez, a importância dessa prática para a manutenção da profundidade e da largura do canal vaginal (Kvach *et al.*, 2024; Rosa *et al.*, 2024).

Além disso, as participantes nortistas relacionam diferentes fatores à redução da frequência das dilatações ou mesmo à sua interrupção. Uma delas destacou que, devido a uma rotina de trabalho intensa, com jornadas longas e múltiplas demandas no dia a dia, não consegue manter a

frequência recomendada. Outras duas participantes mencionaram a dor como um elemento importante, descrevendo a dilatação como uma prática desconfortável, o que acaba impactando sua continuidade.

Tais achados são corroborados por estudos recentes que evidenciam os desafios enfrentados na realização da dilatação. Uma pesquisa apontou que 94% das participantes relataram algum tipo de dificuldade com o procedimento, sendo a dor mencionada por 88% e a falta de tempo por 53%. De forma semelhante, outro estudo destaca a dor, as demandas do cotidiano, especialmente relacionadas ao tempo e ao trabalho, e questões de saúde mental como as principais barreiras para a manutenção regular das dilatações (Gomez *et al.*, 2025; Cleff *et al.*, 2026).

Esses empecilhos podem levar à descontinuidade das dilatações, o que se associa ao desenvolvimento de estenose do canal da neovagina. Evidências recentes indicam que a baixa adesão a essa prática está relacionada ao estreitamento progressivo do canal, podendo evoluir, em alguns casos, para fechamento parcial ou completo. Além disso, estudos apontam que a estenose pode atingir uma parcela significativa das pacientes no pós-operatório, com maiores taxas observadas entre aquelas que não mantêm a rotina de dilatação de forma regular. Esse achado também se reflete no presente estudo, no qual uma das participantes relatou não ter realizado as dilatações conforme orientado, associando essa prática à perda de profundidade da neovagina (Cleff *et al.*, 2025; Rosa *et al.*, 2024).

Diante disso, a dilatação da neovagina se destaca como o principal cuidado no pós-operatório da CRG, sendo essencial para manter a profundidade e a largura do canal e prevenir complicações, independentemente da técnica cirúrgica utilizada. Apesar de sua importância, ainda há escassez de estudos, especialmente em relação a técnicas mais recentes, como a que utiliza tecido peritoneal. Nesse cenário, torna-se fundamental que os profissionais de saúde ofereçam orientações claras e consistentes, reforçando não apenas como a dilatação deve ser

realizada, mas também sua importância para a saúde e qualidade de vida ao longo do tempo.

Em relação à “Sexualidade no pós-operatório da CRG de mulheres trans e travestis: experiências, desafios e significados” revelada pelas participantes nortistas deste dossiê envolveu relatos sobre um momento especialmente significativo para muitas mulheres trans e travestis que passam pela CRG que é a retomada da vida sexual. Esse período costuma ser vivenciado como uma fase de redescoberta, na qual o corpo é reconhecido de uma nova forma, abrindo espaço para novas sensações e possibilidades de prazer. Nesse contexto, uma revisão de literatura aponta que a saúde sexual é um componente fundamental da qualidade de vida, estando intimamente relacionada ao fortalecimento da autoestima, da autoconfiança e à satisfação com os resultados da cirurgia (Schardein; Nikolavsky, 2022).

De modo geral, a literatura aponta uma melhora consistente e significativa na qualidade da vida sexual após a CRG (Kitic *et al.*, 2025). Estudos indicam não apenas avanços na função sexual, mas também no modo como essas mulheres vivenciam o próprio corpo e o prazer. Dados de um estudo brasileiro mostram que 73% das participantes apresentavam funcionamento sexual satisfatório, evidenciando uma adaptação positiva no pós-operatório. Em consonância, outra pesquisa identificou que 79% das participantes conseguiram atingir o orgasmo após 12 meses da cirurgia (Jardim *et al.*, 2022; Wenk *et al.*, 2025).

Entretanto, a vivência do contato sexual de forma positiva envolve muito mais do que aspectos físicos. Ela é atravessada por diferentes dimensões emocionais, como sentir-se confortável no próprio corpo, estabelecer uma conexão genuína com o parceiro e perceber que seus limites são respeitados. Nesse sentido, uma das participantes destacou que a qualidade da conexão construída com cada parceria é fundamental para

que ela consiga se sentir presente e, de fato, vivenciar aquele momento de maneira prazerosa.

Tal achado está em consonância com a literatura, que aponta a qualidade da conexão entre o casal como um elemento fundamental para a construção de uma experiência sexual prazerosa. Mais do que a dimensão física, essa conexão envolve aspectos como confiança, intimidade, comunicação e respeito mútuo, que contribuem para que a vivência da sexualidade ocorra de forma mais segura e significativa. Nesse sentido, o vínculo estabelecido com o parceiro pode favorecer não apenas o prazer, mas também o sentimento de acolhimento e validação, permitindo que a pessoa se sinta mais à vontade em seu corpo e em sua expressão de desejo (Ucar *et al.*, 2025; Hagen *et al.*, 2025).

Ainda nessa perspectiva, algumas participantes trouxeram questões relacionadas à libido e à forma como vivenciam o prazer. Uma delas relatou que, após o início da hormonização, percebeu a libido e o orgasmo de maneira menos intensa. Outra participante compartilhou que, após a CRG, ainda não tinha retomado a vida sexual, destacando que não se sente confortável neste momento para fazê-lo. Por outro lado, duas participantes apontaram a masturbação como uma experiência positiva nesse processo, funcionando como um espaço de reconhecimento do próprio corpo e das novas sensações, além de favorecer a vivência do orgasmo.

A literatura corrobora o relato de uma das participantes ao indicar que, com o uso prolongado da hormonização, pode haver uma diminuição na percepção da libido e do desejo sexual. Esse efeito está, em grande parte, relacionado à redução dos níveis de testosterona, hormônio que desempenha um papel importante na excitação sexual (Yaish *et al.*, 2025). Como a CRG envolve a retirada dos testículos, principais responsáveis pela produção e secreção de testosterona, os efeitos da sua supressão tendem a ser percebidos de forma mais intensa.

Nesse sentido, dados da literatura indicam que a maioria das participantes de um estudo apresentou baixos níveis de desejo ou interesse sexual, sendo que 47,5% relataram experimentar interesse sexual apenas algumas vezes nas quatro semanas anteriores, enquanto 12,5% afirmaram não ter sentido qualquer interesse sexual nesse período (Lee *et al.*, 2026).

No entanto, a literatura também aponta que essas transformações não se resumem a uma perda, mas a uma reconfiguração da sexualidade, que pode passar a assumir características mais subjetivas, relacionais e contextuais ao longo do processo (Finegan *et al.*, 2025). Nesse sentido, como já discutido anteriormente, a vivência da sexualidade e do desejo não se restringe a fatores hormonais, sendo atravessada por dimensões emocionais, relacionais e subjetivas, que são experimentadas de maneiras singulares por cada indivíduo.

A masturbação surgiu nos discursos como uma vivência positiva no período pós-CRG, sendo percebida como um caminho de aproximação com o próprio corpo e com o prazer. Esse achado vai ao encontro da literatura, como aponta um estudo multicêntrico que evidenciou que o orgasmo é mais frequentemente alcançado por meio da masturbação do que em outras práticas sexuais (Duflot *et al.*, 2022). Nesse sentido, a prática autoerótica pode funcionar como um espaço seguro de exploração das novas sensações, favorecendo o reconhecimento do corpo, dos limites e das formas de sentir prazer. Assim, o conhecimento do próprio corpo mostra-se fundamental para a construção de uma vida sexual satisfatória, seja de forma individual ou em parceria.

Entretanto, algumas participantes nortistas também relataram aspectos que dificultaram a vivência da sexualidade após a CRG. Uma delas mencionou episódios de sangramento durante a relação sexual, enquanto outra destacou a presença de dor, apontando a necessidade de que o parceiro conduza o momento com mais cuidado e delicadeza para que a experiência não se torne desconfortável. Esses relatos evidenciam que, para

algumas mulheres, a retomada da vida sexual pode envolver desafios e demandar um processo gradual de adaptação.

A literatura recente dialoga com esses achados ao indicar que dor e sangramento durante a relação sexual podem ocorrer em função de alterações nos tecidos vaginais, como menor lubrificação e elasticidade (Costa; Oliveira; Vieira, 2024). Além disso, um estudo transversal identificou um aumento da dor genito-pélvica associada à penetração após a CRG, com relatos que passaram de 31,25% no período pré-operatório para 50% no pós-operatório (Lima *et al.*, 2023).

Os relatos de dor e sangramento também podem estar relacionados a características anatômicas da neovagina, conforme mencionado por participantes nortistas deste estudo. Uma delas referiu pouca profundidade vaginal, o que dificulta a penetração, associando essa condição à realização inadequada da dilatação no pós-operatório. Outra participante descreveu a neovagina como mais estreita, enquanto uma terceira relatou a presença de uma pele recobrindo o introito vaginal, o que também dificulta a penetração.

Dessa forma, evidencia-se que a vivência da vida sexual após a CRG é profundamente pessoal e singular para cada mulher. Esse processo envolve tanto descobertas quanto desafios, sendo atravessado pelas histórias de vida, pelos sentimentos, pelos hábitos e pelos cuidados no pós-operatório. Nesse contexto, a retomada da vida sexual ocorre de maneira gradual e no tempo de cada uma. O papel dos profissionais de saúde é fundamental nesse percurso, oferecendo apoio emocional, orientação, acolhimento e informações que auxiliem na adaptação, como cuidados com o corpo, manejo de possíveis desconfortos e segurança para retomar a atividade sexual de forma mais tranquila e satisfatória.

Em relação às “vivências da sexualidade no contexto do trabalho sexual após a CRG de mulheres trans e travestis” nortistas deste estudo houve relatos de experiências atravessadas por suas trajetórias como mulheres trans inseridas no trabalho sexual. Suas narrativas não emergiram

de forma isolada ou individualizada, mas se conectam a um contexto social mais amplo, marcado por desigualdades persistentes, exclusão estrutural e pela limitação de oportunidades ao longo da vida.

Nesse sentido, os dados da literatura ajudam a compreender que essas vivências fazem parte de uma realidade coletiva. Um estudo brasileiro recente aponta que 73,7% das mulheres trans e travestis relataram o trabalho sexual como principal atividade laboral ao longo da vida (Dourado *et al.*, 2024). Em contexto internacional, pesquisa realizada nos Estados Unidos também indica que o trabalho sexual é uma atividade prevalente entre pessoas trans, especialmente entre aquelas em situação de maior vulnerabilidade econômica, sendo mais frequente o exercício do trabalho nas ruas entre mulheres com rendas mais baixas (Stenersen *et al.*, 2024).

Neste contexto, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), em seu dossiê (2025), evidenciou que a inserção de mulheres trans e travestis no trabalho sexual está profundamente relacionada a fatores estruturais, como a dificuldade de acesso à educação, à permanência no ambiente escolar, à inserção no mercado formal de trabalho e à vivência cotidiana da transfobia. Esses elementos, somados, produzem um cenário de vulnerabilidade social que, muitas vezes, limita as possibilidades de escolha, fazendo com que o trabalho sexual se configure não apenas como uma alternativa, mas como uma das poucas formas possíveis de subsistência.

Esse cenário não é recente, mas resultado de processos históricos marcados pela heteronormatividade e pela colonialidade, que estabeleceram padrões rígidos sobre quais corpos e identidades são considerados legítimos. Nesse contexto, as vivências de pessoas trans são constantemente empurradas para as margens, como parte de uma lógica de controle e normatização dos corpos. A colonialidade contribui para a imposição desses padrões, enquanto a heteronormatividade os reforça ao privilegiar a cisgeneridade e a heterossexualidade como normas. Como consequência, pessoas trans enfrentam exclusão social e diversas formas de

violência, tendo suas trajetórias limitadas por uma estrutura que organiza a sociedade de maneira desigual e restritiva (Muniz *et al.*, 2025).

O acesso ao mercado de trabalho ainda se mostra, em muitos casos, restrito para pessoas trans. No entanto, essa desigualdade não se inicia apenas na vida profissional, mas tem raízes em trajetórias educacionais marcadas por exclusões. A dificuldade de acesso e, principalmente, de permanência nas instituições de ensino é atravessada pela falta de preparo dessas instituições para lidar com as questões de gênero, somada à presença constante de discriminação e transfobia no ambiente escolar. Esse conjunto de fatores contribui para elevadas taxas de evasão escolar, interrompendo precocemente percursos educacionais. Como consequência, há um impacto direto na qualificação dessa população, limitando o acesso à educação formal e, posteriormente, reduzindo as possibilidades de inserção em um mercado de trabalho que já se apresenta, por si só, excludente (Carvalho; Altmann, 2023; Pimentel; Vianna, 2023).

Outro fator relevante na compreensão da inserção de mulheres trans e travestis no trabalho sexual diz respeito à ampla fetichização de seus corpos, especialmente daqueles que não foram submetidos à CRG, por homens cisgêneros (Lemma, 2024). Esse aspecto também emergiu no discurso de uma das participantes deste estudo, que relatou que, após realizar a cirurgia, precisou mudar de cidade para conseguir continuar trabalhando, uma vez que seus clientes anteriores deixaram de se interessar por seu corpo após a construção da neovagina.

Esse tipo de experiência evidencia como o desejo, em muitos casos, não se direciona à pessoa em sua totalidade, mas a uma construção específica e fetichizada do corpo trans. Assim, forma-se uma fantasia sexual que prioriza determinadas características corporais, reduzindo essas mulheres a objetos de consumo. Nesse processo, o sujeito é frequentemente apagado em favor do corpo, o que contribui para a desumanização e para a

negação de direitos, reforçando dinâmicas de objetificação já discutidas na literatura (Griffiths; Armstrong, 2023).

O trabalho sexual pode expor as pessoas a uma série de vulnerabilidades e desafios, entre eles a maior suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis. No caso de mulheres trans e travestis, essa realidade é ainda mais acentuada devido a fatores sociais, econômicos e estruturais que atravessam suas trajetórias. Um estudo brasileiro recente evidenciou que 34% das mulheres trans participantes apresentavam diagnóstico de HIV, sendo que a maioria delas também relatou o trabalho sexual como principal fonte de sustento (Dourado *et al.*, 2024). Esses dados dialogam com evidências em nível global. Segundo o Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), em 2022, o risco de infecção pelo HIV entre pessoas trans foi cerca de 20 vezes maior quando comparado à população cisgênera de 15 a 49 anos (UNAIDS, 2024).

Além dos riscos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis, o trabalho sexual também pode expor mulheres trans e travestis a diferentes formas de violência. Retomando a discussão já apresentada acerca da objetificação de seus corpos, percebe-se que essa lógica contribui diretamente para a construção de relações marcadas por profundas desigualdades de poder. Nessas interações, especialmente com homens cisgêneros, a relação sexual muitas vezes se insere em dinâmicas em que o poder e o controle se sobrepõem, colocando a mulher trans em uma posição de maior vulnerabilidade. Como consequência, tornam-se mais recorrentes situações de violência sexual, física e também simbólica, evidenciando um contexto em que a desumanização se traduz em práticas concretas de violação (Hentges *et al.*, 2024; Stnensen *et al.*, 2024; Maclin *et al.*, 2024).

Dessa forma, torna-se possível compreender que o trabalho sexual entre mulheres trans e travestis não pode ser interpretado, de maneira simplista, como uma escolha estritamente individual. Trata-se de um fenômeno socialmente construído, atravessado por processos históricos de

marginalização, exclusão e negação de direitos. As dificuldades de acesso e permanência nas instituições de ensino, somadas às barreiras enfrentadas no mercado de trabalho, acabam restringindo as possibilidades de inserção dessa população em outros espaços formais de trabalho.

Nesse contexto, o trabalho sexual emerge, muitas vezes, como uma alternativa viável de sobrevivência diante da escassez de oportunidades. No entanto, essa realidade evidencia a urgência de ampliar o debate sobre políticas públicas que não se limitem apenas à inserção da população trans no mercado de trabalho, mas que também garantam condições reais de permanência, com respeito, segurança e equidade. Isso implica pensar em estratégias que enfrentem a discriminação estrutural, promovam o acesso à educação e assegurem trajetórias profissionais que não sejam marcadas pela exclusão, mas pela dignidade e pelo reconhecimento.

No contexto de “A trajetória do cuidado em saúde mulheres trans e travestis redesignadas”, as participantes nortistas deste trabalho compartilharam suas experiências com o processo transexualizador no âmbito do SUS, destacando que, devido ao alto custo dos procedimentos na rede privada, a maioria depende do sistema público para acessar cuidados afirmativos de gênero, especialmente a CRG. No entanto, elas também ressaltaram que a rede pública não consegue atender à demanda existente, o que resulta em longas filas de espera e processos marcados por uma burocracia extensa e desgastante.

O processo transexualizador no SUS, revisitado e ampliado em 2013 por meio da Portaria nº 2.803 do Ministério da Saúde, representa um importante avanço na garantia do acesso aos cuidados afirmativos de gênero, incluindo a hormonização e a CRG. Para a inserção nesse processo, são estabelecidos alguns critérios, como a maioria para acesso ao acompanhamento ambulatorial, idade mínima de 21 anos para a realização de cirurgias, além da necessidade de acompanhamento psicológico por um

período prolongado e da emissão de laudos profissionais que atestem a incongruência de gênero (Brasil, 2013).

Os pré-requisitos estabelecidos no processo transexualizador são frequentemente percebidos de forma ambivalente. Embora sejam apresentados como estratégias para garantir um cuidado responsável, seguro e bem fundamentado, na prática também podem contribuir para a ampliação do tempo de espera e para a maior complexidade no acesso aos serviços. O protocolo prevê um período mínimo de um ano de acompanhamento antes da realização de cirurgias; no entanto, a realidade vivenciada por muitas pessoas trans revela um cenário bastante distinto, marcado por trajetórias significativamente mais longas, com registros de espera que podem ultrapassar uma década (Bender *et al.*, 2024). Entretanto, essa política encontra-se defasada frente as inúmeras necessidades de atenção à saúde das pessoas trans, e foi neste sentido que o Paes Pop Trans foi construído e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT mas ainda não implementado pelo governo federal denotando entraves políticos relegando a saúde das pessoas trans outra vez à própria sorte como tem sido no decorrer da história.

Um estudo realizado na Noruega evidenciou uma realidade semelhante, na qual as participantes relataram longas filas de espera e períodos prolongados de avaliação, com processos que podem ultrapassar um ano até o início da aprovação para o cuidado desejado. Além da demora, essas experiências também foram associadas à percepção de despreparo dos profissionais de saúde em relação à diversidade de gênero, bem como à escassez de profissionais capacitados para oferecer um cuidado individualizado, sensível e centrado nas necessidades de cada pessoa (Bolstad *et al.*, 2025).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos também evidenciou esta realidade. Entre os participantes, 29% destacaram o tempo exigido pelo processo, enquanto 36% mencionaram os longos períodos de espera. Além

disso, 92,9% das mulheres trans relataram estar cientes e familiarizadas com os motivos por trás das exigências burocráticas, como a necessidade de avaliações psicológicas e da confirmação do desejo pelo procedimento. Entre as justificativas apontadas, destacam-se a prevenção de arrependimentos, o preparo emocional para a cirurgia, a garantia de que as pacientes recebam informações clínicas adequadas e o estabelecimento de um padrão de cuidado (Marra *et al.*, 2024).

No entanto, quase metade dessas mulheres utilizou o termo “gatekeeping” para descrever suas experiências, entendido como uma forma de barreira ou controle excessivo sobre quem pode ou não acessar determinado cuidado. Nesse sentido, elas evidenciaram que tais exigências acabam se tornando obstáculos adicionais, afastando-as do objetivo final e tornando ainda mais difícil um processo que, por si só, já é complexo e desafiador (Marra *et al.*, 2024).

Esse achado vai ao encontro do relato de uma das participantes deste estudo, que destacou a extensa quantidade de exames, avaliações e etapas exigidas ao longo do processo, muitas vezes vivenciadas como cansativas e desgastantes. Além disso, ela ressaltou a dificuldade em conseguir acesso efetivo a uma consulta médica especializada que pudesse, de fato, conduzir e acompanhar seu percurso de cuidado. Essa combinação de exigências e barreiras institucionais contribui para tornar o processo ainda mais demorado e, por vezes, desestimulante, reforçando os desafios já enfrentados por pessoas trans no acesso à saúde.

Outras participantes da região Norte deste estudo relataram a necessidade de realizar o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para acessar a CRG, evidenciando mais uma importante barreira no processo transexualizador. Como esse tipo de cuidado costuma estar concentrado em grandes centros urbanos, pessoas que vivem em regiões mais afastadas e, muitas vezes, em contextos de maior vulnerabilidade social, enfrentam dificuldades adicionais para acessar o serviço. Além disso, o deslocamento

para outras cidades implica uma série de impactos no cotidiano, como mudanças na rotina, afastamento de redes de apoio e interferências no trabalho, gerando desconfortos, custos indiretos e sobrecarga emocional ao longo do processo (Melo *et al.*, 2024).

Neste contexto, um estudo norte-americano investigou a percepção de mulheres trans sobre possíveis melhorias nos processos de modificações corporais. Entre as sugestões apresentadas, 29% destacaram a necessidade de maior acesso a informações sobre profissionais e serviços disponíveis. Além disso, 21% apontaram a importância de uma melhor articulação entre os serviços de saúde, enquanto outros 21% enfatizaram a necessidade de redução de custos. Por fim, 14% mencionaram a ampliação da disponibilidade de profissionais como uma mudança essencial para qualificar o acesso ao cuidado (Marra *et al.*, 2024).

De forma semelhante, o acesso ao processo transexualizador no SUS é perpassado por diversas barreiras institucionais, como a burocracia, a fragmentação dos serviços, a escassez de profissionais especializados e as desigualdades territoriais. Nesse cenário, os achados do estudo norte-americano dialogam com a realidade brasileira ao evidenciar demandas semelhantes, como a necessidade de maior acesso à informação, melhor articulação entre os serviços e ampliação da oferta de profissionais.

Além disso, fatores como custos indiretos e deslocamentos também impactam a continuidade do cuidado. Diante disso, torna-se fundamental repensar a organização do processo no SUS, com investimentos na descentralização dos serviços, na qualificação das equipes e na integração da rede de atenção, visando um cuidado mais acessível, contínuo e centrado nas necessidades das pessoas trans.

Em relação às “Fragilidades no cuidado e no seguimento em saúde após a CRG de mulheres trans e travestis” nortistas participantes deste estudo, uma delas contou que teve um excelente acompanhamento multiprofissional durante todo o processo da CRG. Segundo ela, as

orientações recebidas foram muito importantes e serviram como base para que se sentisse mais segura e confiante em relação ao procedimento. Esse suporte também contribuiu para que o pós-operatório fosse mais tranquilo e menos angustiante.

Em contrapartida, as demais participantes do Norte do país que compuseram este dossiê apresentaram vivências distintas da anteriormente relatada. Uma delas associou as complicações enfrentadas no pós-cirúrgico à ausência de acompanhamento especializado. Outras duas afirmaram que a equipe responsável por seu atendimento se encontrava incompleta, o que resultou em uma lacuna significativa no cuidado após a cirurgia, especialmente no manejo de possíveis complicações e na condução de cirurgias secundárias ou reparadoras. Nesse contexto, elas evidenciam que orientações essenciais, tanto relacionadas aos cuidados com a neovagina quanto à saúde da mulher trans, não foram fornecidas de forma adequada. Em alguns casos, conforme mencionado em um dos relatos, tais orientações sequer foram realizadas. Essa insuficiência foi associada à limitação de profissionais capacitados disponíveis, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada.

O cuidado à população trans no SUS é estruturado por meio do chamado processo transexualizador, que envolve ambulatorios e hospitais especializados, devidamente credenciados para atender às necessidades dessa população (Teixeira *et al.*, 2026). A partir dessa organização, seria esperado que o atendimento ofertado por essas instituições fosse qualificado e sensível às especificidades das pessoas trans, contando com profissionais preparados para orientar e conduzir o cuidado de forma adequada. No entanto, conforme evidenciado nos relatos das participantes nortistas deste estudo, essa expectativa nem sempre se concretiza na prática. As experiências compartilhadas revelam lacunas importantes na assistência, indicando que, apesar da estrutura formal existente, o cuidado

ofertado ainda enfrenta limitações no que se refere à qualificação profissional e à atenção às necessidades específicas dessa população.

Ao ampliar essa análise para o contexto da Atenção Primária à Saúde, observa-se um cenário ainda mais desafiador, uma vez que esse nível de atenção, em sua maioria, não conta com profissionais especializados para o cuidado das especificidades da população trans. Nesse contexto, evidencia-se que a falta de conhecimento não se restringe apenas aos médicos, mas se estende a toda a equipe de saúde. Tal realidade é ilustrada no relato de uma das participantes, que destacou que uma agente comunitária de saúde, mesmo ciente de sua identidade como mulher trans, orientou a realização de um exame preventivo de colo do útero, o que evidencia fragilidades no entendimento acerca das necessidades específicas desse público.

Nesse sentido, um estudo realizado com equipes de três Unidades Básicas de Saúde em Curitiba evidenciou um conhecimento escasso ou até inexistente acerca da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Cordeiro; Savaris, 2023). De forma semelhante, uma pesquisa conduzida com equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória também identificou pouco ou nenhum conhecimento sobre as políticas de saúde voltadas à população trans, além de apontar fragilidades no preparo técnico e situações de acolhimento inadequado (Tristan-Cheever, 2024). Corroborando com esses achados, uma revisão de literatura destacou que o despreparo dos profissionais de saúde permanece como uma das principais barreiras para a efetivação do cuidado à população trans na atualidade (Guilherme *et al.*, 2024).

Desse modo, um estudo relacionou a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde à escassa ou inexistente abordagem da temática durante a formação acadêmica (Rocon *et al.*, 2022). Uma pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem evidenciou que a temática da saúde da população trans é pouco trabalhada ao longo da graduação, culminando no

relato de que esses futuros profissionais não se sentem preparados para prestar um cuidado adequado a esse público (Silva *et al.*, 2023). De forma semelhante, uma análise curricular dos cursos de medicina apontou a ausência ou a superficialidade da abordagem da temática trans nos currículos, destacando que, quando presente, o conteúdo aparece de maneira pontual e não sistematizada (Bortoloni *et al.*, 2024).

Diante da ausência de uma abordagem estruturada e consistente nos currículos dos cursos da área da saúde, a busca por conhecimento sobre a população trans acaba, muitas vezes, dependendo do interesse individual de cada estudante ou profissional, o que faz com que esse saber não seja difundido de maneira equitativa. Embora a iniciativa individual na busca por atualização seja importante, é fundamental que os conteúdos relacionados à saúde da população trans sejam incorporados de forma transversal na formação acadêmica, garantindo acesso igualitário a todos os estudantes. Dessa forma, amplia-se o alcance desse conhecimento e contribui-se para a formação de profissionais mais preparados para oferecer um cuidado qualificado e sensível às especificidades dessa população (Baccarim; Tagliamento; Bonato, 2023).

Diante da falta de orientação e do limitado conhecimento demonstrado pelos profissionais de saúde que as atenderam, duas das entrevistadas nortistas relataram que buscaram informações e apoio junto a outras mulheres trans e travestis que também passaram pelo processo de redesignação genital. Nesse contexto, elas destacam a importância das redes de apoio entre pares, que se mostraram fundamentais para proporcionar maior segurança e uma vivência mais tranquila durante o período pós-operatório.

Esse achado também foi evidenciado por Moraes (2023), ao demonstrar que mulheres trans desenvolvem estratégias próprias de cuidado no período pós-operatório. Nesse contexto, destaca-se a importância da troca de saberes entre pares, especialmente com outras mulheres trans que já

vivenciaram o processo cirúrgico. Esse apoio surge, sobretudo, como resposta às dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde e às limitações na qualidade da assistência profissional oferecida.

Dessa forma, evidencia-se que a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, tanto da rede especializada quanto da APS, permanece como uma realidade amplamente relatada por mulheres trans e travestis, além de ser reiterada pela literatura. Entre os fatores que contribuem para esse cenário, destacam-se a escassa abordagem da temática durante a formação acadêmica na área da saúde, bem como a presença de expressões de transfobia, tanto em nível individual quanto institucional.

Diante das lacunas no preparo profissional, observa-se o fortalecimento do chamado apoio entre pares, no qual mulheres trans e travestis redesignadas (ou em processo de), recorrem a outras que já vivenciaram experiências semelhantes em busca de orientações e suporte para o cuidado. Embora esse tipo de apoio desempenhe um papel importante, ele não deve substituir em absoluto, o cuidado em saúde fundamentado em evidências científicas. Nesse sentido, torna-se fundamental a revisão das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde, de modo a incorporar a temática de forma transversal e abrangente, contribuindo para a formação de profissionais mais preparados para atender, com qualidade e sensibilidade, as especificidades das mulheres trans e travestis.

REFERÊNCIAS

AMADOR, L. S. *et al.* Body composition and risk for sarcopenia in transgender women. **Nutrition**, v. 123, 112398, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2024.112398>.

ANDERSON, J. R. *et al.* The costs and benefits of ‘passing’: a systematic review of the qualitative evidence on passing for trans individuals and communities. **Sex Roles**, v. 91, p. 45, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-025-01596-0>.

BACCARIM, R.; TAGLIAMENTO, G.; CABRAL BONATO, F. A formação de profissionais para o cuidado em saúde de Travestis e Transexuais. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, v. 1, n. 23, p. e14764, 2023. DOI: 10.15628/rbept.2023.14764. Acesso em: 30 mar. 2026.

BANG, A. S. *et al.* Management of neovaginal secretions after salvage gender affirming right-colon vaginoplasty using glycopyrrolate. **Transgender Health**, v. 8, n. 5, p. 477-480, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0158>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BENDER, M. S. *et al.* Itinerários de acesso ao processo transexualizador no Brasil: uma revisão de escopo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, n. spe1, p. e2024311, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e2024311.especial.pt. Acesso em: 30 mar. 2026.

BENEVIDES, B. G. **Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024**. Brasília, DF: ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), 2025. 144 p. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BLASDEL, G. *et al.* Gender-affirming vaginoplasty using robotic peritoneal flap method: long term outcomes of 500 cases. **Annals of Surgery**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006621>. Acesso em: 30 mar. 2026.

BOBBA, R.; KALRA, P.; DHARMALINGAM, M. Study of effects of gender-affirming hormone therapy on bone mineral density in individuals with gender dysphoria. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 27, n. 6, p. 486-491, 2023. DOI: https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_265_23. Acesso em: 30 mar. 2026.

BOLSTAD, S. H. *et al.* Gender-affirming health care needs, barriers to care, and health and wellbeing in a broad nationwide sample of transgender people in Norway. **BMC Public Health**, v. 25, p. 4218, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-25243-1.

BORTOLINI, M. R. *et al.* Trans Excludentes: Análise curricular de cursos federais de graduação em medicina do sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 7, n. 22, 2024. DOI: 10.29327/2410051.7.22-69. Acesso em: 31 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15498.html?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 30 mar. 2026.

BROWN, A. *et al.* The effects of gender affirming hormone treatment on transgender women's musculoskeletal health: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Transgender Health**, p. 1-28, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2590036>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CARVALHO, M. A.; ALTMANN, H. Escolarização de mulheres trans e travestis: violências e efeitos de vínculos de amizade. **Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 32, n. 72, p. 50-69, 2023. DOI: 10.21879/faeaba2358-0194.2023.v32.n72.p50-69. Acesso em: 30 mar. 2026.

CEOLIN, C. *et al.* Age-dependent bone mineral density responses to gender-affirming hormone therapy in transgender individuals: a one-year prospective study. **Journal of Endocrinological Investigation**, v. 48, n. 12, p. 2879-2888, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40618-025-02675-5>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CLEFF, J. R. B. *et al.* Breaking down the barriers: identifying barriers to dilation after gender-affirming vaginoplasty. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 23, n. 1, 2026, p. qdaf314. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf314>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO (COREN-PE). **Guia LGBTQIA+ para atenção primária à saúde**. Recife: COREN-PE, 2025. Disponível em: <https://www.coren-pe.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/COREN-PE-GUIA-LGBTQUIA-AP-2025.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

CORDEIRO, V. M. P.; SAVARIS, L. E. O cuidado à população trans para profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 6, n. 20, p. 377–392, 2023. DOI: 10.29327/2410051.6.20-16. Acesso em: 31 mar. 2026.

COSTA, L. L. A.; DE OLIVEIRA, F. T.; VIEIRA, A. C. A. Benefits and indications of hormone therapy for women in menopause: An integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 5, p. e4313545789, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i5.45789. Acesso em: 30 mar. 2026.

DEISCHINGER, C. *et al.* Effects of gender-affirming hormone therapy on cardiovascular risk factors focusing on glucose metabolism in an Austrian transgender cohort. **International Journal of Transgender Health**, v. 24, n. 4, p. 499-509, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2123425>. Acesso em: 30 mar. 2026.

DHARSHENI, S. T. S.; SIVAKAMI, B. Experiences of trans women who have undergone gender affirmation surgery: a constructivist grounded theory. **Frontiers in Sociology**, v. 10, p. 1544906, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1544906>. Acesso em: 30 mar. 2026.

DING, C. *et al.* Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women: systematic review and meta-analysis. **Canadian Urological Association Journal**, v. 17, n. 4, p. 121–128, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>. Acesso em: 30 mar. 2026.

DOURADO, I. *et al.* Prevalence of HIV infection among transgender women and travestis in Brazil: data from the TransOdara study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, n. Suppl 1, e240004.supl.1, 2024. DOI: 10.1590/1980-549720240004.supl.1.

DOYLE, D. M.; LEWIS, T. O. G.; BARRETO, M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. **Nature Human Behaviour**, v. 7, p. 1320–1331, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01605-w>. Acesso em: 30 mar. 2026.

DUFLOT, T. *et al.* Exploring sexual function and satisfaction of trans-women after vaginoplasty: results of a multicentric survey. **The Journal of Sexual Medicine**, 2022, v. 19, n. 11, Suppl. 4, p. S56-S57. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.08.052. Acesso em: 30 mar. 2026.

FERRANDO, C. A. **Comprehensive care of the transgender patient**. 1. ed. Philadelphia: Elsevier, 2019. Disponível em: https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/12/2021-12-27_61c9e899d754b_ComprehensiveCareoftheTransgenderPatientbyCecileA.Ferrandoz-lib.org_.pdf. Acesso em: 30 mar. 2026.

FINEGAN, J. L. *et al.* Experience with gender affirming hormones and puberty blockers (gonadotropin releasing hormone agonist): a qualitative analysis of sexual function. **The Journal of Sexual Medicine**, 2025, v. 22, n. 5, p. 945-950. DOI: 10.1093/jsxmed/qdaf061.

GOMEZ, D. A. *et al.* **Self-Reported Dilation Patterns and Challenges Following Penile Inversion Vaginoplasty**. California Society of Plastic Surgeons, 2025. Disponível em: https://californiaplasticsurgeons.org/meeting/program/2025/D83.cgi?utm_source=chatgpt.com.

GRIFFITHS, D. A.; ARMSTRONG, H. L. “They were talking to an idea they had about me”: a qualitative analysis of transgender individuals’ experiences using dating apps. **The Journal of Sex Research**, 2024, v. 61, n. 1, p. 119-132. DOI: 10.1080/00224499.2023.2176422.

GUILHERME, E. C. *et al.* O itinerário terapêutico de mulheres trans ao acesso no serviço de saúde. **Revista FT**, v. 28, ed. 139, 2024. DOI: 10.69849/revistافت/fa10202411300630. Acesso em: 30 mar. 2026.

HAGEN, H. *et al.* Sexual function and its association with psychosocial factors after penile inversion vulvo-vaginoplasty without scrotal skin grafts: a retrospective study using the oMtFSFI. **BMC Urology**, 2025, v. 25, n. 1, p. 273. DOI: 10.1186/s12894-025-01917-1.

HAJEK, A. *et al.* Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms among transgender people: results of a survey. **Healthcare**, v. 11, p. 705, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11050705>. Acesso em: 30 mar. 2026.

HASETH, K. B. de. *et al.* Symptomatic neovaginal candidiasis in transgender women after penile inversion vaginoplasty: a clinical case series of five consecutive patients. **Transgender Health**, v. 3, n. 1, p. 105-108, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0045>. Acesso em: 30 mar. 2026.

HENTGES, B. *et al.* Lifetime sexual violence among transgender women and travestis (TGW) in Brazil: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2024, v. 27, Supl. 1, e240013.supl.1. DOI: 10.1590/1980-549720240013.supl.1.

JARDIM, L. M. M. P. *et al.* Sexual function and quality of life in Brazilian transgender women following gender-affirming surgery: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, p. 15773, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192315773. 26.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **2024 UNAIDS global AIDS update: transgender people**. Geneva: UNAIDS, 2024. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaidsglobal-aids-update-transgender-people_en.pdf. Acesso em: 30 mar. 2026.

KILMER, L. H. *et al.* Gender-affirming surgery improves mental health outcomes and decreases antidepressant use in patients with gender dysphoria. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 154, n. 5, p. 1142–1149, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011325>. Acesso em: 30 mar. 2026.

KITIC, A. *et al.* Impact of vaginoplasty on sexual health and satisfaction in transgender women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 22, n. 3, p. 536–542, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae194>.

KVACH, E. *et al.* Dilation outcomes for transgender and nonbinary patients following gender-affirming vaginoplasty in a US county safety-net system. **Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy**, v. 48, n. 3, p. 154–164, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000303>. Acesso em: 30 mar. 2026.

LEE, E. *et al.* Post gender-affirming vulvovaginoplasty survey of transgender adults. **BMC Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 2, p. 5, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s44452-026-00018-8>.

LEMMA, A. On not having it all: exploring the fetishization of trans women by heterosexual men. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 2025, v. 73, n. 3, p. 301–326. DOI: 10.1177/00030651241263929.

LIMA, M. K. *et al.* Urinary, bowel and sexual function of transgender women after sex reassignment surgery vaginoplasty: Cross-sectional study. **Continence**, 2023, v. 7S1, p. 101029. Disponível em: https://www.ics.org/2023/abstract/312?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 30 mar. 2026.

LIU, M. *et al.* Health status and mental health of transgender and gender-diverse adults. **JAMA Internal Medicine**, v. 184, n. 8, p. 984–986, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.2544>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MACLIN, B. J. *et al.* Toward the conceptualization and measurement of transphobia-driven intimate partner violence. **Social Science & Medicine**, 2024, v. 341, p. 116532. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116532. Acesso em: 30 mar. 2026.

MARRA, E. E. *et al.* Transgender women's perspectives on mental health care related to vaginoplasty for gender affirmation. **BMC Women's Health**, v. 24, p. 14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02681-w>.

MARTINEZ-MARTIN, F. J. *et al.* Incidence of hypertension in young transgender people after a 5-year follow-up: association with gender-affirming hormonal therapy. **Hypertension Research**, v. 46, p. 219-225, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41440-022-01067-z>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MELO, A. L. A. *et al.* **Ressignificação de paradigmas: políticas de saúde e processo transexualizador do SUS**. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 18, n. 54, p. 584-598, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13324547. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/5096>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de mulheres transgêneras sobre os cuidados pós cirurgia de redesignação sexual**. 2023. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/37327/1/DISSERTAÇÃO%20FINAL%20-%20ANDRÉIA%20VANESSA%20CARNEIRO%20DE%20MORAIS%2018-6-23%20%282%29.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MORRISON, S. D. *et al.* Principles and outcomes of gender-affirming vaginoplasty. **Nature Reviews Urology**, v. 20, p. 308-322, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41585-022-00705-y>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MORSSINKHOF, M. W. L. *et al.* Changes in depression symptom profile with gender-affirming hormone use in transgender persons. **Journal of Affective Disorders**, v. 348, p. 323-332, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.056>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MUNIZ, M. L. C. *et al.* Relações de trabalho e a construção de políticas públicas para acesso e permanência de pessoas trans no mercado de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 49, n. spe2, e10507, 2025. DOI: 10.1590/2358-28982025E210507P.

OGARRIO, K. *et al.* Forms of transphobia and their influence on health outcomes among transgender, nonbinary, and gender diverse individuals: a global systematic review. **International Journal of Transgender Health**, p. 1–34, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2553739>.

OLIVEIRA, I. *et al.* Sensing the body matters: profiles of interoceptive sensibility in chronic pain adjustment. **Pain**, v. 165, n. 2, p. 412–422, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003032>. Acesso em: 30 mar. 2026.

PANSRITUM, K. The challenge of peritoneal vaginoplasty in transgender women: review literature and personal perspectives. **International Journal of Transplantation & Plastic Surgery**, v. 9, n. 1, p. 1–6, 2025. Disponível em: <https://medwinpublishers.com/IJTPS/the-challenge-of-peritoneal-vaginoplasty-in-transgender-women-review-literature-and-personal-perspectives.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

PASSOS, T. S.; ALMEIDA-SANTOS, M. A.; RAMOS, N. C. Reflexões acerca do poder de decisão da pessoa trans sobre realizar a cirurgia de afirmação de gênero. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 34, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v34.1049>. Acesso em: 30 mar. 2026.

PIMENTEL, T.; VIANNA, C. A Educação de Pessoas Trans*: relatos de exclusão, abjeção e luta. **Educação & Realidade**, v. 48, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236124022vs01>

PINNA, F. *et al.* Mental health in transgender individuals: a systematic review. **International Review of Psychiatry**, v. 34, n. 3–4, p. 292–359, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>. Acesso em: 30 mar. 2026.

QUINTANA, G. R.; PFAUS, J. G. Do sex and gender have separate identities? **Archives of Sexual Behavior**, v. 53, n. 8, p. 2957–2975, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02933-2>. Acesso em: 30 mar. 2026.

RAMIREZ, M. L. *et al.* Surgical considerations for genital reconstruction options for gender-diverse individuals assigned male at birth. **Plastic and Aesthetic Research**, v. 12, p. 16, 2025. DOI: <https://dx.doi.org/10.20517/2347-9264.2025.10>. Acesso em: 30 mar. 2026.

REED, M. B. M. *et al.* The influence of sex steroid treatment on insular connectivity in gender dysphoria. **Psychoneuroendocrinology**, v. 155, p. 106336, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106336>. Acesso em: 30 mar. 2026.

ROCON, P. C. *et al.* A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans. **Pro-Posições**, v. 33, p. e20190083, Campinas, SP 2022. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8668938>. Acesso em: 2 abr. 2026.

ROJAS-VARGAS, J. *et al.* The neovaginal microbiota, symptoms, and local immune correlates in transfeminine individuals with penile inversion vaginoplasty. **Cell Reports**, v. 44, n. 12, p. 116546, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2025.116546>. Acesso em: 30 mar. 2026.

ROSA, P. de. *et al.* Vaginal stenosis after gender-affirming vaginoplasty: a systematic review. **Urology**, v. 186, p. 69-74, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2024.02.005>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SCHARDEIN, J. N.; NIKOLAVSKY, D. Sexual functioning of transgender females post-vaginoplasty: evaluation, outcomes and treatment strategies for sexual dysfunction. **Sex Med Rev**, v. 10, n. 1, p. 77-90, 2022. DOI: 10.1016/j.sxmr.2021.04.001.

SCHMIDT-BEUCHAT, E. Clinical guidance and recommendations for in-office management of the neovagina: a review. **International Journal of Reconstructive Urology**, v. 3, n. 2, p. 149-156, 2025. DOI: https://doi.org/10.4103/IJRU.IJRU_23_25. Acesso em: 30 mar. 2026.

SEGANFREDO, I. B. **Estudo clínico prospectivo randomizado comparativo do efeito do tratamento da síndrome geniturinária da menopausa com promestrieno vaginal, laser de CO₂ fracionado e radiofrequência fracionada microablativa**. 2023. Tese (Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.5.2023.tde-23082023-171813>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SHAMAMIAN, P. E. *et al.* Predictors of dilation difficulty in gender-affirming vaginoplasty. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 101, p. 178-186, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.11.042>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SIECZKOWSKA, S. M. *et al.* Body composition and physical fitness in transgender versus cisgender individuals: a systematic review with meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, v. 60, p. 198-210, 2026. DOI: 10.1136/bjsports-2025-110239.

SILVA, M. P. B. da. *et al.* O cuidado das pessoas trans por profissionais do Sistema Único de Saúde na perspectiva de acadêmiques de Enfermagem. **Revista de Educação Popular**, n. Edição Especial, p. 226–241, Uberlândia 2023. DOI: 10.14393/REP-2023-69030. Acesso em: 30 mar. 2026.

SLUIS, W. B. van der. *et al.* Genital gender-affirming surgery for transgender women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 86, p. 102297, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.102297>. Acesso em: 30 mar. 2026.

STENERSEN, M. *et al.* Sex work patterns among transgender and gender diverse people: a latent class analysis. **Journal of Homosexuality**, 2025, v. 72, n. 11, p. 2134–2152. DOI: 10.1080/00918369.2024.2415419.

STENERSEN, M. R.; THOMAS, K.; MCKEE, S. Police harassment and violence against transgender & gender diverse sex workers in the United States. **Journal of Homosexuality**, 2024, v. 71, n. 3, p. 828–840. DOI: 10.1080/00918369.2022.2132578.

STOEHR, J. R. *et al.* The microbiome of the neovagina: a systematic review and comparison of surgical techniques. **International Journal of Transgender Health**, v. 25, n. 4, p. 623–633, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2237014>. Acesso em: 30 mar. 2026.

TABEI, S. S. *et al.* Tubularized augmented peritoneal cap (TAPCap) with intact fish skin xenograft for primary gender-affirming vaginoplasty: early experience and surgical results. **Translational Andrology and Urology**, v. 15, n. 1, p. 16, 2026. DOI: <https://doi.org/10.21037/tau-2025-714>. Acesso em: 30 mar. 2026.

TEIXEIRA, F. B. *et al.* **Cuidados culturais em saúde mental**. 2026. p. 164–183.

TONDU, M. *et al.* The use of peritoneum in female genital gender-affirming surgery: a systematic review. **Annales de Chirurgie Plastique Esthétique**, v. 70, n. 1, p. 26–33, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2024.08.002>. Acesso em: 30 mar. 2026.

TRISTAN-CHEEVER, E. **Atenção primária e a população transgênero: da prática clínica às ações de educação em saúde**. 2024. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-30012025-175207/>. Acesso em: 30 mar. 2026.

UCAR, E. *et al.* Vaginoplasty and relationship dynamics: postoperative satisfaction in female patients and their male partners. **Aesthetic Surgery Journal**, 2025. DOI: 10.1093/asj/sjaf231.

UCSF Transgender Care; Reproductive Health Access Project. **2025 UCSF guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people**. 2025. Disponível em: <https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2025/09/2025-UCSF-Guidelines-for-the-Primary-and-Gender-Affirming-Care-of-Transgender-and-Gender-Nonbinary-People.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

VABBA, A. *et al.* Development and validation of the exteroceptive body awareness (EBA-q) questionnaire. **PeerJ**, v. 11, p. e15382, 2023. DOI: <https://doi.org/10.7717/peerj.15382>. Acesso em: 30 mar. 2026.

WENK, M. J. *et al.* Post-surgical outcomes in transgender women: a prospective analysis of sexual function and health-related quality of life. **World Journal of Urology**, v. 43, n. 1, p. 529, 2025. DOI: 10.1007/s00345-025-05887-9.

YAISH, I. *et al.* Effects of gender-affirming hormone therapy on lower urinary tract symptoms and sexual function among transgender individuals. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 168, n. 3, p. 1292-1297, 2025. DOI: 10.1002/ijgo.15964.

14. REGIÃO SUDESTE

Foram entrevistadas 31 participantes da região Sudeste do Brasil. Todas se identificam como mulheres trans redesignadas e nenhuma se identifica como travestis redesignadas. As idades variaram de 29 a 57 anos de idade e entre as técnicas cirúrgicas relatadas foram: 28 com técnica de inversão peniana, 1 com técnica de jejuno e 6 não sabiam informar. 23 mulheres relataram que já fizeram retoque cirúrgico/reabordagem ou ainda necessitam realizar seja por necessidade estética ou funcional, 8 não precisaram ou não precisarão, 3 talvez precisem e 1 não sabe se precisará.

Das entrevistas-conversa  o emergiram 7 categorias temáticas, sendo estas: 1. Rotina de cuidado de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesigna  o genital; 2. (Des)cuidado dos profissionais de saúde de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesigna  o genital; 3. Transfobia institucional sofrida durante o período de cirurgia de redesigna  o genital; 4. A saúde mental de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesigna  o genital; 5. Repercussões físicas e emocionais depois da cirurgia de redesigna  o genital; 6. Ressignifica  o da sexualidade após a cirurgia de redesigna  o genital; e 7. Aconselhamentos entre mulheres trans e travestis para quem deseja realizar a cirurgia de redesigna  o genital.

Na categoria sobre a rotina de cuidado de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesigna  o genital (CRG), algumas entrevistadas sudestinas relataram acreditar que a relação sexual penetrativa dispensaria rotina de dilata  o após a CRG. Outras relatam sobre as estratégias de cuidado com a neovagina após a CRG, os cuidados durante a dilata  o após a CRG, rotina de dilata  o vaginal com parceria, o tempo disponibilizado para a dilata  o e a mudança gradual dos dilatadores. Foi expresso que a rotina de dilata  o ajudou a evitar desconforto e estenose vaginal, e

também foram relatadas estratégias que buscavam mitigar desconforto durante a dilatação.

As entrevistadas destacaram que há muitos profissionais despreparados no cuidado de mulheres trans e travestis redesignadas na região sudeste do Brasil, o que acarretou em complicações após a CRG. Por exemplo, há mulheres redesignadas que buscaram por atendimento médico particular, devido à necessidade de reintervenções cirúrgicas, mas se depararam com as barreiras de acesso e outros desafios em acessar os profissionais de saúde, precisando assim criarem estratégias como a troca de informações entre pares para seu autocuidado.

No decorrer das falas, as entrevistadas sudestinas refletiram sobre violências sofridas pelas mulheres trans e travestis por profissionais de saúde antes, durante e após a CRG, causando dor, angústia e sofrimento. Tais violências impactaram diretamente na saúde mental dessas mulheres trans e travestis após a CRG.

Nas entrevistas, emergiram falas de complicações, a saber: estenose vaginal, estenose uretral, fibrose vaginal, fibrose uretral, incontinência urinária, “cotoco” (uma proeminência residual de tecidos do neoclitóris), dificuldade em iniciar atividade sexual penetrativa e outras complicações que ocasionaram em internação hospitalar. Tais complicações resultaram em sentimentos de vulnerabilidade, impotência e instabilidade emocional das mulheres trans e travestis após a CRG. Também foi percebido em algumas mulheres e travestis perda ou ganho de peso, a reposição hormonal associada ao ganho de peso após a CRG e por vezes, a necessidade de retoque cirúrgico.

As falas ainda ressaltaram a importância em continuar com a reposição hormonal após a CRG, o apoio familiar/comunitário como instrumento que contribui para o bem estar de trans/travestis após a CRG, satisfação com a estética pós cirúrgica, lubrificação, funcionalidade e

sensibilidade após a CRG. As entrevistadas da região Sudeste do Brasil também fizeram recomendações para quem deseja realizar a CRG.

14.1. Rotina de cuidado de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.

Esta categoria foi constituída por 7 subcategorias: 1. Mito de que relações penetrativas substituem a rotina de dilatação; 2. Estratégias de cuidado com a neovagina após a CRG; 3. Os cuidados durante a dilatação após a CRG; 4. Rotina de dilatação vaginal com parceria; 5. Tempo disponibilizado para a dilatação; 6. A mudança gradual dos dilatadores; e 7. Estratégias que buscam mitigar desconforto durante a dilatação.

14.1.1. Mito de que relações penetrativas substituem rotina de dilatação

As entrevistadas a seguir afirmaram acreditar que as relações sexuais penetrativas dispensariam as rotinas de dilatações:

“Então, como eu sou casada, eu não faço muita dilatação porque eu tenho um parceiro. Quando ele pescava, eu tinha que fazer, eu usava os dilatadores, porque senão realmente ficava muito fechada e era ruim, machucava muito. E até para fazer dilatação, eu percebia, até ele mesmo percebia, quando ele chegava via que não ia tudo, ia até a metade” (Ent. 1 Sudeste).

“Se é uma semana que eu tenho relação sexual com mais frequência, eu nem faço dilatações. Porque com a própria relação sexual, mesmo se eu fico, tipo, três, quatro dias sem dilatação, na hora que eu vou fazer a relação sexual, eu consigo fazer tranquila” (Ent. 7 Sudeste).

“Quando eu tenho relação mesmo não me dilatando, eu percebi que a nossa respiração influencia a questão do abdômen, que antes eu ficava com medo, eu me contrai e não entrava, machucava” (Ent. 9 Sudeste.).

“Então a necessidade de dilatação permanece, você não para de dilatar quando você tem uma vida sexual ativa, mesmo com a vida sexual ativa é comum você ter um outro momento de dilatação” (Ent. 10 Sudeste).

“O meu canal era menor mesmo porque eu não tinha relação com penetração. Então, assim, por eu não ter uma relação com penetração e não ter o canal de uma pessoa que tem uma neovagina” (Ent. 16 Sudeste).

“Eu mantive de uns dois anos pra cá, eu só mantenho relação sexual, eu não fiz a dilatação, então, eu sentia um pouco de dor na penetração, eu senti que a profundidade mudou. Tinha perdido um pouco a profundidade” (Ent. 20 Sudeste).

“Esse envolvimento que eu tive com essa pessoa, eu tive um relacionamento com ela durante um ano e meio, as minhas dilatações eram mais esporádicas, uma vez por semana. Eu acredito que sim, as dilatações são importantes, até pra manutenção do nosso canal, mas o que mantém mesmo, até para não dar sangramentos, é a relação sexual” (Ent. 27 Sudeste).

14.1.2. Estratégias de cuidado com a neovagina

As entrevistadas a seguir relataram que usavam ducha vaginal, óleo de girassol, gel lubrificante, entre outros, como estratégias de cuidado com a neovagina após a CRG:

“O que eu tenho de rotina é ter uma duchinha, que ela tem um suportezinho que deve ter uns 10 ou 12 centímetros, um pouquinho grossinha, que eu faço a lavagem todos os dias” (Ent. 1 Sudeste).

“Bom, os cuidados é que eu depilo com cera, dilato todo dia com óleo de girassol, e uso sabonete líquido também, como sabonete íntimo com pH neutro. Também uso calcinha de ventila” (Ent. 2. Sudeste).

“As dilatações eu faço da seguinte maneira. Eu toda vez que eu vou tomar banho, ou vou lavar o cabelo. Eu levo meu dilatador pro banheiro. Eu toda vez que eu vou tomar banho, ou vou lavar o cabelo. Eu levo meu dilatador pro banheiro” (Ent. 3 Sudeste).

“Eu relaxo na cama, passo gel lubrificante. Então, como eu acabo me lavando de duas a três vezes por semana o canal, eu passo gel lubrificante, coloco o molde, que é o terceiro molde de 17,5” (Ent. 9 Sudeste).

“Quando eu vou fazer meus banhos diários, eu ponho os dedos dentro. Eu vou passo o sabãozinho, vou com uma agulha. Quer dizer que eu estou sempre mexendo ali” (Ent. 11 Sudeste).

14.1.3. Os cuidados durante a dilatação após a cirurgia de redesignação genital.

Alguns dos cuidados relatados pelas participantes estão descritos nas falas a seguir:

“Conversei com vocês sobre como estão as suas dúvidas e satisfação e dificuldades com cada dilatador, foram decisões que foram bem informadas e bem pactuadas no pós-operatório, pelo menos no meu entender” (Ent. 4 Sudeste).

“Ele me explicou que tinha que fazer, eu acho que nessa época eu fazia de seis e seis horas. Inclusive tinha horários muito ruins para fazer, mas seguia direitinho” (Ent. 6 Sudeste).

“Na verdade, quando eu saí do hospital ele não falou nada sobre dilatação. Ele tinha me explicado em consulta, mas lá ele falou, ó, eu não vou te passar nada sobre dilatação” (Ent. 7 Sudeste).

“O tempo passou e tudo. Eu só ouvi falar dessa questão da dilatação novamente quando eu conheci o INAMUR [Instituto Nacional de Mulheres Redesignadas], que no INAMUR foi entrosando. E as

meninas falaram, você não faz dilatação? Eu falei, não faço” (Ent. 12 Sudeste).

“Os cuidados com a neovagina, eu mantenho os mesmos que eu já fazia no pós-operatório de higiene, dilatação semanal, ter cuidado quando vai ter alguma relação, ter aquele cuidado para não machucar o canal da neovagina, são esses os cuidados que eu estou tendo” (Ent. 18 Sudeste).

“A rotina inicial de dilatação era um processo que eu tinha que fazer todos os dias. Eu fazia em dois horários, duas vezes por dia. Eram seis da manhã e às cinco e meia da tarde todos os dias” (Ent. 20 Sudeste).

“O que eles me falaram era para fazer 30 minutos no dia, coloca um minuto, tira, descansa. Não coloca, deixa dois minutos, descansa um” (Ent. 26 Sudeste).

14.1.4. Rotina de dilatação vaginal com parceria

Nesta subcategoria, as entrevistadas da região Sudeste relataram que precisam de estímulo para realizar a rotina de dilatação, onde algumas recebem a ajuda da parceria no momento da dilatação:

“Fazia a dilatação junto com ele [companheiro], junto ele comigo naquela coisa, porque sozinha é ruim, então aquilo me estimulava, me dava vontade, e a gente ia fazendo para ela poder abrir” (Ent. 1 Sudeste).

“Eu pedi ajuda do meu até então marido. Da época ele me ajudava a introduzir o dilatador. Para poder fazer a dilatação certinha” (Ent. 3 Sudeste).

“De uns dois anos pra cá, eu só mantenho relação sexual, eu não fiz a dilatação, falei para o meu marido, eu quero fazer dilatação, ele falou, então amanhã, quando eu chegar do serviço, a gente vai fazer, porque hoje ele me ajuda na dilatação” (Ent. 20 Sudeste).

“Agora eu estou mudando um pouco, eu estou começando a usar a dilatação com estímulo vibratório, estou querendo linkar a dilatação com masturbação” (Ent. 26 Sudeste).

14.1.5. Tempo disponibilizado para a dilatação

As falas a seguir mostram como as entrevistadas da região sudeste lidaram com o tempo durante a rotina de dilatações:

“Eu uso o dilatador maior, o azul da marca X , e eu coloco ele lá dentro com o óleo de girassol e fico 30 minutos. Direto. Isso. Não tem tira, coloca de novo, tira, coloca de novo” (Ent. 2 Sudeste).

“Colocar esse dilatador por três minutos dentro da minha vagina, tentar colocar o dilatador todo, tirar o dilatador por um minuto e depois repetir esse mesmo processo dez vezes. Então, é um processo que duraria mais ou menos uns 40 minutos” (Ent. 3 Sudeste).

“Dilatações três vezes por dia, 30 minutos. Direto? É, 30 minutos, pressão leve à moderada, fazer a higienização do canal, fazer a analgesia quando necessária e ficar atenta contra a deiscência de sutura” (Ent. 4 Sudeste).

“Seis horas, vinte, trinta minutos, ele falava para fazer umas pressões, assim, indo e voltando” (Ent. 6 Sudeste).

“E hoje em dia eu faço uma dilatação, às vezes por semana. O doutor [médico] falou para usar o gel, aí eu percebi que o gel entrou mais. Se eu estou cansada, eu faço no banho. Acaba sendo rápido, não precisa ser muito tempo” (Ent. 9 Sudeste).

“Era de manhã e era a noite depois diminuiu, passa só à noite, diminui o tempo né de 40 para 30 e aí foi diminuindo depois que eu cheguei a cumprir toda escala de dilatadores no caso que a gente tinha” (Ent. 10 Sudeste).

“A dilatação inicial eu tinha que fazer durante a manhã sem exceções, então eu deixava o dilatador 3 minutos dentro do meu

canal vaginal. Depois eu descansava um minuto e depois retomava” (Ent. 16 Sudeste).

“O meu era 10 vezes de 3 minutos, acho que dava 30 minutos. Eu fazia de manhã, já quando acordava, e no fim da tarde” (Ent. 21 Sudeste).

“Era três vezes por dia, que ele queria que fosse feito, vinte minutos, coloca e tira por vinte minutos” (Ent. 22 Sudeste).

“Duas vezes ao dia, aí eu fazia de manhã e à noite, por 20 minutos, como eu tinha tempo ali disponível, eu sempre ficava uma hora, deixar o dilatador ali dentro, contava o tempo e depois tirava” (Ent. 23 Sudeste).

“No início era 5 minutos até da meia hora, colocava 5 minutos, aí tirava e colocava de novo mais 5 minutos, e assim, até 5 minutos, porque às vezes eu não aguentava nem os 5 minutos” (Ent. 24 Sudeste).

“É assim, eu coloco, deixo uma meia hora, faço os exercícios de entra e sai, tento relaxar, após eu ficar bem relaxada e ter criado um ambiente tranquilo, faço minha dilatação” (Ent. 27 Sudeste).

“Quando eu estava sonhando e estava me gozando toda, eu nem estava fazendo mais dilatação, ou seja, eu me boicotei o período da dilatação, eu não obedeci” (Ent. 28 Sudeste).

14.1.6. Mudança gradual dos dilatadores

As entrevistadas a seguir falam sobre a importância da mudança gradual dos dilatadores, e os desafios em respeitar o limite do seu corpo no processo de dilatação:

“Então, eu tive um pouco de dificuldade mais pro final da dilatação, para o final dessa gradação, no começo nem tanto” (Ent. 3 Sudeste).

“Eu tive um pouco de dificuldade na hora de fazer a transição entre os diversos dilatadores, mas a gente está tentando, aos poucos as coisas estão caminhando bem” (Ent. 4 Sudeste).

“Eu só tive dois dilatadores. Os dois eram do mesmo tamanho, do mesmo material, só que um era mais fino. E o outro era um pouco mais grosso. Sim. E eu só usava o mais fino só para entrar. Depois que entrava, eu já trocava e já colocava o outro mais grosso” (Ent. 6 Sudeste).

“Quanto à dilatação, as meninas que fazem a técnica de jejuno, elas costumam chegar no último dilatador em dois meses, eu só consegui chegar com um pouquinho mais de cinco meses, eu tive bastante dificuldade, eu sentia muita dor, ainda sinto um pouco de dor e desconforto” (Ent. 15 Sudeste).

“Eu acho que era seis dilatadores, e quando você ia enfiando um por vez, e quando você já estava acostumada com o tamanho, você progredia, um mês eu já estava já na metade do azul, do último” (Ent. 21 Sudeste).

14.1.7. Estratégias que buscam mitigar desconforto durante a dilatação

Nesta subcategoria, as entrevistadas da região Sudeste relataram que seguir a rotina de dilatação diariamente, sem pular os dias, ajuda a evitar desconforto/dor e estenose vaginal. Assim, elas criaram estratégias que buscam mitigar desconforto e dor durante a rotina de dilatação:

“E é algo que é um pouco doloroso no início, se eu pular um dia, ou dois, ou três, aí fica mais resistente. Se eu fazer todo dia, normal, não fica, aí não tem dor” (Ent. 2 Sudeste).

“Colocar esse dilatador por três minutos dentro da minha vagina, tentar colocar o dilatador todo, tirar o dilatador por um minuto e depois repetir esse mesmo processo dez vezes” (Ent. 3 Sudeste).

“Dor e desconforto com alguns dilatadores, principalmente quando eu tive que trocar de um para outro. Eu começava a dilatação com um dilatador menor, aí depois de fazer um tempo com um dilatador menor, eu passava para o dilatador maior” (Ent. 4 Sudeste).

“Até porque agora eu voltei. Eu tive um outro episódio de ressecamento. Aí voltei a tratar de novo. E agora que eu vou introduzir de novo a dilatação. Porque durante o tratamento, está ressecada, está com microfissura, aí eu não dilato. Para descansar o canal mesmo” (Ent. 6 Sudeste).

“Então, se eu não estiver bem naquele dia, eu não vou conseguir fazer, porque é mais um desconforto. Então, assim, eu tento fazer, assistindo um filme, ou olhando vídeo de foto, porque é desconfortável” (Ent. 8 Sudeste).

“Eu só tenho aquele estreitamento, sabe, de não estar dilatando, fica mais apertadinha, mas você dilatando já vai entrando, tanto é que depois já vai engolindo tudo” (Ent. 9 Sudeste).

“A dilatação em si não é algo agradável, ou que tem que te provocar qualquer tipo de prazer, então você vai fazendo por um tempo, você para e aí depois você fala não, preciso voltar e aumentar de novo” (Ent. 10 Sudeste).

“A dilatação, durante o primeiro ano, foi o ano que eu segui bem o protocolo, de uma hora para uma hora todo dia” (Ent. 13 Sudeste).

“Eu só consegui colocar o último depois da minha primeira relação sexual, foi na faixa dos cinco a seis meses” (Ent. 15 Sudeste).

“Eu fiz essa uma vez por semana, mas não estava cabendo na rotina, estava desconfortável, simplesmente deixei para lá. Ele começou a falar que o meu canal estava fechando, estava diminuindo mesmo, não chegou a fechar” (Ent. 16 Sudeste).

“Eu fui bater uma siririca, aí eu fui usar o vibrador, aí eu fui me sentir mulher, fui realmente gozar com ela. Aí as coisas começaram a melhorar, começaram a fluir. Aí eu comecei a forçar mais a dilatação” (Ent. 17 Sudeste).

“Eu acho que quando eu estava fazendo as dilatações certinhas, eu conseguia ter uma penetração maior. Eu faço uma vez na semana, eu não faço muito, porque para mim é uma coisa muito chata de se fazer, me irrita” (Ent. 26 Sudeste).

“Como ainda eu estava sentindo dor, ele [o médico] optou para fazer um dia sim e um não. Eu fiquei fazendo um dia sim e um dia não, um dia sim e um dia não, praticamente nesse mês todo, eu fazia dilatação com o dilatador menor” (Ent. 29 Sudeste).

“Eu vou com calma, respirando, relaxando a musculatura, porque a minha cabeça também tem que se acostumar e o dilatador vai tranquilo. Ainda estou fazendo as duas vezes por dia, mas com cada dia que passa, parece que ele fica um pouco mais confortável na hora de entrar” (Ent. 30 Sudeste).

14.2. [Des]cuidado dos profissionais de saúde de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital

Nesta categoria emergiram 2 subcategorias: 1. Profissionais [des]preparados e dificuldades para encontrar acompanhamento profissional após a cirurgia de redesignação genital e 2. A troca de informações entre pares como forma de promover o autocuidado.

14.2.1. Profissionais [des]preparados e dificuldades para encontrar acompanhamento profissional após a cirurgia de redesignação genital

As falas das entrevistadas da região Sudeste nesta subcategoria demonstraram que os profissionais de saúde não sabiam lidar com seus corpos, negligenciando-as. Algumas ao procurarem consulta com ginecologista ouviram destes que não sabiam lidar com mulheres trans redesignadas.

“Quando fiz a cirurgia, a equipe médica, eu acho que era uma equipe nova, eu fui primeira daquele grupo, eles não sabiam lidar com o meu caso, e eles foram negligentes” (Ent. 1 Sudeste).

“Sou uma mulher redesignada, eu não sei qual ginecologista procurar aqui no sul do estado. Como eu... Eu já tive essa fadiga com médicos, me desculpa, eu não trabalho, eu não sei lidar com pessoas trans” (Ent. 5 Sudeste).

“Eu não sabia lidar direito com o órgão novo que eu tinha. E nem ele [médico], nem o hospital, nem os médicos que estavam me atendendo já aqui, ninguém me explicou muita coisa do que eu tinha que fazer, higiene, nada”. Os médicos que estavam me tratando nesse período, eu sentia que eles estavam me tratando como uma pessoa cis (Ent. 6 Sudeste).

“No fim das contas, você não tem orientação. Na verdade, quem te orienta no seu pós-cirúrgico não é a equipe médica, quem te orienta são as outras meninas que fizeram cirurgia. Eu simplesmente virei motivo de curiosidade naquele atendimento, sentindo muita dor” (Ent. 8 Sudeste).

“Os médicos e profissionais da saúde de uma maneira geral que não tem preparo para lidar com os nossos corpos. Uma estudante enfiou um espécule na minha uretra achando que era o meu canal, então assim isso é reflexo, né dessa falta de preparo com a gente. Assim a

gente vê essa carência nos profissionais assim que a gente vai procurar. Precisa de cuidado e nós estamos aqui exatamente para cobrar especialização” (Ent. 10 Sudeste).

“Aí procurei aqui na cidade um endócrino particular mesmo, a consulta bem cara, mas nesse momento tinha que ser alguém especializado. A médica também examinou e tudo, e falou que estava tudo bem, mas que valia a pena passar pela fisioterapia pélvica e ver as indicações que ela vai me passar. Porque se precisar também” (Ent. 12 Sudeste).

“Eu consegui achar essa médica e, nossa, me abriu, assim, completamente a cabeça, tanto que depois dela eu comecei a ter relação” (Ent. 14 Sudeste).

“O pessoal não sabia muito bem como lidar com meu canal que era menor, aí, me encaminharam para a ginecologia infantil, às vezes, uma associação da minha vagina como se fosse uma vagina infantil” (Ent. 16 Sudeste).

“Nós consultávamos com o endócrino, até após a cirurgia, depois a rede trocou os médicos, estava sem ginecologista, porque a doutora faleceu, não tinham achado outros médicos, eu acompanho com ginecologista, porque no meu município não tem endócrino” (Ent. 20 Sudeste).

“Cada profissional fala uma coisa, vai fazer duas vezes por dia, você vai colocar um minuto, tira um minuto, bota um minuto, tira um minuto e faz 40 minutos, aí tem outro que diz, não, você vai colocar o seu dilatador, vai deixar lá 20 minutos, depois você tira” (Ent. 24 Sudeste).

“Era o coordenador do projeto, na época, ele tinha arrumado, conversado com o médico, porém, ele saiu do projeto e ficou outra pessoa no lugar dele falou que ela não vai mexer, ela não vai mexer, até porque ela não sabe” (Ent. 25 Sudeste).

“Coloca dois, descansa um até dar os 30 minutos, só que assim, o que eu percebi é que como elas mandaram eu fazer muito tempo com esse daqui a cicatrização foi feita e esse daqui não entra mais todo” (Ent. 26 Sudeste).

14.2.2. A troca de informações entre pares como forma de promover o autocuidado

As entrevistadas da região Sudeste demonstraram que a troca de informações, referente às rotinas de cuidados entre as mulheres trans e travestis que já passaram pela cirurgia de redesignação genital, foi essencial e muitas vezes visto por estas como mais resolutivo do que a busca por profissionais de saúde, uma vez que estes profissionais frequentemente não sabem como lidar com mulheres trans e travestis redesignadas, por vezes negam atendimento ou quando atendem, acabam tratando-as como “exóticas” e no lugar da curiosidade.

No intuito de manter o autocuidado, e mediante o desconhecimento dos profissionais de saúde, as entrevistadas relataram que uma forma de manter uma rotina de cuidados após a realização da CRG é a troca de informações entre pares:

“Foi bem mais fácil eu conseguir com elas, até porque elas tiveram também esses problemas ou outros. E aí a gente consegue e acaba fazendo, porque não pode é ficar machucada, com microfissura, sem dilatar, correr o risco de fechar tudo e acabar o sonho” (Ent. 6 Sudeste).

“A gente trocava as experiências, cada uma com o seu pós-operatório, cada uma com o seu resultado, porque o resultado é muito individual, é bacana a gente possa ter troca de experiência. Não é porque você teve uma experiência ruim que eu vou ter uma experiência ruim. Não é porque a minha foi boa que a sua vai ser boa” (Ent. 9 Sudeste).

“Então aprendo muito mais com as parceiras. Eu acho que isso é comum, eu fiz isso deu certo. Comigo está acontecendo isso, acaba o que eu percebo é que a gente forma os profissionais, aí você conversa às vezes com o endócrino, às vezes com uma ginecologista e diz “olha isso aqui. Alguém falou que deu certo, será que a gente não pode tentar” (Ent. 10 Sudeste).

“Algumas meninas que eu conheci lá durante as consultas e tal, elas falavam dessa questão da dilatação e tudo, mas pra mim os médicos, as enfermeiras nunca me indicaram essa questão” (Ent. 12 Sudeste).

14.3. Transfobia institucional sofrida durante o período de cirurgia de redesignação genital.

Nesta categoria destacaram-se falas de 3 entrevistadas sudestinas sobre suas vivências no decorrer dos seus processos de redesignação genital, trazendo em seus relatos violências sofridas a partir de profissionais de saúde antes, durante e após a CRG. Também se destacou o relato de que há um abandono total por parte dos ambulatorios trans, então estas mulheres ficaram sem atendimento de saúde quando precisaram.

“Foi que no cadastro do hospital eles me colocaram como sexo masculino, eu falei “meu, não tem isso não”. Ah, mas é porque está no seu documento. Aí o médico falou, ah, que às vezes no hospital eles colocam isso aí desse jeito” (Ent. 4 Sudeste).

“Pós-cirurgia, eles põem um molde, que na verdade é tipo um cano de PVC, de pintura, e não ficou dentro do canal, ficou na pele, e quando eu cheguei para fazer a minha revisão, o médico empurrou aquilo dentro de mim sem nenhum tipo de lubrificante, nem nada. Quando eu fui questionar, “você não quis ser mulher?” O ato cirúrgico foi totalmente traumático para mim. As pessoas falam muito pouco a respeito disso, porque me dói” (Ent. 8 Sudeste).

“Não, os ambulatórios específicos para redesignação não me atendem, porque eu não fiz a cirurgia com eles, não se responsabilizam por mim, eles não querem nem ver. Eles não mexem com você. É um abandono total. É melhor nem passar mal. Esse é um dos motivos que eu não quero mexer com hormônio, nem com medicação, para não passar mal” (Ent. 11 Sudeste).

14.4. A saúde mental de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital

As entrevistadas relataram sobre a saúde mental de mulheres trans e travestis após a CRG:

“Então, pela falta da vitamina D, eu fiquei um pouco depressiva, fiquei mais reclusa, assim. Enfim, os sintomas característicos da falta da vitamina D. Então, tive isso” (Ent. 2 Sudeste).

“Eu sinto que houve um pouquinho de prejuízo, porque a minha libido deu uma caída após a cirurgia de redesignação. Eu senti desânimo. Não tem energia, não tem força, força de vontade. Libido é nenhuma. Zero. Zero vezes zero. Por causa da falta de testosterona” (Ent. 3 Sudeste).

“Estabilidade emocional dá pra gente perceber, porque, inclusive, normalmente uma coisa que algumas pacientes se queixam é de labilidade emocional” (Ent. 4 Sudeste).

“Eu era ansiosa antes, mas a minha ansiedade de antes era uma ansiedade que eu não comia, após eu comecei a que me dava fome, se tornou uma ansiedade que começou a mexer com o psicológico também” (Ent. 7 Sudeste).

“A questão maior foi a questão emocional. Na verdade, todo o processo foi traumático. Na primeira fase, eu tive uma primeira fase,

uma segunda fase de cirurgia. Na verdade, minha cirurgia foi frustrante” (Ent. 8 Sudeste).

“A questão da testosterona. Minha testosterona chegava 13, 17, baixíssima. Já chegou a ficar zerada. Aí ela falou, é interessante usar a testosterona porque ela vai melhorar a libido” (Ent. 9 Sudeste).

“Logo após a cirurgia, eu acho que foi o que... um ano talvez depois, 2023 ou meio de 2023, eu acho eu iniciei com medicação para depressão” (Ent. 10 Sudeste).

“Dessa parte emocional, eu acho que a cirurgia contribui, porque o bloqueador causa uma leve depressão, porém, essa parte de ansiedade ou até momentos depressivos melhoraram nesse sentido” (Ent. 18 Sudeste).

“Emocionalmente, eu fiquei mais frágil, eu sou muito de absorver as coisas do outro, então, se eu vejo alguma coisa que me toca emocionalmente, eu fiquei muito emotiva” (Ent. 20 Sudeste).

“Logo de cara, o emocional deu uma complicada, tipo assim, eu sempre fui a pessoa emotiva e tudo, mas eu fiquei muito pior, muito mais emotiva, chorosa e triste as vezes” (Ent. 24 Sudeste).

“Eu era feliz, eu achava que eu não era feliz, agora eu não sou feliz, minha vida social acabou 90%, eu era uma pessoa muito ativa, e aí hoje eu não posso fazer quase nada, e se eu não os tivesse, eu já tinha desistido. Eu já perdi dois anos da minha vida e a vida está passando tão rápido que um dia perdido é muito tempo e eu não sou mais novinha” (Ent. 25 Sudeste).

“Às vezes, tenho uma confusão mental, alguns episódios que você fica ali para baixo, não sei se seria uma confusão mental, mas você se questiona de algumas coisas, uns momentos você fica ali mais deprimida” (Ent. 29 Sudeste).

14.5. Repercussões físicas e emocionais depois da cirurgia de redesignação genital

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. Estenose vaginal após a cirurgia de redesignação genital; 2. Estenose uretral após a cirurgia de redesignação genital; 3. Fibrose uretral após a cirurgia de redesignação genital; 4. Complicações que resultaram em internação hospitalar após a cirurgia de redesignação genital; 5. Incontinência urinária após a cirurgia de redesignação genital; 6. Sentimentos de incômodo/frustração após a cirurgia de redesignação genital e a necessidade de retoque; 7. Perda de peso relacionada ao pós-operatório da cirurgia de redesignação genital; 8. Ganho de peso relacionado a realização da cirurgia de redesignação genital; 9. A reposição hormonal após a cirurgia de redesignação genital; 10. O apoio familiar/comunitário como instrumento que contribui para o bem estar de trans/travestis redesignadas; e 11. Satisfação com a estética, lubrificação, funcionalidade e sensibilidade.

14.5.1. Estenose vaginal após a cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, as participantes da região Sudeste relataram o desenvolvimento de estenose vaginal, caracterizado por relatos de estreitamento, resistência no momento da relação sexual penetrativa e a dificuldade no momento de introduzir o dilatador durante a rotina de dilatação.

“Quando fica algum tempinho sem namorar, a gente percebe, meu parceiro também percebe, que tem, sim, um estreitamento” (Ent. 1 Sudeste).

“Eu sinto endurecido e na hora da relação, tem um pouco de resistência para entrar. Mas eu consigo ter relação normal” (Ent. 2 Sudeste).

“Então eu não conseguia fazer essas dilatações. E eu tive um pouquinho do estreitamento da entrada do canal. Mas um erro meu. Que anos depois eu fiz essa correção com o mesmo médico” (Ent. 7 Sudeste).

“Eu só tenho aquele estreitamento, sabe, de não estar dilatando, que é você... fica mais apertadinha, mas você dilatando já vai entrando, tanto é que depois já vai engolindo tudo” (Ent. 9 Sudeste).

“O meu canal interno deu estenose, fiquei com meu canal muito curto, e outras questões também da inversão, eu fiz com outro médico, a troca do canal pra jejuno, ele praticamente mexeu na neovagina inteira, refez praticamente toda” (Ent. 23 Sudeste).

“Essa questão de dilatação, ela acabou sendo um pouco prejudicada, por conta do intervalo grande sem dilatar, deu estenose no canal, ele estreitou, principalmente na entrada” (Ent. 29 Sudeste).

14.5.2. Estenose uretral após a cirurgia de redesignação genital

Já nesta subcategoria, as participantes da região Sudeste relataram a estenose uretral, caracterizada por relatos de dificuldade para urinar e necessidade de utilizar cateter vesical de demora:

“Depois de ter alta, porque a pepeca está toda inchada, está feia, eu estou tendo estenose, fazer xixi está estranho para mim” (Ent. 4 Sudeste).

“A exposição que eu tive foi muito grande, porque eu tive que ir para o pronto atendimento da minha cidade, passar a sonda de alívio duas vezes. Na terceira vez que eu passei mal, de tanto sentir dor no hospital, me passaram uma sonda de demora” (Ent. 8 Sudeste).

“Não senti nenhum tipo de estenose. Acho que foi até uma conversa que a gente teve na última reunião do INAMUR, as meninas comentaram de tudo. Eu fiquei apavorada com relação à uretra” (Ent. 12 Sudeste).

14.5.3. Fibrose uretral após a cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, uma entrevistada sudestina relatou o desenvolvimento de fibrose uretral, caracterizado pela dor, ardência e dificuldade para urinar conforme descrito no relato da participante.

“A dor só foi passar quando eu fui novamente lá no médico e aí ele [médico] constatou que eu estava com fibrose. Então, essa ardência era por conta da fibrose na uretra, além da dor, eu passei a ter dificuldade para urinar” (Ent. 22 Sudeste).

14.5.4. Complicações que resultaram de internação hospitalar após a cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, 10 entrevistadas da região Sudeste relataram complicações que resultaram em internação hospitalar após a CRG. As complicações que as entrevistadas relataram foram infecções devido ao deslocamento do dilatador, oclusão intestinal, dificuldade para urinar após a retirada do cateter vesical de demora, infecção na incisão cirúrgica, obstrução intestinal, necessidade de alimentação por sonda nasoenteral, hemorragia nas primeiras 24 horas, oclusão intestinal, perfuração do intestino com necessidade de colostomia e internação na unidade de terapia intensiva devido íleo paralítico e broncoaspiração.

“O meu molde, com dois dias, ele saiu do lugar. Como ele saiu, aí rasgou, eu tive um corte por baixo do ponto, descosturou. Eu tive infecção. Eu fiquei três meses no hospital porque eu peguei infecção, tive que fazer hiperbárica” (Ent. 1 Sudeste).

“Eu tive o que eles chamam de oclusão intestinal, que é quando o intestino incha e não consegue passar nada porque fica muito estreito aonde foi tirado o jejuno” (Ent. 2 Sudeste).

“Uns 15 dias da cirurgia eu ainda estava com a sonda vesical, e aí precisou tirar a sonda e quando foi tirado e eu lembro até hoje que

foi uma sexta-feira, e aí eu não conseguia fazer xixi, eu fiquei dois dias” (Ent. 7 Sudeste).

“E eu fui assim, agora eu vou resolver isso, na minha cabeça. Até que eu fiz uma segunda cirurgia. Aí eu vivi o horror. Porque eu tive uma infecção urinária” (Ent. 8 Sudeste).

“Uma pequena infecção, na região que estava tendo curativo ainda, que ainda estava cicatrizando e tive que procurar um ginecologista” (Ent. 13 Sudeste).

“E eu tive uma obstrução intestinal, isso foi horrível, eu quase morri por conta disso, precisei de uma nova avaliação com o doutor [médico], nossa, foi algo terrível que me aconteceu, a gente não espera que isso aconteça” (Ent. 14 Sudeste).

“Esses 4 dias foram um pouquinho desconfortáveis porque não conseguia dormir direito, não dava energia e eu não comia, só me alimentava por sonda, não comia, não tomava banho, ficava só na cama” (Ent. 16 Sudeste).

“E meu pós-imediato foi bem conturbado, tive hemorragia nas primeiras 24 horas de cirurgia e eu quase vim a óbito, e depois de cerca de 3 ou 4 dias, quando a gente inicia o processo de alimentação, eu tive uma paralisia intestinal” (Ent. 17 Sudeste).

“Após a cirurgia, eles me avisaram que tinha perfurado o meu intestino. Que já tinham feito os reparos e tinham costurado. Com sete dias, antes de ganhar a alta, eu fui tomar banho e percebi que estava saindo água com fezes da minha neovagina”. Até hoje eu ainda estou usando a bolsa de colostomia, fazem a cirurgia e meu intestino não fecha” (Ent. 25 Sudeste).

“Eu adquiri uma bactéria que acabou gerando íleo paralítico, eu acabei broncoaspirando, fui para a UTI e fiquei 10 dias

hospitalizada, acabei ficando 30 dias lá, vivi os piores dias da minha vida” (Ent. 27 Sudeste).

14.5.5. Incontinência urinária após a cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, 3 entrevistadas da região Sudeste relataram infecção urinária após a CRG. As entrevistadas relataram dificuldade para segurar a urina, em que por vezes não conseguem nem chegar ao banheiro a tempo.

“Tenho uma certa dificuldade para segurar a micção. Então, eu percebo que, às vezes, eu urino sem perceber. Eu acredito que seja a urina por conta do odor que eu sinto em algumas vezes. Então, em relação à saúde, o que eu pude observar foram essas coisinhas” (Ent. 3 Sudeste).

“Grave é essa incontinência a ponto de você não conseguir sentir que está urinando ou não aguentar segurar a ponto de você precisar usar alguma” (Ent. 11 Sudeste).

“E eu não consigo segurar xixi, se eu estou fazendo qualquer coisa e dá aquela vontade forte de fazer xixi, amor, esquece! Eu me mijo, eu vivo mijada” (Ent. 17 Sudeste).

14.5.6. Sentimentos de incômodo/frustração após a cirurgia de redesignação genital e a necessidade de retoque

Nesta subcategoria, 12 entrevistadas da região Sudeste relataram sentimentos de incômodo/frustração após a CRG e a necessidade de retoque cirúrgico. As entrevistadas relatam perceberem um “cotoco” (tecidos remanescentes), exposição do canal uretral, falta de elasticidade e nem reto, dor, sangramento, espaço que acumula urina, estética, necrose no pós-operatório, perfuração do intestino e exposição da uretra.

“Então o nervo subia, ficava alto, ficava uma coisa pavorosa. Algo inchado, o que as pessoas costumavam falar, que é um “cotoco” isso,

isso aí. Era um cotoco horroroso que levantava e ficava uma coisa assim, horrorosa” (Ent. 1 Sudeste).

“Ela é um pouquinho aberta, assim. Aí ela expõe o meu canal, minha uretra. E eu não acho bonitinha nem nada. Ali foi frustrante, até desabafei com uma amiga trans redesignada, e eu questionei até, na verdade, falei que se for para ficar sangrando desse jeito não é legal” (Ent. 2 Sudeste).

“Mas eu percebo um certo edema e uma parte um pouco durinha, assim, quando eu me sinto excitada, quando eu tenho relação sexual, e isso me deixa um pouco frustrada” e outra coisa também que me trouxe um pouco de frustração foi o “cotoco”, eu não sei exatamente se é um “cotoco” (Ent. 3 Sudeste).

“Meu canal não é muito profundo. Não tem muita elasticidade, ele também não é reto, ele faz uma curva. Tenho bastante dificuldade. Se for, tem que ser pequeno o negócio. Porque se for grande, é bem complicado e dói também. Sangramento não tem, graças a Deus. Só queimação, incômodo, essas coisas” (Ent. 6 Sudeste).

“Os cuidados que você tem que ter é muito grande, porque ficou tipo uma bolsa e aquilo dali entra urina. E assim, você se vê numa situação, como que eu vou resolver isso” (Ent. 8 Sudeste).

“Nessa época eu estava usando a testosterona, o cotoco acabava ficando inchado e no movimento do vai e vem, eu sangrava. Depois eu descobri onde que estava saindo sangue, que era nessa parte do cotoco, gravei, mandei para o doutor” (Ent. 9 Sudeste).

“A questão do sangramento seja a única coisa que de fato me incomoda um pouquinho, mas é porque eu sei que eu não tenho uma vida sexual ativa tendo uma vida sexual ativa isso desaparece” (Ent. 10 Sudeste).

“A parte estética ficou bem ruim, eu perdi vários pontos, então realmente não ficou bonita, aí eu não estava me sentindo segura,

tanto que eu só tentei ter relações sexuais com outra pessoa depois de já ter feito o retoque” (Ent. 19 Sudeste).

“Sim, preciso fazer retoque, porque deu necrose quando eu estava me recuperando, tem uma pele bem na entrada do canal, na hora do ato parece estar me queimando, me rasgando” (Ent. 21 Sudeste).

“A minha vagina é exposta, mesmo sem abrir a perna, a minha uretra, o canal vaginal é bem exposto, porque eu não tenho essa quantidade de pele necessária para fechar o canal vaginal, isso sim me traz muita insegurança” (Ent. 23 Sudeste).

“Sim, na hora que eles acabaram a cirurgia, eles me acordaram e me avisaram que tinha furado o meu intestino. Que já tinham feito os reparos, já tinham costurado. Eu estou sobrevivendo, até porque eu tenho minha mãe, eu tenho um tio e uma sobrinha que me ama” (Ent. 25 Sudeste).

“Eu vou reabordar porque o teto da minha neovagina é na uretra, e uma parte dessa uretra ela está muito para fora, então ela está impossibilitando uma passagem mais leve, mais livre do canal” (Ent. 26 Sudeste).

14.5.7. Perda de peso relacionada ao pós-operatório da cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, 5 entrevistadas relataram perda de peso após a CRG:

“Eu tive perda de peso, perdi uns 10kg e olha que já sou magra. Atualmente eu peso 65 e 65 é o meu peso normal. Porém, eu fui para 54 e 55, eu fiquei muito magra, fique esquelética. Eu tenho 1,70” (Ent. 2 Sudeste).

“A orientação é que você não pode comer você não pode beber, com isso, eu perdi 10 kg durante esse processo, nossa, foi algo assustador. Imagina você se ver perdendo peso e ninguém fazendo nada” (Ent. 10 Sudeste).

“Eu cheguei a perder, eu acho, cerca de uns 15 quilos na minha cirurgia, porque eu só consegui me pesar depois que eu voltei a trabalhar, com dois meses presencial” (Ent. 15 Sudeste).

“Quando eu fiz a cirurgia, eu estava com 58 quilos, 60 quilos, alguma coisa assim, quando eu operei. E aí eu fui pra 43. Eu sumi! Eu virei uma carcaça. Uma pessoa que operou com 58, que estava tranquila, eu sempre mantive esse peso, 58 a 63, era o peso ideal pra mim, que tem 1,59 de altura” (Ent. 17 Sudeste).

“Eu perdi muito, eu perdi muito, muito, muito quilo na cirurgia. Eu pesava 57 kg quando eu fui para o doutor, eu saí de lá com quarenta e poucos quilos, fiquei bastante preocupada com essa perda de peso assim” (Ent. 28 Sudeste).

14.5.8. Ganho de peso relacionado a realização da cirurgia de redesignação genital

Nesta subcategoria, 9 entrevistadas sudestinas relataram ganho de peso após a cirurgia de redesignação genital:

“Eu tive ganho de peso e também me senti um pouco mais irritadiça após a cirurgia, um pouco menos paciente, isso tudo após a cirurgia” (Ent. 2 Sudeste).

“Eu já cheguei a 95kg. Para quem já pesou 60, 65, 70kg, ir para 95kg foi um grande salto. Mas eu tive sim um ganho de peso bem considerável após a cirurgia” (Ent. 3 Sudeste).

“Eu tive um ganho de peso bem excessivo, até uns seis meses depois da cirurgia. Eu engordei, tipo assim, em seis meses de cirurgia, uns 20 quilos, eu cheguei a quase 100 quilos, pra você ter uma noção. Eu fui engordando, engordando” (Ent. 7 Sudeste).

“O peso que eu tinha perdido em três meses, eu recuperei, ganhei mais alguns, vou dizer que de 2022 para cá até hoje 2025, eu cheguei

a ganhar 12 quilos a mais do que eu estava lá em 2022” (Ent. 10 Sudeste).

“Eu engordei um pouco mais, eu sinto que eu fiquei um pouco mais feminina. A questão da gordura corporal se redistribuir na forma que a gente espera” (Ent. 13 Sudeste).

“Eu senti um pouco do aumento do peso, não muito, eu senti um aumento de peso, do peso corpóreo. Eu sinto isso” (Ent. 20 Sudeste).

“Estou ganhando mais peso, antes era uma luta para ganhar peso, hoje em dia estou ganhando até com uma facilidade. Percebi bastante mudança nisso também” (Ent. 23 Sudeste).

“Sim, eu ganhei um pouco de peso, ainda mais que eu tive que parar de fazer as atividades físicas, nesse período de três meses, O médico já avisou que era para eu controlar na dieta” (Ent. 30 Sudeste).

14.5.9. A reposição hormonal após a cirurgia de redesignação genital

Na subcategoria “A reposição hormonal após a cirurgia de redesignação genital”, 12 entrevistadas relataram sudorese, frio, baixos níveis hormonais após análise laboratorial e mudança no humor. As entrevistadas relataram manifestações semelhantes à menopausa da mulher cis:

“Depois da cirurgia, inclusive, quando eu comecei a entrar com a reposição hormonal, eu me senti bem menos estressada, me senti mais calma, mais tranquila” (Ent. 4 Sudeste).

“Eu passava muito mal época de calor pra mim, era muito difícil, eu sentia muito calor, minha pressão baixava, eu sentia muito calor na nuca, eu sentia muita dor de cabeça”. Agora, fazendo tratamento pra ansiedade e fazendo a reposição hormonal, eu consegui melhorar praticamente tudo isso. Vamos pôr, de 100%, eu consegui

eliminar, tipo, 85% dos meus problemas, 90%, vamos supor” (Ent. 7 Sudeste).

“Fiz o uso da primogyna, ela já surtiu o efeito assim, que nem antes da cirurgia, porque a testosterona acho que estava baixa, então, ela ficou naquele nível” (Ent. 9 Sudeste).

“Mas de automaticamente se sentir numa menopausa, não tem mais hormônio, a falta do meu hormônio no caso testosterona, foi muito alta e mesmo controlando ele antes da cirurgia”. Depois de alguns meses, né, depois da cirurgia dois três meses já estava praticamente zerada” (Ent. 10 Sudeste).

“Cheguei com recomendação médica, mas logo depois também deixei, porque nunca me aconteceu nada de diferente” (Ent. 11 Sudeste).

“E errei, pequei algumas vezes na questão hormonal, não usei muitos hormônios pela questão da passabilidade. Eu achava que não precisaria tomar hormônios, as minhas taxas hormonais estavam muito baixas e tudo, agora criei juízo” (Ent. 12 Sudeste).

“Eu tomo os comprimidos do ciclo primogyna, desde janeiro, e eu senti algumas diferenças, um pouquinho de variação de humor, um pouquinho de variação de desejo, eu tenho curtido essa diferença. Eu acho que tem me feito bem” (Ent. 15 Sudeste).

“Eu reponho testosterona, eu começo a repor testosterona, vamos colocar assim, que eu reponha uma, duas vezes na semana o gel” (Ent. 17 Sudeste).

“Me deu os sintomas da menopausa, e aí, depois eu comecei a realizar reposição hormonal por conta própria, mas depois de um tempo eu fui, procurei o endócrino, fiz os exames” (Ent. 21 Sudeste).

“Eu voltei a tomar hormônio mais ou menos um mês e pouquinho depois da primeira cirurgia, aí também não parei mais, aí eu voltei também a só tomar o hormônio feminino, o estradiol” (Ent. 22 Sudeste).

“E era uma coisa assim, meu Deus, eu vou morrer e do nada eu começava a suar e do nada eu começava a esfriar. Eu tomo o estrogênio e só” (Ent. 28 Sudeste).

“Depois da cirurgia, eu não tive que tomar mais o bloqueador de testosterona, os efeitos que eu já tinha antes estão maiores. Às vezes eu já acordo bem emotiva, ou muito estressada, e dá todos os sintomas, tudo ao mesmo tempo” (Ent. 30 Sudeste).

14.5.10. O apoio familiar/comunitário como instrumento que contribui para o bem estar de trans/travestis redesignadas

As falas a seguir das participantes sudestinas trazem uma reflexão de quão importante é o apoio familiar/comunitário em todo o processo de redesignação, seja este pré, intra ou pós-operatório:

“Eu tenho uma família que me aceita, me respeita, me valoriza. Na verdade, me respeita, porque a aceitação tem que ser nossa” (Ent. 9 Sudeste).

“Cheguei a ficar com um pouquinho de desespero, porque era dolorido, aquela introdução, eu sozinha, praticamente, para tudo. Tentei o apoio das minhas demais colegas” (Ent. 11 Sudeste).

“Eu não tive acompanhante é difícil porque precisa de acompanhante, precisa de cuidado, eu levei minha mãe, a gente brigou lá no hospital, mandei ela embora, aí fiquei sozinha, me virei, e deu tudo certo” (Ent. 24 Sudeste).

“Sempre foi um grande desejo meu poder fazer a cirurgia, porque eu tinha uma disforia muito grande, e o meu pai, ele se aposentou e me deu de presente a cirurgia” (Ent. 30 Sudeste).

14.5.11 Satisfeitas com a estética, lubrificação, funcionalidade e sensibilidade

Nesta subcategoria, as participantes da região Sudeste relataram satisfação após a CRG e trazem em suas falas, por exemplo: que fariam tudo de novo, que cuidam muito melhor da sua saúde, que cuidam muito melhor da alimentação e da saúde mental e que se livraram de um sentimento que incomodava desde criança. Há relatos de satisfação com a estética, com a sensibilidade, com a profundidade, e de que é um sonho realizado, que as fazem se sentir inteiras e renascidas:

“Eu faria tudo de novo. Faria a cirurgia de novo, porém tomaria cuidado” (Ent. 2 Sudeste).

“Depois da cirurgia, eu percebo que eu cuido muito melhor da minha saúde, eu cuido muito melhor da minha alimentação, da minha saúde mental também, eu cuido muito mais das coisas que eu assisto, eu tive muita melhoria da minha saúde após a cirurgia do que piora” (Ent. 3 Sudeste).

“Extremamente satisfeita. Pude me livrar de um problema de saúde que, desde criança, estava me incomodando” (Ent. 4 Sudeste).

“Eu fiz procedimentos estéticos, voltei para a nutricionista, voltei a treinar, porque até então tinha voltado a ser uma pessoa sedentária, voltei a treinar, voltei a me cuidar, com um ano, eu consegui emagrecer, tipo, 15 quilos disso tudo, e cheguei aos 75 quilos” (Ent. 7 Sudeste).

“Assim, fiquei muito satisfeita em relação a estética tem satisfeita em relação a minha sensibilidade até da profundidade” (Ent. 10 Sudeste).

“No começo foi um pouco difícilzinho, porque estava muito inchadinho ainda e tal. Mas fiquei satisfeita, não me senti com dificuldade nenhuma” (Ent. 11 Sudeste).

“Efeitos positivos, de realmente ter realizado um sonho, de estar me sentindo inteira comigo mesma, em paz com o meu corpo, com a minha imagem e com a minha autoestima” (Ent. 13 Sudeste).

“Nossa, foi bem complicado, mas como eu acho que é um sonho para você, eu passaria milhões de vezes, mas é um pouquinho complicado, sim” (Ent. 21 Sudeste).

“Eu estou satisfeita, apesar de ainda está muito recente, a estética não chegou no final, mas eu já sei que está ótimo” (Ent. 24 Sudeste).

“A minha lubrificação e sensibilidade é boa, inclusive, eu consigo algumas vezes, dependendo da excitação, ter relação sem lubrificar, só mesmo com a lubrificação ali da própria mucosa, né, e do parceiro” (Ent. 27 Sudeste).

“Eu particularmente, gostei do meu resultado, sei que muitas meninas têm resultados que, às vezes, não são satisfatórios, eu gostei do meu” (Ent. 29 Sudeste).

“Eu me olho no espelho, eu me olho na hora do banho, sabe? Enfim, quero me olhar várias vezes, porque sinto assim feliz, feliz, feliz, feliz. Porque parece que eu nasci, nem parece que houve uma operação, uma transição” (Ent. 31 Sudeste).

14.6. Ressignificação da sexualidade após a cirurgia de redesignação genital

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: 1. O início da relação sexual penetrativa após a cirurgia de redesignação genital;

e 2. A relação sexual penetrativa e seu significado para a mulher trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.

14.6.1. O início da relação sexual e penetrativa após a cirurgia de redesignação genital

Esta subcategoria é composta pelas seguintes falas:

“Eu ficava com medo, assim, porque eu ainda não entendia que era meu corpo, a maior dificuldade que eu tive foi em relação ao medo, um pênis um pouco grosso, isso acabava me trazendo também um pouco de dificuldade” (Ent. 3 Sudeste).

“Eu senti só incômodo e prazer, eu não senti. Inclusive, até hoje, eu já tenho o quê? Eu acho que tem mais de dois anos. Penetrando, é muito difícil sentir prazer. Muito difícil” (Ent. 6 Sudeste).

“De início, realmente foi muito de início. Não entrava tudo, doía muito, eu sentia muita dor. E aí ele... Não chegar... Algumas vezes sangrava, mas não era sempre que sangrava. Eu acho que era a dor mesmo, porque eu nunca tive desde 2018” (Ent. 7 Sudeste).

“Foi logo após a cirurgia, que eles dão um prazo de seis meses pra gente iniciar a relação. Eu tinha uns cinco meses e pouquinho já pra quase seis, aí, na hora que eu olhei a jiboia [referindo-se ao pênis do parceiro], falei, não” (Ent. 9 Sudeste).

“Deixando um pouco essa questão afetivo sexual meio que de lado porque eu não sei te dizer se é completamente isso, mas ah tem a questão desse sangramento que incomoda tem a questão de ah, não ter tanta vontade de ter relação por causa da libido” (Ent. 10 Sudeste).

“Eu tinha que fazer, se por acaso me incomodasse, eu precisava terminar o meu trabalho, ganhar o meu dinheiro. Agora eu tive meus romances, tive meus bons momentos, os péssimos também” (Ent. 11 Sudeste).

“Não aguentava a penetração, mas eu dava sentindo dor. E aí foi, dos quatro meses até um ano, completar um ano, um ano e pouco, sofrendo. Sofrendo mesmo. Daí eu transava com xilocaína, eu transava com morfina, eu tinha que ficar bebendo” (Ent. 17 Sudeste).

“Em dezembro, eu tentei com o moço, mas não consegui. Não era um pênis grande, era bem mediano, mas eu não conseguia, aí, eu fiquei encucada. Não foi uma experiência boa” (Ent. 19 Sudeste).

“Cheguei sim a ter relação, porém, era aquilo... demorava muito a primeira penetração, demorava muito, o canal era muito apertado, me machucava, então, não tinha como relaxar, não tinha como ser algo gostoso” (Ent. 23 Sudeste).

“Essa primeira relação, como eu na hora ali foi meio que, não foi algo planejado, eu não tinha lubrificante ali na hora, então eu senti um pouquinho de incômodo por essa questão” (Ent. 29 Sudeste).

14.6.2. A relação sexual penetrativa e seu significado para a mulher trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital

Esta subcategoria trata dos significados da relação sexual penetrativa para as mulheres trans e travestis redesignadas da região Sudeste. As entrevistadas relataram, por exemplo, que a “magia” acontece durante a penetração, que sentem prazeres, sentimentos e encontro com seu corpo:

“A dilatação vai só... fazer com que você entenda melhor o que está acontecendo com o seu corpo, os seus limites, mas eu acho que a magia mesmo acontece na relação sexual penetrativa” (Ent. 3 Sudeste).

“Na verdade, a coisa mais chata que eu estou tendo é porque eu ainda não fui liberada pelo médico para brincar no parquinho [referindo-se a relação sexual]” (Ent. 4 Sudeste).

“Eu consigo ter relação normal, entra tudo normal, sinto tudo, prazeres, chego no orgasmo também, normal, mas assim, levou uns

meses pra eu conseguir. Tipo, de julho do ano passado para esse ano, vou um pouco de janeiro desse ano, que foi melhorando mesmo, ao ponto de eu não sentir dor mais” (Ent. 7 Sudeste).

“Maravilhosa. Tem gente que fala assim, ah, a primeira vez é ruim. Aí tivemos a relação, fiz várias posições” (Ent. 7 Sudeste).

“A iniciação sexual foi muito boa. Eu não tive reclamação também dessa questão da funcionalidade, só que eu não sou uma pessoa que tem uma vida sexual ativa” (Ent. 10 Sudeste).

“Eu tenho 43 anos de operada (redesignada). Eu não saio mais para buscar sexo, eu não tenho mais necessidade disso” (Ent. 11 Sudeste).

“A primeira relação foi tudo certo. Foi muito prazeroso, gostoso. Depois da cirurgia, eu me senti eu de verdade, venci todos os medos e tudo mais, enfrentei” (Ent. 12 Sudeste).

“A minha primeira relação sexual, eu fiquei com medo, por causa da dor da dilatação, fiquei insegura, mas é uma dor de perder a virgindade, foi isso que eu mandei, e eu fui muito feliz” (Ent. 20 Sudeste).

“Com três meses e uma semana minha amiga tinha dado, aí eu falei, não, agora é minha vez também. Aquele momento ali foi incrível para mim, minha primeira vez, um homem gostoso daquele, foi incrível” (Ent. 21 Sudeste).

“Porque tudo muito novo, eu ficava com medo de me machucar, mas assim, foi uma sensação diferente, porque eu nunca tinha tido uma vagina para ser penetrada, mas foi gostoso, foi legal, eu gostei, assim, eu gosto de ser penetrada” (Ent. 26 Sudeste).

“E esse homem começou a me penetrar e eu comecei a entrar em transe, eu acho. Eu não sei explicar! Mas parecia que eu queria

explodir aquele negócio e não saía e eu não sabia como que era e eu não consegui controlar e eu desmaiei” (Ent. 28 Sudeste).

“Nessa, eu realmente senti prazer, a pessoa soube ter paciência, fez o oral também, que eu achei que teve uma diferença absurda. Então, dessa segunda, eu conto como se fosse a primeira e nessa eu consegui sentir prazer e rolou normal” (Ent. 29 Sudeste).

14.7. Aconselhamentos entre mulheres trans e travestis para quem deseja realizar a cirurgia de redesignação genital

Esta categoria é formada pelas seguintes frases em que as mulheres trans e travestis redesignadas do Sudeste aconselharam e ou aconselhariam uma outra mulher que fosse passar pelo processo de transgenitalização:

“Eu falaria para ela fazer o tratamento correto. Para ela não fazer isso por ninguém e sim por ela mesma. E diria para ela que uma vagina não ia tornar ela mulher” (Ent. 1 Sudeste).

“Está muito bem resolvida com isso sempre se prepare, além do preparo, psicologicamente, principalmente, porque é um pós-operatório bem difícil, a questão de ficar com a perna aberta, é complicado” (Ent. 2 Sudeste).

“Eu diria o seguinte. Olha, vá sem expectativas. A cirurgia, ela não é só a retirada de algo que incomoda no nosso corpo, né? Eu acho que com a cirurgia eu pude me sentir mais verdadeira comigo, eu pude me sentir mais confortável no meu corpo” (Ent. 3 Sudeste).

“Esteja preparada porque vai ser uma parte meio difícil, mas se é o que a pessoa quer, tire dúvidas, atente para as expectativas, então, beleza, vamos nessa” (Ent. 4 Sudeste).

“Faça um mergulho dentro de você, pergunte a si mesma se é isso que você realmente quer. Porque é maravilhoso, mas é porque eu quis” (Ent. 5 Sudeste).

“Para prestar muita atenção em todas as recomendações, o mais que você ache que possa ser besteira ou alguma coisa, prestar atenção em tudo e fazer exatamente o que a pessoa que fez a sua cirurgia falou para você fazer. Porque é muito pior se você não fizer” (Ent. 6 Sudeste).

“A gente que quer fazer a cirurgia, a gente faz o que a gente precisa, a questão que eu sempre falo, é você olhar no espelho e a gente se sentir completa” (Ent. 7 Sudeste).

“É um conforto muito grande hoje conseguir tomar um banho perto da minha mãe. Parece uma coisa pequena, mas pra mim é algo tão grande, então, faça para você” (Ent. 8 Sudeste).

“Você tem certeza do que você quer? Você fez os preparos adequados? Você está fazendo por necessidade ou por conveniência? Porque é diferente você querer adequar” (Ent. 9 Sudeste).

“Olha tem esse médico aqui que você não faz com ele, olha essa técnica porque tem isso de ponto positivo, eu acho que a estética é muito boa acessibilidade”. Enfim, é algo que depois que eu passei por esse processo eu não recomendo nenhum mais” (Ent. 10 Sudeste).

“Veja com muita seriedade o que você vai fazer. Para que você amanhã tenha algum tipo de constrangimento que vai te causar algum tipo de arrependimento e você não vai ter como resolver” (Ent. 11 Sudeste).

“Eu sempre falo com elas, assim, o nosso desejo de nos encontrar, de ser quem a gente é mesmo é muito maior do que qualquer medo,

hoje em dia a medicina está tão avançada. Tem que ter um cuidado, até mesmo um carinho maior com a gente do que naquela época” (Ent. 12 Sudeste).

“Se eu tivesse para falar para alguém que realmente, se o desejo é esse, Faça. A gente tem que ter também o cuidado de fazer com o profissional capacitado” (Ent. 13 Sudeste).

“Estar muito segura do médico e da técnica, porque eu não sei se é para todas, mas para muitas mulheres trans essa talvez seja o maior dos sonhos que as mulheres trans tenham” (Ent. 15 Sudeste).

“Eu diria pra cada pessoa vivenciar o seu processo e desvincular esse processo de um processo de penetração ou de heterossexualidade compulsória que atravessa assim, eu diria isso, sim” (Ent. 16 Sudeste).

“O processo cirúrgico é complicado. Então esteja ciente de tudo que você vai passar e tenha certeza disso, o psicológico tem que estar em dia. A sua certeza da cirurgia tem que ser a maior da sua vida. A maior da sua vida, senão você vai viver na depressão, no escuro” (Ent. 17 Sudeste).

“Não ter essa afobação, se de repente é um processo que ela começou agora de transição, ela tem que esperar, ela tem que passar por essa etapa de se autoconhecer, de entender se é aquilo que ela quer mesmo para a vida dela, porque realmente muda muito” (Ent. 18 Sudeste).

“Eu diria é se informe em relação à técnica, que você esteja bem ciente de como vai ser o pós-imediato e o prognóstico através dos anos, como é que vai ser. E isso está diretamente relacionado com a técnica que a pessoa vai escolher passar” (Ent. 19 Sudeste).

“Faça todo o processo exigido pelo seu médico em termos de dilatação e mantenha repouso, eu acho muito importante elas terem

um apoio de alguém para acompanhá-las no pós-cirúrgico” (Ent. 20 Sudeste).

“Se é o que você quer mesmo, não vai pela cabeça dos outros, não faça, agora se é o que você sempre sonhou, faça, porque é muito bom a gente ser livre é muito” (Ent. 21 Sudeste).

“Se ela está 100% convicta de que essa cirurgia é importante para ela, que ela faça, mas que é um processo complexo, que não é fácil, mas, se a pessoa tem 1% de incerteza, se ela não tem 100% de convicção que ela quer a cirurgia, de que a cirurgia é importante para ela, não faça” (Ent. 22 Sudeste).

“Eu diria para ter paciência e ir no momento certo, esperar o momento certo e fazer com o médico que ela confie e não desistir disso (Ent. 23 Sudeste).

“Tem que se preparar psicologicamente, financeiramente, apoios, porque não é fácil. Depois que você faz a cirurgia, não tem como fazer um bico para receber o dinheiro” (Ent. 24 Sudeste).

“Não desaconselharia, se tem vontade de fazer, faça. Mas pensa bem, porque eu falo, se a pessoa não tiver um psicológico bom, eu acho que não aguenta” (Ent. 25 Sudeste).

“Faça terapia para se entender, a minha terapia, eu fiz dez anos de terapia. A terapia me ajudou muito a me entender como mulher” (Ent. 28 Sudeste).

“Eu falaria para que ela pensasse se realmente ela está fazendo a cirurgia para ela ou para os outros, é uma cirurgia que tem que ser feita para você e não para o outro, para agradar o outro, esse é o ponto principal” (Ent. 29 Sudeste).

“Eu falaria para manter a calma e estar alinhada com uma psicóloga, não parar o acompanhamento psicológico depois da

cirurgia, que é o mais fundamental, porque vai ser uma série de emoções novas e os hormônios não vão ajudar na nossa psique” (Ent. 30 Sudeste).

“Fica calma, tranquila, porque a cirurgia é maravilhosa. A gente se transforma, a cabeça muda para melhor, a gente passa se amar mais a gente se valorizar mais” (Ent. 31 Sudeste).

Em relação à “rotina de cuidado de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital”, as participantes da região Sudeste descreveram as estratégias usadas durante as rotinas de cuidados com a neovagina, relatando usar ducha vaginal, óleo de girassol, gel lubrificante, entre outros. Algumas participantes relataram que seguem as orientações de dilatação após a CRG, e outras dizem precisar de estímulo para realizar a rotina de dilatação, ou que recebem a ajuda do parceiro nestes momentos.

Cinco participantes enfatizaram a importância na mudança gradual dos dilatadores e os desafios em respeitar o limite do seu corpo no processo de dilatação. 14 entrevistadas relatam que, para elas, seguir a rotina de dilatação diariamente ajuda a evitar desconforto e estenose vaginal.

Algumas entrevistadas relataram que por manterem relações sexuais penetrativas, não realizam muito a prática da dilatação, porém, as rotinas de dilatações não são dispensadas, trata-se de uma prática que deve ser mantida. Luikenaar, Santucci e Deleon (2022) afirmam que pessoas submetidas a CRG, precisam realizar dilatação vaginal para manter o canal vaginal aberto após a cirurgia e prevenir estenose.

De acordo com Moraes e Cortes (2020), as modificações genitais demandam tanto cuidados específicos, tais como o uso de dilatadores intravaginais, pomadas e uso continuado de hormônios, como outros cuidados integrais que ajudam neste processo como a escuta terapêutica, o acolhimento, as orientações de enfermagem e os encontros entre pares, mesmo no contexto do serviço de saúde.

Um estudo realizado com 80 mulheres trans redesignadas no Canadá apontou que 22,5% pacientes buscaram atendimento nos primeiros 3 meses após a cirurgia, sendo que 55% buscaram atendimento no primeiro ano peri-operatório e 61,3% compareceram a mais de uma consulta e, apresentaram em média mais de dois sintomas ou queixas. Os sintomas mais comuns relatados pelas pacientes durante a consulta clínica foram dor (53,8%), seguido de preocupações com a dilatação (46,3%). Diante da importância que é a dilatação regular após a vaginoplastia, o apoio, a educação e a avaliação das práticas de dilatação são imprescindíveis. Mesmo alguns poucos dias sem dilatações podem resultar no encurtamento da vagina e levar à estenose vaginal (Potter *et al.* 2023).

De acordo com Oelschlager e Debiec (2019), a terapia com dilatadores vaginais é utilizada para aumentar o comprimento vaginal, para aumentar a largura vaginal em casos de estreitamento vaginal e para prevenir ou tratar a estenose após cirurgia vaginal. Embora seja uma terapia eficaz, muitos profissionais de saúde reprodutiva têm pouco treinamento sobre como orientar as pacientes durante esse procedimento.

Uma pesquisa realizada com 10 profissionais, sendo 9 cirurgiões e 1 enfermeira que prestava os cuidados de dilatação, todos os cirurgiões haviam concluído pelo menos um programa de especialização após a formação cirúrgica inicial, e a enfermeira possuía treinamento clínico avançado em cuidados pós-vaginoplastia. O tempo de experiência em vaginoplastia ou, no caso da enfermeira, em cuidados com pacientes submetidas a vaginoplastia, variou de 2 a 40 anos, com mediana de 5 anos. Os entrevistados expressaram várias definições para o sucesso da dilatação. Este estudo destaca a falta de treinamento padronizado em dilatação para clínicos, a heterogeneidade das abordagens de dilatação, as expectativas de envolvimento da saúde comportamental e as diferentes medidas de sucesso da dilatação (Spence *et al.* 2025).

Ongaro *et al.* (2021), por meio de uma revisão da literatura, destacaram a necessidade de padronizar um protocolo de acompanhamento pós-operatório, com especial atenção aos regimes de dilatação pós-operatória. Ensaio clínico randomizados adicionais e de maior porte são necessários para que se possam tirar conclusões definitivas.

2. [Des]cuidado dos profissionais de saúde de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.

As entrevistadas sudestinas deste dossiê narraram que os profissionais de saúde não sabiam lidar com suas demandas, e relataram diversas negligências. Por exemplo, ao procurarem consulta com ginecologista e estes dizerem que não sabiam lidar com pessoas trans. Surgiram relatos também de dificuldades na busca por acompanhamento com profissionais capacitados para atendê-las, e barreiras para acessar os profissionais de saúde.

Algumas participantes disseram que médicos e demais profissionais da saúde não possuíam preparo para lidar com os seus corpos, ou que não sabem muito bem como lidar com seu canal vaginal e que cada profissional passava orientações diferentes. Este mesmo despreparo também atinge pessoas intersexo. Tilio e Haines (2021) evidenciam que há despreparo das equipes de saúde em atender pessoas que não se enquadram nos padrões binários de gênero, constantemente ocorrem violações de direitos sobre a autodeterminação de sexo-gênero, inclusive levando a cirurgias realizadas sem o consentimento das pessoas intersexo.

Na perspectiva de um olhar para além das técnicas cirúrgicas, Oelschlager e Debiec (2019) discutem sobre a falta de conhecimento dos profissionais sobre o processo de dilatação após a CRG, mostrando que muitos profissionais médicos relatam treinamento limitado nesse cuidado, sendo necessário oferecer educação e treinamento adicionais durante a faculdade de medicina e a residência médica. Se faz necessário ofertar

educação continuada não só para a equipe médica e sim para todos os profissionais da área da saúde.

Oliveira *et al.* (2022) apontam que pessoas trans enfrentam processos discriminatórios nos serviços de saúde, destacando o despreparo e falta de conhecimento dos profissionais de saúde até mesmo nos centros especializados que atendem essa população, resultando em abandono do tratamento, aumentando os quadros de agravos a saúde e desencadeando inúmeras barreiras na busca por cuidados. Além disso, o estudo mostrou que muitas pessoas transgêneras, principalmente as mais vulneráveis, acabam sendo conduzidas a experimentação de procedimentos arriscados (como silicone industrial, automedicação) na busca por obter o que lhes é negado ou para evitar constrangimentos causados por profissionais que não sabem lidar com seus corpos/aparência.

Topa *et al.* (2025) inferem que a formação dos profissionais de saúde deve incluir conhecimentos e competências focados em questões LGBTI, em consonância com as normas nacionais e internacionais de atendimento, uma vez que manifestações de transfobia ainda estão presentes nos serviços públicos, o que afeta a qualidade das intervenções e, consequentemente, sua eficácia.

Luikenaar, Santucci e Deleon (2022) evidenciam que ginecologistas geralmente têm pouco treinamento sobre como orientar as mulheres trans redesignadas durante o processo de dilatações. Silva *et al.* (2025) evidenciam que há poucos serviços que ofereçam uma atenção qualificada para a população trans que almeja passar por processos de transição de gênero, além de que há escassez de serviços e profissionais especializados na saúde trans, omissão dos direitos e preconceitos durante o atendimento, ocasionando em uma alta evasão dessa população no sistema de saúde.

Andrade *et al.* (2025) evidenciam que a população transgênera no Brasil enfrenta importantes barreiras no acesso aos serviços de saúde. Dentre os principais desafios, destacam-se a discriminação institucional, a

baixa cobertura vacinal, a falta de preparo dos profissionais e a escassez de serviços especializados, o que compromete a integralidade do cuidado e resulta em altos índices de sofrimento psíquico, tentativas de suicídio e automutilação. Estes dados demonstram que há uma urgência em promover ações que reforcem um cuidado inclusivo, formação continuada e políticas públicas efetivas.

Ressalta-se a importância da colaboração multidisciplinar, da troca de conhecimentos e da solidariedade entre os profissionais de saúde que atuam na saúde da população transgênera. Falar de cuidados de afirmação de gênero é se referir a uma grande abrangência de serviços médicos, psicológicos e sociais que afirmam e apoiam as identidades de pessoas transgêneras e com diversidade de gênero (Polat *et al.*, 2025) .

Desta forma, no cenário de (des) conhecimento dos profissionais para acompanhamento de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital, Ongaro *et al.* (2021) destacaram a necessidade de padronizar um protocolo de acompanhamento pós-operatório, com especial atenção aos regimes de dilatação pós-operatória.

3. Transfobia institucional sofrida durante o período de cirurgia de redesignação genital.

Nesta categoria destacaram-se as falas de 3 entrevistadas sudestinas sobre suas vivências e experiências no decorrer dos seus processos de CRG. Seus relatos são de violências realizadas por profissionais de saúde antes, durante e após a CRG, como por exemplo, o não uso do nome social e a recusa do atendimento em ambulatórios específicos de mulheres trans e travestis, por conta de a cirurgia não ter sido realizada com aqueles profissionais especificamente.

Em consonância com os achados neste estudo, Mattos e Zambenedetti (2021) afirmam que o não uso do nome social pelos profissionais de saúde causa um impacto negativo durante a assistência, gerando constrangimentos e levando essa a população a recorrer a outros meios para

resolver suas demandas de saúde, além do sofrimento psíquico imposto às usuárias pela transfobia institucional. Os achados do estudo realizado por Oliveira *et al.* (2022) demonstraram que o reconhecimento do nome social é essencial durante o acolhimento, além de que assegurar o sujeito de ter sua singularidade e integralidade é premissa básica do respeito à sua identidade, assegurando a prevenção de situações que causem desconforto e constrangimento.

Em relação à transfobia institucional, o estudo realizado por Reisner *et al.* (2021) apontou que os participantes trans descrevem a saúde como multidimensional e influenciada por aspectos como o contexto social, econômico e legal. Isto inclui a família, a escola, o emprego e o trabalho, o reconhecimento de suas identidades e o apoio de pares.

A discriminação institucional ainda é frequente (ANTRA, 2020; Brasil, 2023). Por sua vez, Pinheiro *et al.* (2024) apontam que tais ações por parte dos profissionais perpetuam a marginalização e afastam as mulheres trans e travestis dos serviços essenciais de saúde. Desta forma, tal conjuntura contribui para um cenário alarmante, marcado por altos índices de sofrimento psíquico, transtornos mentais, tentativas de suicídio e uso de hormônios sem acompanhamento médico, resultando em desfechos desproporcionalmente desfavoráveis às pessoas transgêneras (Medeiros; Gomes; Spinelli Junior, 2024).

As barreiras enfrentadas pelas mulheres trans e travestis em busca de atendimento de saúde são também um desafio (Cazeiro *et al.* 2022). Silva *et al.* (2025) apontam que a discriminação e falta de preparo dos profissionais de saúde são fatores que interferem diretamente em uma assistência qualificada e no distanciamento desses serviços, além do preconceito e da omissão de direitos, observando-se a invisibilidade de pessoas trans nos serviços de saúde, que ainda é pautado em um sistema cisheteronormativo, tratando essas identidades como patologia.

Um estudo realizado no hospital universitário de Kocaeli, na Turquia, afirma que pessoas transgêneras enfrentam desafios significativos como estigma, discriminação, exclusão social e marginalização, o que limita o acesso à educação, emprego, saúde, direitos legais e apoio familiar ou do parceiro (Polat *et al.* 2025).

Uma pesquisa realizada em Portugal com 6 mulheres trans trabalhadoras sexuais, 4 com nacionalidade portuguesa e 2 imigrantes brasileiras, apontam que estas mulheres enfrentam diferentes desafios, como experiências de discriminação e violência desde a infância. Além disso, há entre elas um conflito entre a ideia de um corpo idealizado congruente com suas identidades de gênero, e a ideia de um corpo que seja rentável e compatível com os desejos de clientes no trabalho sexual. Portanto, estas mulheres experienciam tensões próprias, além de haver dificuldades de acesso à saúde e o estigma duplo por conta da transgeneridade e da profissão (Topa *et al.* 2023).

Nota-se que ainda existe um déficit muito grande de profissionais capacitados e serviços de saúde adequados para atender as transespecificidades, até então marginalizada e que tem seus corpos e sua existência invalidadas. É inegável que esses desafios precisam ser superados para mudar o atual cenário de adoecimento, onde pessoas trans, por conta da discriminação na saúde, acabam sendo coagidas a buscar cuidados por vias informais para poder afirmar e expressar suas identidades (Silva *et al.* 2025).

4. A saúde mental de mulheres trans e travestis após a cirurgia de redesignação genital.

O cuidado à saúde mental da população trans continua sendo um grande desafio, evidenciado pelos altos índices de depressão, ansiedade e ideação suicida, não por conta de suas identidades, e sim relacionados à discriminação e à falta de acolhimento nos serviços de saúde, associado à ausência de políticas específicas voltadas à saúde mental desta população.

Assim, muitas pessoas trans acabam ficando sem suporte adequado em momentos críticos (Paiva Neto, 2024).

Em um estudo transversal com mulheres transgêneras no Irã, os resultados indicaram uma porcentagem expressiva das participantes que vivenciaram discriminação, violência física, violência verbal ou emocional, violência sexual, ideação suicida e tentativas de suicídio. Ressalta-se que a legalização do processo de redesignação sexual, por si só, não é suficiente e, sem apoio familiar, social e de saúde adequados, as pessoas transgêneras ficam sujeitas a uma variedade de ameaças (Nematollahi *et al.* 2022).

Lucrécio (2025) evidencia alto índice de sofrimento psíquico entre as mulheres trans e travestis, o que por vezes resulta no abuso de drogas ilícitas. Ressalta também que é imprescindível que haja espaços de saúde adequados para acolhê-las, frente à vulnerabilidade desse grupo. A autora identifica uma fragilidade na qualidade dos serviços prestados, fazendo-se necessário abrir espaço para diálogos com a comunidade para promover melhorias no cuidado a essa população.

Nematollahi *et al.* (2022) enfatizam que mulheres transgêneras estão em risco de desenvolver transtornos de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e estresse, e estas condições estão intimamente associadas à falta de qualidade de vida nessa população imposta pela transfobia que estrutura a sociedade. Khorashad *et al.* (2021), em um estudo com 205 pessoas trans de uma clínica de gênero no Irã, revelam que tanto no grupo de homens trans quanto de mulheres trans, 70% dos participantes relataram ter tido ideação suicida, dois terços sofreram de pelo menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida e metade sofria de pelo menos um transtorno psiquiátrico no momento do estudo, além de que 40% relataram já ter sido vítimas de abuso sexual. Os autores consideram que essa alta morbidade psiquiátrica pode ser atribuída a diversos fatores, como a transfobia, estresse de minorias, dificuldade de acesso a serviços de saúde e contexto sociopolítico.

Em relação às “repercussões físicas e emocionais depois da cirurgia de redesignação genital”, seis entrevistadas sudestinas deste dossiê relataram o desenvolvimento de estenose vaginal, evidenciado por relatos de estreitamento, resistência no momento da relação sexual penetrativa e a dificuldade no momento de introduzir o dilatador durante a rotina de dilatação. Além disso, também houveram relatos de estenose uretral e fibrose uretral.

Em um estudo realizado no Canadá com 80 participantes, os sintomas mais comuns relatados após a vaginoplastia foram de dor (53%), preocupações com a dilatação (46,3%) e sangramento vaginal/no local da cirurgia (42,5%). Também foram relatados problemas com a função sexual (33,8%), hipergranulação (38,8%), disfunção urinária (18,8%) e problemas de cicatrização de feridas (12,5%). Isto demonstra a necessidade de cuidados pós-operatórios de rotina em pacientes submetidas à vaginoplastia, e é importante que os profissionais de saúde se beneficiem de mais treinamentos sobre as complicações pós cirúrgicas mais comuns identificadas neste estudo (Potter *et al.* 2023).

Dialogando com os achados deste estudo, Paganini *et al.* (2021) observaram que as CRG, independente da técnica escolhida, podem apresentar complicações pélvicas, urinárias, intestinais e/ou sexuais, além de dores (Morrison, *et al.* 2023).

Em contrapartida, algumas participantes da região Sudeste deste dossiê relataram complicações graves como infecções relacionada ao deslocamento do molde no pós operatório mediato, oclusão intestinal, dificuldade para urinar após a retirada do cateter vesical de demora, infecção na incisão cirúrgica, obstrução intestinal, necessidade de alimentação por sonda nasoenteral, hemorragia nas primeiras 24 horas, paralisia intestinal, perfuração do intestino com necessidade de colostomia e internação na unidade de terapia intensiva devido íleo paralítico, broncoaspiração e incontinência urinária, que necessitou de internação.

Potter *et al.* (2023) destacam que a estenose vaginal é uma importante complicação que requer cirurgia adicional para recuperar a profundidade/o canal vaginal. Os sintomas mais comuns relatados por pessoas com estenose vaginal incluem preocupação com a dilatação e a perda de profundidade vaginal.

A revisão sistemática de Bustos *et al.* (2021) sobre as complicações da vaginoplastia apresentou uma taxa de 1% para fístula, 11% de estenose e/ou estreitamentos, 4% de necrose tecidual e 3% de prolapso. Quanto a satisfação geral foi de 91%, e a taxa de arrependimento foi de 2%. A profundidade média da neovagina foi de 9,4 cm para a inversão da pele peniana e de 15,3 cm para a vaginoplastia intestinal.

Para Sluis *et al.* (2020), a estenose meatal/estreitamento uretral, que pode levar à dilatação pré-estenótica, necrose parcial ou completa do retalho cutâneo invertido do pênis e prolapso neovaginal parcial ou completo, pode predispor à formação de fístula uretroneovaginal. Os sintomas incluem corrimento urinário neovaginal durante a micção, jato urinário difuso, infecções urinárias recorrentes e/ou corrimento urinário neovaginal dependente da posição. Na maioria das pacientes, a fistulectomia e o fechamento primário subsequente ou o fechamento com retalho de avanço local podem ser a abordagem cirúrgica de primeira linha para fístulas uretroneovaginais. Em casos específicos, a derivação urinária temporária pode ser obtida por meio de um cateter urinário suprapúbico (Sluis *et al.* 2020).

A qualidade de vida das pacientes melhora drasticamente após a CRG, porém, as taxas de complicações documentadas chegam a 70%. Todavia, a maioria das complicações não altera os resultados clínicos pós-operatórios a longo prazo e pode ser tratada sem intervenção cirúrgica na fase peri-operatório aguda. No entanto, complicações graves, como lesão retal, fístula retovaginal e estenose uretral ou introital, podem afetar de forma significativa a experiência das mulheres e travestis que realizam a CRG.

Inovações nos cuidados de enfermagem e, em abordagens e técnicas cirúrgicas têm demonstrado resultados iniciais promissores na redução de complicações e no aumento da profundidade vaginal, embora dados de longo prazo sejam escassos (Morrison *et al.* 2023).

6. Resignificação da sexualidade após a cirurgia de redesignação genital.

No estudo de Rocon *et al.* (2020), mulheres redesignadas relataram que a CRG é como ampliadora das possibilidades de afirmação própria. Muitas relataram também sentirem-se mais confiantes, livres e confortáveis, e as relações afetivas e sexuais se tornam campo de experimentação do novo corpo. Uma das participantes diz que demora um tempo para se acostumar com o novo órgão, mas que depois de quatro meses começou a se conhecer mais e assegura que é possível ter prazer.

Já na pesquisa de Paganini *et al.* (2021), algumas mulheres relatam incapacidade de terem relações sexuais penetrativas, enquanto outras relataram orgasmos frequentes. Apesar disso, achados do estudo apontam que a CRG pode ser benéfica para o exercício da sexualidade positiva e a qualidade de vida melhora após o procedimento, o que pode estar relacionado a fatores tanto físicos quanto psíquicos. A pesquisa também mostra que a atuação da fisioterapia pélvica pode ser promissora, porém é pouco estudada na literatura científica.

Ferreira *et al.* (2020) mostram que a fisioterapia pode promover melhorias da conscientização perineal e da estenose vaginal. Em um programa de exercícios com dilatadores vaginais, terapia comportamental e treino dos músculos do assoalho pélvico, foi visto que uma mulher trans redesignada avaliada apresentou penetração da neovagina sem desconforto, porém não houve melhora na força dos músculos do assoalho pélvico. São necessários mais estudos sobre a fisioterapia pélvica para mulheres trans e travestis redesignadas.

Em relação aos “aconselhamentos entre mulheres trans e travestis para quem deseja realizar a cirurgia de redesignação genital”, as narrativas do estudo de Moraes (2023) revelam que é de suma importância haver saberes compartilhados entre mulheres trans redesignadas. Esta troca de saberes emerge como uma estratégia de resistência, frente a falta de políticas de proteção e vulnerabilidades e desigualdades na saúde. Esta rede de cuidados também abarca a família, que por vezes é citada como incentivadora e fonte de afeto, e por vezes como opressiva. As mulheres enfatizam principalmente que mães e irmãs foram importantes para o cuidado (Moraes, 2023).

Um dos conselhos que uma mulher trans redesignada evidenciou é que a CRG deve ser feita por um desejo próprio, e não para encontrar alguém. Outra mulher relatou que é importante ter segurança na equipe médica que irá fazer o procedimento, saber que é preciso ter cuidados pós cirurgia e acreditar em si. Ao relatar a felicidade após a CRG, uma das mulheres diz que essa escolha também está relacionada às escolhas que realizou, principalmente em relação à equipe médica (Moraes, 2023).

Noutro estudo, mulheres trans que estavam esperando para realizar a CRG consideraram benéfico o acompanhamento em saúde mental exigido antes do procedimento, enquanto outras enxergaram tais requisitos como discriminatórios. Uma das mulheres considerou que o processo todo para a cirurgia é difícil, levando anos, exige diversas viagens, gastos, muito tempo e afastamento das atividades laborais. Duas participantes expressaram o sentimento de que precisavam adotar uma narrativa específica para conseguir os documentos necessários para a cirurgia, e tinham a impressão que os profissionais esperam ouvir que a pessoa é transgênera desde o nascimento, por exemplo. (Marra *et al.*, 2024).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. T. de.; PADILHA, C. N. S.; ALMEIDA JUNIOR, A. S. A. de. Saúde da população transgênero no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, p. e082210-e082210, 2025.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Como acessar o SUS para questões de transição?**, 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mulheres trans e travestis contam com atendimento especializado no SUS**. Brasília, 31 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/mulheres-trans-e-travestis-contam-com-atendimento-especializado-no-sus>.

BUSTOS, S. S. *et al.* Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: an updated systematic review and meta-analysis. **Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open**, v. 9, n. 3, p. e3510, 2021.

CAZEIRO, F. *et al.* Transexualizing process in the sus: questions for psychology from therapeutic itineraries and depathologization. **Psicologia em Estudo**, v. 27, p. e48503, 2022.

FERREIRA, B. R. B. A.; DA SILVA, F. J. do E. S. C. A intervenção fisioterapêutica na reabilitação pós cirurgia de redesignação de sexo masculino para feminino: relato de caso. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 288, 2020.

KHORASHAD, B. S. *et al.* Psychiatric morbidity among adult transgender people in Iran. **Journal of psychiatric research**, v. 142, p. 33-39, 2021.

LUCRÉCIO, L. I. **Violência de gênero contra mulheres trans e travestis: experiências de vida e demandas na assistência em saúde em um município do sul catarinense**. 2025.

LUIKENAAR, R. A.; SANTUCCI, R. A.; DELEON, A. N. **Vaginal dilators and dilating after vaginoplasty. Context, Principles and Practice of TransGynecology: Managing Transgender Patients in ObGyn Practice**. Cambridge, England: Cambridge University Press, p. 119-129, 2022.

MARRA, E. E. *et al.* Perspectivas de mulheres transgênero sobre cuidados de saúde mental relacionados à vaginoplastia para afirmação de gênero. **BMC Women's Health**, v. 24 , n. 14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02681-w>.

MATTOS, M. H. de.; ZAMBENEDETTI, G. Itinerários terapêuticos de homens trans em transição de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. e240732, 2021.

MEDEIROS, M. A.; GOMES, S. M.; SPINELLI JUNIOR, V. F. Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e220904pt, 2024.

MORRISON, S. D. *et al.* Principles and outcomes of gender-affirming vaginoplasty. **Nature Reviews Urology**, v. 20, n. 5, p. 308-322, 2023.

MORAIS, A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado. *Journal of nursing and health*, v. 10, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de Mulheres Transgêneras sobre os cuidados pós Cirurgia de Redesignação Sexual**. 178 f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37327>.

NEMATOLLAHI, A. R. *et al.* Discrimination, violence, and suicide in transgender women in Iran. **Health care for women international**, v. 43, n. 7-8, p. 861-872, 2022.

OELSCHLAGER, A. M. A.; DEBIEC, K. Vaginal dilator therapy: a guide for providers for assessing readiness and supporting patients through the process successfully. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 32, n. 4, p. 354-358, 2019.

OLIVEIRA, P. H. L.; GALVAO, J. R.; ROCHA, K. S.; SANTOS, A. M. Itinerário terapêutico de pessoas transgênero: assistência despersonalizada e produtora de iniquidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, p. e320209, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320209>.

ONGARO, L. *et al.* Vaginoplasty in Male to Female transgenders: single center experience and a narrative review. **International Journal of Impotence Research**, v. 33, n. 7, p. 726-732, 2021.

PAGANINI, R. *et al.* Funções e disfunções pélvicas-papel da fisioterapia pós cirurgia de afirmação de gênero em mulheres transexuais: pelvic functions

and dysfunctions-role of physiotherapy after gender affirmation surgery in transexual women. **Revista brasileira de sexualidade humana**, v. 32, n. 1, 2021. DOI: 10.35919/rbsh.v32i1.963.

PAIVA NETO, J. R. *et al.* **A saúde da pessoa transgênero: progresso, desafios e novos horizontes**. 2024.

PINHEIRO, T. F. *et al.* Difficulties and advances in access to and use of health services by transgender women and travestis in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240007. supl. 1, 2024.

POLAT, A. *et al.* Navigating Gender-Affirming Healthcare in Adverse Political Climates: Experience from a University-Based Transgender Clinic in Türkiye. In: Healthcare. **MDPI**, p. 2591, 2025.

POTTER, E. *et al.* Patient reported symptoms and adverse outcomes seen in Canada's first vaginoplasty postoperative care clinic. **Neurourology and Urodynamics**, v. 42, n. 2, p. 523-529, 2023.

REISNER, S. L. *et al.* "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. **PLoS One**, v. 16, n. 8, p. e0254494, 2021.

ROCON, P. C. *et al.* Vidas após a cirurgia de redesignação sexual: sentidos produzidos para gênero e transexualidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2347-2356, 2020.

SILVA, C. V. *et al.* Os serviços de saúde frente aos corpos trans: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, p. e082014-e082014, 2025.

SLUIS, W. B. van der. *et al.* Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: a diagnostic and treatment algorithm. **International Journal of Transgender Health**, v. 21, n. 4, p. 367-372, 2020.

SPENCE, C. *et al.* Qualitative Assessment of Provider Approaches to Dilation after Vaginoplasty. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 38, n. 3, p. 403-408, 2025.

TILIO, R. D.; HAINES, L. F. Vivência Intersexos: Identidade, Autopercepção, Designação Sexual e Seus Desdobramentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e228578, 2021.

TOPA, J. *et al.* Trans women's body Self-Image and health: Meanings and impacts of sex work. **Social Sciences**, v. 12, n. 4, p. 219, 2023.

15. REGIÃO SUL

Foram entrevistadas 13 participantes da região Sul do Brasil. Todas se identificaram como mulheres trans redesignadas e nenhuma se identificou como travesti redesignada. As idades variaram de 22 a 72 anos de idade e entre as técnicas cirúrgicas relatadas foram: 03 inversões penianas, 01 jejuno, 01 colo sigmóide e 08 não sabiam informar / não comentaram. 05 mulheres relataram que já fizeram retoque cirúrgico/ reabordagem ou ainda necessitavam realizar seja por necessidade estética ou funcional, 01 pretende fazer e 07 não comentaram.

Das entrevistas-conversa  o emergiram 04 categorias empíricas, sendo estas: 1. Entre riscos e desejos: as experiências de complica  es de mulheres trans e travestis durante o pós-operatório da Cirurgia de Redesigna  o Genital, 2. O contato com quem cuida: o preparo profissional e institucional no atendimento às mulheres trans e travestis redesignadas, 3. O reencontro com o próprio corpo, 4. De uma redesignada para outras: sentimentos que perpassam a experiência da Cirurgia de Redesigna  o Genital.

15.1. Entre riscos e desejos: as experiências de complica  es de mulheres trans e travestis durante o pós-operatório da Cirurgia de Redesigna  o Genital

A presente categoria foi constituída por 3 subcategorias: 1. Complica  es cirúrgicas vivenciadas por mulheres trans e travestis p  s-CRG; 2. As marcas da CRG e suas repercussões na saúde física de mulheres trans e travestis; e 3. Novo corpo e novas emo  es.

15.1.1. Complica  es cirúrgicas vivenciadas por mulheres trans e travestis p  s-CRG

Nesta subcategoria, as participantes relataram complica  es e desafios vivenciados no período pós-operatório da CRG, destacando a

complexidade do procedimento e seus possíveis desdobramentos corporais. Foram mencionadas pelas participantes sulistas do estudo, alterações na neovagina, como rigidez, estreitamento e dificuldade para dilatação, além de necessidade de reintervenções cirúrgicas. Também emergiram relatos de complicações urinárias, incluindo lesões e estenose de uretra, “vazamento urinário”, retenção e obstruções dolorosas, bem como deiscência de sutura, problemas intestinais no pós-operatório e fibrose.

“Eu nunca, nunca, nunca vou dizer pra você não fazer [a CRG]. Mas o que eu digo é que tem que ter não só a consciência de que vai ser difícil a recuperação, mas além disso, que pode dar errado. Pode dar bem errado (a cirurgia)” (Ent. 6 Sul).

“Ela ficou um pouco rígida (a neovagina), tem que ter lubrificação” (Ent. 4 Sul).

“A sexta cirurgia eu fiz pra consertar ali o diâmetro, porque ela fechava e não conseguia fazer dilatação, muito menos uma penetração. Aí, na sexta cirurgia, a gente fez pra aumentar isso, ele aumentou a profundidade, puxando, fazendo aquela reversão. A gente ganhou uma profundidade maravilhosa de 14 centímetros, muito bom” (Ent. 5 Sul).

“Eu não consigo fazer um xixi sem me mijar na calça” (Ent. 5 Sul).

“Eles cortaram meu canal urinário. “Nossa!”, eles até falaram. Não falaram pra mim, mas entre eles, que eles tinham esse medo, porque por eu ser muito magrinha, não tinha gordura interna. Aí tinha um cirurgião especialista em uretra na cirurgia, na hora que eles estavam fazendo os cortes, eles cortaram minha uretra. Eles consertaram, porém depois desse processo, a gente descobriu que eu estava com um vazamento. Na hora de fazer o xixi, além do xixi sair pelo canal normal, ele sai pelo canal da vagina” (Ent. 5 Sul).

“Era um desconforto, e aquilo começou a doer, doer, doer, doer, doer, e começaram a me dar morfina, e a dor não passava, não passava,

eu ficava com desconforto. Até uma enfermeira se dar conta de que eu estava com a sonda obstruída. Então, não estava fazendo xixi, e por isso eu estava dando bexigoma, eu acho que se chama, um negócio que a bexiga enche e quase estoura. Eu tive isso duas vezes. Eu tive no primeiro dia, quando eu saí, que eu estava ainda na sala de recuperação. E no último dia, a gente tirava o curativo, e eles diziam: “olha, agora tu vai sentar, vai fazer xixi e cocô”. [...] E no último dia eu lembro que eu tive uma obstrução da uretra, desceu um coágulo e ficou alojado na uretra, eu tive de novo o bexigoma. Foram muitas horas de dor, porque o médico só chegava às sete horas da manhã e não tinha quem pudesse nos atender” (Ent. 9 Sul).

“Ele (o médico), fez uma pré-avaliação e ele já tinha a quantidade específica de pele que ele precisava na época para poder fazer a cirurgia. Porém, depois de oito ou nove anos, mais ou menos, da cirurgia feita, eu tive que refazê-la de novo, porque a uretra se estreitou e não tinha passagem para a diurese. Quanto mais líquido eu tomava, parecia que mais bloqueava. Aí eles me deixaram um ano e meio, talvez, com sonda” (Ent. 12 Sul).

“Eu fiz a cirurgia e com sete dias que eu tirei o dilatador, a gente iniciou um problema. Todos os meus pontos, abriu tudo. Eles costuram as nossas virilhas, de fora a fora. E esses pontos ali, todos abriram. [...] Aí voltei pro consultório, ele me examinou e viu que estava abrindo tudo. Voltamos para o hospital com a emergência e refizemos toda a cirurgia” (Ent. 5 Sul).

“A gente era instruída a seguir a dieta que era oferecida pelo hospital. Eles orientavam que a gente não comesse nada além daquilo, muitas comiam... muitas tiveram problema na cirurgia, porque criaram fecaloma, por comerem, passarem vários dias, e na hora de evacuar, a cirurgia basicamente estourou, veio para fora. [...] Então, algumas passaram por isso. Eu me lembro que eu consegui evacuar, mas eu seguia à risca aquela dieta. eu só comia o que eles davam e tomava muita água” (Ent 9 Sul).

“A única coisa que eu estou lidando agora é que eu tive fibrose” (Ent. 6 Sul).

15.1.2. As marcas da Cirurgia de Redesignação Genital e suas repercussões na saúde física de mulheres trans e travestis

As entrevistadas da região Sul relataram mudanças corporais após a CRG, evidenciando as repercussões que afetaram seus cotidianos. Houve relatos sobre desgaste físico e atrofia muscular como efeitos do repouso pós-operatório. Além disso, uma boa parcela das entrevistadas discorreu sobre o ganho de peso ponderal após a CRG. Também foi relatado sobre um envelhecimento precoce mais acentuado percebido após o procedimento. Por fim, algumas entrevistadas relataram sobre o odor desagradável da neovagina em algumas situações, como ficam evidentes nas frases temáticas a seguir:

“Dá um desgaste físico, né? A gente fica um pouco abatida, a gente perde muito líquido, a musculatura tende a não desenvolver, porque a gente fica muito tempo no leito, né? A gente fica muito deitada” (Ent. 11 Sul).

“Eu tive um ganho de peso muito forte. Eu cheguei ao grau II da obesidade, tive que fazer uma cirurgia bariátrica” (Ent. 1).

“Eu noto bastante modificação no meu corpo. Eu ganhei muito peso depois dessa cirurgia. Cheguei a ganhar em torno de 20 quilos a mais, ou até um pouquinho mais. Inclusive eu fiz uma cirurgia bariátrica em torno de 45 dias, porque eu já estava com obesidade” (Ent. 2 Sul).

“O peso veio considerável. O meu peso normal era 80 quilos e hoje eu estou com 106, 110, mais ou menos. Segundo a (médica) clínica geral me refere, é em função de quantidade de retenção de líquido, em função do hormônio que eu tomava” (Ent. 12 Sul).

“Eu era muito magra. [...] Depois de eu fazer a cirurgia eu me mantive ainda um tempo magra, e depois eu tive um ganho de peso, ganhava peso muito rápido” (Ent. 9 Sul).

“Eu tenho medo de usar o comprimido (para reposição hormonal), que é o mais fácil, medo de engordar tudo novamente. Faz três anos que eu fiz a bariátrica, e eu tive um reganho de peso de cinco quilos já, então já tenho um pouquinho de medo” (Ent. 1 Sul).

“A minha pele está muito diferente, muito mais ressecada. Noto o envelhecimento, parece que acelerado, do meu corpo. Isso eu percebo depois dessa cirurgia. Claro, eu já tenho 46 anos, eu não sou mais uma garotinha, mas eu noto que, por exemplo, o turgor, na pele parece que caiu, a retenção de água na pele, parece que a pele é mais seca. Eu noto um metabolismo muito mais lentificado depois dessa cirurgia” (Ent. 2 Sul).

“É uma pele que ela salta e ela dá cheiro, sabe?” (Ent. 11 Sul).

“Então são truques que a gente vai desenvolvendo, por exemplo, quando a minha vagina ficava muito mal cheirosa, uma companheira me ensinou a usar água morna com um pouquinho de sal e um pouquinho de bicarbonato de sódio. Eu comecei a fazer, isso dá um equilíbrio ao ph ali e neutraliza um pouco os odores. Eu uso às vezes essa mistura e me ajuda bastante” (Ent. 2 Sul).

15.1.3. Novo corpo e novas emoções

A última subcategoria traz ao debate as alterações emocionais vivenciadas no contexto do “novo corpo”. As participantes relataram maior sensibilidade frente aos acontecimentos diários, com episódios de choro fácil, irritabilidade, ansiedade e oscilações do humor considerados inesperados e de difícil controle.

“Num primeiro momento imediato, depois da cirurgia, aquele vulcão, tudo é muito diferente. [...] Em muitos momentos depois disso, eu tenho uma percepção que eu fiquei um pouco mais reativa, um pouco mais brava” (Ent. 2 Sul).

“Eu percebo uma diferença, principalmente na questão emocional, né? Mas isso eu já percebia também com os hormônios antes da cirurgia, né? Mas o pós-cirúrgico a gente sente um pouco mais pela falta da testosterona, acredito eu” (Ent. 7 Sul).

“Eu comecei a ter alterações muito bruscas (de humor). Eu nunca fui uma pessoa paciente. então, assim... se eu perdia a paciência, eu explodia e vinha à tona, entendeu? Mas eu comecei a perceber que eu tinha transições de humor. De repente, assim, do nada, eu ficava triste e me dava uma choradeira. Eu sentada na rua, olhando passarinho, e daqui a pouco eu começo a chorar” (Ent. 9 Sul).

“Muda, muda ainda mais, parece que quando a gente começa a voltar com os hormônios, parece que daí tudo fica mais tchan, né? Fica mais forte. Mas mudou bastante. Antigamente não era tanto quanto agora, né? A gente fica mais sensível, tem muita alteração de humor” (Ent. 10 Sul).

“Meu emocional mudou muito, muito, muito, muito” (Ent. 1 Sul).

15.2. O contato com quem cuida: o preparo profissional e institucional no atendimento às mulheres trans e travestis redesignadas

Esta categoria foi constituída por 3 subcategorias: 1. Coexistir com a fragilidade do acompanhamento profissional e a sensação de não ter amparo; 2. O corpo trans e o desconhecimento profissional; e 3. O atendimento que fere nos serviços de saúde: a transfobia institucional.

15.2.1. Coexistir com a fragilidade do acompanhamento profissional e a sensação de não ter amparo

Nesta subcategoria, as participantes relataram que, após a CRG, o vínculo com os profissionais e com os serviços de saúde foi marcado pela dificuldade de manter um acompanhamento longitudinal, evidenciando descontinuidade do cuidado e insegurança quanto ao suporte necessário para a promoção de sua saúde.

“Eu gostaria muito de ter acompanhado com endocrinologistas, mas eu percebo que aqui na minha cidade não tem” (Ent. 1 Sul).

“O meu acompanhamento é totalmente vazio. Eu tenho que buscar por conta. Eu tenho que ir num especialista, eu tenho que pagar” (Ent. 1 Sul).

“Eu acho que falta um pouco de consideração no atendimento da gente, principalmente o que se dá em relação ao pós-operatório. Parece que existe uma certa negligência na gente no pós. Parece que eles só querem fazer a venda e depois acaba sendo um pouco complicado, sabe? [...] então, é bem... o pós-operatório, no geral, ele é bem negligenciado” (Ent. 6 Sul).

“Eu tive intervalos na hormonização, tinha estágios que eu não fazia, sem ter o mínimo conhecimento de que isso era prejudicial. Porque quando a gente saía do programa, do hospital X, você poderia continuar frequentando, mas você continuava frequentando com as mesmas pessoas que não tinham feito a cirurgia ainda. Então, não existia um grupo para nós que já tivéssemos feito a cirurgia. A única instrução que a gente tinha era a seguinte: “você vai sair da cirurgia [CRG] e tu nunca mais pode parar de tomar o remédio”. Só que a gente não sabia a dosagem, não tinha isso” (Ent. 9 Sul).

“Lá no hospital tinha uma ala inteira de pessoas que estavam acostumadas a lidar conosco, com mulheres trans e homens trans na

época. Então, existia um certo cuidado para isso. A equipe sempre era a mesma, eram as mesmas enfermeiras, eram as mesmas técnicas de enfermagem, o cirurgião era sempre o mesmo” (Ent. 9 Sul).

“Até hoje eu tenho contato com uns que eram da minha época (profissionais), [...] acho que foi quase três anos de acompanhamento psicológico, de uma equipe multidisciplinar. Eu já conheci a enfermeira que ia estar comigo no dia da cirurgia três anos antes. O respeito era muito forte, muito grande, muita amorosidade” (Ent. 13 Sul).

15.2.2. O corpo trans e o desconhecimento profissional

Na presente subcategoria foi relatado sobre a falta de conhecimento médico para o manejo do corpo trans após a CRG. Foram relatados despreparo para a condução do atendimento, bem como a orientação de cuidados e realização de exames.

“Eu percebo que o sistema de saúde tem fragilidades na formação dos profissionais para nos atender” (Ent. 2 Sul).

“Eu fui no posto de saúde [UBS] porque eu queria que alguém me examinasse dentro da minha vagina. Nunca ninguém tinha me examinado, eu acho que isso é importante. Daí a profissional que me atendeu, ela colocou um espécuro e fez uma coleta de exame citopatológico. E eu disse para ela: “olha, não precisa, porque eu não tenho útero, eu sou uma mulher trans, eu não tenho útero, não há o que coletar”. [...] Quando chegou no laboratório, eles desprezaram esse material, ou seja, me expus a um exame desnecessário” (Ent. 2 Sul).

“A única coisa que é difícil mesmo é os hormônios, né? As pessoas não sabem como tratar uma transexual. [...] Elas não sabem indicar

um hormônio que é correto. Elas acham que qualquer hormônio feminino a gente pode tomar. Então é complicado” (Ent. 4 Sul).

“A gente era a todo momento lembrada de que ela poderia não ficar funcional e, além dela não ficar funcional, ela ser simplesmente algo que não pudesse ter nenhum tipo de relação, nem com dilatação. Dilatação é uma coisa que nem se falava, não existia essa palavra. A gente era instruída para que não fosse funcionar, entendeu? Eu me lembro que o médico me disse o seguinte logo depois da cirurgia, na primeira consulta que eu fui com ele, ele disse: “olha, tu vais no sex shop, compra um pau de borracha, que seja mais ou menos do tamanho do teu marido, e introduz na neovagina e vê como é que vai ser, e depois tu tens que transar com ele”. E foi assim. Ele nunca disse que eu precisava utilizar aquilo constantemente, senão ia fechar” (Ent. 9 Sul).

“Eles faziam a cirurgia da maneira que dava, apesar de ser um centro de referência, era: “vamos fazer da maneira que dá e depois elas se viram, se tiver funcionalidade, tem. Se não tiver, não tem” (Ent. 9 Sul).

“Os nossos corpos, na realidade, acabam sendo grandes experiências e ainda são grandes experiências, porque o sus nos mantém vivos, os procedimentos nos mantêm vivas até a cirurgia. Depois da cirurgia, seja o que deus quiser, vai para frente. E agora a gente está vendo o resultado com as que estão envelhecendo. As que estão envelhecendo, que estão vendo os resultados negativos disso” (Ent. 9 Sul).

15.2.3. O atendimento que fere nos serviços de saúde: a transfobia institucional

Na última subcategoria, as mulheres da região Sul expuseram experiências de cuidado marcados por violências e objetificação dos seus corpos durante seus atendimentos. Foram relatadas situações em que eram tratadas como um “objeto de observação”, bem como tratamentos agressivos por parte dos médicos e outros profissionais de saúde.

“Eu confesso que aqui na minha cidade eu sou mais uma celebridade quando eu conto que fiz a cirurgia. Porque eles ficam olhando muito a vagina. Eles falam que a técnica é perfeita, que ela é bonita, então eu acho que foge um pouco do contexto. [...] Isso me deixa um pouco frustrada quando eu conto que fiz a cirurgia” (Ent. 1 Sul).

“Eu me lembro que quando ele foi tirar o curativo, a gente ficava cinco dias com o curativo, então tinha muito sangue, era uma coisa que cheirava muito ruim, sabe? Eu me lembro que o último dia, um dia antes de eu tirar o curativo, eu não conseguia ficar no quarto comigo e eu vomitei muitas vezes, em função do cheiro. Era um cheiro de carniça muito forte. Eu reclamei no outro dia, quando ele chegou, eu já estava cansada de vomitar. Eu pedi uma toalha, eu pedi uma fraldinha dessas, [...] e eu pedi para ela um úmido para eu botar no nariz para conseguir respirar, para ter umidade, não ficar respirando no seco, porque eu não aguentava o cheiro mais. E aí, na hora, eu peguei essa toalhinha e coloquei, e ele me xingou, me deu um xingão e disse assim: “se eu sou obrigado a aguentar o teu fedor, tu também és obrigado a aguentar” (Ent. 9 Sul).

15.3. O reencontro com o próprio corpo

Esta categoria foi constituída por 2 subcategorias: 1. Entre toque, desejo e prazer: a redescoberta da vida sexual; e 2. O cuidado que vira obrigação: rotina de cuidados e desafios com a dilatação.

15.3.1. Entre toque, desejo e prazer: a redescoberta da vida

Foi descrito, na presente subcategoria, um processo de resgate da intimidade por parte das entrevistadas sulistas. As participantes relataram conviver com baixa libido, a qual foi associada para elas às alterações hormonais pós-CRG. Também trouxeram à luz do tema os incômodos durante relações penetrativas, incluindo dor e desconforto. Por fim, as entrevistadas referiram que o orgasmo funcionou como um mecanismo de reconhecimento tanto do corpo quanto do emocional, o que impactou alterações na resposta sexual, tempo para atingir o orgasmo, necessidade de se redescobrir e a importância da comunicação para desenvolverem um momento mais satisfatório.

“Eu sinto a falta de ser cuidada, que eles me peguem no colo e entendam a minha necessidade. Entendo que a minha taxa hormonal está muito zerada. Eu confesso para você que eu estou até um pouco desgostosa de usar o hormônio, sabe?” (Ent. 1 Sul).

“Hoje minha taxa sexual é bem baixa, falta libido, falta vontade. E quando eu comentei isso com ele, eu e outras meninas que fizemos a cirurgia no mesmo local tem a mesma dificuldade que eu, e a gente comenta entre si. Ele (o médico) disse: “você tem que se estimular, você tem que assistir um filme, você tem que se tocar”. Quando eu falei que queria tomar algo, aquele hormônio masculino que te dá fogo, ele achou o cúmulo aquilo, falou que ia me deixar mais masculina, que não é assim” (Ent. 1 Sul).

“As relações penetrativas, quando eu tenho, elas não são totalmente, eu não fico totalmente satisfeita. O pênis do companheiro não penetra totalmente, eu acho que deve penetrar talvez um pouco antes da metade do pênis. Consigo ter uma relação vaginal penetrativa com muita força tendo que aguentar, às vezes, um desconforto e dizer que não está sendo confortável” (Ent. 2 Sul).

“Eu até desisti dessa parte [...]. A questão de eu ter relação sexual por ali um dia, pra mim, já até esqueci” (Ent. 5 Sul).

“Na primeira tentativa nem entrou, a segunda entrou um pouquinho melhor, foi meio desconfortável, mas comecei a sentir prazer. Na terceira já foi bem melhor, a gente já estava se entendendo melhor como é que funcionava. Eu acho que todo esse processo foi mais a questão psicológica, de conseguir relaxar e achar uma posição que foi confortável. A cada relação que a gente teve foi melhorando aos poucos. Eu acredito que a gente não tenha tido muitas relações desde a cirurgia, de penetração na vagina. Mas tá melhorando, a cada relação acaba melhorando em relação ao último” (Ent. 6 Sul).

“(A CRG) me deixou bem mais tranquila na relação sexual, bem mais confiante. Eu não tenho aquele problema que eu tinha antigamente de ter alguma voz me falando o tempo todo sobre” (Ent. 6 Sul).

“Eu acho que eu gostaria, se eu pudesse, ter uma relação sexual sem dor. Lá naquela época era dito: “olha, vai ser assim e não tem escolha”. Eu acho que isso incutiu na minha cabeça. Hoje, se me dissesse assim: “(nome), vamos fazer uma cirurgia para a gente arrumar, vamos tentar”, acho que seria algo que eu faria” (Ent. 9 Sul).

“Eu consegui atingir o orgasmo junto com o menino. Sozinha, eu até falei para a doutora [médica], eu quase chego lá, mas não consegui ainda sentir que gozei, sabe? Eu tenho a sensação de que vou gozar, mas não vai. Eu até acredito que seja pela questão hormonal, que também é algo que está me pegando, assim, pós-cirurgia” (Ent. 7 Sul).

“Consegui (ter um orgasmo), demorou, demorou pra sentir, mas eu fiquei procurando, me tocando, e demorou. Só que eu tive que descobrir sozinha, por causa do meu parceiro, ele não tem muita paciência, né? A gente demora pra descobrir. Então eu tive que descobrir sozinha, eu mesmo me tocando e mexendo ali no critóris, eu mesmo consegui. É uma redescoberta, né? Foi maravilhoso. Maravilhoso” (Ent. 4 Sul).

“Falando no sentido de masturbação, ele (o médico) pede que a gente se toque, ver se está com sensibilidade, se você vai ter orgasmo, ejaculação ali. E isso foi feito umas três vezes, três vezes funcionou” (Ent. 11 Sul).

15.3.2. O cuidado que vira obrigação: rotina de cuidados e desafios com a dilatação

Na última subcategoria, as participantes relataram a importância que a dilatação e outros cuidados contínuos passaram a ter em suas rotinas após a CRG. Nesse contexto, foi desvelado que muitas mulheres trans e travestis redesignadas possuem orientações inconsistentes, informações difusas e crenças disseminadas em redes informais sobre dilatação e a exposição a riscos no pós-CRG, as quais as induzem a ações inseguras e que atrapalham seus cuidados pessoais. Ao mesmo tempo, surgiram relatos de experiências de adaptação e enfrentamento no cotidiano pós-CRG a partir de estratégias para facilitarem suas rotinas, como ajustes de horários e manejo de desconfortos vivenciados.

“Eu sou casada, então praticamente eu tenho relações sexuais um dia sim, um dia não. [...] E quando a gente fica um tempo sem fazer, ela fica mais apertada, sabe? Mas eu não faço dilatação nenhuma. eu procuro mudar as posições, [...] se ela vai dar uma laceada, se não vai. Então, no próprio ato sexual, eu consegui me adaptar com a vagina, ela ficasse um pouco mais profunda. Tem dias que não entra tudo. tem dias que realmente ela entra pouco, sabe? Mas eu percebi

que durante esse processo que eu estou há 12 anos redesignada, é algo de conhecimento” (Ent. 1 Sul).

“Agora não mais (não realiza a dilatação), por causa que eu tenho meu parceiro, né? Mas de vez em quando faço, mas não é sempre. Eu fiz só os dois primeiros anos, depois eu não fiz mais, porque eu também tenho meu parceiro” (Ent. 4 Sul).

“As dilatações eu confesso que eu fui espaçando elas, porque eu acho que é um ciclo, assim, sabe? Eu faço a dilatação, uns dois dias, três depois da dilatação, começa a sair muita secreção, daí eu uso absorvente, daí por andar de absorvente todo dia, trocar o absorvente, fica abafada a região íntima, daí assa, e daí eu não quero dilatar de novo. Eu estava dilatando uma vez por semana, daí fui espaçando uma a cada duas semanas. Confesso que agora eu chego a dilatar uma vez ao mês, no máximo [...] as dilatações são muito difíceis para mim. Dói, não é confortável, ela demanda tempo, você tem que usar lubrificante, às vezes se suja, tem que ficar segurando o dilatador, tem que ficar na cama por 40 minutos ali, a vida segue correndo lá fora” (Ent. 2 Sul).

“Eu faço geralmente só à noite, uma hora, que eu consigo fazer, por conta da rotina, do trabalho e tudo mais. Então acabo fazendo menos tempo, porque o indicado é duas horas, é raro, às vezes eu faço de manhã e de noite, mas é raro, assim, quando eu tenho mais tempo, final de semana, geralmente. [...] Eu acho que é ficar com o dilatador ali. A dor, né? Acho que hoje minha maior dificuldade” (Ent. 7 Sul).

“Eu acho que esse é o único ponto ruim da cirurgia, porque é uma coisa assim que é pra sempre, sabe? No começo foi difícil, eu achei que conforme fosse passando o tempo ia melhorar, mas mesmo assim, quando ficou uns 15 dias sem dilatar, já regride tudo. Ele não é um processo assim que vai progredindo. Se você não faz, ele vai regredindo. Esse é o único ponto ruim mesmo. Incomoda” (Ent. 10 Sul).

“Na dilatação, ele (o canal da neovagina) acaba doendo um pouco. Ele fecha bastante, por isso que a dilatação, estou tentando fazer bem nos horários certinhos, porque quando passa um pouco do tempo ele fecha. [...] A maior dificuldade mesmo é a dilatação, isso é complicado mesmo. As que forem fazer também tem que saber que isso é um processo que não é tão bom, não, mas com o tempo vai acostumando. [...] Tive que me adaptar com ela (a dilatação), porque no começo, nas primeiras semanas, era doloroso, era incomodativo, mas agora tá bem suave. [...] O que me deu um sustinho foi que na dilatação sangrou um pouquinho, mas ele (o médico) falou que muito por ser muito recente é normal” (Ent. 11 Sul).

“Então, na sexta cirurgia, estava sendo bom, porque a gente estava conseguindo fazer com o maior dilatador. porém, nesse processo a gente descobriu o vazamento e ele pediu pra eu parar com as dilatações. e daí, meu canal fechou. estava sendo muito dolorido, muita dor, é um incômodo, assim, pra mim é algo terrível. eu prefiro fazer, acho que, sete cirurgias e nenhuma dilatação. porque dói muito, eu choro, sangra bastante. e agora eu estou fazendo em casa, pelo menos uma vez por dia, só que é com o menor. menor e mais fininho. daí é tranquilo. só que a hora que eu começo a aumentar, daí já começa a doer, já é horrível” (Ent. 5 Sul).

“Imagino que eu vou ter uma relação sexual, eu dilato antes de sair de casa, se for possível. Também já tentei outras estratégias, durante o banho, eu coloco o dilatador e vou tentar tomar o banho, por mais rápido que seja. [...] Não tem o que fazer, tem que dilatar pro resto da vida. Então agora eu estou voltando a dilatar uma vez por semana” (Ent. 2 Sul).

“São 4 vezes por dia. Coloca 5 minutos o menorzinho (o dilatador), aí coloca o mediano, porque o grande ainda não estou conseguindo pôr. Eu coloco o mediano e fica 20 minutos. Então, são 4 vezes de 25 minutos por dentro do dia” (Ent. 11 Sul).

“A gente não sabia desses processos de dilatação. Sou uma mulher velha, com 52, poderia ter procurado isso, mas nunca me liguei porque era uma coisa que não fazia parte da vida, entendeu? Não era algo que se falasse sobre isso. Eu fui ouvir a expressão fisioterapia pélvica, dilatação pélvica para mulheres trans, agora há um mês e meio atrás. É uma loucura, chega a ser um absurdo” (Ent. 9 Sul).

15.4. De uma redesignada para outras: sentimentos que perpassam a experiência

A última categoria foi formada por 3 subcategorias: 1. A escolha que se tece; 2. A troca que protege; e 3. A tranquilidade de existir no próprio corpo: satisfação, pertencimento e completude no pós-CRG.

15.4.1. A escolha que se tece

A presente subcategoria reuniu relatos que colocam a CRG como o centro de um novo capítulo no cotidiano das participantes, atravessados por sonhos, necessidades e significados atribuídos ao próprio corpo modificado. Nesse sentido, emergiu o alívio de desconfortos com a própria imagem e alinhamento corpo-identidade após a CRG, pois as entrevistadas descreveram a cirurgia como uma forma material de diminuir o sofrimento psicológico e de trazer uma vivência mais confortável para si.

“Responda pra você: “o que o órgão genital hoje que você tem significa para você? Está tudo bem? Está tudo tranquilo? Como é que é?”. Depois, você coloca na sua cabeça essa pergunta, transmite para o coração e põe numa balança dentro de você o que vai fazer você se sentir bem: ter o que você tem ou fazer uma vagina? Depois disso, eu tenho certeza, a gente sabe o que a gente quer. Você não pode confundir essa pergunta com medo. Você tem que responder para você com sinceridade” (Ent. 1 Sul).

“Entender que a cirurgia é uma coisa para você, não é uma coisa para ninguém. E que não vai solucionar os problemas da tua vida, porque a gente acha que a cirurgia vai solucionar todos os problemas da nossa vida e não é. E que ser mulher é muito difícil, né? Em questão, assim, de respeito, de sexualidade, de você se envolver. [...] Sofre assédio, sofre abuso, sofre isso, sofre aquilo” (Ent. 10 Sul).

“Não fazer por moda, porque isso não é uma questão de status nem beleza, isso é uma questão de você querer ser e você se identificar com isso, porque é algo que daqui pra frente você não pode ter arrependimento. Que vai te acompanhar pro restante da vida. Fazer com a certeza de querer ter” (Ent. 11 Sul).

“A vontade de fazer vem desde que eu entendo de cirurgias, foi da infância. Até acho engraçado quando eu lembro disso, porque eu dormia fazendo oração pra acordar operada. E é lógico que isso é uma coisa que não iria acontecer, né? Deus faz milagre, mas nem tanto” (Ent. 5 Sul).

“Muita gente não aceita o que a gente faz, acham que a gente tá mudando e tá forçando situações. Eles não entendem que isso vem de nascença, não é uma coisa que a gente constrói: “ah, eu vou virar porque eu decidi que é isso”. No meu caso, eu percebi desde criança que eu era assim. [...] A visão que eu tenho disso, a gente nasce com isso e só vai direcionando os caminhos. Tem gente que tem mais facilidade e tem gente que não tem facilidade nenhuma, tem gente que sofre bastante” (Ent. 5 Sul).

“É o sonho da vida da gente. E isso muda muito a vida da gente. Se é o sonho dela, tem que só ir fazer. Óbvio que a gente precisa pensar muito antes e tudo mais, mas sempre incentivando que a pessoa

busque o melhor. Para mim, funcionou, é muito bom. [...] O que eu diria é isso: só vai, faz e seja feliz. Acredite no seu sonho” (Ent. 7 Sul).

“Quando a gente tem aquele problema, a gente é lembrado constantemente daquilo, quando vai no banheiro, vai tomar banho, vai numa praia” (Ent. 8 Sul).

“Eu me incomodava mais em ter um pênis do que almejava uma vagina. Não era algo tipo: “nossa, eu sempre quis ter uma vagina”, era mais algo: “eu não quero ter um pênis no meu próprio corpo” (Ent. 8 Sul).

“Eu digo que seja um sonho, porque é uma coisa que eu sempre disse, a realização de um sonho. Não basta querer fazer porque está agora na moda. Eu vejo muitas meninas querendo fazer a cirurgia, mas você precisa ter certeza que você realmente quer, porque é nascer de novo” (Ent. 13 Sul).

15.4.2. A troca de (trans) saberes que protege

Nessa subcategoria, emergiu a importância da circulação de saberes entre pares como uma forma primordial para lidar com a experiência da CRG com mais segurança e informação, principalmente quando as entrevistadas precisam lidar com lacunas no acompanhamento médico, surgindo uma prática de cuidado coletivo centrada nas transepistemologias.

“Converse com meninas, converse com pessoas. invista nas dilatações, leia materiais, tem muito material hoje na internet. A gente tem o INAMUR, que congrega mulheres trans redesignadas. Componha grupos de movimentos sociais, se informe muito antes. Converse com pessoas, converse com pares muito antes de conversar com profissionais, [...] converse com quem passou pelo

processo, que são as meninas que fizeram cirurgia. Converse com as meninas trans” (Ent. 2 Sul).

15.4.3. A tranquilidade de existir no próprio corpo: satisfação, pertencimento e completude no pós-CRG

Por fim, as entrevistadas relataram a experiência pós-cirúrgica como um período de autodescoberta: quando elas finalmente puderam habitar um corpo coerente com sua mente, trazendo uma relação mais confortável com sua própria imagem e com o seu arredor.

“Conforme a minha experiência de vida, a questão de se olhar, de ver minha neovagina, de conseguir, por exemplo, ter as funções, a funcionalidade da neovagina que tem, a qualidade de vida da gente aumenta muito com isso” (Ent. 7 Sul).

“O impossível aconteceu. o impossível aconteceu, você conseguiu” (Ent. 11 Sul).

“Não é fácil, é difícil, tem muita coisa ali que acontece nesse processo. Mas se é um sonho, não desista, porque se hoje eu encontrasse a (nome da entrevistada) do passado, e falasse: “ó, você vai passar por tudo isso”, eu faria de novo” (Ent. 5 Sul).

“É uma evolução muito grande na saúde mental, uma sensação de libertação. [...] Para quem realmente quer, parece que é um espaço que tinha no teu cérebro que era ocupado, que ele se abre novamente. Só quem passa que consegue entender isso” (Ent. 11 Sul).

“A vida não vai mudar, a família não vai mudar, o parceiro não vai mudar, a sociedade não vai mudar. O que pode vir a mudar é a forma dela se visualizar como mulher. Porque não é uma cirurgia,

não é baixar a calcinha para as pessoas que vai mudar alguma coisa. A mudança vem para si própria e não para outras pessoas” (Ent. 12 Sul).

“Hoje eu sou uma mulher muito feliz comigo mesma, com minha aparência, com minha forma de ser. Às vezes eu até me esqueço dessa situação de transexualidade porque para mim não me faz diferença essa palavra, porque é apenas uma palavra que é incluída diante da sociedade e muitas vezes são discriminadas em função da própria postura das pessoas que as utilizam” (Ent. 12 Sul).

“Eu me sinto muito mais feliz, muito mais tranquila, muito mais em paz, me sinto bem completa. Eu me vejo hoje, talvez, sendo o que eu sempre fui na vida. Um pouco mais reativa talvez, um pouco mais tranquila nuns momentos, mas sendo completamente eu” (Ent. 2 Sul).

“Se eu morrer hoje, eu morro feliz, porque agora eu estou realizada” (Ent. 4 Sul).

“É ótimo não ter essa preocupação. Eu fui na praia uma vez, a sensação é ótima. Em relação sexual, [...] eu me sinto mais confortável de ficar sem roupa do lado dele (o companheiro), mesmo que não tenha relação sexual envolvida, mas de trocar uma roupa, de tomar um banho junto. Isso melhorou consideravelmente o meu psicológico” (Ent. 6 Sul).

“Vai e faz de olho fechado. mesmo que não dê certo, tu vais conseguir te olhar pelada no espelho e vai ser um ganho extremo só em tu te olhar pelada na frente do espelho, de frente. Tu vais ganhar um pouquinho de felicidade ali. Então, vai e faz, sem medo de ser feliz e depois tu consegues ter um ganho em outras questões de

profundidade, dilatação [...]. Então, vai e faz, procura, isso vai te trazer bem-estar. Vai sem medo de ser feliz” (Ent. 9 Sul).

“É como se olhasse depois pra mim e dissesse: “nossa, eu sou uma outra mulher”. Então, pra mim, foi muito importante. [...] Também me realizei muito, fiquei muito realizada comigo mesma, passei a melhor no espelho, me aceitar muito mais. Me emancipou fazer essa decisão de redesignação, me tornou uma mulher mais potente, mais aguerrida das lutas, e quando eu faço a cirurgia aos 30 anos de idade, em 2004, eu ingresso à universidade, né? Então, isso me empoderou mais ainda, porque eu me tornei mais segura de ocupar esses espaços de poder, que da minha geração a gente ficava à margem. Para mim foi maravilhoso, me tornou mais empoderada” (Ent. 13 Sul).

Em relação às experiências de complicações de mulheres trans sulistas durante o pós-operatório da CRG, os depoimentos das participantes evidenciaram a compreensão acerca dos riscos e das possíveis complicações inerentes ao período pós-operatório da CRG, bem como dos desconfortos que podem emergir durante o processo de recuperação. A cirurgia representou, para a vasta maioria das mulheres trans e travestis do sul, uma etapa importante no alinhamento corpo-identidade, contudo, relatos do presente estudo demonstram que o pós-operatório é um período marcado pela insegurança e pelas chances de intercorrências.

Esses relatos podem ser corroborados por um estudo que demonstra que diferentes técnicas de vaginoplastia podem apresentar complicações específicas, como estenoses e estenoses cicatriciais (aproximadamente 10% na técnica de inversão peniana e 14% nas vaginoplastias intestinais), além de fístulas, necrose tecidual e prolapsos em menor proporção (Bustos *et al.*, 2021). Nesse sentido, as entrevistadas reconheceram que o procedimento

envolve riscos e que tanto o processo cirúrgico quanto o período de recuperação podem acarretar complicações e desconfortos no pós-operatório. Ainda assim, demonstram a percepção de que os benefícios decorrentes da cirurgia tendem a superar tais adversidades, evidenciando uma avaliação subjetiva que pondera os riscos e os ganhos ao longo da trajetória de afirmação de gênero.

Dentre as principais complicações citadas pelas participantes do sul estão as relacionadas com as alterações estruturais da neovagina, como as estenoses, fibroses e prolapsos. A literatura indica que a estenose neovaginal e as estenoses cicatriciais estão entre as complicações mais frequentes após a vaginoplastia, com prevalência estimada em 11% dos casos (Bustos *et al.*, 2021). Essas mudanças podem se manifestar por meio do estreitamento do canal vaginal, formação de tecido intravaginal e dor e/ ou dificuldade durante a dilatação, a qual exige ajustes tanto na rotina quanto no cuidado pós-operatório. Além disso, [OBJ]Schardein *et al.* (2022), relatam que processos de excessiva cicatrização e fibrose podem causar desconforto e dor persistentes, além de perda da sensibilidade, impactando diretamente o bem-estar físico e mental das mulheres. Os relatos das entrevistadas também evidenciaram complicações urinárias no período pós-operatório, frequentemente descritas como causadoras de desconforto. Algumas falas apontam dificuldades no controle do jato urinário e episódios de perda involuntária de urina, bem como de dor intensa e distensão vesical. Esses acontecimentos conversam com a literatura, a qual descreve diferentes complicações urinárias após a CRG, como jato urinário desviado ou fraco (11,7%), estenose do meato uretral (6,9%), sintomas irritativos urinários (11,5%), retenção urinária com necessidade de cateterização (5,1%) e incontinência urinária (8,7%) [OBJ](Ding *et al.*, 2022). Outros estudos evidenciam que estenoses uretrais podem ocorrer em cerca de 10-18% dos casos após a vaginoplastia, ao passo que disfunções miccionais e incontinência podem atingir proporções maiores em outros contextos clínicos ([OBJ]Motiwala *et al.*,

2025; Blasdel *et al.*, 2024). No entanto, essas complicações podem estar relacionadas a alterações anatômicas e neuromusculares advindas da CRG, a qual altera a posição da bexiga e envolve estruturas do assoalho pélvico e do complexo esfinteriano, o que pode desencadear sintomas como incontinência (Hoebeke *et al.*, 2005).

No que se refere à deiscência de sutura no período pós-operatório e à necessidade de reintervenção cirúrgica, uma das participantes relatou que, após a retirada do dilatador, ocorreu a reabertura dos pontos, o que demandou a realização de uma cirurgia de emergência, prolongando o processo de recuperação e tornando-o mais doloroso e complexo. A literatura corrobora com o que foi exposto ao demonstrar situações marcadas pela ocorrência de hematoma neovaginal infectado, abscessos e necrose parcial de retalho cutâneo ou segmento intestinal, os quais podem comprometer o processo cirúrgico e predispor à novas complicações e, consequentemente, aumentando o risco do desenvolvimento de fístulas e da reintervenção, trazendo maiores possibilidades de complicações adicionais (van der Sluis *et al.*, 2016). Assim, pode-se notar que a deiscência e a reintervenção não são apenas eventos adversos, mas sim processos que podem levar à frustração e medo diante da chance de prolongamento da recuperação.

Estudo recente ampliou esse entendimento ao mostrar que complicações relacionadas à cicatrização, como deiscência, hipergranulação, sangramentos e infecções, podem impactar diretamente o processo de dilatação vaginal, aumentando dor, desconforto e sofrimento durante o pós-operatório (Shamamian *et al.*, 2025). Esses autores destacam que tais intercorrências podem diminuir a adesão à dilatação, especialmente em situações de dor ou sofrimento emocional, o que, por sua vez, aumenta o risco de estenose neovaginal e necessidade de reintervenção. Além disso, evidenciam que fatores psicossociais, como sofrimento emocional e condições psiquiátricas, podem intensificar a percepção de dor e influenciar negativamente o engajamento no cuidado pós-operatório.

De modo complementar, [OBJ]Castellanos *et al.*, 2025 demonstram que complicações pós-cirúrgicas, especialmente infecções de ferida, estão significativamente associadas a maiores níveis de disforia de gênero e piores desfechos psicossociais. Os autores demonstraram que, mesmo que a vaginoplastia estivesse relacionada à melhora global da qualidade de vida, o surgimento de complicações pode diminuir esses benefícios e impactar negativamente a experiência subjetiva do pós-operatório. Desse modo, a deiscência e a necessidade de reintervenção não devem ser lidos somente como eventos adversos, mas também como experiências potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, especialmente diante da possibilidade de comprometimento de um procedimento altamente significativo para essas mulheres.

Por fim, complicações intestinais no período pós-operatório foram relatadas como episódios de preocupação com a própria saúde, destacando a importância das orientações alimentares realizadas pela equipe multiprofissional, especialmente da nutricionista, com especial atenção à uma dieta específica para evitar constipação e obstrução intestinal. Situações em que as indicações não foram seguidas eram associadas à formação de fecaloma e dificuldades durante a evacuação, podendo levar a graves complicações no local da cirurgia. A literatura também cita obstáculos envolvendo estruturas intestinais após a CRG, a citar perfurações retais intraoperatórias e formação de fístulas reto-neovaginais no período pós-operatório, que podem ocorrer mesmo quando medidas corretivas são realizadas durante a CRG (Sluis *et al.*, 2016). Nesse contexto, tais relatos reiteram a necessidade de um manejo adequado da dieta para um bom funcionamento intestinal, pois são fatores relevantes do cuidado pós-cirúrgico, uma vez que qualquer mudança pode gerar consequências significativas.

Diante dessas informações, pode-se observar que o período pós-operatório é atravessado por inúmeras experiências corporais que

perpassam por desconfortos, readaptação ao novo corpo e complicações. As narrativas das participantes da região Sul evidenciaram que, mesmo que a CRG represente uma nova etapa da vida das participantes, o processo de recuperação é marcado por desafios tanto físicos quanto emocionais, os quais necessitam de acompanhamento contínuo e desenvolvimento de novas formas de cuidado. Nesse sentido, os relatos demonstraram a necessidade de um bom preparo pré-operatório, mas também do acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório da CRG. Portanto, entender essas experiências é fundamental para qualificar o cuidado em saúde voltado às mulheres transgenitalizadas, auxiliando no desenvolvimento de práticas assistenciais mais informadas, sensíveis às necessidades específicas delas e acolhedoras.

Em relação às “marcas da Cirurgia de Redesignação Genital e suas repercussões na saúde física de mulheres trans e travestis” oriundas da região Sul do Brasil, uma das participantes do presente estudo relatou a perda de massa muscular após a CRG, associando essa mudança tanto ao procedimento cirúrgico quanto ao período pós-operatório, marcado por dias de permanência no leito. Em seu relato, também emergiu um sentimento de abatimento, indicando que essa alteração corporal foi percebida como uma consequência negativa, vivenciada com dificuldade e fragilidade.

A literatura ainda apresenta uma escassez de estudos que avaliem diretamente os impactos da CRG na composição corporal, especialmente no que se refere à perda de massa muscular. Os estudos disponíveis concentram-se principalmente na análise dos efeitos da hormonização a longo prazo e das mudanças físicas decorrentes desse processo nos corpos de mulheres trans. Sabe-se que a hormonização feminilizante geralmente envolve o uso de estrogênio associado a terapias antiandrogênicas, com o objetivo de reduzir a produção de testosterona. No caso da CRG, ocorre a retirada dos órgãos responsáveis por essa produção hormonal, intensificando a supressão androgênica já promovida pela hormonização.

Diante da ausência de pesquisas que abordem diretamente os efeitos da CRG na composição corporal, optou-se por utilizar, nesta discussão estudos que investigam as mudanças corporais associadas ao uso prolongado da hormonização / reposição hormonal.

Estudo recente não associa diretamente o uso prolongado de estrogênio à perda de massa magra, mas aponta que essa mudança pode estar relacionada principalmente à supressão sustentada dos níveis de testosterona (Amador *et al.*, [OBJ]2024). Uma revisão de literatura identificou que mulheres trans em hormonização de longo prazo apresentam maior massa magra quando comparadas a mulheres cis, porém menor quando comparadas a homens cis. Entretanto, ao analisar mulheres trans no início da terapia hormonal e após um ano de tratamento, observou-se redução da massa magra nesse período (Sieczkowska *et al.*, [OBJ]2025). Outras revisões também indicam diminuição da massa muscular em mulheres trans em hormonização, podendo chegar a cerca de 10% (Amador *et al.*, [OBJ]2024); Gois *et al.*, [OBJ]2025).

Em relação à capacidade física, estudos indicam que mulheres trans apresentam menor força de membros superiores e inferiores quando comparadas a homens cis. No entanto, quando comparadas a mulheres cis, não são observadas diferenças significativas nos níveis de força muscular. Além disso, mulheres trans em hormonização tendem a apresentar valores de pico de volume de oxigênio (VO₂) inferiores aos observados em homens cisgênero, o que pode refletir menor desempenho do sistema cardiovascular e, consequentemente, menor rendimento em atividades que exigem maior resistência física (Sieczkowska *et al.*, [OBJ]2025; Amador *et al.*, 2024).

Todavia, revisões de literatura sugerem que a alteração mais expressiva observada em mulheres trans ocorre na massa de gordura, mais do que na massa magra, cenário também percebido entre os relatos das participantes sulistas deste estudo. Diversos estudos apontam aumento da massa gorda após o início da hormonização, mudança que pode se manter

mesmo após três anos de uso dos hormônios sintéticos, com alguns trabalhos indicando elevação de até 40%. Além disso, mulheres trans e travestis apresentam maiores níveis de gordura corporal quando comparadas a homens cis, bem como maior risco e prevalência de obesidade durante a hormonização, com valores de IMC e de gordura visceral mais elevados (Sieczkowska *et al.*, 2025; Amador *et al.*, 2024; Gois *et al.*, 2025).

Apesar dos impactos já descritos da hormonização na redução da massa magra e no aumento da massa gorda, é importante considerar também outros fatores que podem influenciar essas mudanças corporais. Entre eles, destacam-se os maiores índices de sedentarismo observados em parte da população trans feminina. Em alguns casos, esse comportamento está relacionado ao receio de que a prática de musculação ou de outras atividades físicas contribua para o desenvolvimento muscular e resulte em uma aparência percebida como masculinizada (Amador *et al.*, 2024).

Além disso, devem ser consideradas as questões de saúde mental que atravessam mulheres trans e travestis. A obesidade é uma condição multifatorial, influenciada não apenas por fatores biológicos, mas também por aspectos psicológicos e sociais. Nesse contexto, experiências como transtornos alimentares e insegurança alimentar podem interferir na relação com a alimentação e contribuir para alterações no peso corporal.

Outra percepção negativa do pós-CRG relatado por duas das participantes da região Sul foi o odor desagradável proveniente da neovagina. Sintomas como odor fétido, corrimento aumentado e prurido vaginal são associados a desequilíbrio da microbiota vaginal em mulheres cisgênero. Estudo identificou que 26,3% das mulheres trans e travestis submetidas à CRG por inversão peniana relataram sintomas, sendo o principal deles o corrimento vaginal com odor fétido (Rojas-Vargas *et al.*, 2025). Revisão de literatura evidenciou prevalência de até 50% de vaginose bacteriana nas citologias coletadas, porém apenas uma pequena parcela das amostras apresentou *Lactobacillus*, microbiota comumente predominante

nas vaginas de mulheres cis (Stoehr *et al.*, [OBJ]2023). Em contrapartida, outro estudo analisado encontrou presença de *Lactobacillus* em cerca de 60% das neovaginas avaliadas, embora em quantidade inferior à observada na cisvagina (Rojas-Vargas *et al.*, [OBJ]2025).

Já as CRG que utilizam o cólon sigmoide apresentam características citológicas mais semelhantes às do tecido colônico *in situ* do que às da vagina de mulheres cis. Nesses casos, observa-se a presença de uma diversidade de microrganismos, porém com baixa evidência de *Lactobacillus*, bactéria comumente predominante na microbiota vaginal de mulheres cis (Stoehr *et al.*, 2023). Estudos também apontam que neovaginas construídas com segmento intestinal tendem a apresentar produção de secreção mais abundante quando comparadas às neovaginas por inversão peniana. Isso ocorre devido à presença de glândulas mucosas próprias do tecido intestinal, que permanecem ativas e continuam produzindo muco após a cirurgia. A elevada produção de muco, associada à microbiota de origem intestinal, pode contribuir para o odor desagradável relatado por algumas mulheres (Bang *et al.*, [OBJ]2023).

Dessa forma, a microbiota da neovagina difere daquela observada na cisvagina, o que demanda cuidados específicos e orientações adequadas para seu manejo. As diretrizes do programa de saúde trans da UCSF recomendam a realização periódica de limpeza interna para remoção de muco em excesso e células descamadas, por meio de lavagem ou irrigação com água e sabão (Meltzer, [OBJ]2016). No entanto, uma das participantes relatou realizar essa rotina utilizando água morna, sal e bicarbonato de sódio, prática aprendida com outra mulher trans redesignada. Esse relato evidencia que, diante da escassez de orientações profissionais claras, muitas mulheres recorrem à troca de saberes entre pares para o cuidado com a neovagina, o que também revela lacunas no conhecimento técnico e na preparação dos profissionais de saúde para orientar adequadamente esse processo.

Evidencia-se, portanto, que o período pós-CRG é atravessado por diversas transformações nos corpos, nos hábitos e na vida cotidiana dessas mulheres, configurando um momento delicado e, muitas vezes, marcado por vulnerabilidades. Mudanças no peso, na composição corporal, na vitalidade e desconfortos relacionados a odores corporais surgem como queixas recorrentes, que precisam ser acolhidas e escutadas de forma sensível nos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se fundamental que os profissionais estejam preparados para oferecer acompanhamento e orientações qualificadas, reconhecendo as especificidades do pós-operatório e promovendo um cuidado integral, afirmativo e baseado em evidências, capaz de favorecer o bem-estar e a qualidade de vida dessas mulheres.

Em relação ao “novo corpo e novas emoções” de mulheres trans redesignadas sulistas foram descritas importantes mudanças emocionais após a CRG, evidenciadas por meio de maior sensibilidade, labilidade de humor, irritabilidade e reatividade emocional. Essas transformações foram associadas por elas ao período posterior à cirurgia, visto como um momento de fortes mudanças corporais e emocionais, em que o mundo passa a ser entendido de outra forma pelas mulheres redesignadas. As narrativas também envolveram percepções de que as alterações emocionais não surgem de forma isolada, mas se conectam às modificações hormonais já vivenciadas, o que é exacerbado pelo contexto pós-cirúrgico.

Nesse sentido, essas vivências indicam que o período pós-operatório da CRG não envolve apenas adaptação física, mas também um processo de reorganização emocional, o qual pode ser vivido de maneira intensa e ambivalente. Não foram identificados estudos que avaliassem especificamente alterações emocionais como labilidade de humor, irritabilidade, reatividade emocional e intensificação da sensibilidade no período pós-CRG de mulheres trans. Dessa forma, optou-se por discutir esses achados à luz de evidências provenientes de pesquisas realizadas com mulheres trans e travestis em hormonização, especialmente em contextos de

uso prolongado de estrogênio associado a antiandrogênicos, por se tratarem de estudos que abordam mudanças subjetivas, emocionais e psicossociais relacionadas às modificações endocrinológicas vivenciadas ao longo da afirmação de gênero.

Essas percepções convergem com a literatura que descreve a influência das intervenções hormonais sobre a experiência sexual e subjetiva de mulheres trans. Schardein e coautores (2022), demonstraram que mulheres redesignadas costumam relatar diminuição do desejo sexual após o início da hormonização, o que indica que alterações endocrinológicas podem influenciar no modo que as pacientes experienciam desejo, excitação e outros aspectos da sexualidade. Apesar do foco do estudo não ser necessariamente a labilidade afetiva, esses achados ajudam a contextualizar que a reorganização hormonal faz parte de um grupo maior de alterações vividas ao longo da afirmação de gênero, podendo reverberar no contexto emocional. [OBJ] (Doyle; Lewis; Barreto, 2023).

Além disso, a literatura sugere que essas alterações hormonais podem ser vistas como variações na experiência afetiva, envolvendo tanto melhora do bem-estar psicológico quanto oscilações de humor ao longo do processo de adaptação. [OBJ] Baker *et al.*, (2021) observaram que, em um estudo prospectivo, a proporção de pessoas trans com sintomas depressivos reduziu de 42% para 22% após 12 meses de hormonização, embora outros estudos não tenham identificado mudanças significativas em escalas de depressão, o que demonstra que os efeitos emocionais não são homogêneos e podem ser modulados por diversos fatores como clínicos, sociais e farmacológicos.

Adicionalmente, [OBJ] Doyle, Lewis e Barreto (2023) mostraram que a hormonização não afeta apenas o corpo, mas também o modo como pessoas trans vivenciam emoções e relações sociais. De acordo com os autores, a hormonização pode reorganizar estrutura e função cerebral, influenciando a experiência emocional, o modo de lidar com estímulos sociais e o funcionamento interpessoal. A literatura revisada por eles indica que, após o

início do uso dos hormônios, muitas participantes relataram melhora do bem-estar, redução do sofrimento e de sintomas depressivos, bem como maior autoimagem e autoaceitação. Também foram relatadas mudanças na experiência emocional, geralmente vistas como positivas e associadas a maior amplitude emocional e liberdade de expressão afetiva, embora algumas participantes da região Sul também tenham relatado oscilações de humor e sensação de labilidade emocional. Esses dados contribuem para entender que as alterações emocionais descritas pelas entrevistadas não são apenas efeitos pontuais do pós-operatório da CRG, mas também podem fazer parte de um processo maior de adaptação às transformações corporais decorrentes da afirmação de gênero.

As experiências sugerem que as modificações emocionais não devem ser entendidas apenas em um contexto fisiológico e ou psicológico em si, pois também se relacionam ao processo de adaptação ao novo corpo e ao novo entendimento de si após a cirurgia. A CRG pode representar um marco importante na trajetória de afirmação de gênero, mobilizando expectativas, significados e experiências acumuladas ao longo de toda a vida. Nesse contexto, o período pós-cirúrgico pode estar associado não apenas a redução de aspectos da disforia e ao maior alinhamento entre corpo-identidade, mas ao surgimento de novas demandas emocionais, associadas à resignificação da própria identidade. Esse processo pode ser vivido de forma ambivalente, correlacionando sentimentos de realização, alívio e completude com momentos de instabilidade emocional e necessidade de adaptação subjetiva.

Nesse sentido, Özer (2025) destaca que o bem-estar após a vaginoplastia envolve uma conexão profunda entre funcionalidade corporal, satisfação, sexualidade e qualidade de vida, sugerindo que o pós-operatório impulsiona contextos físicos e emocionais de forma inseparável. Tal compreensão é especialmente relevante porque permite analisar as modificações de humor e a intensificação da sensibilidade não somente

como respostas biológicas, mas como parte de um processo maior de reorganização subjetiva, em que corpo, sexualidade, identidade e bem-estar se entrelaçam. Sob essa ótica, as transformações emocionais narradas pelas entrevistadas da região sul podem ser vistas como expressão de uma reconfiguração, ao mesmo tempo, corporal e psíquica, na qual a CRG e a hormonização desenvolvem novas formas de sentir, perceber e existir o próprio corpo.

Ademais, essas alterações também repercutem no cotidiano e nas relações interpessoais. A literatura revisada por Doyle e colaboradores (2023) evidenciou que, após o início da hormonização, participantes constantemente referirem melhorias no funcionamento interpessoal e na qualidade das relações, mesmo que, muitas vezes, essas mudanças fossem atribuídas à maior satisfação com a aparência. Ainda assim, o aumento da sensibilidade emocional e da intensidade afetiva também pode tensionar vínculos previamente estabelecidos, exigindo processos de adaptação em relações afetivas, sociais e familiares. Desse modo, as mudanças emocionais relatadas pelas entrevistadas podem impactar não apenas a vivência interna do corpo após a CRG, mas também a forma como essas mulheres se relacionam com companheiros(as), familiares, espaços de trabalho e situações da vida cotidiana, tornando o pós-operatório um período de reconfiguração biopsicossocial ampla.

Por fim, alterações de humor e a intensificação da sensibilidade relatadas pelas entrevistadas podem ser lidas como parte de um processo maior de reconfiguração, no qual CRG e reposição hormonal produzem transformações corporais, juntamente com novas formas de ser, sentir e habitar o próprio corpo. Assim, mais do que efeitos isolados de intervenções médicas, estas alterações significam um processo dinâmico e contínuo de construção de si, no qual dimensões biológicas, emocionais e psicosociais se entrelaçam na experiência do pós-operatório. (Colizzi *et al.*, 2013)

Em relação ao preparo profissional e institucional no atendimento às mulheres trans e travestis redesignadas, o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado a partir de diretrizes que prevêm cuidado integral, contínuo e multiprofissional às pessoas trans, não se restringindo aos procedimentos cirúrgicos, mas incluindo acompanhamento clínico, psicológico e hormonal ao longo de toda a trajetória assistencial. A [OBJ]Portaria nº 2.803/2013 define que a linha de cuidado deve ser organizada de forma articulada entre a atenção básica e a especializada, garantindo um acompanhamento longitudinal e coordenado, com participação de equipe interdisciplinar composta por diferentes profissionais da saúde.

Em contraponto, após a CRG, o acompanhamento em saúde constantemente se torna fragmentado, nitidamente marcado pela dificuldade de acesso a profissionais capacitados e pela descontinuidade do cuidado. Algumas entrevistadas sulistas referiram ausência de acompanhamento [OBJ]endocrinológico ou a necessidade de buscar atendimento por conta própria, muitas vezes recorrendo a consultas [OBJ]particulares para suprir demandas básicas de saúde ou a troca de saberes entre [OBJ]pares. Assim, a literatura evidencia que a organização dos serviços especializados é marcada por forte concentração em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, configurando a dimensão geográfica como um importante marcador de desigualdades no acesso à saúde. [OBJ]Bender et al. (2025) mostrou que os atendimentos ambulatoriais e hospitalares voltados aos processo de modificações corporais no SUS estão concentrados em um número diminuído de serviços especializados, localizados em poucas cidades e, sobretudo, em capitais e regiões metropolitanas, o que impõe barreiras concretas às pessoas trans que residem em áreas periféricas, interioranas ou rurais. Desse modo, quando não há hospitais habilitados no município de residência, torna-se necessário recorrer ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD), demonstrando que o acesso

ao cuidado frequentemente depende de deslocamentos prolongados e de condições materiais para viabilizá-los. Por fim, os autores reforçam que a concentração dos serviços especializados em poucas regiões metropolitanas viola o princípio da universalidade do SUS, especialmente pelo fato de pessoas trans residentes em áreas periféricas ou rurais enfrentam dificuldades adicionais e, muitas vezes, falta de recursos financeiros para o deslocamento.

Ao mesmo tempo, ^[OBJ]Rocon *et al.* (2020) evidenciam a falta de garantia de serviços específicos, a escassez de recursos e fragilidade da rede como entraves relevantes ao acesso da população trans no Brasil, demonstrando que a dificuldade não se resume apenas à existência formal da política, mas também à insuficiência concreta da oferta e da distribuição dos serviços no território. Assim, a centralização dos serviços, além de dificultar o ingresso no processo transexualizador, compromete a continuidade do cuidado no pós-operatório, sobretudo para aquelas que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social.

Sob essa ótica, pode-se entender que o fracionamento do cuidado não está limitado à uma falha operacional específica, mas reflete uma tensão estrutural entre o modelo de atenção preconizado pelas políticas públicas e sua efetiva implantação no território. Mesmo que o SUS proponha um cuidado longitudinal e integral, o isolamento de serviços, a escassez de profissionais qualificados e a desarticulação da rede desenvolvem trajetórias assistenciais marcadas por descontinuidade, incerteza e necessidade de adaptação constante por parte das usuárias. Ademais, os achados de Poteat e colaboradores (2013) sugerem que a sensação de desamparo referida pelas entrevistadas não se restringe à escassez da rede pública, mas se estende à vivência mais ampla de busca por cuidado em saúde. Mesmo quando há possibilidade de acesso ao setor privado, a dificuldade em encontrar profissionais capacitados para o manejo específico da saúde de pessoas trans persiste, demonstrando que essa questão não se limita ao

financiamento ou à disponibilidade dos serviços, mas que envolve lacunas estruturais na formação em saúde e no desenvolvimento de técnicas voltadas ao cuidado trans-específico, fazendo com que o acesso formal ao serviço não se traduza necessariamente em acesso qualificado ao cuidado.

As entrevistadas da região Sul também mencionaram a falta de informações claras sobre a continuidade da hormonização ou sobre os cuidados necessários após a CRG, gerando insegurança e sentimento de desamparo no período pós-operatório. Desse modo, essas situações dialogam com pesquisas que apontam que pessoas trans constantemente lidam com barreiras estruturais no acesso à saúde, incluindo falta de profissionais especializados e dificuldade no acompanhamento longitudinal, o que pode fazer com que muitas pessoas busquem informações e cuidados fora do sistema formal de saúde (Poteat; German; Kerrigan, 2013). Diante desse cenário, a troca de saberes entre pares emerge como uma forma de cuidado, especialmente em perspectivas marcadas por lacunas institucionais. As experiências compartilhadas evidenciam que outras mulheres trans, com foco nas que já se submeteram à CRG, tornam-se modelos fundamentais na construção do cuidado, orientando práticas, compartilhando experiências e auxiliando na tomada de decisões. Essas situações são corroboradas por Poteat e colaboradores (2013), quando demonstram que pessoas trans frequentemente assumem um papel ativo na condução de seu próprio cuidado, inclusive ensinando profissionais de saúde sobre suas necessidades específicas. Nesse sentido, as redes não apenas suprem lacunas informacionais, mas também são espaços de acolhimento, validação e produção coletiva de saberes, aproximando-se do que pode ser compreendido como transepistemologias, ou seja, formas de disseminação de conhecimento produzidas a partir da experiência vivida compartilhada e até mesmo produzida cientificamente desde que tenham as pessoas trans como protagonistas centrais em todas as fases do processo. Assim, a divulgação de saberes entre as pessoas trans não se configura somente

como uma prática complementar, mas também como uma parte estrutural do cuidado pós-operatório, evidenciando tanto a importância do cuidado coletivo quanto aos limites do modelo biomédico em responder de forma integral às necessidades transespecíficas.

No mais, a literatura reforça que os cuidados após a vaginoplastia envolvem inúmeras demandas que necessitam de acompanhamento especializado e contínuo. A ausência de acompanhamento estruturado torna-se problemática quando se considera que o período pós-operatório envolve riscos de complicações e a necessidade de orientação adequada para garantir a manutenção da funcionalidade da neovagina (Bustos *et al.*, 2021; Shamamian *et al.*, 2025). Ademais, a falta de orientação adequada e de suporte profissional pode comprometer a adesão às práticas de autocuidado, especialmente no que se refere a dilatação vaginal, podendo resultar na perda parcial ou funcional do canal neovaginal e, consequentemente, no comprometimento dos resultados cirúrgicos.

Diante desse cenário, Castellanos *et al.* (2025) indicam que complicações pós-operatórias não manejadas de forma adequada podem impactar significativamente a saúde mental, estando associadas ao aumento de disforias, frustração e sofrimento emocional. Portanto, a possibilidade de perder o resultado de uma cirurgia tão sonhada, a qual, por diversas vezes, é tida como a realização de um projeto de vida, pode intensificar sentimentos de medo, insegurança e desesperança. Além disso, a persistência de sintomas como dor, dificuldade nas relações sexuais e limitações funcionais pode repercutir nas relações afetivas, na autoestima e na qualidade de vida dessas mulheres, demonstrando que a falta de um adequado acompanhamento não apenas compromete desfechos clínicos, mas produz impactos amplos na forma de viver pós-CRG.

Por fim, a descontinuidade do cuidado deve ser entendida como um fator de risco relevante no pós-cirúrgico, visto que pode transformar um procedimento potencialmente afirmativo e promotor de bem-estar em uma

trajetória marcada por complicações, sequelas e sofrimento evitável. Desse modo, esses achados reforçam a demanda de estratégias que garantam não apenas o acesso à cirurgia, mas também a sustentação de um cuidado longitudinal, qualificado e centrado nas necessidades específicas das mulheres trans ao longo de todo o processo.

Quando se fala em “o corpo trans e o desconhecimento profissional”, uma das queixas mais recorrentes referiu-se ao despreparo de profissionais de saúde para lidar com as especificidades do cuidado ao corpo de mulheres trans no período pós-CRG. As mulheres entrevistadas relataram momentos em que profissionais de saúde demonstraram desconhecimento sobre exames adequados, manejo hormonal ou cuidados após a cirurgia, resultando em atendimentos desnecessários ou inadequados. Foram relatadas situações em que as participantes afirmaram ter sido submetidas a procedimentos sem indicação clínica, evidenciando lacunas na formação médica no que se refere à saúde LGBTQIAPN+, especialmente às especificidades do cuidado às transespecificidades. Estudos apontam que muitos profissionais da saúde relatam falta de preparo para atender pessoas trans devido a baixos níveis de confiança e competência no manejo de suas demandas específicas, enquanto pacientes se veem na posição de ensinarem seus próprios médicos sobre suas necessidades ([OBJ]Poteat; German; Kerrigan, 2013; [OBJ]Burgwal *et al.*, 2021; [OBJ]Coats *et al.*, 2024).

Esse despreparo é evidenciado quando se analisa a complexidade das lacunas estruturais presentes na formação em saúde. Estudos indicam que o ensino sobre saúde de pessoas trans nos cursos de graduação e residência ainda é limitado, fragmentando e, diversas vezes, inexistente, sendo comumente abordado de forma pontual ou inserido em conteúdos mais amplos sobre população LGBTQIA+ ([OBJ]Obedin-Maliver *et al.* 2011; Heesewijk *et al.*, 2022; [OBJ]Jecke; Zepf, 2023). Ademais, a literatura evidencia que a implementação de conteúdos relacionados à saúde LGBTQIAPN+ enfrenta barreiras institucionais relevantes, como a ausência de materiais didáticos

específicos, a escassez de docentes com experiência na temática e limitações estruturais de tempo e recursos nos currículos (Heesewijk *et al.*, 2022). Tais empecilhos possuem relação com modelos formativos ainda ancorados em concepções cisheteronormativas, o que contribui para a invisibilização das demandas de minorias de gênero no processo de formação em saúde.

Desse modo, a obtenção de conteúdos específicos sobre o cuidado à população trans frequentemente não ocorre de forma sistemática, mas depende da iniciativa individual dos estudantes e profissionais da saúde, impactando na heterogeneidade do cuidado ofertado. Estudos indicam que a falta de treinamento adequado está diretamente relacionada às dificuldades práticas no atendimento, incluindo segurança na prescrição hormonal, na condução do seguimento pós-operatório e na realização de exames adequados (Roesch *et al.*, 2024; Katta *et al.*, 2025). Como consequência, a insuficiência de conhecimento técnico pode resultar não somente em falhas assistenciais, como também na reprodução de práticas inadequadas, como a realização de procedimentos desnecessários ou a ausência de orientações essenciais para o autocuidado.

Ademais, essa realidade reforça a noção das participantes do Sul integrantes deste estudo de que o sistema de saúde, em inúmeras situações, não possui o preparo adequado para atendê-las, gerando sentimentos de insegurança, frustração e desconfiança em relação aos serviços de saúde. Sob essa luz, Poteat, German e Kerrigan (2013) destacam que pessoas trans frequentemente se veem na posição de ensinar seus profissionais de saúde sobre suas próprias necessidades, evidenciando uma inversão da lógica tradicional do cuidado e uma fragilidade na capacidade técnico-assistencial dos serviços de saúde no que se refere a essa população. No mais, inúmeras evidências apontam que as desigualdades em saúde enfrentadas por indivíduos trans estão, em sua maioria, consolidadas na deficiência da educação formal sobre suas necessidades específicas durante a formação

em saúde, o que reforça o caráter estrutural dessas lacunas (Tanenbaum; Holden, 2023).

Além disso, a profundidade da assistência no pós-operatório da CRG realça ainda mais a importância de um cuidado adequado. A literatura demonstra que características como profundidade e largura do canal vaginal, sensibilidade do neoclítoris, lubrificação e adaptação à atividade sexual influenciam diretamente a felicidade e o bem-estar pós-CRG (Schardein *et al.*, 2022). Além disso, a funcionalidade genital e o bem-estar sexual são aspectos centrais para a qualidade de vida após a cirurgia, necessitando de assistência qualificada e orientações adequadas no processo de readaptação ao novo corpo (Özer, 2025). Desse modo, o despreparo profissional relatado pelas participantes sulistas demonstraram a persistência de lacunas na formação em saúde, reforçando a necessidade de qualificação para o cuidado da população trans. Notou-se, então, que essas demandas exigem acompanhamento especializado e orientações adequadas, especialmente no período de readaptação ao novo corpo, o que não pode ser plenamente atendido na falta de profissionais preparados.

Juntamente com as implicações técnicas e assistenciais, a inequação profissional impacta na dimensão relacional do cuidado, repercutindo na forma como mulheres trans são acolhidas nos serviços de saúde. Os estudos indicam que a insegurança dos profissionais frente ao desconhecimento específico pode se traduzir em comportamentos hesitantes, comunicação inadequada ou até na evitação do atendimento, o que compromete a construção de vínculos terapêuticos e a continuidade do cuidado (Poteat; German; Kerrigan, 2013; Katta *et al.*, 2025; Coats *et al.*, 2024). Desse modo, o despreparo não se restringe a deficiências cognitivas, mas também dificuldades na abordagem ética, comunicacional e centrada na pessoa, fundamentais para o cuidado em saúde. Assim, a inaptidão profissional contribui para a produção de vivências negativas nos serviços de saúde,

reiterando sentimentos de exclusão e deslegitimação das demandas dessas mulheres.

Por outra perspectiva, evidências demonstram que intervenções educacionais voltadas à saúde trans podem melhorar significativamente o conhecimento e a confiança dos profissionais de saúde, sugerindo que esse despreparo não é intrínseco, mas sim resultante de deficiências formativas passíveis de mudanças [OBJ] (Huang *et al.*, 2025). Portanto, a literatura reforça a necessidade de inclusão de conteúdos relacionados à saúde da comunidade LGBTQIAP+ nos currículos da graduação e da pós-graduação, assim como o fortalecimento de estratégias de educação permanente. Tal demanda torna-se ainda mais necessária à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, que estabelecem que o egresso deve atuar com sensibilidade humana, respeito à diversidade e compromisso com a equidade, além de demonstrar competência para reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana, com especial atenção às necessidades de grupos minoritários e populações historicamente negligenciadas, incluindo a população LGBTQIAPN+.

Assim, os dados obtidos evidenciaram que a falta de preparo profissional não deve ser vista como uma falha individual, mas como um problema estrutural da formação em saúde como um todo no setor saúde, impactando diretamente na qualidade do cuidado disponível e nas vivências das mulheres trans nos serviços de saúde.

Em relação ao “atendimento que fere nos serviços de saúde: a transfobia institucional”, também foram reveladas experiências marcadas por constrangimento, desrespeito e objetificação de seus corpos durante atendimentos em serviços de saúde. Algumas entrevistadas relataram situações em que seus corpos foram tratados como um mero objeto de curiosidade médica, tendo-os expostos a olhares invasivos, avaliações descontextualizadas e interações que extrapolam o cuidado clínico, aproximando-se de uma lógica de observação e julgamento. Enquanto

outras comentam sobre experiências de tratamento agressivo ou negligente em ambiente intra-hospitalar, incluindo falas desrespeitosas e ausência de acolhimento diante de situações de sofrimento físico. Essas falas ratificam casos de transfobia institucional, os quais podem se manifestar em ações tanto explícitas quanto mais sutis, como a desumanização dessas mulheres. Esses episódios não se configuram apenas como falhas individuais de conduta, mas norteiam para a presença de práticas estruturais que desumanizam o cuidado, caracterizando manifestações de transfobia institucional nos serviços de saúde (OBJ Skuban-Eiseler *et al.*, 2024).

A ciência mostra que experiências de discriminação e atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde são frequentemente antecipadas por pessoas trans, o que pode gerar desconforto e fazer com que elas fiquem defensivas frente aos seus cuidadores. O preconceito direcionado a essa população atua de forma estrutural, ultrapassando instituições, práticas profissionais e a qualidade do cuidado recebido (OBJ Hughto *et al.*, 2015). Desse modo, o atendimento em saúde não pode ser lido como um espaço com equidade, visto que reproduz normas sociais e hierarquias que colocam o corpo trans como diferentes em relação à norma cisgênera. Esse dimensionamento favorece o ambiente para que essas mulheres sejam percebidas como “outras”, legitimando métodos que naturalizam o desrespeito, a exposição e a violação de sua dignidade durante o cuidado.

Estudos mostram que pacientes trans notam que, além de não terem repertório técnico, esses profissionais muitas vezes reproduzem estigmas sociais, os quais dificultam a formulação de vínculos terapêuticos adequados, fazendo com que eles precisam chegar aos serviços de saúde esperando atitudes negativas, despreparo técnico ou reprodução de estigmas por parte dos profissionais. (OBJ Poteat; German; Kerrigan, 2013). Esse cenário favorece que pessoas trans evitem ou adiem a busca por atendimento médico, comprometendo o acompanhamento longitudinal e a

promoção da saúde dessa população decorrente da antecipação da discriminação, construída a partir de vivências de violência institucional e exclusão. Desse modo, as experiências relatadas pelas participantes da região sul deste dossiê reforçam a importância de uma formação profissional sensível às questões de gênero, bem como de políticas institucionais que promovam práticas de cuidado respeitosas e sem discriminação no sistema de saúde.

A desumanização relatada pelas participantes pode ser entendida a partir da simplificação do corpo trans a um objeto de análise, desvinculado de sua subjetividade. Evidências sugerem que o preconceito em saúde pode emergir por meio de atitudes como desrespeito à identidade de gênero, negligência de necessidades específicas, comportamentos hostis e tratamento do indivíduo como um “caso” e não como uma pessoa (Skuban-Eiseler *et al.*, 2024). Esse processo de objetificação se desvincula dos princípios fundamentais do cuidado em saúde, os quais entendem o paciente como um sujeito integral, detentor de direitos e de uma vivência exclusiva. Ao serem tratadas como objetos de análise ou curiosidades médicas, as mulheres trans têm sua autonomia e dignidade comprometidas, configurando uma forma de violência simbólica institucionalizada.

Além disso, estudos demonstram que tais práticas não podem ser separadas das lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde, visto que a literatura mostra que profissionais não se sentem preparados para atender pessoas trans, apresentando baixos níveis de confiança e conhecimento específico sobre suas demandas (Burgwal *et al.*, 2021; Coats *et al.*, 2024). Essa falta de preparo não se limita à capacidade técnica, mas se estende à comunicação, à abordagem ética e ao reconhecimento das especificidades dessa população. Katta *et al.* (2025) demonstram que problemas na comunicação e falta de competências culturais adequadas podem acabar em interações inadequadas, reiterando vivências de exclusão e desrespeito. Desse modo, o despreparo profissional contribui diretamente

para a reprodução de práticas discriminatórias, ainda que nem sempre de forma intencional.

A carência educativa está presente em um cenário maior, cheio de fragilidades estruturais na educação em saúde. A literatura indica que o ensino sobre saúde da pessoa trans é comumente limitado, fragmentado e pouco sistematizado, sendo abordado de forma pontual ou diluído em conteúdos mais gerais sobre diversidade (Heesewijk *et al.*, 2022; Roesch *et al.*, 2024). Tal lacuna na formação estruturada faz com que o conhecimento sobre o cuidado à população trans dependa, na maioria, da iniciativa pessoal de profissionais. Nesse cenário, a transfobia institucional não se manifesta apenas por atitudes explicitamente discriminatórias, mas por meio de omissões, negligências e práticas baseadas na falta de conhecimento.

Nesse sentido, [OBJ] Tanenbaum e Holden (2023) argumentam que as desigualdades em saúde enfrentadas pela população trans estão profundamente associadas à falta de educação formal sobre suas necessidades específicas durante a formação em saúde. Esse vazio formativo contribui para a perpetuação de um ciclo de iniquidades, onde o despreparo profissional sustenta vivências negativas em ambientes de saúde que, consequentemente, reiteram a desconfiança e o distanciamento dessa população. Desse modo, a transfobia institucional deve ser entendida como parte de uma estrutura ampla que reproduz e perpetua desigualdades, além de marginalizar o corpo trans.

Além disso, a existência de atitudes discriminatórias compromete a dimensão relacional do cuidado, essencial para o desenvolvimento de vínculos terapêuticos. A desconfiança em relação aos profissionais, a sensação de não pertencimento e o medo de novas experiências negativas atrapalham a adesão às intervenções propostas e a continuidade do tratamento. Diante desse cenário, o cuidado passa a ser permeado por relações desiguais, quando deveria ser centrado na pessoa, fazendo com que ela ocupe uma posição ainda maior de vulnerabilidade. Essa fragilidade

relacional demonstra a necessidade de repensar não apenas os conteúdos formativos, mas também as práticas cotidianas nos serviços de saúde.

Por conseguinte, evidências sugerem que intervenções educacionais podem ampliar significativamente o conhecimento e o preparo dos profissionais no atendimento à população trans (Huang *et al.*, 2025). Esses dados reiteram que o despreparo profissional é um resultado de lacunas formativas passíveis a modificações. Desse modo, a qualificação da formação em saúde e a implementação de estratégias de educação permanente emergem como meios fundamentais para a redução da transfobia institucional e o desenvolvimento de um cuidado mais equitativo e respeito.

Por fim, os dados expostos evidenciam que a transfobia institucional surge tanto por práticas explícitas de violência quanto em formas sutis e naturalizadas de desumanização. A objetificação dos corpos, a invalidação das experiências e o despreparo profissional fazem parte de um conjunto de ações que impedem a integralidade do cuidado, violando princípios éticos fundamentais da prática em saúde. Nesse sentido, é imprescindível a criação de políticas institucionais e estratégias formativas que promovam o reconhecimento da população trans como sujeitos de direitos, garantindo um cuidado que seja não apenas tecnicamente adequado, mas também ético, acolhedor e centrado na dignidade humana.

Em relação ao “reencontro com o próprio corpo” foram relatadas diversas experiências no que se refere à vida sexual após a CRG, abrangendo tanto ganhos relacionados ao bem-estar e à autoconfiança quanto desafios associados à dor, ao processo de adaptação e às mudanças no desejo sexual. Algumas mulheres relataram diminuição da libido e dificuldades com o manejo hormonal, bem como frustração quando suas necessidades não eram completamente acolhidas pelos profissionais de saúde. É possível correlacionar essas vivências com a literatura quando ela descreve redução no desejo sexual após o início da terapia hormonal, fenômeno comumente

observado em mulheres trans, que envolve o uso combinado de estrogênios e bloqueadores androgênicos. Esse protocolo terapêutico promove a supressão da testosterona circulante, hormônio que exerce papel relevante na modulação do desejo e da excitação sexual, contribuindo para mudanças na experiência subjetiva da sexualidade (Deutsch, 2016).

Não foram identificados estudos que avaliassem especificamente esses achados no contexto pós-CRG de mulheres trans, especialmente quanto à redução de libido e ao impacto da supressão androgênica sobre o desejo sexual. Desse modo, a discussão foi construída com base em evidências vindas de pesquisas com mulheres trans em hormonização de longo prazo, em uso de estrogênio associado a antiandrogênicos, por se tratar da literatura mais próxima disponível para interpretar essas vivências.

A hormonização feminizante tem como um de seus objetivos primordiais a supressão dos efeitos androgênicos, sendo frequentemente feita por meio da combinação de estrogênios com agentes antiandrogênicos que reduzem a produção e a ação da testosterona (Unger, 2016). Esse tratamento resulta em mudanças fisiológicas significativas, como mudanças na libido (Deutsch, 2016). Além disso, a realização da CRG comumente envolve a orquiectomia, procedimento que remove a principal fonte de produção endógena de testosterona, levando a níveis relativamente baixos desse hormônio e aumentando os efeitos da supressão androgênica sobre a resposta sexual (Unger, 2016; Deutsch, 2016). Nesse contexto, a diminuição do desejo sexual não deve ser vista apenas como um fenômeno isolado ou exclusivamente psicológico, mas como o resultado direto das mudanças endocrinológicas decorrentes da CRG quanto da reposição hormonal.

Esses achados são corroborados por estudos que analisaram longitudinalmente as mudanças no desejo sexual em pessoas trans após o início da hormonização. Defreyne *et al.* (2020) demonstram que mulheres trans apresentam diminuição significativa do desejo sexual nos primeiros meses após o início da hormonização, seja o desejo diático ou solitário,

demonstrando a relevância direta das alterações hormonais. Semelhantemente, estudos recentes sugerem que a hormonização está associada a diminuição do desejo sexual em mulheres trans, evidenciando a suposição de que a modulação hormonal possui papel central nessas alterações ([OBJ]Ficola *et al.*, 2025). Mesmo que esses achados sugiram que tais alterações podem não configurar um comprometimento clínico, os relatos das participantes indicam que, na prática, essas alterações podem ser vivenciadas como sofrimento, especialmente quando associadas à falta de suporte profissional e à dificuldade de manejo terapêutico.

A relação entre testosterona e desejo sexual também é fortemente debatida na literatura, seja em populações cis ou trans. Dados indicam que a testosterona possui um papel primordial na regulação do desejo, da excitação e da motivação sexual ([OBJ]Davis *et al.*, 2019). Desse modo, a diminuição significativa desse hormônio, seja por meios farmacológicos ou cirúrgicos, pode resultar em uma redução da vontade sexual, menor frequência de atividade sexual e alterações na resposta ao estímulo erótico. Assim, esses efeitos tornam-se particularmente relevantes no cenário pós-cirúrgico, quando a produção da testosterona tem redução significativa, necessitando de uma maior atenção à reposição hormonal para diminuir impactos negativos na qualidade de vida.

O entendimento desses processos pode ser disseminado a partir de paralelos com a literatura sobre mulheres cisgênero na fase da menopausa. Sob esse contexto, a diminuição abrupta dos níveis hormonais, especialmente de estrogênio e andrógenos, está associada a mudanças relevantes na função sexual, incluindo diminuição do desejo, redução da lubrificação vaginal, dispareunia e dificuldade em atingir o orgasmo ([OBJ]Simon, 2011). Achados na literatura indicam que mulheres pós-menopausa estão mais propensas a terem disfunções sexuais, incluindo redução da responsividade sexual e aumento da dispareunia, situações que impactam na qualidade de vida e nas relações interpessoais ([OBJ]Simon, 2011). Ademais, a

deficiência hormonal afeta não apenas aspectos físicos, mas também processos neurológicos e emocionais relacionados ao desejo e à excitação, uma vez que os hormônios sexuais influenciam sistemas neurotransmissores envolvidos na regulação do comportamento sexual.

Outro bloco de experiências demonstrou dificuldades durante a relação sexual penetrativa, como desconforto, dor ou limitação na profundidade da penetração. Essas situações estão descritas na literatura, indicando que até um quarto das mulheres podem lidar com algum grau de insatisfação com a vida sexual após a CRG, estando constantemente associada a fatores como dificuldade de relaxamento, dor genital, lubrificação insuficiente ou sensibilidade reduzida. Por outro ângulo, estudos indicam que o prazer sexual tende a estar positivamente associado à funcionalidade da neovagina, à profundidade e largura do canal vaginal, à sensibilidade do neoclitóris e à aparência genital, portanto complicações cirúrgicas, alterações hormonais e processos de adaptação ao novo corpo podem interferir diretamente na satisfação sexual, resultando em experiências negativas (Schardein *et al.*, 2022; [OBJ]Sahmoud *et al.*, 2024). Além disso, a literatura indica que a dispareunia e a lubrificação insuficiente são fenômenos também descritos em outros contextos de deficiência hormonal, como na menopausa, reforçando a interseção entre fatores fisiológicos e experiência subjetiva.

Ainda assim, estudos sugerem que, mesmo havendo possíveis mudanças no desejo, inúmeras entrevistadas relatam melhora geral no prazer sexual após a vaginoplastia, associando isso à redução de desconforto com o corpo ao maior alinhamento entre corpo-identidade (Schardein *et al.*, 2022; [OBJ]Sahmoud *et al.*, 2024). Nesse sentido, a sexualidade floresce como um campo de reconstrução, no qual questões físicas, emocionais e identitárias se encontram.

Por último, o processo de redescoberta da sexualidade foi enfatizado por muitas participantes da região Sul, especialmente por meio da

masturbação. Em algumas situações, o orgasmo foi citado como algo que demandou tempo e experimentação para ser alcançado, demonstrando um processo lento e gradual de adaptação ao novo corpo e novas sensações. Esses detalhes também são mencionados na literatura, indicando que o orgasmo tem maiores chances de ser alcançado por meio da estimulação direta do neoclítoris e da masturbação do que por meio de relações penetrativas, mas que também é influenciado por aspectos relacionais, psicológicos e de imagem corporal (Garz *et al.*, 2021; Schardein *et al.*, 2022). De maneira geral, pesquisas indicam que as taxas de satisfação com o orgasmo tendem a ser maiores entre mulheres trans após a CRG, enquanto a dor durante a atividade sexual não é relatada como um problema predominante para a maioria delas (Zavlin *et al.*, 2018). Desse modo, os relatos recebidos indicam que a sexualidade no pós-operatório envolve tanto possibilidades de redescoberta e construção de novas formas de prazer quanto desafios de adaptação.

No mais, evidências sugerem que a hormonização pode produzir efeitos mistos na sexualidade, sendo modulada por múltiplos fatores, incluindo contexto relacional, saúde mental e expectativas individuais (Ficola *et al.*, 2025). Desse modo, tanto orgasmo quanto prazer devem ser vistos como construções que florescem da interação entre corpo, mente e contexto social e não como eventos simplesmente fisiológicos.

De modo geral, as falas das entrevistadas sulistas sugerem que a sexualidade no pós-operatório envolve tanto possibilidades de redescoberta e construção de novas formas de prazer quanto desafios relacionados à adaptação corporal e às mudanças hormonais. Desse modo, faz-se primordial que o cuidado em saúde voltado às mulheres trans e travestis redesignadas tenha uma abordagem integral da sexualidade, reconhecendo tanto os aspectos biológicos quanto os psicossociais envolvidos na experiência pós-CRG.

Em relação à “rotina de cuidados e desafios com a dilatação”, as falas das entrevistadas evidenciaram que a dilatação vaginal é um dos principais desafios no cotidiano pós-cirúrgico, sendo frequentemente descrita como um processo necessário, porém marcado por dor, desconforto e reorganização da rotina. Algumas participantes relataram problemas em manter a frequência recomendada de dilatação devido ao tempo ideal para o procedimento, desconforto e à interferência nas atividades cotidianas, o que leva à diminuição da adesão ou ao espaçamento das sessões.

Estudos indicam que a dilatação do canal é uma parte imprescindível para a manutenção da profundidade e permeabilidade do canal vaginal. Desse modo, quando há dificuldade ou baixa adesão a esse processo, podem ocorrer diversas complicações, como dor, sofrimento emocional e até fechamento parcial ou completo do canal neovaginal [OBJ] (Shamamian *et al.*, 2025). Além disso, as mulheres que optam pela realização da CRG precisam estar cientes de que se trata de um procedimento com repercussões permanentes, que demanda um compromisso contínuo com o autocuidado, incluindo práticas regulares de dilatação e higiene vaginal, as quais devem ser devidamente orientadas e acompanhadas por profissionais de saúde [OBJ] (Sandhu; Garcia, 2025).

Desse modo, pode-se notar que a dilatação vaginal deixa de ser vista simplesmente como uma recomendação clínica e passa a ser uma prática cotidiana obrigatória, necessitando de reorganização do tempo e constante adaptação às demandas da vida diária. É sabido que esse procedimento demanda disponibilidade de tempo, ambiente adequado e condições físicas e emocionais favoráveis, o que pode se tornar um empecilho no que se diz respeito às esferas sociais, profissionais e pessoais. Assim, [OBJ] Shamamian e colaboradores (2025) reforçam que é um processo que necessita de instrução adequada e adesão contínua, sofrendo influência de questões como suporte social, saúde mental e o próprio contexto de vida das mulheres redesignadas.

Nesse contexto, a experiência da dilatação vai além do ambiente técnico e passa a ser vista como uma necessidade diária, a qual, muitas vezes, é associada à sobrecarga.

Além disso, os relatos trouxeram a dor como um dos principais fatores que complicam a adesão à dilatação. Episódios de dor intensa, sangramento e desconforto foram constantemente mencionados, colaborando para o espaçamento das sessões ou até mesmo para a interrupção do procedimento. A ciência demonstra que dor pélvica, dor durante a dilatação e complicações relacionadas à cicatrização estão associadas ao aumento das preocupações das pacientes e à redução da adesão ao tratamento (Shamamian *et al.*, 2025). No mais, complicações como deiscência de sutura, hipergranulação e sangramentos, podem aumentar o incômodo durante a dilatação, levando a esquivação da prática e, conseqüentemente, desenvolvendo um ciclo que prejudica ainda mais os desfechos pós-operatórios.

A relevância da dilatação é frequentemente descrita como etapa crucial para a manutenção da profundidade e permeabilidade do canal neovaginal. A ausência ou inadequação desse cuidado pode levar a problemas estruturais, como a estenose vaginal, decorrente do estreitamento do canal, o que pode evoluir para um comprometimento funcional significativo. Estudo sugere que complicações como estenose, fibrose e retração cicatricial são as mais frequentes após a vaginoplastia, estando relacionadas tanto a cicatrização quanto a ausência de estímulo mecânico adequado no pós-operatório (OBJ) Manrique *et al.*, 2018). Ademais, a literatura reforça a necessidade da manutenção do cuidado ao longo do tempo a partir de relatos de complicações tardias, como estenose vaginal com necessidade de reintervenção cirúrgica (Ferchichi *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a dilatação tem papel fundamental não apenas na prevenção de complicações, mas também na preservação da funcionalidade sexual. Manrique *et al.*, (2018) apontam que a criação de um canal vaginal

funcional, com profundidade e largura adequadas, é um dos principais objetivos da vaginoplastia, sendo associado à possibilidade de atividade sexual penetrativa e à qualidade de vida das mulheres. Portanto, a manutenção desses parâmetros depende fortemente da realização contínua da dilatação, especialmente nos primeiros anos após a CRG.

Os relatos também expuseram lacunas de informação e limitada disseminação de conhecimentos sobre cuidados pós-operatórios. Uma participante relatou desconhecer a necessidade da dilatação vaginal após a cirurgia, evidenciando que esse tema era desconhecido e pouco discutido em seus contextos sociais e médicos. [OBJ]Shamamian e colaboradores (2025), destacam que o cuidado do canal vaginal após a vaginoplastia depende diretamente da realização rotineira de dilatações, em razão de que tanto a cicatrização quanto os processos naturais podem levar ao estreitamento ou até ao fechamento do canal neovaginal. Por fim, diversos foram os relatos de episódios de sangramento e regressão do canal vaginal quando não houve a correta dilatação, o que reforça os dados literários de que a dilatação é um componente fundamental de cuidados após a CRG. Um estudo sobre complicações funcionais decorrentes da CRG observou que todos os casos de estenose da neovagina tinham relação à não adesão à dilatação vaginal. Os autores também reforçam que a necessidade de dilatação pode persistir durante toda a vida, principalmente quando não há atividade sexual penetrativa com frequência ([OBJ]Vazquez *et al.*, 2022).

No mais, a dependência de redes informais de informação, como a troca de vivências entre pares, emerge como uma tentativa para suprir essas lacunas. Apesar dessas redes possuírem um papel crucial no compartilhamento de experiências e suporte emocional, a falta de acompanhamento profissional adequado pode expor as pacientes a informações inconsistentes ou incompletas, afetando negativamente o cuidado. Esse cenário reforça a importância do fortalecimento da educação em saúde e da continuidade do acompanhamento no período pós-operatório.

As entrevistas demonstraram que a dilatação pode ser percebida como um processo emocionalmente desgastante. A repetição do procedimento, associada à dor e à sensação de obrigação contínua, pode gerar frustração, ansiedade e desmotivação. Essas situações conversam com a literatura quando ela descreve que o pós-cirúrgico da vaginoplastia como um período complexo, envolvendo processos emocionais e psicossociais relacionados ao novo corpo e às novas demandas de cuidado, além da adaptação física (Heyman; Ahmadi; Streed JR., 2025). Desse modo, a experiência da dilatação deve ser vista de uma forma mais ampla, levando em conta aspectos técnicos e impactos subjetivos.

Além disso, complicações pós-operatórias podem amplificar ainda mais essas dificuldades. Eventos como infecção, deiscência de sutura e necessidade de reintervenção são citados na literatura como fatores que podem prolongar o processo de recuperação, bem como dificultar a adesão aos cuidados necessários (Mishra; Ferrando, 2023). Desse modo, essas situações não afetam somente a recuperação física, bem como podem gerar insegurança e medo em relação à continuidade do processo de dilatação, reforçando a importância de um acompanhamento adequado.

Portanto, os relatos das participantes trazem à luz a necessidade da compreensão da dilatação vaginal como um cuidado primordial, porém complexo, envolvendo inúmeras dimensões. Embora seja fundamental para a manutenção dos resultados cirúrgicos e prevenção de complicações, sua realização é constantemente marcada por dor, empecilhos práticos, lacunas de informação, sobrecarga cotidiana e impactos emocionais. Desse modo, a dilatação deixa de ser apenas uma orientação clínica e passa a ser vista como uma obrigação cotidiana, exigindo das pacientes não apenas disciplina, mas também suporte adequado.

Diante disso, é evidente que o cuidado pós-operatório na CRG precisa de uma abordagem integral, considerando as especificidades dessa prática e as dificuldades enfrentadas pelas pacientes. O fortalecimento do

acompanhamento profissional, a qualificação das orientações e a oferta de suporte multidisciplinar são fundamentais para promover maior adesão à dilatação, reduzir complicações e melhorar a vivência das mulheres trans e travestis no contexto pós-cirúrgico.

Em relação aos “sentimentos que perpassam a experiência” de mulheres trans e travestis transgenitalizadas, diversas participantes enfatizaram a necessidade de certeza e autoconhecimento antes de realizar o procedimento, sendo um processo profundo de reflexão pessoal, compreendido como uma escolha que deve estar alinhada à identidade e ao bem-estar individual, não devendo nunca ser motivada por pressões externas, ou expectativas irreais de que todos os problemas da vida serão resolvidos após a CRG.

Ao mesmo tempo, elas relatam que a CRG é como a realização de um sonho, pois finalmente sentem que seus corpos e identidades convergem. Outras mulheres do Sul citaram que o principal motivo para se submeterem à cirurgia era desconforto com o corpo e não tanto o desejo por uma neovagina. Por fim, essas falas conversam com a literatura, a qual evidencia a existência de elevados níveis de satisfação após a CRG, com estudos indicando que a grande maioria das mulheres trans não possuem arrependimento após o procedimento (Zavlin *et al.*, 2018). Desse modo, as experiências aqui relatadas e a literatura sugerem que, mesmo que a decisão pela CRG envolva ponderações complexas sobre riscos, expectativas e contextos sociais, ela é frequentemente percebida como uma etapa significativa na busca por bem-estar e coerência identitária daquelas que a desejaram.

A análise das entrevistas reforça que a decisão pela CRG não é algo intempestivo, mas construída com o decorrer do tempo, marcada por experiências de vida, percepções corporais e processos de auto reconhecimento identitário. As falas relatam que a cirurgia é frequentemente

entendida como uma resposta a um incômodo persistente relacionado a algum desconforto entre corpo e identidade de gênero. Esse detalhe é corroborado pela literatura quando [OBJ]Lindqvist *et al.*, 2016 apontam que a insatisfação com o corpo é marcada por intervenções que promovam maior alinhamento entre aparência física e identidade vivida de algumas pessoas e em alguns casos. Desse modo, a CRG emerge como uma forma real de transformação corporal, sendo capaz de diminuir o desconforto e permitir uma experiência mais confortável sobre si mesma.

Além disso, as participantes destacaram que a decisão pela CRG envolve um processo de ponderação que inclui riscos, expectativas e implicações futuras. Foi percebido, durante as entrevistas, uma preocupação em diferenciar desejo real de influências externas, reforçando a importância do autoconhecimento como critério central para a decisão. Esse cuidado dialoga com a literatura ao afirmar que a CRG é um procedimento complexo, que precisa ser inserida em um contexto de cuidado multiprofissional, sendo parte de um processo mais amplo ([OBJ]Bustos *et al.*, 2021). Desse modo, a escolha pela cirurgia não se baseia a um ato isolado, mas integra uma trajetória de cuidado e construção identitária.

Outro detalhe relevante refere-se ao entendimento da CRG como a realização de um sonho. As falas evidenciaram que, para inúmeras entrevistadas, a chance de acessar a cirurgia é a concretização de um desejo antigo, muitas vezes presente desde a infância, além de ser apenas uma intervenção médica. Isso é fundamental para entender o conceito atribuído ao procedimento, o qual ultrapassa a esfera biomédica e se insere na subjetiva. A literatura reforça essa visão ao indicar que intervenções de afirmação de gênero estão associadas à melhora de indicadores de saúde mental, incluindo redução do sofrimento psicológico e da ideação suicida ([OBJ]Almazan; Keuroghlian, 2021). Assim, a CRG é vista como um marco na história dessas mulheres, significando não somente uma mudança corporal,

mas uma transformação na forma como se percebem e se relacionam com o mundo.

Ao mesmo tempo, as participantes revelaram que não veem a CRG como a solução para todos os seus problemas. No entanto, algumas delas destacam que, mesmo a CRG trazendo alívio em relação à desconfortos, outras questões, como preconceito, violência e dificuldades nas relações sociais, se fazem presentes. [OBJ]Swan *et al*, 2022 aponta que, mesmo com os benefícios referentes à cirurgia, pessoas trans continuam expostas a desigualdades estruturais que interferem diretamente na sua qualidade de vida. Desse modo, o procedimento deve ser compreendido como uma parte importante, mas não única, na promoção do bem-estar dessas mulheres.

Os relatos também demonstram que, para algumas entrevistadas, o principal motivo da CRG não era o desejo por uma nova anatomia, mas a rejeição do corpo anterior. Essa diferenciação é importante, visto que sugere que a cirurgia pode ser entendida mais como um processo de eliminação de um elemento de sofrimento do que como a busca ativa por um novo ideal corporal. Assim, [OBJ]Lindqvist e colaboradores (2016) corroboram essa análise ao sugerirem a modificação corporal é uma estratégia central para redução de desconfortos significativos para algumas pessoas trans. Dessa forma, atribui-se ao procedimento um papel terapêutico, auxiliando para a redução do sofrimento mental e para o desenvolvimento de uma relação mais positiva com o próprio corpo.

Referentes aos resultados após a CRG, a literatura sugere altos índices de satisfação entre indivíduos que se submeteram à procedimentos de afirmação de gênero, bem como baixas taxas de arrependimento. Uma revisão sistemática de [OBJ]Bustos e associados ([OBJ]2021) demonstrou que a prevalência de arrependimento é baixa, sendo inferior a 1%, o que reitera a consistência das decisões tomadas pelos pacientes. Esse dado interage diretamente com os relatos das participantes sulistas, que reforçaram a

relevância da certeza antes de realizar a CRG, demonstrando que o processo de decisão tende a ser cuidadoso.

Apesar disso, a literatura demonstra que, mesmo raro, o arrependimento pode ocorrer, sendo relacionado a diferentes fatores, como questões sociais, médicas e relacionadas ao processo de decisão pré-operatório [OBJ] (Narayan *et al.*, 2021). Esse dado reforça a necessidade de um acompanhamento adequado e de uma avaliação criteriosa antes da realização da CRG, a fim de garantir que essa escolha esteja alinhada às expectativas e necessidades individuais. Portanto, as baixas taxas de arrependimento sugerem que, para a grande maioria, a CRG representa uma virada de chave positiva na vida.

Por fim, ao associar as falas das participantes com a ciência, percebe-se que a CRG é compreendida como um processo complexo, que envolve dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A escolha pela cirurgia é marcada por análises profundas, expectativas e vivências, sendo constantemente associada à busca por coerência identitária e redução do sofrimento. Mesmo a cirurgia não resolvendo todas as questões que mulheres trans precisam lidar, a CRG significa uma parte essencial no desenvolvimento do bem-estar e na chance de viver de forma mais alinhada com a própria identidade para algumas mulheres trans e travestis. Nesse contexto, as experiências apresentadas, junto com as evidências científicas, convergem ao apontar que a cirurgia, quando realizada de forma adequada, tende a impactar significativamente a vida dessas mulheres.

Em relação à troca de (trans) saberes que protege”, durante as entrevistas realizadas na região Sul, foi evidenciado a importância da troca de (trans) saberes entre pares como uma forma de lidar com a experiência da CRG com maior segurança e informação qualificada. Durante várias falas, as participantes relataram a necessidade de buscar orientação em redes de apoio e outras mulheres trans que já passaram pelo processo, especialmente diante de lacunas no acompanhamento profissional. Essa dinâmica está bem

documentada na literatura, não ocorrendo de forma causal e se baseando na estratégia ativa de cuidado, construída a partir da vivência compartilhada e da disseminação de informações entre pessoas que passaram por trajetórias semelhantes. Tal dinâmica faz parte de um contexto mais amplo, marcado por dificuldades estruturais no acesso à saúde, as quais apontam persistência de barreiras relacionadas à discriminação, à ausência de profissionais capacitados e à limitação de conteúdos sobre saúde trans na formação médica ([OBJ]Poteat; German; Kerrigan, 2013; [OBJ]Kattari *et al.*, 2021).

Desse modo, os relatos das participantes sugerem que o compartilhamento de saberes entre mulheres redesignadas assume um papel primordial na construção de estratégias de cuidado, na tomada de decisão e na construção de expectativas mais realistas sobre o processo cirúrgico e o período pós-operatório. Situações similares podem ser entendidas como um modo de produção coletiva, onde o conhecimento é baseado na experiência vivida, na qual informações sobre dilatação, cuidados com a neovagina, sexualidade, complicações e adaptação corporal são transmitidas entre pares. [OBJ]Harner (2020) reitera essa análise ao sugerir que a disseminação de informações, habilidades e experiências dentro das comunidades trans constitui um mecanismo crucial de apoio e sobrevivência dentro de contextos de marginalização. Assim, o conhecimento desenvolvido dentro dessas redes não é somente um adicional ao saber biomédico, mas também é mais acessível, aplicável e confiável para aquelas que estão vivenciando o processo.

Ademais, a procura por conhecimento em comunidades online e redes sociais emerge como um recurso fortemente utilizado pelas participantes. Esse fenômeno é reiterado pela literatura, a qual sugere que pessoas trans comumente buscam plataformas digitais para obter informações em saúde, principalmente por causa das dificuldades de acesso a profissionais capacitados e da escassez de informações específicas sobre suas necessidades ([OBJ]Augustaitis *et al.*, 2021). Esses ambientes digitais fornecem a

troca rápida de vivências, desenvolvimento de redes de apoio e o compartilhamento de orientações práticas sobre o pós-operatório, servindo como espaços de disseminação de saberes que transcendem as barreiras dos serviços formais de saúde.

No mais, outro detalhe relevante se refere ao papel do suporte comunitário como fator protetor para a saúde mental e o bem-estar das pessoas trans. ^[10]Bowling *et al.*, 2020 demonstra que a participação em comunidades trans está associada a efeitos positivos, como segurança, validação da identidade, redução do isolamento e melhora da autoestima. Em contraponto, a falta dessas redes de apoio pode levar a sentimentos de solidão, invisibilidade e perda de recursos, reiterando a necessidade dessas conexões para a construção de histórias mais seguras e menos solitárias. Desse modo, a troca de saberes entre pares não se limita à disseminação de informações técnicas, mas envolve também dimensões emocionais, afetivas e identitárias que colaboram para o enfrentamento das dificuldades experienciadas no processo de afirmação de gênero.

Além disso, ^[10]Lacombe-Duncan *et al.*, 2023 sugerem que intervenções baseadas em pares têm apresentado dados promissores no que se refere à melhoria do acesso à saúde e na promoção do bem-estar entre pessoas trans, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais e barreiras institucionais. Essas interferências se baseiam no entendimento de que os saberes produzidos dentro das comunidades possuem valor e legitimidade, podendo ser mobilizados como ferramentas de cuidado, educação e suporte. Apesar da literatura sugerir desafios relacionados à sobrecarga dessas redes e à necessidade de suporte institucional, seus dados aproximam a suposição de que o envolvimento dos pares pode servir como uma estratégia eficaz para lidar com lacunas no sistema de saúde, bem como a promoção de maior autonomia entre as pessoas trans.

Desse modo, o entendimento das transepistemologias floresce como uma chave interpretativa potente para compreender essas dinâmicas. O

reconhecimento de que os saberes produzidos a partir de experiências trans não apenas complementem o conhecimento biomédico, mas constituem formas legítimas de conhecimento, capazes de orientar práticas de cuidado e decisões em saúde. Essa visão ganha mais força ao considerar que as pessoas trans se veem na posição de ensinar seus próprios profissionais de saúde sobre suas necessidades específicas, evidenciando uma inversão das hierarquias tradicionais do saber biomédico (Poteat; German; Kerrigan, 2013). Portanto, o compartilhamento de experiências entre similares não é somente uma forma de sobrevivência, mas também uma forma de resistência e produção de conhecimento.

Sob essa ótica, é importante mencionar que os grupos de trocas de saberes emergem como uma resposta direta às falhas encontradas nos sistemas de saúde. Estudos sugerem que indivíduos trans possuem dificuldades significativas para encontrar profissionais com o conhecimento adequado para atenderem suas demandas, como manejo hormonal e cuidados pós-cirúrgicos (Kattari *et al.*, 2021). Desse modo, a disseminação de informações entre semelhantes passa a exercer uma função compensatória, suprimindo irregularidades deixadas pelo cuidado institucional e permitindo que eles criem formas de autocuidado mais informadas e seguras.

Por fim, analisando tanto as evidências científicas quanto os relatos fornecidos das entrevistadas da região Sul, observou-se que a troca de saberes entre pares faz parte de um elemento primordial na vivência da CRG, servindo como um mecanismo de proteção frente às vulnerabilidades impostas por um sistema de saúde que possui deficiências para o atendimento adequado às demandas transespecíficas. Essa prática não apenas facilita o acesso à informação e melhora a qualidade do cuidado, mas amplifica vínculos, promove autonomia e auxilia na construção de trajetórias mais seguras e informadas. Desse modo, reconhecer e valorizar essas redes de conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de

práticas de cuidado mais sensíveis, inclusivas e alinhadas às necessidades dessas mulheres.

Em relação à “satisfação, pertencimento e completude no pós-CRG, os relatos das participantes sulistas desse dossiê explicitaram noções amplamente benéficas dos efeitos da CRG na saúde mental e na qualidade de vida, demonstrando que a cirurgia não se limita a uma transformação corporal apenas, mas constitui um marco significativo na reorganização da experiência subjetiva e identitária dessas mulheres. Diversas mulheres narraram sentimentos de libertação, tranquilidade e realização após a CRG, sugerindo que a cirurgia permitiu um maior alinhamento entre identidade e corpo. Em alguns relatos, essa experiência foi associada à sensação de finalmente ocupar um espaço de congruência interna que antes era marcado pela disforia, algo que ajudou na melhoria da autoestima. Essas reflexões conversam com a literatura, a qual indica que muitas mulheres trans possuem altos níveis de satisfação após o procedimento, estudos também indicam taxas muito baixas de arrependimento entre mulheres trans que se submeteram à cirurgia de transgenitalização, além de estarem associadas à redução significativa do sofrimento psicológico e à melhora de indicadores de saúde mental, incluindo menores níveis de ansiedade, depressão e ideação suicida (Bustos *et al.*, 2021; [OBJ]Zavlin *et al.*, 2018; [OBJ]Almazan; Keuroghlian, 2021).

Além disso, estudos sugerem que a realização da CRG está relacionada a melhorias importantes na qualidade de vida e no entendimento de bem-estar, reiterando a ideia de que o procedimento é um elemento central na diminuição do desconforto com o corpo e na promoção de uma experiência mais integrada consigo mesma ([OBJ]Swan *et al.*, 2022). Esse movimento de mudança subjetiva pode ser visto como um processo de reconstrução da relação com o próprio corpo, no qual a CRG não altera apenas a anatomia, mas também modifica a forma como essas mulheres habitam seu corpo. Nesse contexto, [OBJ]Das *et al.*, (2025) destacam que

procedimentos de afirmação de gênero auxiliam no aumento da autoaceitação e da satisfação corporal, detalhes primordiais para a construção do bem-estar psicológico.

Outro tópico recorrente nas falas refere-se às alterações na relação consigo e nos contextos sociais. Algumas entrevistadas relataram maior conforto ao olhar-se no espelho, frequentar ambientes públicos e estabelecer relações íntimas com as parcerias, incluindo vínculos afetivos e sexuais, vivências que antes eram definidas por insegurança ou desconforto. Desse modo, a CRG configura-se como um elemento crucial para a redução de desconfortos internos e subjetivos no dia-a-dia, fazendo com que atividades simples do cotidiano fossem vivenciadas com maior naturalidade. Achados similares são encontrados na literatura, demonstrando melhorias significativas em diversos aspectos da vida após a CRG, como maior liberdade na escolha de roupas, maior conforto em ambientes sociais e em observar o próprio corpo no espelho (OBJZavlin *et al.*, 2017).

Referente à relação com o próprio corpo, Busto e colaboradores (2021) evidenciam que o procedimento de CRG tem um papel relevante na diminuição do descompasso sentido entre identidade e características corporais por algumas mulheres trans. Esse alinhamento corporal impacta diretamente na forma como essas mulheres vivenciam sua identidade e em sua autoestima, reiterando o conceito de que a cirurgia é considerada uma virada de chave na estrada que é a afirmação de gênero para algumas mulheres trans e travestis que tem esse desejo de modificação corporal. Além disso, outro estudo de Bustos (2021) reforça que a satisfação com os resultados cirúrgicos tende a ser maior, com pacientes referindo melhorias relevantes em diversas áreas da vida, como aspectos estéticos, sexuais e funcionais.

Desse modo, a funcionalidade genital e a satisfação com a aparência corporal foram relatados como características importantes na construção do sentimento de completude trazido pelas participantes. (OBJZavlin e

colaboradores (2017) evidenciaram que a formação de uma neovagina funcional e esteticamente satisfatória está relacionada a maiores taxas de satisfação, bem como em uma melhora significativa na qualidade de vida. Ademais, outros estudos, como o de Özer e colaboradores (2021), sugerem que o bem-estar sexual após o procedimento tende a ser benéfico, melhorando a qualidade das relações íntimas, satisfação e resposta sexuais. Esses dados reforçam a necessidade de analisar a funcionalidade genital como um elemento primordial na construção da identidade e na vivência da sexualidade, além do ponto de vista físico.

Sob esse contexto, é válido destacar que se deve compreender a sexualidade como uma dimensão abrangente, envolvendo esferas biológicas, psicológicas e sociais. Özer *et al.* (2021) indicam que fatores como satisfação corporal, autoestima e qualidade das relações interpessoais influenciam diretamente como o bem-estar sexual se relaciona com saúde mental e qualidade de vida. Portanto, a melhora vista na sexualidade após a CRG pode ser entendida como parte de um processo maior de reorganização da experiência subjetiva, no qual o corpo passa a ser vivido como um espaço de possibilidade, e não mais de conflito.

Ademais, estudos sugerem que a hormonização ou a reposição hormonal, frequentemente associadas ao processo de afirmação de gênero, auxiliam nas melhorias de saúde mental e qualidade de vida, atuando de forma acessória às intervenções cirúrgicas e vice-versa (Baker *et al.*, 2021). Ainda que os efeitos hormonais difiram dos cirúrgicos, ambos atuam juntos na formação de uma experiência corporal condizente com identidade de gênero, reiterando a necessidade do cuidado integral e contínuo. Desse modo, a literatura indica que a junção de intervenções médicas, psicossociais e cirúrgicas é essencial para a qualidade de vida e promoção do bem-estar de pessoas trans [OBJ]Das *et al.*, (2025).

No mais, é relevante analisar a persistência dos efeitos positivos ao longo do tempo. Assim, estudos, como o de Sluis *et al.* (2016) avaliam

desfechos de longo prazo e sugerem que, apesar de possíveis chances de reintervenções ou complicações pós CRG, muitas mulheres trans relatam altos níveis de satisfação tanto com a cirurgia quanto com a vida. Nesse sentido, esses achados reiteram a visão de que os benefícios da CRG transcendem aspectos imediatos, sendo uma parte integrante da afirmação de gênero e da construção da sua qualidade de vida.

Em síntese, analisando a literatura e as falas das entrevistadas oriundas da região Sul do país participantes desse dossiê, pode-se analisar que a CRG é uma parte essencial da construção de uma vivência de pertencimento e completude, fazendo com que elas vivam de forma autêntica e confortável. Assim, a cirurgia não pode ser vista somente como uma intervenção técnica, mas como um procedimento que afeta a subjetividade, a qualidade de vida e as relações sociais das mulheres trans e travestis que acessam esse processo de modificação corporal. Por fim, todos esses dados reforçam que o bem estar interno e subjetivo dessas mulheres não se limita à falta de sofrimento, mas envolve a possibilidade de viver com dignidade, reconhecimento e alinhamento entre corpo, identidade e experiência de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMAZAN, A. N.; KEUROGHLIAN, A. S. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. **JAMA Surgery**, v. 156, n. 7, p. 611-618, 2021. DOI: 10.1001/jamasurg.2021.0952.
- AMADOR, L. S. *et al.* Body composition and risk for sarcopenia in transgender women. **Nutrition**, v. 123, p. 112398, 2024. DOI: 10.1016/j.nut.2024.112398.
- AUGUSTAITIS, L. *et al.* Online Transgender Health Information Seeking: Facilitators, Barriers, and Future Directions. **CHI '21: Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems**, n. 205, p. 1-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1145/3411764.3445091>.
- BAKER, K. E. *et al.* Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. **Journal of the Endocrine Society**, v. 5, n. 4, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.
- BANG, A. S. *et al.* Management of Neovaginal Secretions After Salvage Gender Affirming Right-Colon Vaginoplasty Using Glycopyrrolate. **Transgender Health**, v. 8, n. 5, p. 477-480, 2023. DOI: 10.1089/trgh.2021.0158.
- BENDER, M. S. *et al.* Access pathways to the transsexualizing process in Brazil: a scoping review. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe1, p. e2024311, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024311.especial.en>.
- BLASDEL, G. *et al.* Urinary Reconstruction in Genital Gender-Affirming Surgery: Checking Our Surgical Complication Blind Spots. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 153, n. 4, p. 792e-803e, 2024. DOI: 10.1097/PRS.00000000000010813.
- BOWLING, J. *et al.* “It just feels right”: Perceptions of the effects of community connectedness among trans individuals. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10, p. e0240295, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240295>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.

BURGWAL, A. *et al.* The Impact of Training in Transgender Care on Healthcare Providers Competence and Confidence: A Cross-Sectional Survey. **Healthcare**, v. 9, n. 8, p. 967, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9080967>.

BUSTOS, V. P. *et al.* Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. **Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open**, v. 9, n. 3, p. e3477, 2021. DOI: [10.1097/GOX.00000000000003477](https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477).

CASTELLANOS, A. R. *et al.* **Beyond the Operating Room: The Impact of Postoperative Complications on Gender Dysphoria After Gender-affirming Vaginoplasty**. SSRN, 2025. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5707384.

COATS, L. *et al.* Transgender Healthcare in Graduate Medical Education: A Needs Assessment of Mississippi. **JMSMA**, v. 65, n. 11-12, 2024. Disponível em: <https://jmsma.scholasticahq.com/article/129855-transgender-healthcare-in-graduate-medical-education-a-needs-assessment-of-mississippi>.

COLIZZI, M. *et al.* Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 12, p. 3049-3058, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>.

DAS, H. K. *et al.* Impact of Gender-Affirming Interventions on Mental Health and Body Image Satisfaction of Transgender Individuals: A Systematic Review. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 29, n. 5, p. 484-494, 2025. DOI: [10.4103/ijem.ijem_24_25](https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_24_25).

DAVIS, S. R. *et al.* Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. **Climacteric**, v. 22, n. 5, p. 429-434, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1637079>.

DEFREYNE, J. *et al.* Sexual Desire Changes in Transgender Individuals Upon Initiation of Hormone Treatment: Results From the Longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 17, n. 4, p. 812-825, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>.

DEUTSCH, M. B. Overview of feminizing hormone therapy. **UCSF Transgender Care & Treatment Guidelines**, 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/feminizing-hormone-therapy>.

DING, C. *et al.* Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women: Systematic review and meta-analysis. **Canadian Urological Association Journal**, v. 17, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>.

DOYLE, D. M.; LEWIS, T. O. G.; BARRETO, M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. **Nature Human Behaviour**, v. 7, n. 8, p. 1320-1331, 2023. DOI: [10.1038/s41562-023-01605-w](https://doi.org/10.1038/s41562-023-01605-w).

FERCHICHI, F. *et al.* Analysis of surgical complications and risk factors in genital feminization surgery: a retrospective cohort study of 407 transgender women. **Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfaf045>.

FICOLA, A. *et al.* THE IMPACT OF GENDER-AFFIRMING HORMONE THERAPY ON SEXUAL DESIRE IN TRANSGENDER AND GENDER-DIVERSE INDIVIDUALS. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 22, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf077.276>.

GARZ, M. *et al.* Body Image and Sexual Desire in the Context of Gender Affirming Therapy: Results of a Cross-sectional Multi-centered Transgender Study. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 47, n. 5, p. 435-445, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1888831>.

GOIS, I. *et al.* Body mass index and body composition changes in transgender people undergoing gender-affirming hormone therapy: a systematic review and meta-analysis. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, v. 26, p. 937-953, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11154-025-09985-2>.

HARNER, V. Trans intracommunity support & knowledge sharing in the United States & Canada: A scoping literature review. **Health and Social Care in the community**, v. 29, n. 6, p. 1715-1728, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13276>.

HEESEWIJK, J. van. *et al.* Transgender health content in medical education: a theory-guided systematic review of current training practices and implementation barriers & facilitators. **Advances in Health Sciences Education**, v. 27, p. 817-846, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10112-y>.

HEYMAN, A. S.; AHMADI, S. M.; STREED JR., C. G. Standardized research methods to improve gender-affirming surgical outcomes.

International Journal of Transgender Health, p. 1-3, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2582021>.

HOEBEKE, P. *et al.* Impact of Sex Reassignment Surgery on Lower Urinary Tract Function. **European Urology**, v. 47, n. 3, p. 398-402, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>.

HUANG, K. *et al.* Developing health care provider knowledge, confidence, and cultural sensitivity through resident transgender training: a controlled educational study. **International Journal for Equity in Health**, v. 24, n. 202, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02555-7>.

HUGTO, J. M. W.; REISNER, S. L.; PACHANKIS, J. E. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. **Soc. Sci. Med.**, v. 147, p. 222-231, 2015. DOI: [10.1016/j.socscimed.2015.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010).

JECKE, L.; ZEPF, F. D. Delivering transgender-specific knowledge and skills into health and allied health studies and training: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 33, p. 1327-1354, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02195-8>.

KATTA, S.; DAVOODY, N. Exploring Health Care Professionals' Perspectives on Education, Awareness, and Preferences for Digital Educational Resources to Support Transgender, Nonbinary, and Intersex Care: Interview Study. **JMIR Medical Education**, v. 11, p. e67993, 2025. DOI: [10.2196/67993](https://doi.org/10.2196/67993).

KATTARI, S. K. *et al.* Exploring the Experiences of Transgender and Gender Diverse Adults in Accessing a Trans Knowledgeable Primary Care Physician. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 24, p. 13057, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182413057>.

LACOMBE-DUNCAN, A. *et al.* Peer-based interventions to support transgender and gender diverse people's health and healthcare access: A scoping review. **International Journal of Transgender Health**, v. 25, n. 3, p. 321-351, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2232353>.

LINDQVIST, E. K. *et al.* Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. **European Journal of Plastic Surgery**, v. 40, p. 223-226, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>.

MANRIQUE, O. J. *et al.* Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty—Where We Are Today A Systematic Review and Meta-Analysis. **Annals of Plastic Surgery**, v. 80, n. 6, p. 684-691, 2018. DOI: 10.1097/SAP.0000000000001393.

MELTZER, T. Vaginoplasty procedures, complications and aftercare, **UCSF Transgender Care & Treatment Guidelines**, 2016. Disponível em: https://transcare.ucsf.edu/guidelines/vaginoplasty?utm_source=chatgpt.com.

MISHRA, K.; FERRANDO, C. A. Postoperative adverse events following gender-affirming vaginoplasty: an American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program study. **AJOG**, v. 228, n. 5, p. 564.e1-564.e8, 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.01.011.

MOTIWALA, Z. Y. *et al.* Postoperative Urogynecologic Complications After Gender-Affirming Surgery: A Narrative Review. **International Urogynecology Journal**, v. 37, p. 805-822, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-025-06405-6>.

NARAYAN, S. K. *et al.* Guiding the conversation—types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. **Annals of Translational Medicine**, v. 9, n. 7, p. 605, 2021. DOI: 10.21037/atm-20-6204.

OBEDIN-MALIVER, J. *et al.* Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Related Content in Undergraduate Medical Education. **JAMA**, v. 306, n. 9, p. 971-977, 2011. DOI: 10.1001/jama.2011.1255.

POTEAT, T.; GERMAN, D.; KERRIGAN D. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. **Social Science & Medicine**, v. 84, p. 22-29, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>

ÖZER, M. Chapter 21 - Sexual wellbeing and sexual health following vaginoplasty. In: SELVAGGI, Gennaro; DJORDJEVIC, Miroslav. **Gender Affirming Vaginoplasty**. Academic Press, 2025. p. 237-247. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-21776-0.00021-2>.

ROCON, P. C. *et al.* ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL: NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0023469, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.

ROESCH, A.; QUATTRINI, V.; RETENER, N. Enhancing Competence in Transgender and Gender-Diverse Health Through Interprofessional Simulation. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 20, n. 10, p. 105198, 2024. Disponível em:

[https://www.npjournal.org/article/S1555-4155\(24\)00274-5/abstract](https://www.npjournal.org/article/S1555-4155(24)00274-5/abstract).

ROJAS-VARGAS, J. *et al.* The neovaginal microbiota, symptoms, and local immune correlates in transfeminine individuals with penile inversion vaginoplasty, **Cell Reports**, v. 44, n. 12, p. 116546, 2025. DOI: 10.1016/j.celrep.2025.116546.

SAHMOUD, A. *et al.* Sexual Function After Gender Affirming Surgery. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 13, p. 128-135, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13669-024-00390-1>.

SANDHU, S. S.; GARCIA, M. M. Chapter 15 - Shallow-depth vaginoplasty: Nomenclature, patient decision-making, and surgical technique. In: SELVAGGI, Gennaro; DJORDJEVIC, Miroslav. **Gender Affirming Vaginoplasty**. Academic Press, 2025. p. 135-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-21776-0.00015-7>.

SCHARDEIN, J. N.; NIKOLAVSKY, D. Sexual Functioning of Transgender Females Post-Vaginoplasty: Evaluation, Outcomes and Treatment Strategies for Sexual Dysfunction. **Sexual Medicine Reviews**, v. 10, p. 77-90, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.04.001>.

SHAMAMIAN, P. E. *et al.* Predictors of dilation difficulty in gender-affirming vaginoplasty. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 101, p. 178-186, 2025. Disponível em: [https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815\(24\)00741-1/abstract](https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815(24)00741-1/abstract).

SIECZKOWSKA, S. M. *et al.* **Physical Fitness and Body Composition in Transgender vs. Cisgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis**. [Preprint], medRxiv, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1101/2025.05.05.25326994>.

SIMON, J. A. Identifying and treating sexual dysfunction in postmenopausal women: the role of estrogen. **Journal of Women's Health**, v. 20, n. 10, p. 1453-1465, 2011. DOI: 10.1089/jwh.2010.2151.

SKUBAN-EISELER, T.; MARCIN, O.; STEGER, F. Discrimination experiences of transgender individuals in healthcare: an interview study on the perspective of health professionals specializing in the treatment of transgender individuals. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, n. 225, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02313-1>.

SLUIS. W. 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, 2016. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001421.

STOEHR, J. R.; MOSS, C.; JAHROMI, H. A. The microbiome of the neovagina: a systematic review and comparison of surgical techniques. **International Journal of Transgender Health**, v. 25, n. 4, p. 623-633, 2023. DOI: 10.1080/26895269.2023.2237014

SWAN, J. *et al.* Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. **Journal of Gay & Lesbian Mental Health**, v. 27, n. 1, p. 2-45, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2016537>.

TANENBAUM, G. J.; HOLDEN, L. R. A Review of Patient Experiences and Provider Education to Improve Transgender Health Inequities in the USA. **IJERPH**, v. 20, n. 20, p. 6949, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20206949>.

UNGER, C. A. Hormone therapy for transgender patients. **Transl. Androl. Urol.**, v. 5, n. 6, p. 877-884, 2016. DOI: 10.21037/tau.2016.09.04.

VAZQUEZ, I. M.; LABANCA, T.; ARNO, A. I. Functional, aesthetic, and sensory postoperative complications of female genital gender affirmation surgery: A prospective study. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 75, n. 11, p. 4312-4320, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.08.032>.

ZAVLIN, D. *et al.* Male-to-Female Sex Reassignment Surgery using the Combined Vaginoplasty Technique: Satisfaction of Transgender Patients with Aesthetic, Functional, and Sexual Outcomes. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 42, p. 178-187, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>.

16. REGIÃO NORDESTE

A região nordeste foi representada por 16 (dezesesseis) participantes das entrevistas com 32 (trinta e dois) e 51 (cinquenta e um) anos, com média de idade de 39 (trinta e nove) anos. Destas, três declararam ser travestis redesignadas, enquanto as demais informaram ser mulheres trans redesignadas. A técnica cirúrgica predominantemente realizada entre as nordestinas foi a inversão peniana. Três pessoas não souberam nomear a técnica cirúrgica a que foram submetidas. Nesse cenário, a totalidade das cirurgias das entrevistadas aconteceram pelo SUS.

Nesse contexto, das entrevistas-conversa  o realizadas com as 16 participantes desta etapa na Região Nordeste, emergiram 6 categorias temáticas fundamentais para a compreensão das vivências pós-Cirurgia de Redesigna  o Sexual (CRS).

16.1. Mudanças corporais e cuidados necessários com o corpo

Esta categoria comportou as modifica  es corporais e a rotina de cuidados exigida após o procedimento. As participantes destacaram a gestão hormonal e física como um pilar de saúde, onde a reposi  o hormonal foi vital não apenas para a manuten  o dos caracteres femininos, mas para evitar sintomas sist  micos, como ondas de calor e transpira  o excessiva. Além disso, observou-se nos relatos uma significativa altera  o na composi  o corporal, caracterizada por um ganho de peso recorrente (em alguns casos superior a 15 kg) e a redistribui  o de gordura, resultando no crescimento das mamas e quadris, o que exige a incorpora  o de exercícios e dietas na rotina de autocuidado.

“Como eu não tenho nenhum dos dois [ovários ou testículos], eu precisei ter uma aten  o básica depois da cirurgia... precisei fazer reposi  o hormonal, ter um cuidado básico, uma aten  o, sempre fazer exame de sangue para ver como    que está a taxa de

hormônio... precisei cuidar do meu corpo, fazer caminhada, fazer exercícios físicos e tomar os hormônios que foram recomendados pelo médico” (Ent. 1 Nordeste).

“Eu estou sem a reposição hormonal que eu tenho que correr atrás para fazer, porque eu também eu sinto aquele calorão assim. transpiro muito quando eu estou sem reposição hormonal, sabe?” (Ent. 8 Nordeste).

“Em relação ao ganho de peso, eu tive um pouquinho, mas eu acredito que isso seja em relação a minha dieta mesmo” (Ent. 6 Nordeste).

“Eu me operei em 2019... e eu vi que depois da cirurgia, eu engordei muito. eu engordei mais de 15 quilos. acho que uns 20, 22 quilos por aí” (Ent. 11 Nordeste).

“Ganhei um pouco de peso assim normalmente ficava na casa dos 72 e cheguei a quase 81 então um peso significativo até” (Ent. 14 Nordeste).

“Depois da cirurgia, eu continuei tomando hormônio, aí os seios cresceram, o bumbum cresceu, a perna começou a crescer, a bunda, aquele negócio todo, né? Aí eu já comecei a perceber que eu não era mais um menininho, já era uma menininha” (Ent. 1 Nordeste).

16.2. Cuidados com a neovagina

Esta categoria detalha o processo de adaptação à neovagina, que traz consigo a imposição de novos hábitos de higiene e a necessidade de suporte terapêutico, em alguns casos, como a fisioterapia pélvica que pode ser acessada via ambulatorios universitários. A dilatação vaginal surgiu como o tema mais denso, apresentando-se como uma tarefa ambivalente: enquanto algumas enfrentam dificuldades, dores e o medo do estreitamento vaginal (estenose) que exige o uso constante dos dilatadores e, outras

ressignificaram tal prática como um momento de redescoberta do prazer e masturbação. Houve também a discussão do tema da profundidade vaginal, que para mulheres redesignadas e lésbicas pode ser uma preocupação menor em comparação à estética, por exemplo. Para facilitar a penetração, o relaxamento muscular pélvico foi apontado como fundamental. Esta segunda categoria apresentou as seguintes frases temáticas:

“Quando a gente vai tomar banho, a primeira coisa que a gente vai fazer é trocar a calcinha e vestir uma calcinha que esteja limpa... aconselho a todas que são redesignadas, não ficar com a mesma calcinha depois do banho. tem que trocar a calcinha” (Ent. 1 Nordeste).

“Faço a limpeza, faço a ducha de vez em quando, ne? faço a higiene pessoal. e é isso” (Ent. 2 Nordeste).

“Estou fazendo terapia pélvica, que através da assistência social do ambulatório do hospital universitário... me ensinou tudinho como fazer essa terapia, tudinho eu faço todo dia com a luva... para depois colocar o dilatador” (Ent. 3 Nordeste).

“Eu sou uma mulher trans lésbica. então, eu não tenho essa questão de penetração, tá certo? a minha profundidade chegou a 14 centímetros... como eu sou uma mulher trans lésbica, eu gosto de mulher” (Ent. 1 Nordeste).

“As vezes que eu coloco dilatador, eu sinto que doi um pouquinho quando eu forco para fazer a dilatação” (Ent. 3 Nordeste).

“Minhas dilatações, amiga, é praticamente masturbação, sabe? Eu coloco, eu me deito, eu fico brincando com a minha pepeca... fico como se eu ia machucando mesmo e até eu gozar, sabe? Então, foi uma dinâmica que eu fiz, né? De prazer, né? De prazer com a dilatação” (Ent. 10 Nordeste).

“Se eu parar de fazer a dilatação, eu sinto um estreitamento vaginal. então, se eu não fizer, quando eu volto a fazer, machuca. é como se estivesse voltando do zero... machuca, incomoda, fere a neovagina” (Ent. 6 Nordeste).

“Eu abandonei porque eu fiquei com molde até a cicatrização. depois que cicatrizou que eu tive uma profundidade boa, eu não precisei mais... foi uma questão pessoal mesmo, porque é desconfortável a questão da dilatação” (Ent. 7 Nordeste).

“Por ter uma região pélvica de músculo, quando a gente vai fazer a penetração, a gente tem que ficar bem relaxada para que o músculo pélvico possa ter um relaxamento, onde a penetração fique mais fácil” (Ent. 07 Nordeste).

16.3. Realização pós-cirurgia

Focada nos impactos psicossociais positivos pós CRS das mulheres trans e travestis nordestinas, esta categoria descreveu a sensação de completude das entrevistadas e o alcance de um estado de realização emocional e física. As subcategorias destacaram a melhora na saúde mental autopercebida, com o fim de quadros depressivos e a sensação de “libertação” após a CRG. A funcionalidade sexual foi celebrada através da descoberta de orgasmos e do aprendizado sobre o próprio corpo, consolidando uma percepção de si mesma “enquanto mulher”. Nesta categoria, as frases temáticas foram:

“Hoje eu me sinto feliz, me sinto realizada... Eu sinto que eu estou uma mulher trans redesignada completa” (Ent. 1 Nordeste).

“Estou muito feliz, satisfeito com a minha nova vagina, todo mundo me elogiando, me felicitando, que era tudo que eu queria tudo” (Ent. 3 Nordeste).

“A minha coma (saúde) emocional está muito leve, está muito realizada, é isso realmente que eu queria. eu passei oito anos de espera... minha percepção está muito boa em relação à saúde mental” (Ent. 12 Nordeste).

“Só tive benefícios com a minha cirurgia. nunca tive nenhum problema de saúde” (Ent. 2 Nordeste).

“É uma cirurgia maravilhosa, a gente se sente liberta, a gente fica presa há muitos anos numa coisa que a gente tem, que a gente não quer” (Ent. 3 Nordeste).

“Isso da depressão, eu não tive mais depois da cirurgia. Depois que recebi alta... as coisas melhoraram de 8 a 80. é incrível, incrível, sabe?” (Ent. 16 Nordeste).

“Senti orgasmo, que eu não sentia há muitos anos atrás e depois comecei a sentir. e aprendi muitas coisas que eu não sabia como me tocava. e fui desenvolvendo, né? e fui melhorando” (Ent. 5 Nordeste).

“Mas a saúde mental melhorou bastante depois da cirurgia, porque a gente se percebe quanto mulher, mas para a gente provar que é uma mulher, a gente tem que conseguir a nossa genitália” (Ent. 7 Nordeste).

16.4. Preparo físico e psicológico para a CRS

Esta categoria analisou o processo de decisão e a prontidão necessária para a CRG. As participantes nordestinas enfatizaram a importância do amadurecimento e consciência em relação a decisão para a realização da CRG, alertando que a jornada “não é um mar de flores” e exige estar preparada para as perdas e ganhos estruturais. Reforça-se que a certeza da decisão é fundamental, dado o caráter irreversível da CRG, e que esta deve

ser uma escolha estritamente pessoal e convicta. A partir disso, as seguintes frases temáticas emergiram:

“Quando eu decidi entrar no processo de transexualização, eu já estava preparada fisicamente e psicologicamente... para você realizar a cirurgia de redesignação sexual, você precisa estar preparada... porque é um caminho de ida sem volta” (Ent. 1 Nordeste).

“Talvez eu não fizesse mais se eu tivesse o amadurecimento que eu tenho hoje. porque eu sinto as percas. Será que você estaria preparada psicologicamente para essas dificuldades do corpo? esse envelhecimento precoce, essas dores” (Ent. 6 Nordeste).

“Tinha que ir consciente das consequências que poderiam ver. né? porque não é mar de flores, não é mais de flores porque mexe na estrutura do nosso corpo em tudo, né? pelo menos na minha mexeu” (Ent. 8 Nordeste).

“Antes para ter convicção daquilo que ela quer mesmo, ela desse um tempo suficiente para saber se é isso mesmo que ela quer. porque é algo que não tem como voltar atrás, de jeito nenhum” (Ent. 9 Nordeste).

“A decisão é pessoal, eu posso falar da minha experiência positiva... mas eu não posso induzir a pessoa a fazer a cirurgia” (Ent. 10 Nordeste).

16.5. Complicações cirúrgicas/ Pós-cirúrgicas

Esta categoria detalhou as intercorrências clínicas e as sequelas de curto e longo prazo possíveis pós CRG. No pós-operatório mediato, relatam-se problemas graves como deiscência de sutura, perda de pontos, sangramentos e o uso de medicamentos inadequados que colocaram a saúde da neovagina em risco. As complicações uretrais foram relatadas de forma frequente, incluindo a necessidade de novas cirurgias para alargar o

canal e dificuldades miccionais descritas como "pinga-pinga". Em longo prazo, as mulheres trans nordestinas entrevistadas relataram dores crônicas, trombose, osteoporose e a percepção de um envelhecimento precoce (perda de vigor e pele envelhecida), atribuídos ao impacto sistêmico da CRG.

"Depois da cirurgia eu tive dois problemas na uretra. Um foi logo depois da cirurgia, que a (nome) foi me visitar na casa de apoio que eu estava... Obstrui o canal da uretra e eu tive que ir para o hospital... Fiz a cirurgia de novo para enlarguecer o canal da uretra" (Ent. 3 Nordeste).

"Estou com problema na bexiga, que eu não estou conseguindo esvaziar a minha bexiga direito... A gente tá se retendo xixi. Como é que sai, como é que não sai. Eu tive estenose na vagina. Aí ele pediu e aumentou o dilatador, pra não fazer cirurgia mais, porque eu não quero fazer cirurgia mais" (Ent. 13 Nordeste).

"Mexe em todas as estruturas do corpo da gente, porque eu me enchi de varizes... Até pressão alta fiquei... Toda vez que minha pressão tá alta, eu vou socorrida com a pressão 19 por 10... Tenho dificuldade do jato, né, o jato do xixi é dificultoso, é aquela pinga-pinga, entendeu?" (Ent. 8 Nordeste).

"Fiquei internada 5 dias por causa desse sangramento... Alguns pontos abriram e demorou muito pra cicatrizar. Ficou, assim, igual um sapo atropelado. Não sei se na sua região tem sapo cururu... mas ficou igual, assim, atropelado depois de 2 dias no meio da rua" (Ent. 16 Nordeste).

"Pós-cirúrgico, para mim foi uma bomba. Estourou uma bomba no meu corpo assim. Como é que eu devo falar? Entrei num processo de envelhecimento precoce rapidamente. E eu fiquei muito preocupada, porque eu não sabia do que se tratava" (Ent. 7 Nordeste).

“Sempre tive dores... dói meu quadril, minha bunda, minhas costas... devido ao hormônio. Mesmo antes da cirurgia, eu já sentia... até depois, tem acontecido mais” (Ent. 15 Nordeste).

“Durante a cirurgia, como em qualquer outra cirurgia, existem riscos. Eu também obtive trombose. Então, eu estou tratando, mas eu também estou tratando, eu comecei a tratar no hospital, estou tratando em casa, meu resultado vem evoluindo” (Ent. 12 Nordeste).

“Vim descobrir agora a pouco que eu estou com um problema seríssimo nos ossos, né? Que é o problema da osteoporose... no meu caso é bem avançado, né, de osteoporose” (Ent. 11 Nordeste).

“Na saúde corporal, na questão do pós-cirúrgico, teve as complicações, queda de cabelo, o aumento de massa corporal... Senti muitas dores no corpo, muitas dores fortíssimas no corpo, nas pernas, nas articulações” (Ent. 6 Nordeste).

“Desenvolvi neuropatia, então, tipo eu ainda convivo com a neuropatia pós-cirurgia... a parte da anestesia foi com uma residente e aí ela aplicou a anestesia de forma errada... que gerou um edema, e esse edema pressionaram os nervos da coluna” (Ent. 14 Nordeste).

“Passei até por uma segunda cirurgia de correção... a estética deixou a desejar... eu percebi que entre os anos e a vagina tem um espaço de quatro dedos... tenho muita dificuldade é na relação sexual... a gente tem uma recaída em relação a frustração” (Ent. 4 Nordeste).

“O médico deixou bastante pele, tá certo? Aí, eu vou fazer um retoque agora... fazer um retoque no hospital X. É uma correção, vai tirar um pouco de pele, porque tem muita pele, excesso de pele” (Ent. 1 Nordeste).

16.6. Idealizações e Limitações percebidas pós-cirurgia

Esta categoria discutiu a lacuna entre as expectativas e a realidade institucional e social. As subcategorias focaram nos relatos inerentes as falha de apoio do SUS, onde as mulheres relatam a ausência de acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório da CRG e a dificuldade de acesso aos hormônios. No âmbito social, a categoria abordou o impacto da transfobia, a solidão e o desejo não atendidos por políticas públicas de saúde reprodutiva (maternidade) direcionadas a pessoas trans.

“Quero uma estética perfeita para a minha companheira poder colocar o dedo, poder dar um beijinho, [...] e ficar mais à vontade” (Ent. 1 Nordeste)

“Depois de um ano e meio, eu disse, poxa, eu queria ter sido mãe, e a gente não tinha uma política pública voltada à [saúde] reprodutiva” (Ent. 6 Nordeste).

“Dificuldade para que eu possa ter mais cuidado com a minha saúde, eu não encontro aquele apoio que deveria ser... após a cirurgia a pessoa não tem aquele acompanhamento” (Ent. 9 Nordeste).

“A única coisa que a gente tem agora do hospital é só endocrinologista, né? sem mais nada” (Ent. 11 Nordeste).

“Vai fazer 3 meses que eu tenho dificuldade e não consegui estradiol ainda... o tratamento hormonal também a gente tem dificuldade, não tem acesso... tem que comprar e é caro” (Ent. 9 Nordeste).

“Socialmente, ainda eu continuo com a transfobia, né?... você vai continuar sendo trans o resto da vida, você só passou por um processo de redesignação genital” (Ent. 10 Nordeste).

“A questão do emocional acho que foi o que mais fragilizou... me sentindo muito sozinha” (Ent. 14 Nordeste).

Em relação à jornada pós-cirúrgica de mulheres trans e travestis nordestinas entrevistadas para esse dossiê considerou-se discutir que a tomada de decisão para a realização da CRG, conforme pontuado pelas participantes é um processo singular a ser pensado a longo prazo, exigindo amadurecimento profundo e preparo psicológico devido à irreversibilidade do procedimento, descrito por uma das entrevistadas como um "caminho de ida sem volta". Esta jornada é motivada pela busca do bem-estar pessoal e pelo alinhamento da imagem corporal à identidade, sem que se busque meramente a aprovação de terceiros. Como discutido por Bolstad *et al.* (2025), a obtenção da CRG, mesmo diante de barreiras estruturais, representa um ato de agência fundamental para a satisfação com a vida.

Por ser fruto de uma decisão individual e um sonho de longo prazo, as entrevistadas associaram a CRG a sentimentos de liberdade, bem-estar pleno e completude. Essa realização se reflete em melhoras na saúde mental, resultando melhoras significativas de quadros depressivos e ansiosos. Tais relatos encontram sustentação estatística nos estudos de Kilmer *et al.* (2024), que documentam reduções significativas na depressão (7,7%), na ideação suicida (5,2%) e no uso de antidepressivos (8,8%) no pós-operatório da CRG.

Nesse cenário de integração identitária, a qualidade da vida sexual aparece nos relatos de participantes que mantêm uma vida ativa satisfatória e experienciam orgasmos. De acordo com Kitic *et al.* (2025), a satisfação sexual pós-vaginoplastia é reportada por 82% das pacientes, com a estimulação clitoriana consolidando-se como a via primária de prazer. Adicionalmente, Wenk *et al.* (2025) apontam que a idade jovem no momento da CRG (abaixo de 40 anos) pode ser um fator preditor para melhores resultados na função física e na capacidade orgásmica. Contudo, Lee *et al.* (2026) trazem uma perspectiva fundamental ao sugerir que a congruência de gênero exerce uma influência muito mais forte na felicidade pós-operatória do que a função sexual cis considerada de forma isolada.

Um ponto de reflexão profunda que emergiu nos relatos das entrevistadas nordestinas, mas que muitas vezes é negligenciado nos protocolos clínicos de transição corporal, é a desconsideração relativa à perda da capacidade reprodutiva e o desejo da maternidade. Algumas mulheres trans e travestis expressaram que, na urgência da CRG, não houve espaço para discutir a preservação da fertilidade, revelando a ausência de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva trans no SUS. Sluis *et al.* (2023) reforçam a necessidade ética de aconselhamento pré-operatório sobre funções reprodutivas, visto que a orquiectomia bilateral causa infertilidade permanente. A frustração relatada pelas participantes indica que a assistência integral deve contemplar o direito à constituição familiar, superando a visão puramente genitalista dos processos de modificação corporal.

Além das questões reprodutivas, as participantes do nordeste descreveram uma marcante percepção de envelhecimento precoce e perda súbita de vigor físico após a CRG. Relatos de percepção sobre a pele tornar-se mais envelhecida, o surgimento de dores articulares e osteoporose avançada em idades precoces evidenciam os riscos do manejo hormonal inadequado. Como explicam Sluis *et al.* (2023), a interrupção da produção natural de testosterona exige que o equilíbrio endócrino seja mantido de forma sintética para o resto da vida a fim de prevenir a desmineralização óssea. A dificuldade crônica de acesso ao estradiol no sistema público, relatada como uma barreira que gera fogachos e fadiga, compromete a longevidade dessas mulheres, sinalizando que o acompanhamento clínico precisa ser longitudinal e constante.

De maneira complementar, os relatos de percepção de osteoporose e de envelhecimento precoce identificados nas entrevistas da região nordeste são corroborados por Chrisostomo (2020), ao investigar a densidade mineral óssea (DMO) e a composição corporal de 31 mulheres trans, com idade média de 29 anos, que estavam em uso de hormonização cruzada por um período

mínimo de três anos. Os resultados apontam um cenário preocupante: 12,9% das participantes apresentaram baixa massa óssea ($Z\text{-score} \leq -2$), percentual significativamente superior ao observado em grupos controle de mulheres cisgêneras (3,2%) e homens cisgêneros (3,3%). Além disso, o estudo não encontrou relação direta entre o tipo de hormonização ou o tempo de uso (após os três anos iniciais) e a DMO. Esse achado sugere que a fragilidade óssea pode estar associada a fatores mais complexos, como histórico de privação hormonal ou desequilíbrios metabólicos mais amplos, e não apenas à hormonização em si.

Somado a isso, a CRG apresenta riscos e complicações clínicas que as participantes descrevem como "uma bomba no corpo". Entre as entrevistadas, surgiram queixas frequentes de complicações urinárias, como alterações no jato urinário, dificuldade de esvaziamento da bexiga e estenose do canal uretral. Ding *et al.* (2023) corroboram com essas preocupações ao identificarem que complicações urológicas, como o fluxo urinário espalhado ou fraco, atingem cerca de 11,7% dos casos operados pela técnica de inversão peniana. Outras mulheres relataram intercorrências no canal vaginal, especificamente a estenose (estreitamento) da neovagina e a deiscência de pontos. Esse risco técnico é mapeado por Rosa *et al.* (2024), que registraram uma incidência de estenose vaginal de aproximadamente 5,83%, exigindo dilatações rigorosas e manutenção contínua dos cuidados com a neovagina.

Por outro lado, um fator crucial na melhora da confirmação de gênero é o uso de hormônios sintéticos feminilizantes, sendo necessário distinguir a hormonização pré-cirúrgica (estrogênio e antiandrogênicos) da reposição hormonal pós-cirúrgica, que utiliza apenas estrogênio. Como explicam Sluis *et al.* (2023), a orquiectomia bilateral interrompe permanentemente a produção natural de testosterona, tornando o acompanhamento endocrinológico vitalício indispensável para prevenir riscos como a osteoporose precoce, problema já relatado por participantes nordestinas

deste estudo. O uso prolongado de hormônios altera a composição corporal; além do ganho de massa gorda relatado (mais de 15 kg em alguns casos), ocorre uma queda na massa magra (músculos) pela redução drástica da testosterona, hormônio central na síntese muscular.

As adaptações no pós-CRG incluem práticas de cuidado que passam a integrar a rotina, como a higiene e a dilatação da neovagina para evitar o fechamento parcial ou total do canal vaginal. Embora descrita frequentemente como exaustiva, a dilatação foi resignificada por algumas participantes deste dossiê como um momento de prazer e autoconhecimento. No entanto, a desassistência institucional no SUS é a maior barreira reportada: após o primeiro ano de CRG, as mulheres transgenitalizadas sentem-se abandonadas, enfrentando falta de acesso ao estradiol e a profissionais de saúde minimamente capacitados em relação às transespecificidades. Guilherme *et al.* (2024) denunciam que o itinerário terapêutico das pessoas trans é permeado por barreiras organizacionais, despreparo profissional e transfobia institucional, manifestada, em diversas situações, pelo uso proposital do "nome morto", por exemplo.

A invisibilidade da Política de Saúde Integral LGBT na APS, discutida por Cordeiro e Savaris (2023), contribui para que as equipes careçam de estratégias de cuidado específicas, deixando as mulheres redesignadas "muito sozinhas" no manejo de sua saúde a longo prazo. As autoras identificam que profissionais da APS possuem um conhecimento escasso ou inexistente sobre a referida política, o que resulta na ausência de estratégias de cuidado específicas para usuárias redesignadas. Essa lacuna técnica reflete-se diretamente na queixa das entrevistadas do nordeste sobre a dificuldade de acesso ao estradiol e o cancelamento frequente de consultas na rede básica, forçando-as a um movimento solitário em busca de hormônios e acompanhamento ginecológico, muitas vezes na rede privada.

Em síntese, a trajetória da redesignação genital para as mulheres trans e travestis do Nordeste tem se mostrado como a transição do sonho à

realidade, culminando em uma sensação de completude e realização pós-cirurgia que permite um renascimento identitário e emocional. Entretanto, esse percurso é marcado por complicações cirúrgicas como estenose uretral, deiscência de sutura, sangramentos que demandam cuidados com a neovagina rigorosos. A longo prazo, a percepção do envelhecimento pós-CRS, manifestada pelo ganho de peso e riscos elevados de osteoporose, exige um monitoramento contínuo da densidade óssea e o acesso ininterrupto à reposição hormonal, mas na realidade o que ficou evidente nos relatos foi o despreparo técnico na APS e a persistência da transfobia institucional, que impedem o acolhimento contínuo e o monitoramento constante dos corpos redesignados.

Em relação ao aprendizado do autocuidado e da intimidade das mulheres transgenitalizadas nordestinas é preciso se considerar que se a CRG marca um ponto de virada, ela está longe de ser um ponto final. O que os relatos enfatizaram é que a neovagina não “nasce pronta”, ela precisa ser cuidada no cotidiano. É um corpo que se constrói no tempo, na repetição, e, muitas vezes, no esforço. Essa ideia encontra respaldo na própria literatura, que aponta o pós-operatório como uma fase determinante para o sucesso da cirurgia, exigindo manutenção contínua e adesão a cuidados transespecíficos (Silva; Araújo, 2024).

Um dos primeiros aprendizados relatados pelas mulheres do nordeste foi a higiene da neovagina. As participantes falaram de vigilância, de atenção constante, de um certo incômodo com odores e secreções. Esse ponto dialoga com achados de revisão sistemática que indicam a presença de secreções e odores como aspectos recorrentes da neovagina, justamente pela ausência de mecanismos fisiológicos de autolimpeza equivalentes aos da vagina cisgênera (Janini; Migowski, 2021). Ou seja, o que aparece nos relatos como experiência cotidiana encontra respaldo na literatura ao considerar que a higiene deixa de ser um cuidado comum e passa a ser uma prática estruturante da própria viabilidade do corpo trans redesignado.

Mas é na dilatação vaginal que essa dimensão do cuidado aparece de forma mais intensa e, ao mesmo tempo, mais ambígua. Todas sabem que é necessário e a literatura é bastante enfática nesse ponto. A dilatação é considerada fundamental para prevenir complicações como a estenose vaginal, uma das intercorrências mais frequentes no pós-operatório de vaginoplastias (Breitenbach, 2024). No entanto, quando essa exigência técnica atravessa a experiência vivida, ela ganha outras camadas de significados. Para algumas participantes, a prática vai sendo incorporada e até ressignificada, aproximando-se de uma experiência de prazer ou exploração do corpo. Para outras, permanece como algo doloroso e difícil de sustentar.

Essa ambivalência tensiona o próprio discurso biomédico. Se, por um lado, a dilatação é apresentada como protocolo indispensável, por outro, os relatos mostram que ela não é neutra e é revestida de significados para mulher decidiu realizar transgenitalização, ela exige disciplina, constância e, muitas vezes, enfrentamento da dor.

Nesse cenário, a fisioterapia pélvica pode ser considerada um ponto de apoio importante em alguns casos específicos. Estudos recentes mostram que intervenções fisioterapêuticas contribuem para o manejo de disfunções do assoalho pélvico, redução da dor e melhora da adaptação funcional da neovagina (Araujo *et al.*, 2023). Nos relatos, isso se traduz em práticas concretas: exercícios, uso de técnicas manuais, aprendizado do relaxamento, por exemplo.

A questão da profundidade vaginal também aparece, mas de forma nada homogênea e, isso tensiona outra expectativa bastante presente na literatura médica. Embora estudos enfatizem a profundidade vaginal como indicador de sucesso cirúrgico e funcionalidade (Breitenbach, 2024), os relatos das entrevistadas neste dossiê mostraram que esse parâmetro não é universal. O desejo por maior profundidade da neovagina varia, especialmente quando atravessado por práticas sexuais e orientações

afetivo-sexuais distintas. Para algumas, ela é central; para outras, nem tanto. Isso desloca a discussão de um modelo normativo de corpo funcional para uma perspectiva mais situada, em que o valor da funcionalidade da neovagina depende de cada uma, dos desejos e dos significados atribuídos a ela.

Por fim, há a dimensão que envolve o prazer experimentado com o corpo modificado e, talvez onde a distância entre literatura e experiência mais se evidencia. Enquanto os estudos se concentram majoritariamente em complicações, técnicas e resultados anatômicos da neovagina em si, os relatos deste dossiê apontaram para um processo mais lento e incerto de construção subjetiva do prazer. Ele não aparece como consequência imediata da CRG, mas como algo que precisa ser descoberto, testado e, às vezes reaprendido. Em alguns casos, práticas inicialmente associadas à obrigação, como a dilatação, podem ser ressignificadas e incorporadas à intimidade da mulher trans redesignada. Em outros casos, isso não acontece, e essa variação revela justamente a complexidade dessa experiência.

Em suma, o que essa categoria mostrou que a neovagina não é um ponto de chegada em si no processo de transição corporal, mas uma das partes do caminho do desenvolvimento humano na vida de mulheres trans. A própria literatura confirma que seu bom funcionamento depende de cuidados contínuos, prevenção de complicações e acompanhamento (Silva; Araújo, 2024; Janini; Migowski, 2021). Mas os relatos das participantes do nordeste mostraram ainda que o corpo redesignado não é apenas mantido ele é construído na prática cotidiana.

Em relação à “sensação de completude e libertação identitária” considera-se que o que emergiu nesta categoria foi outra dimensão dessa experiência: não mais o esforço do autocuidado, mas o sentido deste processo. Não mais apenas o cuidado em si, mas o que esse corpo permite existir. E o que os relatos mostram que a CRG é vivida, por muitas, como um

verdadeiro divisor de águas, ou seja, algo que reorganiza a relação consigo mesmas e com o mundo.

A ideia de “renascimento” relatado pelas mulheres trans redesignadas do Nordeste pós CRG traduziu uma sensação recorrente de completude, denotando alinhamento entre corpo e gênero. Trata-se algo vivido, sentido, nomeado como liberdade, como alívio, como possibilidade de existir sem os desconfortos corporais. Esse movimento encontra respaldo em estudo recente que aponta melhorias significativas nos indicadores de saúde mental após a CRG, incluindo redução de depressão e ideação suicida (Kilmer *et al.*, 2024). Mas, nos relatos, isso apareceu de forma ainda mais concreta expressando o fim de um sofrimento que, muitas vezes, era cotidiano.

Quando as participantes falam da melhora de quadros depressivos e ansiosos, não estão apenas descrevendo um efeito clínico, estão narrando uma mudança na forma de estar no mundo. Dados brasileiros também caminham nessa direção, com altos índices de satisfação após a CRG, chegando a mais de 80% (Jardim *et al.*, 2022). Ainda assim, mais do que números, o que chama atenção é a intensidade dos relatos deste estudo.

Essa ideia de completude, no entanto, não deve ser lida de forma simplista, como se a cirurgia resolvesse tudo ou produzisse uma felicidade homogênea. O que os relatos sugerem é algo mais complexo, ou seja, uma mudança estrutural na relação com o próprio corpo, que abre espaço para outras experiências, entre elas, a vivência da sexualidade de forma mais plena no relato das entrevistadas.

Nesse ponto, a funcionalidade sexual apareceu como um ganho importante. As participantes falaram de vida sexual ativa, de satisfação e, de orgasmos. Destaca-se que o prazer não surge apenas como resposta fisiológica. Ele parece estar profundamente atravessado pela sensação de congruência entre corpo e gênero para essas mulheres. Estudos recentes reforçam essa ideia ao indicar que a felicidade pós-operatória está mais

fortemente associada à congruência de gênero do que à função sexual em si (Kitic *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2026).

Isso ajuda a entender por que, para muitas participantes, a sexualidade após a CRG ganha uma qualidade diferente. Não necessariamente mais intensa, mas mais possível, mais livre de conflitos e, mais alinhada com quem se é. Ao mesmo tempo, é importante não apagar as nuances. Nem todas as experiências são idênticas, nem todos os percursos são lineares. Mas, ainda assim, o que atravessou os relatos foi uma mudança consistente sair de um lugar de algum desconforto para um espaço onde o corpo deixa de ser obstáculo e passa a ser possibilidade.

No fim, talvez seja isso que sustenta a ideia de “renascimento em vida”. Não como ruptura total com o passado, mas como reorganização do presente. A CRG, nesse sentido, não cria uma nova pessoa, mas permite que aquela que já existia possa, finalmente, se reconhecer no próprio corpo. E isso, mais do que qualquer indicador isolado, parece ser o que fundamenta a sensação de completude tão presente nas falas das entrevistadas da região Nordeste.

Em relação ao “Caminho de ida sem volta”: consciência e amadurecimento na decisão cirúrgica” consideram-se que o que os relatos deixaram muito nítido é que essa decisão não pode acontecer de forma impulsiva. Pelo contrário, ela precisa ser atravessada por tempo, dúvida, reflexão e, principalmente, consciência do processo.

A ideia de que se trata de um “caminho de ida sem volta” apareceu com força não apenas como metáfora, mas como síntese da responsabilidade envolvida. Quando uma participante compara a decisão a um “caixão que sai de casa e não volta”, o que está sendo desvelado não é só sobre irreversibilidade cirúrgica, mas sobre a impossibilidade de retorno a uma condição anterior que é corporal, identitária e, em certa medida, existencial. Há, portanto, uma dimensão de ruptura que exige elaboração.

Nesse sentido, a decisão pela CRG vai sendo construída como um processo. Não é um evento isolado, nem um impulso momentâneo. As participantes falaram de certeza, mas essa certeza não aparece como algo dado desde o início. Ela é construída, amadurecida, consolidada. E isso dialoga diretamente com o que a literatura aponta ao destacar a prontidão emocional como um dos pilares fundamentais no processo de acesso à cirurgia, especialmente como forma de reduzir riscos de arrependimento e sofrimento posterior (Marra *et al.*, 2024).

O reconhecimento da irreversibilidade não surge como fator “paralisante”, mas como elemento estruturante da decisão na fala das entrevistadas. Saber que “não tem volta” não impede a escolha, pelo contrário, parece reforçar a necessidade de fazê-la de forma consciente. Nesse sentido, a irreversibilidade não é apenas um dado técnico, mas um operador simbólico que organiza o processo decisório. Esse preparo, como mostram os relatos da região Nordeste, não é apenas psicológico, embora essa dimensão precisa ser considerada. Ele envolve também o corpo, ou seja, compreender o que a CRG implica, o que será exigido no pós-operatório e quais adaptações serão necessárias.

Em relação à “a bomba no corpo”: intercorrências clínicas e o desafio da longevidade” é preciso considerar que se em um primeiro momento a cirurgia pode ser narrada como conquista, a expressão “bomba no corpo” para as entrevistadas revela uma percepção de risco, de instabilidade, de algo que, mesmo desejado, carrega consequências no pós-operatório.

No pós-operatório imediato, as intercorrências podem acontecer como deiscência de sutura, sangramentos, infecções, fístulas, estenoses uretrais, necroses, abscessos, lesões retais, além de repercussões psicossociais importantes (Morais; Cortes, 2020) . A literatura confirma que complicações urológicas não são raras nesse contexto, atingindo uma parcela significativa dos casos (Ding *et al.*, 2023). Além disso, revisões sistemáticas indicam que intercorrências como estenose vaginal, complicações urinárias e problemas

de cicatrização figuram entre as mais recorrentes no pós-operatório de vaginoplastias (Bustos *et al.*, 2021).

Se o pós-operatório imediato já exige enfrentamento, é no longo prazo que a discussão ganha ainda mais complexidade. Porque o que aparece não são apenas complicações pontuais, mas uma percepção mais ampla de desgaste orgânico que as entrevistadas associaram à CRG, como se o corpo envelhecesse precocemente. As participantes falam de perda de vigor, de cansaço, de uma mudança súbita na energia física.

Nessa perspectiva, os relatos das entrevistadas do Nordeste revelaram a percepção de osteoporose pós CRG. Estudo indica que mulheres trans apresentam maior prevalência de baixa massa óssea em comparação com pessoas cisgêneras (Chrisostomo, 2020), enquanto evidências internacionais apontam que a hormonização de longo prazo pode impactar a densidade mineral óssea, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo (Wierckx *et al.*, 2012). Isso sugere que fatores hormonais, metabólicos e, principalmente, falhas no acompanhamento profissional longitudinal contribuem para esse cenário de vulnerabilidade.

E talvez seja justamente aí que essa categoria mais tensiona o cuidado em saúde: naquilo que vem depois. Porque, se o acesso à CRG costuma ser cercado por protocolos, avaliações e critérios rigorosos, o acompanhamento posterior nem sempre recebe a mesma atenção por parte do SUS. O que os relatos indicam que há uma espécie de lacuna, um espaço onde o corpo segue mudando, envelhecendo, apresentando demandas, mas sem contar com suporte contínuo e especializado dos profissionais no sistema formal de saúde. Ao reunir esses elementos, a expressão de “bomba no corpo” funciona como uma síntese de uma experiência marcada pela ambivalência: um corpo que foi profundamente transformado para possibilitar existência e bem-estar, mas que, ao mesmo tempo, pode se tornar fonte de novas fragilidades. Considera-se que a experiência pós-CRG não é linear, nem unicamente positiva ou negativa. Ela pode ser atravessada por ganhos e

perdas, por alívio e por novos desafios. E, talvez, um deles seja justamente pensar a longevidade.

Em relação à “opera e deixa voar”: o abandono institucional e as fronteiras da transfobia” considera-se que se o corpo apareceu como espaço de construção, conquista e também de desgaste autopercebido, é preciso discutir o papel das instituições de saúde nesse processo. E o que os relatos revelam é uma ruptura importante entre o momento da CGR em si e o que vem depois. A expressão “opera e deixa voar”, conforme descrito por uma das entrevistadas, não soa como exagero, pois ela traduz uma experiência concreta de descontinuidade do cuidado.

Há, inicialmente, um investimento intenso no acesso ao procedimento: protocolos, avaliações, exigências daquelas que desejam se submeter à transgenitalização. Mas, uma vez realizada a CRG, esse cuidado parece se dissolver nos serviços de saúde. As participantes descreveram dificuldades para manter acompanhamento especializado, acessar consultas e, principalmente, garantir o uso contínuo dos hormônios. Inclusive, algumas delas sequer possuíam condições financeiras de arcar com os custos dos hormônios e outros medicamentos. Quando esse acesso falha, o que se instala é uma sensação de abandono, como se a responsabilidade pelo próprio cuidado fosse devolvida integralmente a quem, muitas vezes, não dispõe de suporte para sustentá-lo.

Esse cenário revela fragilidades estruturais na implementação das políticas públicas de saúde voltadas à população trans. Embora existam diretrizes formais, sua operacionalização na atenção básica ainda é marcada por lacunas, desconhecimento e práticas que, mesmo quando “não intencionais”, produzem exclusão descambando em transfobia institucional. O uso do nome morto em prontuários, a falta de preparo profissional e a dificuldade de acesso a serviços básicos não são episódios isolados, configuram-se como uma forma de transfobia institucional que se manifesta no cotidiano do cuidado (Guilherme *et al.*, 2024; Cordeiro; Savaris, 2023).

Ao mesmo tempo, essa desassistência ganha ainda mais peso quando observada a partir dos seus efeitos. Evidências indicam que o acesso contínuo a cuidados de afirmação de gênero está diretamente associado a melhores desfechos em saúde mental (Bränström; Pachankis, 2020). Ou seja, não se trata apenas de garantir o procedimento, mas de sustentar, ao longo do tempo, as condições necessárias para que seus efeitos positivos se mantenham. Quando esse acompanhamento falha, o que se compromete não é apenas o corpo, mas o próprio bem-estar e a saúde mental que a CRG buscava possibilitar.

A transfobia institucional também se revela na negação da discussão dos direitos reprodutivos daquelas que desejam a CRG. O lamento pela perda da capacidade reprodutiva aparece nos relatos como algo tardio, como uma ausência de informações no pré operatório que se revela com o tempo. O desejo de maternidade, longe de ser inexistente, surge como uma possibilidade que não foi plenamente considerada no processo de decisão da CRG. A literatura já aponta essa lacuna ao defender a importância do aconselhamento sobre preservação da fertilidade antes da CRG, justamente para que escolhas reprodutivas possam ser pensadas de forma ampliada (Sluis *et al.*, 2023).

O problema, portanto, não está apenas na perda em si, mas na ausência de informações nos serviços de saúde. Quando essa dimensão não é incorporada ao cuidado, o que se produz é uma decisão que, embora consciente em muitos aspectos, pode deixar de fora projetos de vida futuros. E isso revela um limite importante traduzido na ausência de políticas e práticas de saúde em reconhecer a complexidade das trajetórias dessas mulheres para além da CRG.

Ao se considerar a ideia de abandono institucional deixa de ser uma percepção individual e passa a ser compreendida como parte de uma estrutura mais ampla que envolve a (des) assistência de mulheres trans e travestis que realizam a transgenitalização. E, nesse vazio assistencial

estatal, a autonomia frequentemente celebrada se transforma em sobrecarga e implicações significativas na vida dessas mulheres com amplo comprometimento inclusive de sua saúde mental. Em síntese, o que se evidenciou é que o cuidado não pode terminar na CRG. Porque, quando o sistema “opera e deixa voar”, o que se produz não é liberdade e, sim desamparo. E é nesse espaço que a transfobia institucional, muitas vezes silenciosa, continua operando.

“Entre a reconstrução do corpo e os limites do cuidado: complexidade, continuidade e lacunas na experiência pós-cirúrgica” torna-se evidente que a experiência pós-CRG de mulheres trans e travestis redesignadas da região Nordeste não pode ser compreendida a partir de uma lógica linear ou simplificada. O que emerge é um percurso marcado por deslocamentos, do desejo à decisão, da cirurgia ao cotidiano, do alívio à necessidade contínua de cuidado, o que revelou que a redesignação genital não encerra um processo, mas inaugura outro.

A decisão pela CRG, como evidenciado, já carrega em si uma densidade significativa. Não se trata de impulso, mas de construção. A ideia de um “caminho de ida sem volta” sintetiza essa consciência: a irreversibilidade não paralisa, mas exige elaboração. Nesse sentido, a prontidão emocional deixa de ser apenas um critério clínico e passa a ser vivida como condição de sustentação da escolha ao longo do tempo. Uma vez realizada, a CRG desloca o foco para o corpo — um corpo que precisa ser reaprendido. A neovagina, longe de ser um resultado acabado, se apresenta como processo. Práticas de cuidado como higiene, dilatação e exercícios pélvicos revelam que sua funcionalidade depende de manutenção contínua.

Ao mesmo tempo, esse processo abre espaço para transformações significativas na esfera interna e subjetiva. A sensação de completude, frequentemente descrita como um “renascimento em vida”, aponta para uma integração entre corpo e identidade que impacta diretamente a saúde mental. A literatura corrobora essas mudanças, indicando reduções em

quadros depressivos e melhora no bem-estar geral, mas também aponta que tais ganhos dependem da continuidade do cuidado e das condições sociais em que essas mulheres estão inseridas.

E é justamente aí que o relato deixa de ser linear. Porque, se por um lado há ganhos evidentes, por outro, surgem novas vulnerabilidades. As intercorrências clínicas, as dores persistentes, as alterações metabólicas e a percepção de envelhecimento precoce mostram que o corpo transformado também pode se tornar um corpo fragilizado. Estudo reforça que complicações pós-vaginoplastia não são incomuns e podem se estender no tempo, exigindo acompanhamento contínuo (Bustos *et al.*, 2021). Além disso, pesquisa de longo prazo indica que, mesmo após a CRG, pessoas trans podem apresentar níveis elevados de vulnerabilidade em saúde mental quando comparadas à população geral, especialmente na ausência de suporte contínuo (Dhejne *et al.*, 2011).

Esses elementos redirecionam o debate da eficácia do procedimento para a sustentabilidade do cuidado. Porque o que está em jogo não é apenas o sucesso cirúrgico imediato, mas a capacidade de garantir condições de saúde ao longo da vida. E é nesse ponto que a dimensão institucional se torna central. A análise evidencia uma ruptura importante: enquanto o acesso à CRG é regulado e estruturado, o acompanhamento posterior se mostra fragmentado e, muitas vezes, insuficiente. A falta de acesso contínuo à hormonização, a ausência de suporte especializado e a persistência de práticas transfóbicas na atenção em saúde revelam que o cuidado não se sustenta de forma integral. Evidências indicam que a continuidade de cuidados afirmativos está diretamente associada a melhores desfechos em saúde mental, o que reforça o impacto negativo da desassistência vivida pelas entrevistadas desta região (Bränström; Pachankis, 2020).

Além disso, lacunas como a ausência de aconselhamento reprodutivo indicam que o cuidado ainda é pensado de forma limitada, centrado no procedimento e não na totalidade da vida dessas mulheres. O desejo de

maternidade, quando emerge tardiamente, evidencia que decisões complexas foram tomadas sem que todas as dimensões fossem plenamente consideradas pelos profissionais de saúde. Diante disso, torna-se evidente que a experiência pós-CRG é atravessada por ambivalências. Não se trata de negar os ganhos, nem de enfatizar apenas os desafios, mas de reconhecer que ambos coexistem. A cirurgia pode, ao mesmo tempo, possibilitar integração identitária e inaugurar novas demandas de cuidado. Pode produzir alívio e, simultaneamente, expor fragilidades que exigem acompanhamento contínuo.

Assim, mais do que avaliar resultados cirúrgicos, esta análise aponta para a necessidade de repensar o cuidado em saúde em uma perspectiva longitudinal, integral e sensível às especificidades dessa população. Isso implica deslocar o foco do procedimento para o percurso, reconhecendo que o corpo pós-cirúrgico não é um ponto de chegada, mas um campo em constante construção.

Em última instância, o que está em jogo não é apenas a efetividade de uma intervenção médica, mas a capacidade das instituições de sustentar vidas em sua complexidade. Porque, quando o cuidado se interrompe, o que resta não é autonomia plena, mas a necessidade constante de negociação com um corpo que exige e, com um sistema que, muitas vezes, não responde.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. D. de. *et al.* O impacto da fisioterapia no pós-operatório de redesignação sexual em mulheres transgênero. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 34, p. 1090, 2023. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v34.1090>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BOLSTAD, S. H. *et al.* Gender-affirming health care needs, barriers to care, and health and wellbeing in a broad nationwide sample of transgender people in Norway. **BMC Public Health**, v. 25, n. 4218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25243-1>.

BRÄNSTRÖM, R.; PACHANKIS, J. E. Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 8, p. 727-734, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BREITENBACH, T. **Incidência de estenose vaginal após vaginoplastia por inversão penoescrotal versus inversão de pele peniana expandida com retalho de uretra: uma comparação de 234 cirurgias de afirmação de gênero.** 2024. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/276471>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BUSTOS, S. S. *et al.* Complications and Patient-reported Outcomes in Transfemale Vaginoplasty: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. **Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open**, v. 9, n. 3, p. e3510, 2021. DOI: 10.1097/GOX.00000000000003510.

CHRISOSTOMO, K. R. **Avaliação da densidade mineral óssea em mulheres transexuais em uso de terapia hormonal cruzada por três anos ou mais.** 2020. Tese (Doutorado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/69304>. Acesso em: 4 abr. 2026.

CORDEIRO, V. M. P.; SAVARIS, L. E. O cuidado à população trans para profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura**, v. 6, n. 20, p. 377-392, 2023. DOI: <https://doi.org/10.29327/2410051.6.20-16>.

DHEJNE, C. *et al.* Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. **PLoS ONE**, v. 6, n. 2 p. e16885. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

DING C. *et al.* Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women Systematic review and meta-analysis. **Canadian Urological Association Journal**, v. 17, n. 4, p. 121-128, 2023. DOI: 10.5489/cuaj.8108.

GUILHERME, E. C. *et al.* O itinerário terapêutico de mulheres trans ao acesso no serviço de saúde. **Revista FT**, v. 28, n. 139, 2024. DOI: 10.69849/revistaft/fa10202411300630. Acesso em: 4 abr. 2026.

JANINI, J. P.; MIGOWSKI, L. Neovagina cancer in trans women: a systematic review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20584>.

JARDIM, L. M. M. P. *et al.* Sexual Function and Quality of Life in Brazilian Transgender Women Following Gender-Affirming Surgery: A Cross-Sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 19, n. 23, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192315773.

KILMER, L. H. *et al.* Gender-Affirming Surgery Improves Mental Health Outcomes and Decreases Antidepressant Use in Patients with Gender Dysphoria. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 154, n. 5, p. 1142-1149, 2024. DOI: 10.1097/PRS.00000000000011325.

KITIC A. *et al.* Impact of vaginoplasty on sexual health and satisfaction in transgender women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 22, n. 3, p. 536-542, 2025. DOI: 10.1093/jsxmed/qdae194.

LEE, E. *et al.* Post gender-affirming vulvovaginoplasty survey of transgender adults. **BMC Plast. Reconstr. Surg.**, v. 2, n. 5, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s44452-026-00018-8>.

MARRA, E.E. *et al.* Transgender women's perspectives on mental health care related to vaginoplasty for gender affirmation. **BMC Women's Health**, v. 24, n. 14, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02681-w>.

MORAIS, A. V. C.; CORTES, H. M. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado / Sex reassignment surgery: implications for care. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i3.16773>.

ROSA P. de. *et al.* Vaginal Stenosis After Gender-affirming Vaginoplasty: A Systematic Review. **Urology**, v. 186, p. 69-74, 2024. DOI: 10.1016/j.urology.2024.02.005.

SILVA, F. P. da.; ARAÚJO, H. N. de. Cuidados no pós-operatório de vaginoplastia: abordagem fisioterapêutica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde (REAL)**, v. 3, n. 2, 2024. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/6027/3665>. Acesso em: 13 abr. 2026.

SLUIS, W. B. van der. *et al.* Genital gender-affirming surgery for transgender women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, V. 86, n. 102297, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.102297>.

WENK M. J. *et al.* Post-surgical outcomes in transgender women: a prospective analysis of sexual function and health-related quality of life. **World Journal of Urology**, v. 43, n. 529, 2025. DOI: 10.1007/s00345-025-05887-9.

WIERCKX, K. *et al.* Long-Term Evaluation of Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 10, p. 2641–2651 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>.

17. PERCURSOS EXISTENCIAIS DE MULHERES TRANS E TRAVESTIS BRASILEIRAS NA EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL

Helena Moraes Cortes⁴⁶

Foram realizados cinco Grupos de Convergência (GC), um em cada uma das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Distrito Federal, Sudeste e Sul), totalizando a participação de 28 mulheres trans ou travestis redesignadas.

O GC da Região Norte contou com 7 participantes (4 mulheres trans ou travestis redesignadas, 1 mediadora mulher trans redesignada e 2 observadoras mulheres cis); o da Região Nordeste, 8 (6 mulheres trans ou travestis redesignadas, 1 mediadora mulher trans redesignada e 1 observadora mulher cis); o da Região Centro-Oeste e Distrito Federal, 9 (7 mulheres trans ou travestis redesignadas, 1 mediadora mulher trans redesignada e 1 observadora mulher cis); o da Região Sudeste, 8 (6 mulheres trans ou travestis redesignadas, 1 mediadora mulher trans redesignada e 1 observadora mulher cis); e o da Região Sul, 7 (5 mulheres trans ou travestis redesignadas, 1 mediadora mulher trans redesignada e 1 observadora mulher cis).

Todos os GC foram conduzidos de forma virtual, por meio da plataforma Google Meet, com duração aproximada de 60 minutos cada encontro. A mediação dos grupos foi realizada pela coordenadora geral da pesquisa, mulher trans redesignada, com experiência acadêmica e comunitária na temática, contando ainda com a participação de uma

⁴⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC).

observadora, mestranda em Enfermagem, mulher bissexual e integrante do Laboratório MentalTrans. A organização metodológica dos GC buscou assegurar a condução ética, o rigor científico e a valorização das experiências compartilhadas pelas participantes, respeitando a diversidade socioterritorial e os distintos contextos regionais de cuidado em saúde.

PARTE V - OS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

18. OS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

Helena Moraes Cortes⁴⁷

Naomi Tamima Estevam Cipriano⁴⁸

Dos 05 grupos de convergência emergiram 4 categorias temáticas, a saber: 1. Vivências de complicações e desafios no pós-operatório de CRG de mulheres trans e travestis redesignadas; 2. Repercussões clínicas e funcionais no cotidiano após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas; 3. Sentir-se no próprio corpo: autoestima e autoimagem após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas; e 4. Entre o despreparo e a transfobia: a experiência da mulher trans ou travesti redesignada no atendimento em saúde.

18.1. Vivências de complicações e desafios no pós-operatório de CRG de mulheres trans e travestis redesignadas

Esta categoria abordou as complicações cirúrgicas e pós-cirúrgicas da CRG vivenciadas por mulheres trans e travestis redesignadas, evidenciando a experiência de conviver com limitações urinárias e intestinais, a sensação de perda da autonomia corporal, o estreitamento e ou fechamento do canal da neovagina e a constante ameaça de perda de funcionalidade de um processo cirúrgico intensamente desejado com impacto na resignificação da vida dessas mulheres. Além disso, esta categoria contemplou as práticas de dilatação da neovagina, que se configurou em vivências dolorosas e ambivalentes, bem como o medo e a insegurança em relação ao toque no

⁴⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências (EEUSP). Docente do Programa de Pós Graduação (PEN UFSC).

⁴⁸ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva (UNESC). Discente do programa de pós graduação em Enfermagem PEN/UFSC.

próprio corpo no período pós-operatório. Também ficou evidente complicações como necroses, prolapso e fibroses vaginais, apresentadas nas frases temáticas a seguir:

“Eu tive uma leve complicação intestinal por conta do jejuno. Algo que eu desconhecia, né? Não sabia que seria possível ter uma obstrução intestinal. [...] Eu precisei ser submetida a uma nova cirurgia para desobstruir o meu trato intestinal para que eu conseguisse ter a minha saúde reabilitada” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu comecei a ter fibrose no canal vaginal. Eu estava com muita dificuldade na dilatação, e o médico achou melhor fazer uma cirurgia para reabrir o canal vaginal que estava tendo fibrose” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Uma necrose que houve acabou fechando a parte da entrada da vagina, ela fechou, criou uma cortina de pele e estava como se estivesse fechando, e isso dificultava muito a introdução do dilatador” (Ent. 6 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Eu tive dificuldades também com as dilatações” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu tenho muito problema para dilatar porque quando eu faço a dilatação sai sangue pela minha uretra. Então eu evito porque eu sei que vai machucar” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“A dificuldade de fazer a dilatação eu tenho porque eu saio (de casa) às 6 da manhã e chego quase 11 horas da noite. Quando eu chego, estou cansada, vou pegar meu filho na minha mãe e volto para casa, não tenho tempo de fazer minha dilatação. Isso é uma coisa que realmente estou com dificuldade. [...] Quando eu vou fazer a minha dilatação fica parecendo até que feriu, fica como se fosse ardida” (Ent. 2 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“O meu canal fechava e eu não conseguia fazer a dilatação, o máximo que eu conseguia era com tamanho do mindinho. [...] O meu canal fecha muito rápido e essa é uma das grandes dificuldades que eu tenho sentido com a dilatação” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sul).

“Meu canal vaginal prolapsou. (Após a cirurgia) eu fiquei uma semana com um tampão, depois de dois dias dilatando com uma dor imensa, eu descobri que o meu canal vaginal teve um problema e prolapsou” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sul).

“A principal complicação foi que eu tive bastante fibrose, principalmente perto do meu clitóris. Foi resolvido com o uso de pomada de fibrinase, sem necessidade de uma segunda intervenção” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“O clitóris ficou um bocadinho avantajado, a doutora fez ele pequenininho, mas ele cresceu durante o período que eu estava no hospital. Ele cresceu e ficou gigante. Teve que corrigir também” (Ent. 6 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Eu tive um problema na uretra desde a cirurgia, que foi se alongando e eu estou com esse problema até hoje. Estou aguardando uma cirurgia para corrigir esse problema na minha uretra” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Fiquei com dificuldade de urinar, não consigo esvaziar minha bexiga totalmente. [...] Eu faço xixi, daqui a meia hora eu estou com vontade de novo. Fica parecendo que está aquele peso” (Ent. 2 Grupo de Convergência Nordeste).

“Eu tive problema na uretra, fiquei bem. Depois eu tive de novo, aí eu tive que ir em três hospitais, no terceiro foi que deram um jeito. Fiquei quase dois meses de sonda (vesical de demora), até o doutor marcar a cirurgia de novo. A uretra estava obstruída novamente, duas vezes obstruiu” (Ent. 1 Grupo de Convergência Nordeste).

“Nessa cirurgia eles cortaram o meu canal urinário, onde eu comecei a ter problemas [...], comecei a ter perda de xixi, o xixi estava vazando pelo canal da vagina” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sul).

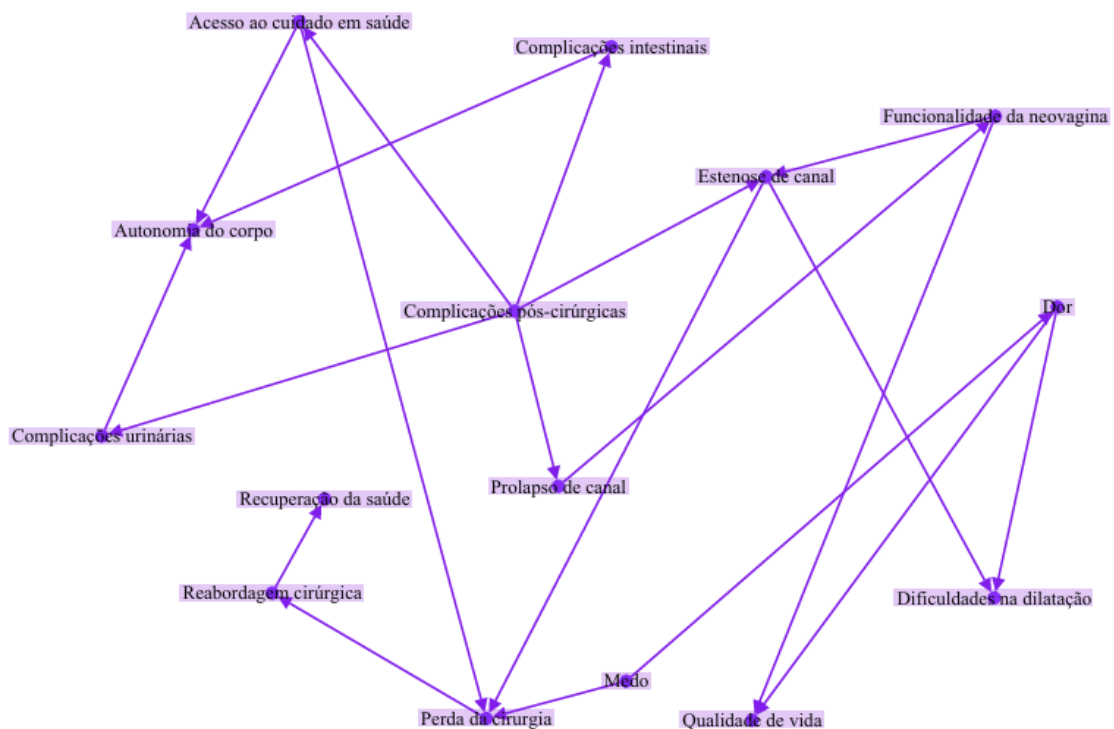
“A minha uretra se estreitou, acho que eu tinha nove anos já de cirurgia feita e não gotejava, não saía nada. Então eu fiquei por quase dois anos com uma sonda (vesical de demora)” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sul).

“Era uma coisa que eu queria tanto (a cirurgia) que eu tive uma coisa chamada vaginismo. Eu sonhava que ela (a vagina) caía no chão e quebrava. E aí eu fiquei com medo de tocar, né?” (Ent. 3 Grupo de Convergência Nordeste).

“Quando eu comecei com as dilatações abriu tudo que tinha costurado, abriu desde a virilha até a parte interna. Então com 10 dias eu voltei para fazer a cirurgia (de reparação), porque abriu tudo quando comecei fazer a dilatação” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sul).

A figura 86 a seguir ilustra os resultados desta categoria:

Figura 86 – Síntese da categoria “Vivências de complicações e desafios no pós-operatório de CRG de mulheres trans e travestis redesignadas”



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

18.2. Repercussões clínicas e funcionais no cotidiano após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas

A presente categoria foi constituída por quatro subcategorias: 1. Exames laboratoriais como expressão de repercussões clínicas pós-CRG; 2. Vivência de cansaço e sensação de perda de vitalidade após a CRG; 3. Mudanças corporais e ganho de peso após a CRG; e 4. A sexualidade como dimensão afetada no cotidiano pós-CRG.

18.2.1. Exames laboratoriais como expressão de repercussões clínicas pós-CRG

Em seus relatos, as participantes evidenciaram o surgimento de alterações clínicas previamente inexistentes, a interpretação dos exames laboratoriais como indicativos de um corpo em processo de adaptação após a intervenção cirúrgica (CRG), bem como os desafios cotidianos de conviver com condições crônicas instauradas no período pós-operatório.

“Eu percebo que algumas taxas hormonais, algumas taxas de enzimas, eu não consigo mais ter tão próximas do ideal como eu tinha antes” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“O meu corpo está se adaptando a essa nova realidade, porque é uma cirurgia que mexe muito com o organismo como um todo. Então, as taxas de ferro, vitamina B, vitamina D e colesterol, algumas taxas que eu nunca tive problema, eu comecei a ter. Minha glicose também está ali no limite” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Estou com 11 meses [de cirurgia de redesignação genital] e ainda não voltei com o hormônio, porque eu sou hipertensa e ainda não consegui controlar essa pressão” (Ent. 6 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Eu mesma fiquei com problema de diabetes, né? [...] A pressão [hipertensão arterial sistêmica] está lá em cima” (Ent. 2 Grupo de Convergência Nordeste).

“A minha pressão era muito baixa antes da cirurgia [...], hoje a minha pressão deu uma aumentadinha” (Ent. 3 Grupo de Convergência Nordeste).

18.2.2. Vivência de cansaço e sensação de perda de vitalidade após a CRG

Diversas participantes relataram o cansaço como uma experiência persistente e limitante no período pós-CRG, frequentemente associado à sensação de fraqueza e fragilidade corporal. Tais repercussões impactaram diretamente o desempenho de suas atividades de trabalho, bem como a produtividade no cotidiano.

“Eu percebo um pouco menos de disposição do que eu tinha antes, após a cirurgia” (Ent 1. Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu me sinto muito cansada. Depois da cirurgia, eu percebi que a minha energia diminuiu muito, eu sinto muito sono, eu tenho dificuldade de pegar peso, eu me sinto muito fraca” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Por mim eu ficava o dia inteiro dormindo e deitada na cama. Estou fazendo academia a duras penas, porque o médico falou que é importante, mas é me arrastando. Eu tô me arrastando” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu trabalho de eletricista, subo em poste no sol. Aí um dia desse eu trabalhei meio expediente, no resto do dia não aguentei mais nada. Eu vou na academia, quando eu saio da academia para fazer qualquer coisa, eu preciso de duas horas para conseguir me restabelecer. E é um desânimo, se eu bobear fico em casa, eu fico deitada o dia inteiro na cama, não faço nada” (Ent. 4 Grupo de Convergência Sudeste).

“Me sinto uma pessoa que cansa mais facilmente [...]. Não é um desânimo, ou preguiça [...], não sei se é uma questão hormonal, eu já até discuti isso na época com o doutor, mas eu sentia a minha energia muito baixa” (Ent. 2 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Eu me sinto muito fraca, me sinto muito frágil” (Ent. 4 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Em relação a cirurgia eu me sinto ótima com os resultados, mas sinto muito cansaço no corpo” (Ent. 5 Grupo de Convergência Nordeste).

“A única coisa que eu senti de diferença foi o cansaço” (Ent. 6 Grupo de Convergência Nordeste).

18.2.3. Mudanças corporais e ganho de peso após a CRG

No que se refere às mudanças físicas decorrentes do período pós-operatório da CRG, ainda evidenciou-se o ganho de peso como uma importante fonte de preocupação e inquietação entre as participantes, acompanhado pela sensação de impotência e perda de controle sobre o próprio corpo.

“Eu ganhei mais foi peso, é o que tá me dificultando [...], é sempre esse dilema [...], nem sei o que fazer, porque eu pesava em torno de 70 kg antes da designação. Hoje eu levei um susto muito grande. Dentro de dois anos [...] já foram 17 quilos a mais” (Ent. 3 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Eu engordei também, eu engordei 5 kg, [...] eu também fiquei com medo desses 5 kg, virar 10 kg [...]. Mas a mudança que eu vi foi essa, foi o aumento de peso” (Ent. 1 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“O meu corpo mudou bastante, eu engordei muito. E assim, 10 kg é muito, né? Eu engordei 10 kg” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“E a única diferença que eu tenho de lá para cá, é aumento de peso, eu aumentei bastante de peso” (Ent. 2 Grupo de Convergência Norte).

18.2.4. A sexualidade como dimensão afetada no cotidiano pós-CRG

Por fim, a última subcategoria aborda a retomada da vida sexual após a CRG, evidenciando a dor como um limite imposto à vida sexual e a

ausência de libido como uma experiência marcada pelo estranhamento. Ademais, a sexualidade é apresentada como um processo de aprendizado e redescoberta, no qual o vínculo afetivo assume papel central na reconstrução da nova vivência sexual.

“O fato de sentir um pouco de dor nas relações sexuais acaba afetando a minha saúde sexual também, né?” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Estou com uma dificuldade de fazer relação sexual vaginal ainda, mas estou conseguindo com muita paciência do meu namorado” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

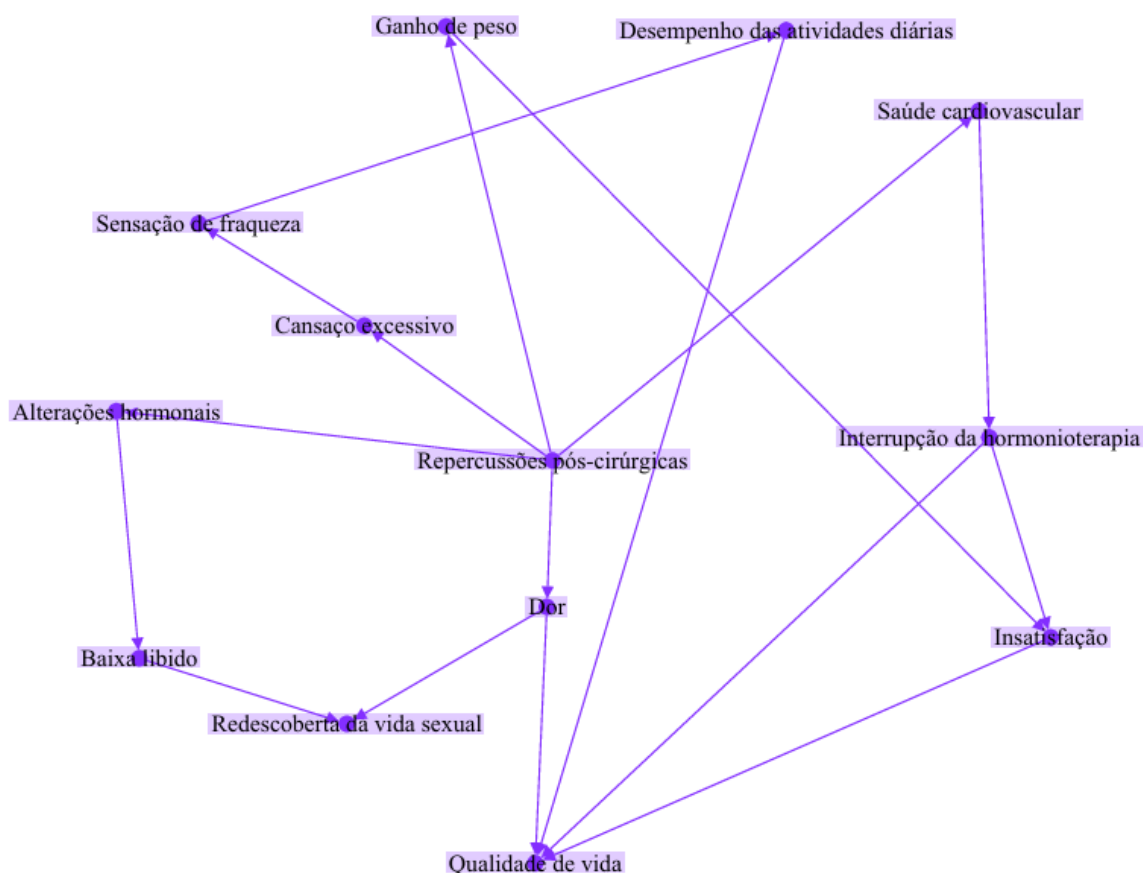
“Já tive também inclusive relação com penetração. Ficou um pouco difícil, porque, como até a gente acaba comentando-me e minha esposa, eu estou ainda aprendendo a brincar no “parque”. Então nessa parte está sendo tudo um aprendizado e uma descoberta, mas a gente tá navegando” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“A libido sexual, eu não tive até hoje. Não tive orgasmo, não transei. [...] Eu tenho total desinteresse por companheiros, por ter relações, por explorar ali para tentar ter um orgasmo sozinha. Total desinteresse” (Ent. 6 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Não tenho libido nenhuma” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Uma coisa que para mim é diferente é a situação do orgasmo. Eu tenho que ter um relacionamento muito bem vivido, eu tenho que pegar aquela química com aquela pessoa para eu poder ter orgasmo” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sul).

Figura 87 - Síntese da categoria “Repercussões clínicas e funcionais no cotidiano após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas”



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

18.3. “Sentir-se no próprio corpo”: autoestima e autoimagem após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas

Esta terceira categoria evidencia os impactos positivos da CRG na autopercepção corporal e no cuidado com a própria saúde das participantes. A CRG é apresentada como uma necessidade de escolha pessoal e um ato de cuidado consigo mesma, realizada de forma autônoma, sem influência de

terceiros, contribuindo para a reconstrução positiva da autoimagem corporal.

“Olhando a saúde como um fator psicológico, físico e também social, eu percebo que a minha saúde é melhor, porque eu consigo até mesmo perceber melhor a minha saúde. Eu acho que a cirurgia me permitiu ter um contato, uma intimidade com meu corpo tão grande que fez com que eu olhasse mais para ele e me atentasse mais a sinais que talvez antes da cirurgia eu não observaria” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

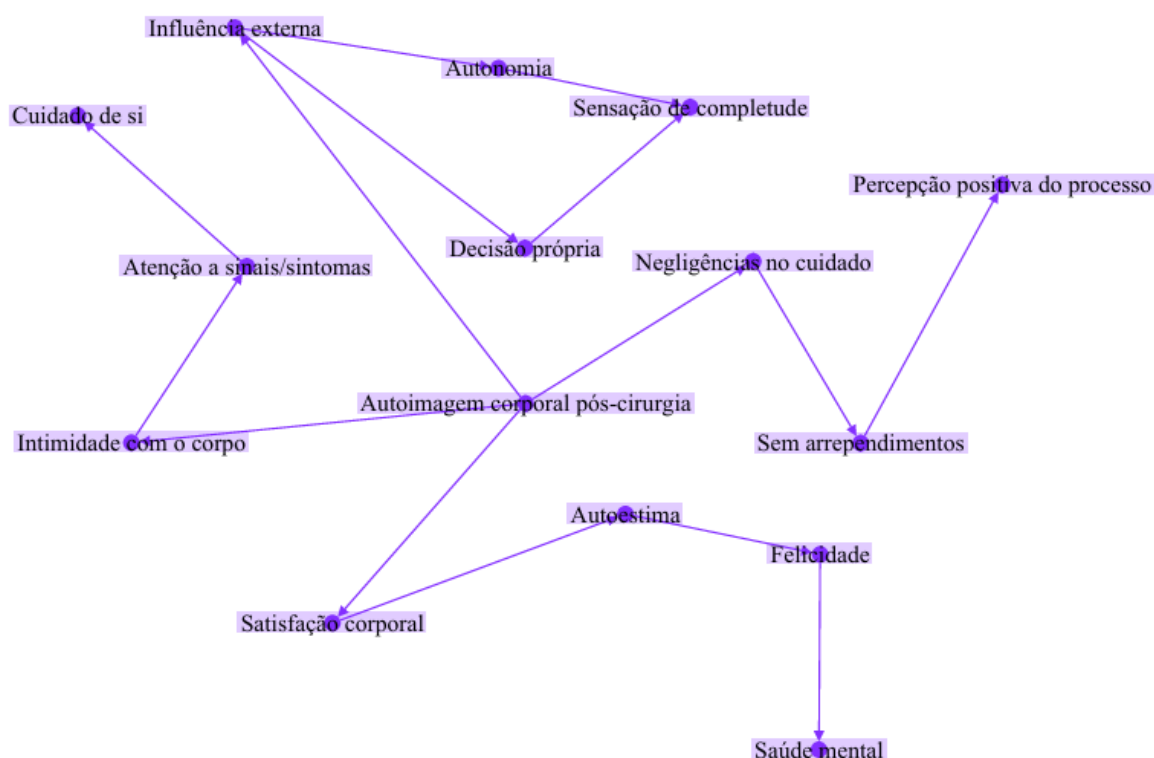
“Em relação a minha saúde e a cirurgia propriamente dita eu me sinto bem satisfeita. Minha autoestima e contato com meu corpo melhoraram consideravelmente. [...] Estou bem satisfeita com o meu corpo, autoimagem corporal e autoestima” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu estou bem, porque eu fiz (a CRG) para mim, foi para eu ficar bem comigo mesma, para eu me sentir bem” (Ent. 1 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Acho que a cirurgia traz essa segurança para gente, né? Não só se identificar, mas você se sentir bem com seu próprio corpo. [...] Não só o físico, mas o psicológico da gente é outro. Hoje eu me sinto completa, me sinto segura, me sinto realizada” (Ent. 2 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Estou muito bem comigo mesma, feliz da vida, porque era tudo que mais queria, era tudo que eu mais desejava” (Ent. 1 Grupo de Convergência Nordeste).

Figura 88 - Síntese da categoria “Sentir-se no próprio corpo”: autoestima e autoimagem após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas”



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

18.4. Entre o despreparo e a transfobia: a experiência da mulher trans ou travesti redesignada no atendimento em saúde

Esta categoria é composta por quatro subcategorias: 1. (Não) Acolhimento profissional no contexto do cuidado em saúde às mulheres trans e travestis redesignadas; 2. O despreparo profissional e institucional no cuidado à saúde de mulheres trans e travestis redesignadas; 3. Vivências de objetificação do corpo trans no atendimento em saúde; e 4. Necessidade de formação sobre cuidados trans específicos nos cursos da saúde.

18.4.1. (Não) Acolhimento profissional no contexto do cuidado em saúde à mulheres trans e travestis redesignadas

Ao serem questionadas acerca do atendimento nos serviços de saúde, as participantes apontaram a ausência de acolhimento como um fator determinante para o afastamento e a descontinuidade do cuidado em saúde. Os relatos evidenciam a falta de reconhecimento das especificidades do corpo trans como condição fundamental para um cuidado qualificado, bem como a presença de diferentes formas de violência no cotidiano dos serviços, que atravessam e fragilizam a experiência de cuidado.

“Eu não me senti tão acolhida e isso fez com que eu me afastasse um pouco do espaço trans aqui. Fez com que eu me afastasse um pouco e não procurasse mais essa decisão de passar novamente pelo bloco cirúrgico para uma cirurgia de correção, o que, ao meu ver, eu teria essa necessidade” (Ent. 4 Grupo de Convergência Nordeste).

“É muito complicado a gente encontrar profissionais que tenham sororidade e empatia, que tratem a gente com empatia, né?” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

”Hoje o que a medicina precisa entender é que nós somos um corpo diferenciado que precisa de uma atenção também diferenciada. Nós precisamos que a medicina, junto com outras áreas da saúde, que eles [...] para além de saberem que nós somos pessoas trans, eles entendam que nós precisamos ser tratados e tratadas com respeito” (Ent. 3 Grupo de Convergência Nordeste).

“Às vezes a gente está passando mal, chega lá [serviços de saúde] e é atendida no masculino e isso só piora as coisas” (Ent. 4 Grupo de Convergência Sudeste).

“O pior para mim foi foram dois eventos, né? Um técnico de enfermagem estava me punccionando. E aí ele precisou de uma fita adesiva micropore e eu tinha uma, aí ele falou assim: ‘ah, eu vou usar dele mesmo’. Dele, eu no caso, ‘eu vou usar dele mesmo’. E isso me incomodou. Uma técnica de enfermagem que estava me acompanhando até o banheiro falou assim: ‘alguém sabe me dizer

quem é o técnico que está responsável por esse rapazinho aqui’, esse rapazinho era eu. E aí depois ela corrigiu: ‘ai essa mocinha aqui’. Na hora eu fingi que ignorei, mas depois que eu entrei no quarto, eu chorei muito” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu cheguei num posto de saúde [UBS] e a menina olhou ‘onde é que tá o buraquinho que sai a tua urina’ [...], eu fiquei olhando para ela: ‘como assim buraquinho?’. Aí ela: ‘Ah tu é feito então’” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sul).

“O profissional precisa me olhar e dizer o seguinte: ‘você é uma mulher e eu vou tratar você como eu trato a minha mãe, como eu trato a minha irmã, como eu trato a minha tia, cumeraçãoomo eu trato a minha chefe. Porque você é uma mulher como todas essas outras mulheres’” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Só saber tratar a pessoa, ter educação e falar: ‘nossa, você é uma mulher. Como você gosta de ser chamada? Como você se identifica? Você pode me explicar?’” (Ent. 1 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

18.4.2. O despreparo profissional e institucional no cuidado à saúde de mulheres trans e travestis redesignadas

As participantes evidenciaram de forma geral o despreparo técnico e clínico dos profissionais de saúde brasileiros para o cuidado de mulheres trans e travestis, observado tanto na rede pública quanto na rede privada. Os relatos apontam situações de negligência, recusa de atendimento e consequente abandono do cuidado, revelando uma tensão entre a responsabilização individual dos profissionais e o compromisso ético que deve orientar as práticas em saúde. Ademais, destaca-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas de saúde para mulheres trans redesignadas, ações de conscientização e mecanismos efetivos de fiscalização, como condições fundamentais para a garantia de um cuidado integral, equânime e livre de discriminações.

“O que eu percebo [...] é que os médicos têm uma dificuldade de atender a gente (mulheres trans e travestis redesignadas), ele fala ‘não é transfobia’, mas eles não entendem que nós temos especificidades. O nosso corpo tem especificidades. E são poucos os profissionais de saúde que dão conta dessa nossa especificidade” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Aqui na minha cidade tem um problema muito sério. Quando você chega no posto de saúde, principalmente quando é para encaminhar uma mulher trans para começar todos os seus procedimentos, elas não sabem nem como fazer um encaminhamento. Muitas vezes as meninas (mulheres trans e travestis) me procuram e eu acompanho elas até o posto de saúde. Eu preciso entrar na sala no consultório do médico ensinar: ‘é assim que faz’” (Ent. 3 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Tem muito médico que simplesmente olha para você e, como ele não sabe o que fazer, ele não sabe nem como te tratar, ele vai falar que não atende pessoas como você, porque ele não sabe o que dizer” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“A gente depois da cirurgia se sentia abandonado. [...] ‘A gente se sente abandonado, a gente liga para você, vocês não estão nem aí para a gente’. Como quem diz: ‘está feita a cirurgia do jeito que ela queria, tá? Tchau para ela’” (Ent. 1 Grupo de Convergência Nordeste).

“Acho que a falta de preparo dos médicos, da equipe médica de uma forma geral, das próprias pessoas com quem a gente vai buscar atendimento, mesmo no particular, não só nos ambulatorios (públicos)” (Ent. 5 Grupo de Convergência Sul).

“O que eu tive que aprender são situações que a minha médica não dava orientação. Pedia para ela ver se a minha vagina estava suja, porque eu conseguia meter o dedo na minha vagina e vi que saía uma massinha de sujeira. Eu pedi para ela olhar dentro, aí ela: ‘não, tá normal’, e para mim não estava, porque quando vinha essa massinha eu sentia um odor diferente” (Ent. 1 Grupo de Convergência Norte).

“Eu vou passar com uma mastologista. Ela falou para mim: ‘você colocou silicone?’, eu falei que não, aí ela chegou a citar: ‘pois é, nós não sabemos muito como lidar com a mama trans aqui’” (Ent. 1 Grupo de Convergência Norte).

“Eu vou na ginecologista, eu entro na sala dela, [...] não me deitou na cama, não abriu para ver se tinha alguma coisa. Se eu disser que tá tudo bem, vai tá tudo bem, mas como que eu posso dizer se tá tudo bem? Se eu nem sei. [...] O profissional de saúde, ele só te olha e não confirma nada. Elas não querem fazer o exame” (Ent. 2 Grupo de Convergência Norte).

“A gente tem dificuldade de encontrar um profissional que de fato entenda o nosso corpo e as nossas demandas”(Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Sinto muita falta de médicos especializados, tanto na rede particular, quanto no SUS, para que possam estar nos atendendo com essas dificuldades que a gente começa a enfrentar, né?” (Ent. 4 Grupo de Convergência Sul).

“Então eu acho que depende muito mais do profissional se interessar[...], tem profissionais que se interessam por especializar e outros que simplesmente não estão nem aí. [...] Eu acho que depende muito de cada pessoa, de tentar acolher o máximo da comunidade, né? Entender suas questões, seus desafios. E tá aberto a ouvir, eu acho que isso é o principal” (Ent. 5 Grupo de Convergência Sudeste).

“A pessoa pode às vezes não saber, não estar familiarizada com a situação da gente, mas ninguém nasce sabendo tudo [...]. A gente tem que entender que enquanto profissional da saúde, a gente está se dispondo a atender qualquer pessoa em toda sua diversidade. Se a gente não dá conta, a pessoa tá na profissão errada” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu não sei se nos cursos de medicina é falado sobre a saúde da população trans, eu acredito que não. Então acaba que é o profissional que [...] vai buscar informação e conhecimento sobre isso.

Fica muito a cargo de cada pessoa” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sudeste).

“Talvez seja falta de vontade dessas pessoas em aprender algo que para eles, eles acham que tá bom, então eles estão dentro do campo de conforto deles. Eles não querem sair, para que eles vão estudar transexualidade se eles estudaram ginecologia ou outra especialidade? [...] Não falta informação, o que falta é boa vontade dessa gente buscar o conhecimento sobre isso” (Ent. 6 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Os profissionais têm que saber que nós precisamos que eles busquem mais, né? Que troque mais experiência com outros médicos de outros estados, para que eles possam trazer para gente algo novo, algo que possa contribuir com nós. Ele tem que saber que nós precisamos e necessitamos da nossa cirurgia e precisamos de um acompanhamento pós-cirurgia” (Ent. 2 Grupo de Convergência Nordeste).

“Os médicos têm que estar abertos a aprender. Tem que dar o primeiro passo. [...] Se não der o primeiro passo nunca vai avançar” (Ent. 3 Grupo de Convergência Norte).

“É tão simples, precisa dessa consciência. Fizeram conscientização contra cigarro, agora tem que fazer a conscientização sobre o gênero, entendeu? Já bateram em cima de tanta coisa e precisa bater em cima disso. Acho que precisa mesmo. Fazer uma lei sobre isso, em todo lugar tem que ter uma conscientização, tem que ter placa falando, tem que ter fiscalização se está acontecendo transfobia” (Ent. 4 Grupo de Convergência Sudeste).

“Uma política organizacional que fale sobre isso, eu acho que precisa na verdade existir uma. Eu acho que precisa ser cansativo até, [...] precisa ficar cansativo na cabeça das pessoas. Eu acho que as pessoas precisam entender isso, precisa ser uma tatuagem mental, precisa estar intrínseco na forma como a mente delas funciona, que nós somos dignos pelo gênero que nós somos. Então, eu acho que deveria ser obrigatório todo profissional de saúde ter essa tatuagem mental, o funcionamento do cérebro dessa pessoa deve ser que

“pessoas são pessoas e que devem ser tratadas com o gênero que elas se identificam e ponto final” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“No Rio de Janeiro existe até uma portaria no município, que é um protocolo de atendimento às pessoas Trans. [...] Acho que tá na gaveta, porque eu tenho recebido vários comentários de colegas nossas que não são respeitadas por nome oficial [...]. A gente percebe que falta realmente uma capacitação. [...] Porque a gente entende que não passou por nenhuma unidade de saúde que orientasse essas pessoas” (Ent. 6 Grupo de Convergência Sudeste).

“Tentar ver de buscar isso nas próprias especializações dentro da medicina, e não ficar como algo para uma pós-graduação ou mestrado, ou para ir aprender em seminários” (Ent. 5 Grupo de Convergência Sul).

18.4.3. Vivências de objetificação do corpo trans no atendimento em saúde

Esta subcategoria explorou as percepções das participantes acerca da objetificação do corpo trans nos serviços de saúde, frequentemente compreendido pelos profissionais como objeto de estudo e/ou intervenção. Os relatos evidenciam um sentimento persistente de serem tratadas como “cobaias” de novos tratamentos e intervenções clínico-cirúrgicas, o que produz deslocamentos no encontro clínico e culmina numa inversão dos papéis, com as usuárias assumindo, muitas vezes, a função de orientar e ensinar os próprios profissionais.

“Os corpos da gente são públicos também, então podem devastar nossa vida à vontade. ‘Ah, deixa eu estudar aqui com você’. Põe oito alunos na sala para poder acompanhar um exame e é sempre aquela coisa: ‘Ah, mas por que você está reclamando?’” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eu acho que eu tive um pouco dessa sensação de ser uma ratinha de laboratório na mão de profissionais de saúde curiosos, né?” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Eles realmente usam a gente, o nosso corpo, para serrato de laboratório” (Ent. 2 Grupo de Convergência Nordeste).

“Quando eu fui aqui na minha cidade, eles ficam mais impressionados com a técnica. Eles parecem que muda de papel, você é o médico e eles que são paciente” (Ent. 4 Grupo de Convergência Sul).

“O grande problema todo do pós cirúrgico é a gente meio que ser cobaia de na realidade da maioria dos médicos [...]. Eu não tenho médico que consiga me tratar. O endócrino não sabe o que fazer, o urologista não sabe o que fazer, o ginecologista não sabe o que fazer. Então tem muita coisa de cobaia, muito de ‘Ah, vamos tentar por esse lado aqui. Vamos ver se isso aqui funciona’. Tá, mas não tem uma parte mais certa assim,?” (Ent. 5 Grupo de Convergência Sul).

“Ainda assim eu me sinto uma cobaia porque é questão de testes” (Ent. 2 Grupo de Convergência Sul).

“A curiosidade de quem nos atende é muito grande. É muito grande” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sul).

18.4.4. Necessidade de formação sobre cuidados trans específicos nos cursos da saúde

Por fim, as participantes apontaram a formação profissional nos cursos do campo da saúde sobre a população trans como um fator determinante do cuidado recebido nos serviços de saúde. A formação insuficiente percebida em relação aos profissionais que atenderam as participantes foi mencionada como um obstáculo à qualificação da assistência, enquanto as falas expressaram expectativas de mudança a partir das novas gerações de profissionais de saúde.

“Eu acho que é importante que na educação a gente também faça essa parte de tentar formar profissionais mais conscientes, porque eu lembro que eu tinha uma professora [...] que ela fazia questão de toda a matéria que ela dava, ela sempre colocava algum assunto relacionado a saúde da população LGBT, a especificidade da população negra, a saúde de mulheres trans. Então eu acho muito

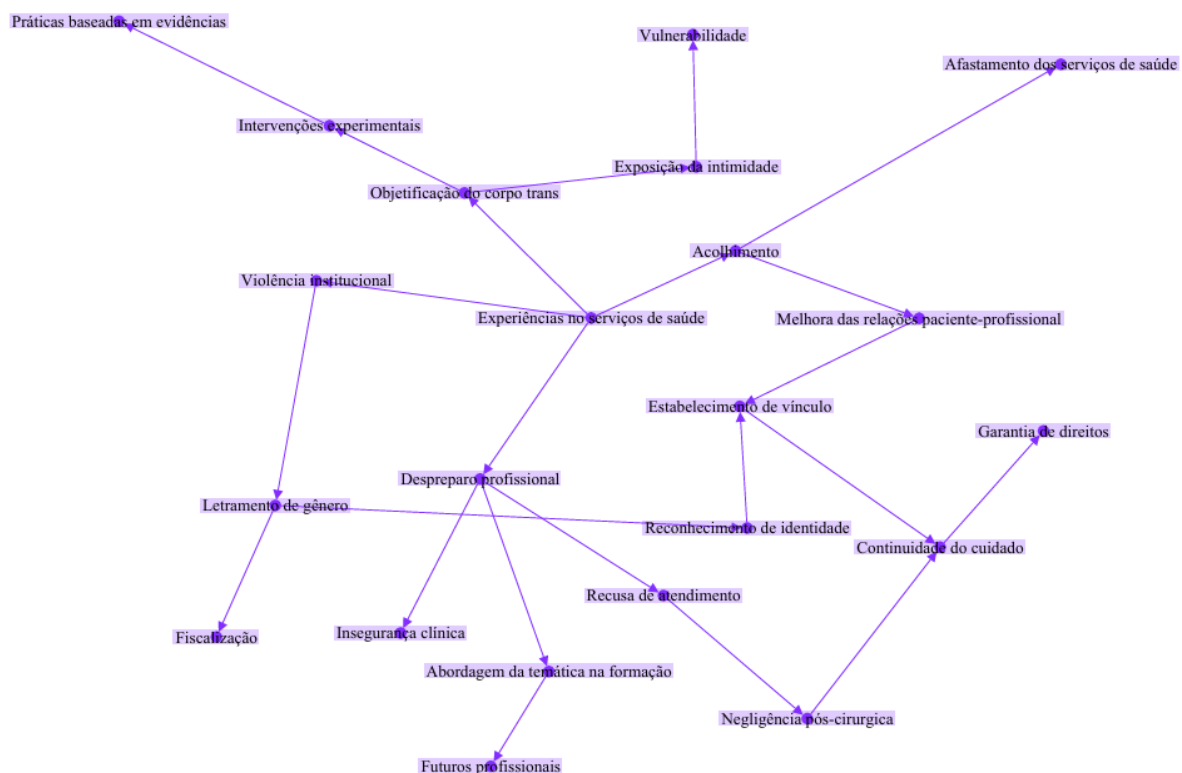
importante que esses assuntos sejam comentados também em sala de aula” (Ent. 1 Grupo de Convergência Sudeste).

“Todo mundo deveria ter uma capacitação para poder lidar com a nossa população. Mas isso ainda não é realidade dentro dos cursos de medicina. Eu sei que na psicologia costumam abordar um pouco mais. Deveria ter mais aprendizado” (Ent. 3 Grupo de Convergência Sudeste).

“A gente precisa de muita preparação desses profissionais que estão por vir aí, né? Nesses próximos anos a gente precisa investir nisso, criar uma pauta para isso, porque se a gente não criar isso, não tem como mudar” (Ent. 5 Grupo de Convergência Centro-Oeste).

“Os médicos que vão partir para esse atendimento, eles vão aprendendo com a prática, não é algo que eles aprendam no curso superior de medicina” (Ent. 5 Grupo de Convergência Sul).

Figura 89 - Síntese da categoria “Entre o despreparo e a transfobia: a experiência da mulher trans ou travesti redesignada no atendimento em saúde”



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

Estudo realizado com 488 mulheres trans ou travestis que realizaram a CRG pela técnica de inversão peniana, não evidenciou nenhum caso de óbito ou complicações graves imediatas relacionadas à cirurgia, a maioria das mulheres apresentou apenas complicações leves ou não teve complicações após a cirurgia (Mishra; Ferrando, 2023).

Por outro lado, uma revisão de literatura demonstrou que as cirurgias de redesignação de gênero feminina estão relacionadas com frequência à estenose neovaginal (até 30%), dispareunia (20–40%), estenose uretral (10–18%) e estenose do meato urinário (5–10%) (Motiwala *et al.*, 2025). Esses achados vão ao encontro dos resultados do presente estudo, no qual as participantes relataram a ocorrência de diferentes complicações após a CRG, incluindo intercorrências intestinais, estenose uretral e estenose do canal vaginal.

As complicações uretrais foram relatadas por diversas participantes, que descreveram dificuldades no esvaziamento vesical e episódios de incontinência urinária. Esses achados são reforçados por um estudo realizado com 16 mulheres trans ou travestis, que avaliou as funções urinárias antes e após a CRG, no qual os resultados evidenciaram aumento da frequência urinária, maior ocorrência de infecção urinária, aumento do esforço para completar a micção e maior prevalência de perda urinária (Lima *et al.*, 2023).

Ainda, duas participantes relataram necessidade de uso de sonda vesical de demora após a CRG, o que vai ao encontro da literatura, no qual uma revisão de literatura evidenciou que, em 5,1% dos estudos analisados, foi identificada retenção urinária nas mulheres redesignadas, tornando necessária a realização de sondagem vesical, seja esta de demora ou de alívio (Ding *et al.*, 2023).

Junto às complicações uretrais, as estenoses da neovagina representam uma das principais e mais frequentes complicações observadas no período pós-CRG, caracterizadas pelo estreitamento ou encurtamento do canal vaginal. 18,2% das participantes de um estudo apresentaram estenose

da neovagina; já outra pesquisa evidenciou 9,2% de casos de estenose do introito vaginal (Lava *et al.*, 2025; Garcia *et al.*, 2021).

Neste sentido, a literatura associa a ocorrência de estenoses da neovagina com a realização inadequada das dilatações vaginais no pós-operatório, evidenciando esta prática como essencial para o sucesso da cirurgia (Bustos *et al.*, 2024). No presente estudo, essa prática foi amplamente mencionada pelas participantes, que, embora reconhecessem sua importância para a manutenção dos resultados estéticos e funcionais da neovagina, relataram vivenciá-la como um processo doloroso, incômodo e, por vezes, acompanhado de sangramentos.

Em consonância, um estudo realizado com 614 mulheres trans e travestis redesignadas demonstrou que 17,5% destas apresentaram dificuldades na realização das dilatações, com associação de piores desfechos em mulheres desempregadas, vivendo com HIV, com diagnóstico psiquiátrico além do sofrimento relacionado a incongruência entre corpo e identidade de gênero, ou submetidas à CRG com enxerto peritoneal primário (Bustos *et al.*, 2024). Ainda, outro estudo apontou que dores pélvicas prolongadas e persistentes podem reduzir a adesão às dilatações, favorecendo o desenvolvimento de estenoses (Selvaggi; Djordjevic, 2023).

A estenose do canal vaginal pode contribuir, entre outros fatores, para dificuldades na vivência da sexualidade dessas mulheres após a CRG, especialmente quando tratamos das relações sexuais penetrativas (Selvaggi; Djordjevic, 2023).

Ainda no que se refere aos aspectos relacionados à neovagina, uma participante relatou a ocorrência de prolapso total após o procedimento cirúrgico. Estudos apontam prevalências variáveis dessa complicação, com taxas de 11,8% em uma amostra e 22,7% em outra (Lava *et al.*, 2025; Garcia *et al.*, 2021). Ademais, uma revisão de literatura comparou diferentes métodos cirúrgicos e sua relação com a prevalência de prolapso, evidenciando que as taxas variaram de 0% a 7% entre mulheres trans e travestis submetidas à

técnica de inversão da pele peniana e de 0% a 11,1% na vaginoplastia com utilização do cólon sigmoide. A mesma revisão indica que o risco de prolapso neovaginal pode aumentar ao longo do tempo e estar associado ao índice de massa corporal elevado (Tran *et al.*, 2024). Contudo, ressalta-se a limitação dos estudos disponíveis, que ainda apresentam fragilidades metodológicas e carecem de evidências mais robustas sobre o tema.

Outro aspecto fundamental da CRG é a construção do (neo) clitóris e a preservação de sua inervação, pois a função e a sensibilidade são essenciais. A perda de sensibilidade, decorrente de fibrose ou necrose dos tecidos, constitui uma complicação possível. Além dos aspectos funcionais, a literatura enfatiza a importância de considerar a estética clitoriana, dado o delicado equilíbrio entre criar um (neo) clitóris excessivamente proeminente, com aparência semelhante à glândula peniana, ou um clitóris pequeno e pouco visível (Peters *et al.*, 2024).

Esses aspectos estéticos devem ser cuidadosamente planejados e discutidos, pois influenciam diretamente a satisfação da mulher com o resultado da cirurgia. No presente estudo, duas participantes relataram insatisfação estética clitoriana, sendo que uma delas necessitou de reintervenção cirúrgica para correção.

Já sobre complicações intestinais, um estudo realizado com 22 mulheres submetidas a CRG evidenciou que 13,6% obtiveram obstruções intestinais (Garcia *et al.*, 2021). As complicações intestinais, como obstrução, fístulas, perfurações e processos inflamatórios, estão predominantemente associadas às CRG que utilizam segmentos intestinais, como o sigmóide ou o cólon (Meece *et al.*, 2023). Nesse contexto, apenas uma participante relatou obstrução intestinal neste estudo, cuja foi submetida à CRG com uso de segmento intestinal, mencionando, inclusive, a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica para correção da complicação.

Por fim, a deiscência de sutura foi relatada por uma participante deste estudo, enquanto na literatura a incidência dessa complicação varia entre

8,4% e 9% (Mishra; Ferrando, 2023; Lava *et al.*, 2025). Esse tipo de intercorrência, assim como nas outras complicações citadas, frequentemente requer reintervenção cirúrgica, o que pode prolongar a internação, aumentar os custos assistenciais e elevar o risco de novas complicações pós-operatórias, como aderências e disfunções intestinais (Sluis *et al.*, 2023).

Além dos impactos físicos, as complicações da CRG podem gerar repercussões emocionais significativas, incluindo ansiedade, frustração e redução da qualidade de vida destas mulheres. Esses impactos são evidenciados nos relatos das participantes do estudo, que descreveram as complicações como prejudiciais à sua saúde, muitas vezes prolongadas devido à dificuldade de acesso a cuidados de saúde. Relataram efeitos negativos sobre suas atividades diárias, necessidade de novas intervenções cirúrgicas, além de sentimentos de medo ao interagir com o novo corpo e episódios de ansiedade.

Dessa forma, as complicações uroginecológicas são frequentes e exercem grande impacto sobre a qualidade de vida destas mulheres, contribuindo para o aumento do sofrimento relacionado a incongruência entre corpo e identidade de gênero e do estresse. Apesar da importância desses aspectos, a literatura disponível ainda se concentra predominantemente nas consequências clínicas, sem abordar de forma abrangente os efeitos emocionais e o impacto na qualidade de vida dessas mulheres.

Anterior à CRG, mulheres trans e travestis realizam hormonização, geralmente composta pela administração de estrogênio associada ao antiandrogênico, com o objetivo de reduzir a produção de testosterona, promover características femininas e favorecer o processo de desvirilização. Após a CRG, ocorre a interrupção da produção endógena de testosterona, tornando necessária a manutenção da reposição hormonal para preservação das características feminilizantes e da saúde geral. Apesar da importância da hormonização para o processo de auto identificação corporal, tal prática

pode levar a intercorrências clínicas e alterações em taxas metabólicas, como descritas pelas participantes deste estudo (Gonçalves *et al.*, 2026).

Uma participante do presente estudo referiu alterações nas suas taxas lipídicas após a CRG. Em consonância com esse achado, revisão da literatura demonstra que, nos estudos analisados, houve aumento dos níveis de HDL-colesterol e de triglicerídeos em mulheres trans em processo de hormonização por 12 meses (Silva *et al.*, 2025). De forma semelhante, outra revisão aponta que uma meta-análise evidenciou elevação dos níveis de triglicerídeos após mais de 24 meses de tratamento hormonal feminilizante (de Silva *et al.*, 2024). Por outro lado, dois estudos incluídos nesta mesma revisão observaram redução do colesterol total, dos triglicerídeos e do LDL-colesterol, sem alterações significativas nos níveis de HDL-colesterol, associadas ao uso de estrogênio por via oral (de Silva *et al.*, 2024).

Outra entrevistada relatou aumento da pressão arterial sistêmica (HAS) após a CRG. De forma semelhante, um estudo de coorte com 149 mulheres trans que iniciaram hormonização antes dos 30 anos identificou incidência anual de HAS 2,14% maior em comparação à população cisgênero. Além disso, observou-se aumento relativamente mais expressivo entre aquelas que utilizaram ciproterona, em comparação à espironolactona, como antiandrogênico (Martinez-Martin *et al.*, 2023). Em contrapartida, outro estudo, envolvendo 247 mulheres trans, demonstrou redução média de 6 mmHg na pressão arterial sistólica após 11 a 21 meses de acompanhamento, sendo que mais de 90% das participantes faziam uso de espironolactona (Banks *et al.*, 2021). A entrevistada do presente estudo não especificou o tipo de antiandrogênico utilizado.

Já em relação às alterações na resistência à insulina e ao desenvolvimento de pré-diabetes ou Diabetes Mellitus, duas participantes relataram elevação dos níveis glicêmicos após a cirurgia de redesignação genital, passando a apresentar quadro de pré-diabetes. Evidências da literatura indicam que estudos populacionais não estabelecem associação

direta entre o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e a realização da hormonização ou da CRG. Contudo, essa mesma análise apontou que alguns trabalhos sugerem uma tendência ao aumento da resistência insulínica, embora os resultados ainda sejam inconsistentes (de Silva et al., 2024).

Adicionalmente, outra revisão aponta aumento da glicemia em jejum em mulheres trans em hormonização por período superior a 12 meses, quando comparadas a homens e mulheres cisgênero. Entretanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de hemoglobina glicada (Silva et al., 2025).

Por fim, outros parâmetros metabólicos também apresentam alterações descritas na literatura, como elevação de enzimas hepáticas associada ao metabolismo hepático dos hormônios e redução de marcadores da função renal, possivelmente relacionada à diminuição da massa muscular decorrente do uso de estrogênio (Silva et al., 2025).

Nesse contexto, os relatos das participantes deste estudo revelam impactos na saúde após a CRG e os processos de hormonização, relacionados às alterações metabólicas e laboratoriais vivenciadas ao longo dessa trajetória. Esses achados dialogam com a literatura científica, que ainda apresenta resultados variados e, por vezes, inconclusivos sobre os efeitos da hormonização e da CRG nesses parâmetros. Estudos aprofundados podem subsidiar uma prática clínica mais acolhedora, individualizada e sensível às necessidades dessa população, favorecendo o acompanhamento adequado, a prevenção de agravos e a promoção da qualidade de vida.

Outra alteração no cotidiano relatada pelas participantes deste estudo foi a sensação de fadiga e redução da vitalidade após a realização da CRG. A testosterona desempenha funções fisiológicas relevantes, como a manutenção da massa muscular, a produção de hemoglobina e a regulação do metabolismo energético. Durante o uso de antiandrogênicos e, sobretudo, após a realização da CRG, ocorre uma redução significativa dos níveis desse hormônio, o que pode repercutir na sensação de bem-estar, na disposição

física e na vitalidade dessas mulheres. Esse momento pode ser comparado à menopausa em mulheres cisgêneras, caracterizada pela redução da produção ovariana de testosterona, o que pode contribuir para queda da disposição e do desempenho físico (Wang *et al.*, 2025).

Não foram identificados estudos que avaliassem esses achados especificamente após a CRG de mulheres trans e travestis. Dessa forma, optou-se por discutir evidências provenientes de pesquisas realizadas com mulheres trans em hormonização de longo prazo, submetidas ao uso de estrogênio associado ao antiandrogênico.

Um estudo que avaliou a função cardiopulmonar de mulheres trans em hormonização, em comparação com homens e mulheres cisgênero, identificou que mulheres trans apresentaram equivalentes ventilatórios significativamente mais elevados para CO₂ e oxigênio em relação aos demais grupos. Na literatura, valores elevados desses parâmetros costumam estar associados a piores desfechos funcionais durante atividades físicas, podendo manifestar-se por meio de sintomas como fadiga e menor tolerância ao esforço (Braga *et al.*, 2025).

Nesse sentido, evidências científicas sugerem que tais alterações podem estar relacionadas aos efeitos da hormonização feminilizante. O uso de estrogênio tem sido associado a possíveis repercussões no controle respiratório e na complacência da parede torácica, levantando hipóteses sobre a atuação do estradiol como potencial broncoconstritor ou sobre sua associação com fraqueza da musculatura respiratória (Braga *et al.*, 2025; Cheung *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante a ser considerado refere-se à proporção de fibras musculares e à síntese proteica em mulheres trans e travestis. Sabe-se que mulheres trans e travestis apresentam, em geral, maior proporção de massa muscular quando comparados às mulheres cis. Entretanto, ainda são escassos os estudos que estabeleçam consenso sobre como a hormonização

influencia a distribuição relativa da massa muscular e a composição das fibras musculares em pessoas trans (Cheung *et al.*, 2023).

Contudo, uma revisão indica que estudos longitudinais com mulheres trans em hormonização evidenciaram aumento da massa de gordura, redução da massa magra, diminuição da força de preensão manual e redução do torque de bíceps e quadríceps quando comparadas a homens cisgêneros. Em relação à composição corporal, observou-se que a proporção entre massa de gordura e massa magra em mulheres trans em hormonização se aproxima daquela identificada em mulheres cisgêneras. Embora mulheres trans apresentem, em valores absolutos, maior massa magra que mulheres cisgêneras, elas também apresentam, em média, maior estatura, o que torna mais adequada a comparação entre os grupos a partir de medidas percentuais de gordura e massa magra (Cheung *et al.*, 2023).

Poderia supor-se que, por apresentarem maior massa muscular, as mulheres trans manteriam melhor desempenho físico. Porém, o aumento significativo da massa gorda observado nesse grupo tende a comprometer a performance funcional, reduzindo a capacidade aeróbica, a força muscular e a funcionalidade global (Gallardo *et al.*, 2025). Além disso, revisão de literatura aponta que a redução da força muscular pode alcançar aproximadamente 7% quando avaliada pela força de preensão manual e até 25% quando analisada por meio da força de extensão do joelho (Cheung *et al.*, 2023).

Ainda, a testosterona exerce importante influência sobre a concentração de hemoglobina, hematócrito e contagem de hemácias. Com a redução da sua disponibilidade, observa-se diminuição desses parâmetros hematológicos, fazendo com que mulheres trans enquadrem-se na faixa de referência feminina. A literatura indica que tais alterações podem impactar o desempenho em atividades de resistência, uma vez que estão associadas ao aparecimento mais precoce de sensação de fadiga (Cheung *et al.*, 2023).

As participantes da presente pesquisa relataram repercussões dessa fadiga acentuada em seus cotidianos, evidenciando impactos na realização de atividades físicas, tarefas domésticas e atividades laborais. Embora reconheçam a importância de manter uma rotina regular de exercícios físicos, destacam dificuldades relacionadas ao cansaço intenso e à sensação de fraqueza. Essas limitações funcionais podem desencadear sentimentos de frustração, percepção de incapacidade e prejuízos na autoestima, sobretudo quando associadas à redução da independência e a mudanças na rotina habitual.

Esclarece-se que a literatura discutida nesta categoria refere-se predominantemente a mulheres trans em hormonização de longa duração, uma vez que não foram encontrados estudos aprofundados sobre essa temática após a realização da CRG. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de novos estudos que investiguem de maneira mais aprofundada esses relatos de fadiga, suas possíveis explicações clínicas e suas repercussões na vida dessas mulheres, de forma a minimizar tais impactos e favorecer a qualidade de vida.

As participantes dos grupos de convergência relataram mudanças corporais após a CRG, especialmente o ganho acentuado de peso. Essa alteração foi frequentemente percebida com surpresa e associada à insatisfação com a nova imagem corporal, evidenciando desafios na adaptação física e emocional ao período pós-cirúrgico. Não foram encontrados estudos que abrangessem essa vivência após a CRG. Dessa forma, optou-se por discutir evidências provenientes de pesquisas que avaliaram mulheres trans e travestis em hormonização de longo prazo.

Na literatura, o cenário assemelha-se ao relatado pelas participantes. Revisões indicam que mulheres trans submetidas à hormonização de longo prazo apresentam maior ganho de peso, associado ao aumento da massa gorda e à redução da massa magra, com estimativas que apontam

incremento aproximado de 4,0 kg na gordura corporal e redução de quase 2,0 kg na massa magra (de Silva *et al.*, 2024; Gois *et al.*, 2025).

Esse aumento de massa corporal pode estar relacionado à ação do estradiol utilizado na hormonização, que favorece a maior diferenciação de pré-adipócitos e estimula a atividade da lipoproteína lipase, além de exercer efeitos centrais associados à regulação do gasto energético, do peso corporal e da distribuição de gordura. Ademais, o uso do acetato de ciproterona como antiandrogênico pode contribuir para a redução da sensibilidade à insulina por meio da ativação de receptores glicocorticoides, influenciando o ganho ponderal e o acúmulo de tecido adiposo (Gois *et al.*, 2025).

Todavia, o ganho de peso não pode ser atribuído exclusivamente a causas fisiológicas ou ao uso de hormônios, uma vez que o sobrepeso e a obesidade apresentam etiologia multifatorial. Entre os desafios atuais no enfrentamento da obesidade destaca-se a insegurança alimentar, que, em pessoas trans, pode atingir prevalências de até 79%. Nesse contexto, a insegurança alimentar favorece o consumo de alimentos de menor custo, geralmente pobres em nutrientes e com alta densidade calórica (Gois *et al.*, 2025).

Ainda, estudos longitudinais recentes demonstram que sintomas ansiosos e depressivos estão associados ao maior ganho de peso e alterações na composição corporal, especialmente em mulheres. Evidências indicam que níveis mais elevados desses sintomas relacionam-se ao aumento do índice de massa corporal e da gordura corporal total ao longo do tempo, podendo-se relacionar a isto hábitos como alimentação emocional e sedentarismo (Chu *et al.*, 2023; Milaneschi *et al.*, 2023).

Já na população trans, um estudo conduzido com 80 pessoas trans investigou sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, identificando prevalência de 61,25% de depressão, sendo 18,75% casos graves; 63,75% de ansiedade e 65% de estresse (Alwani *et al.*, 2025). De forma semelhante, outro

estudo com 178 participantes trans revelou uma prevalência de depressão de 76,8%, evidenciando a elevada ocorrência de problemas de saúde mental nesta população e que pode estar relacionada também ao ganho de peso ponderal (Prasanth *et al.*, 2022).

Existe ainda uma associação bidirecional, uma vez que quadros de sobrepeso e obesidade também são colocados como causa de quadros depressivos, vinculados à insatisfação corporal, busca por um padrão de beleza e baixa autoestima. Nesse contexto, o ideal estético da magreza permanece socialmente mais exigido e reforçado sobre as mulheres, que historicamente são submetidas a maiores pressões socioculturais relacionadas à aparência física. Essa busca constante por adequação estética pode tornar-se um processo desgastante, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais, isolamento social, ansiedade, depressão e piora da qualidade de vida (Prado *et al.*, 2025).

Mulheres trans e travestis vivenciam esse cenário de forma ainda mais acentuada, apresentando níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos e alimentares, além de maiores índices de insatisfação com o peso corporal e distorção perceptiva. Esse contexto relaciona-se ao estresse crônico, ao estigma social e aos desafios específicos ligados à identidade de gênero, à imagem corporal e às expectativas sociais. (Meneguzzo *et al.*, 2024).

Ademais, pessoas trans frequentemente experienciam vergonha corporal, decorrente da estigmatização social e da transfobia internalizada, o que favorece percepções negativas de si e insatisfação com a aparência física. Tais aspectos podem intensificar a vigilância corporal, uma vez que a busca por reconhecimento social conforme o gênero identificado tende a reforçar crenças relacionadas ao controle da aparência. Esse foco acentuado na modificação de atributos físicos para atender às normas sociais pode

ampliar a insatisfação corporal e favorecer o desenvolvimento de agravos à saúde mental (Grannis *et al.*, 2023; Meneguzzo *et al.*, 2024).

Apesar das evidências sobre ganho de peso e alterações corporais em mulheres trans e travestis submetidas à hormonização de longo prazo, observa-se uma lacuna significativa na literatura científica no que se refere ao acompanhamento do ganho de peso após a CRG. Essa ausência de dados dificulta a elaboração de intervenções direcionadas que possam promover a saúde física e mental dessas mulheres, considerando os desafios únicos do período pós-cirúrgico. Novos estudos são necessários para abordar o sobrepeso e a obesidade sob uma perspectiva multifatorial, considerando a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, de modo que estratégias de cuidado integradas e eficazes possam ser desenvolvidas, promovendo simultaneamente a melhoria da composição corporal e do bem-estar mental da população trans.

A sexualidade como dimensão afetada no cotidiano pós-CRG reuniu relatos acerca da retomada da vida sexual após a CRG, nos quais emergiram as limitações físicas, associadas à dor e às exigências do processo de dilatação da neovagina; e as limitações psicológicas, relacionadas à redução da libido e do desejo sexual das participantes deste dossiê.

A literatura indica que o exercício da vida sexual ocorre entre a maioria das mulheres trans e travestis, com estudos apontando prevalência média de atividade sexual em torno de 87,3%. Entretanto, esse processo pode ser atravessado por desafios específicos. Evidências recentes demonstram que mulheres trans ou travestis redesignadas apresentam escores inferiores aos de mulheres cisgênero no Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), especialmente nos domínios de lubrificação e conforto (Duflot *et al.*, 2025). A lubrificação neovaginal pode variar de acordo com a técnica cirúrgica empregada. Uma revisão de literatura identificou escores médios de lubrificação de 5,7 para mulheres cisgênero, 2,8 para mulheres trans submetidas à CRG por inversão peniana e 4,0 para aquelas que realizaram

CRG com tecido intestinal, considerando-se 6 como pontuação máxima (Sahmoud *et al.*, 2024).

Do ponto de vista anatômico, a pele peniana e escrotal não apresenta potencial intrínseco de auto lubrificação. Entretanto, quando a técnica de inversão peniana incorpora tecido uretral e preserva glândulas geniturinárias acessórias, pode ocorrer produção de fluido secretório responsivo à estimulação sexual. Por outro lado, os tecidos empregados nas técnicas intestinais possuem capacidade secretora própria; contudo, essa secreção é contínua e não dependente da excitação sexual (O'Dwyer *et al.*, 2023).

A baixa lubrificação, associada à largura e à profundidade insuficientes da neovagina, pode favorecer experiências sexuais negativas e dificultar especialmente as relações penetrativas. Em estudo multicêntrico realizado com 158 mulheres trans e travestis redesignadas, 30,4% das participantes relataram profundidade vaginal insuficiente, enquanto 33,3% referiram largura inadequada. Ademais, a literatura aponta tendência à redução da profundidade neovaginal ao longo do tempo. (Dufлот *et al.*, 2025).

A redução da profundidade e da largura da neovagina está frequentemente associada à realização inadequada, ou à interrupção, das práticas de dilatação no período pós-operatório da CRG. Embora haja variações nas orientações entre cirurgiões, muitos recomendam dilatação três vezes ao dia no primeiro mês, seguida de duas vezes ao dia por vários meses, até que uma vez ao dia seja suficiente para manter a permeabilidade do canal vaginal (Sahmoud *et al.*, 2024)

Por se tratar de uma prática que exige alta frequência, disciplina e manejo de desconfortos físicos e emocionais, é comum que ocorra abandono parcial ou total ao longo do tempo. Estudo demonstra baixa adesão às recomendações: menos da metade das entrevistadas relatou realizar dilatação ao menos uma vez por semana no seguimento tardio (Dufлот *et al.*, 2025).

A adesão insuficiente às práticas de dilatação pode favorecer estenose e encurtamento do canal vaginal, além de contribuir para experiências dolorosas durante as relações sexuais, aspecto amplamente relatado pelas participantes do presente estudo e associado à redução da saúde sexual global. Evidências indicam maior frequência de relatos de dor durante e após a relação sexual em mulheres trans submetidas à CRG, quando comparadas àquelas que realizam apenas hormonização (Sahmoud *et al.*, 2024). De modo semelhante, outro estudo identificou aumento nas queixas de dor pélvica e dispareunia após a cirurgia, com prevalências variando de 31,25% a 50% (Lima *et al.*, 2023).

Outro estudo identificou prevalência de dor na neovagina em 71% dos casos aos 6 meses após a CRG e em 61,3% após 12 meses. Contudo, apesar da alta frequência, a intensidade média da dor foi baixa (média < 2/10 em ambos os momentos) e, na maioria das vezes, considerada pouco incômoda pelas participantes (Wenk *et al.*, 2025).

Também são descritos relatos de dor e hipersensibilidade no neoclitóris. A preservação da sensibilidade constitui um dos objetivos centrais da CRG, com estudos demonstrando manutenção de sensibilidade em até 97,1% das mulheres avaliadas (Wenk *et al.*, 2025). Entretanto, essa preservação pode, em alguns casos, manifestar-se como sensibilidade exacerbada. A revisão de literatura aponta que até 18% das mulheres redesignadas referem sensibilidade clitoriana desconfortável ou dolorosa após o procedimento (Sahmoud *et al.*, 2024). De forma semelhante, outro estudo identificou que 10% das participantes relataram hipersensibilidade no neoclitóris, possivelmente associada à retração do capuz clitoriano ou à presença de remanescentes do corpo esponjoso (Duflot *et al.*, 2025).

A dor, quando associada a outros fatores do pós-operatório da CRG, como a adaptação à nova anatomia e inseguranças, pode tornar a retomada da vida sexual um processo desafiador. Nesse contexto, a reconexão com a sexualidade não se restringe à dimensão física, envolvendo também

aspectos psicológicos e emocionais. Corroborando essa perspectiva, algumas participantes deste estudo relataram desinteresse em retomar a vida sexual, associado à redução da libido, para além dos desafios físicos e funcionais.

A baixa libido pode estar associada ao uso prolongado de estrogênios e antiandrógenos no contexto da hormonização. Uma revisão de literatura apontou prevalência de baixo desejo sexual variando entre 32% e 73% nessa população. O tempo de uso dos hormônios também parece influenciar os níveis de libido: nos estágios iniciais, é comum observar redução do desejo sexual, com possibilidade de retorno aos níveis basais (anteriores à hormonização) ao longo do tempo, geralmente entre 1 e 3 anos, conforme descrito na literatura (Sahmoud *et al.*, 2024).

Por outro lado, alguns estudos incluídos nessa revisão indicam aumento do desejo sexual com parceiro após a CRG, associando esse achado à redução do sofrimento relacionado a incongruência entre corpo e identidade de gênero e ao aumento da autoconfiança, fatores que podem favorecer uma vivência mais positiva da sexualidade (Sahmoud *et al.*, 2024). No presente estudo, a vivência da sexualidade com parceiro é descrita pelas participantes como um novo campo a ser explorado que, quando vivenciado com tempo, cuidado e confiança, pode proporcionar experiências mais satisfatórias e resultados positivos.

A literatura demonstra que a maioria das mulheres trans submetidas à CRG mantém ou desenvolve capacidade orgásmica no pós-operatório. Estudos individuais apontam que cerca de 82% das participantes relatam alcançar orgasmo após a cirurgia, enquanto investigações multicêntricas identificam taxas de 74,0% aos 6 meses e 79,4% aos 12 meses de seguimento. De forma mais ampla, revisões de literatura evidenciam variação entre 40% e 100% nas taxas de orgasmo, refletindo diferenças metodológicas, técnicas cirúrgicas e tempos de acompanhamento (Kitic *et al.*, 2025; Sahmoud *et al.*, 2024; Wenk *et al.*, 2025).

De maneira consistente, os estudos destacam a estimulação clitoriana como o principal meio para atingir excitação e orgasmo após a CRG, mostrando-se mais frequentemente associada à satisfação sexual do que as relações exclusivamente penetrativas. Contudo, há consenso de que a capacidade de atingir o orgasmo é multifatorial, não dependendo exclusivamente do tipo de estímulo. Aspectos como saúde mental, uso de medicações, conforto e segurança na relação com o(a) parceiro(a), bem como a ausência de dor, desempenham papel fundamental na resposta sexual e na experiência orgásmica (Kitic *et al.*, 2025; Sahmoud *et al.*, 2024; Wenk *et al.*, 2025).

Dessa forma, a retomada e a satisfação da vida sexual após a CRG configuram uma experiência multifacetada, vivenciada de maneira singular por cada mulher trans ou travesti redesignada, considerando que trajetórias, sentimentos e contextos cotidianos se expressam de formas distintas. Nesse sentido, torna-se fundamental atentar para as dimensões físicas e emocionais que atravessam esse processo, desde o incentivo e acompanhamento das práticas de dilatação até a promoção de espaços de diálogo abertos sobre o reconhecimento do novo corpo, seus limites e potencialidades, bem como sobre as práticas sexuais que possam favorecer prazer, segurança e bem-estar.

Em relação à “sentir-se no próprio corpo”: autoestima e autoimagem após a CRG de mulheres trans e travestis redesignadas considera-se que os motivos que levam uma mulher trans ou travesti a buscar a realização da CRG são individuais e singulares, construídos a partir de vivências, trajetórias e sentimentos diversos. No entanto, participantes deste estudo relataram a cirurgia como um sonho de longo prazo, nutrido de forma íntima e pessoal, sem influência externa direta, associado ao desejo de alcançar maior sensação de completude e de promover alinhamento entre saúde física e emocional.

Estudos indicam que a prevalência de depressão e de ideação suicida é significativamente maior na população trans em comparação à população cisgênero. Entre mulheres trans, uma pesquisa aponta que até 74% já relataram ter desejado a própria morte em algum momento da vida, e cerca de 56% referiram pelo menos uma tentativa de suicídio. Pode-se atrelar esses achados ao sofrimento histórico e estrutural que essa população vulnerabilizada enfrenta, seja em decorrência da incongruência entre o corpo e a identidade de gênero, seja em razão dos estigmas, da discriminação e do preconceito presentes na sociedade (Hernández *et al.*, 2022).

Estudiosos apontam que o processo de autorreconhecimento enquanto pessoa trans e a vivência social da identidade de gênero afirmada estão associados ao fortalecimento da autoestima e, conseqüentemente, à adoção de práticas mais consistentes de autocuidado e atenção à saúde (Borgert *et al.*, 2023). Nesse contexto, a busca por intervenções de afirmação de gênero configura-se como estratégia para promover maior congruência e reconhecimento corporal, contribuindo para a redução do sofrimento psíquico e para a melhoria do bem-estar global. Corroborando essa perspectiva, evidenciou-se que a prevalência de depressão em mulheres trans redesignadas foi inferior à descrita em outras pesquisas com mulheres trans não-redesignadas, resultado que pode estar relacionado à realização da CRG (Monteiro Filho *et al.*, 2024).

A CRG configura-se como possibilidade de enfrentamento do descompasso percebido entre corpo e identidade de gênero, sendo considerada indispensável para que algumas mulheres trans e travestis pudessem se reconhecer e sentir satisfação ao se olhar no espelho. O mesmo estudo destacou a passabilidade como elemento central tanto no discurso dessas mulheres quanto na prática dos profissionais de saúde que as acompanham. Nesse contexto, muitas participantes expressaram expectativas e projetos de vida associados ao período pós-cirúrgico e à maior passabilidade, como frequentar a praia, estabelecer relacionamentos

afetivos e utilizar as roupas que desejam, experiências percebidas como marcadores de pertencimento e liberdade social (Mokken *et al.*, 2025).

Ao encontro dessas expectativas, participantes deste estudo relataram sentimentos de satisfação, elevação da autoestima, melhora na relação e no contato com o próprio corpo, fortalecimento da autoidentificação, maior segurança e sensação de completude após a realização da CRG. De maneira convergente, pesquisa conduzida com mulheres trans e travestis redesignadas evidenciou que 75,9% das participantes relataram redução do sofrimento relacionado à incongruência entre corpo e identidade de gênero após a cirurgia (Jerome *et al.*, 2022). Ademais, outro estudo identificou escores elevados quando as participantes foram questionadas sobre sentimentos positivos em relação aos próprios órgãos genitais no período pós-CRG, reforçando os possíveis impactos favoráveis da intervenção na percepção corporal e no bem-estar psicológico (Duflot *et al.*, 2025).

A melhora da autoimagem corporal repercute em múltiplas dimensões da vida dessas mulheres, influenciando positivamente a relação consigo mesmas, a forma como acessam e experienciam os serviços de saúde e também suas interações interpessoais. Estudos associam a maior satisfação com a imagem corporal à melhora da vida sexual após a CRG, evidenciando que a congruência corporal pode favorecer não apenas o bem-estar psicológico, mas também a vivência da sexualidade de maneira mais satisfatória e segura (Duflot *et al.*, 2025). Além disso, estudo realizado com mulheres trans e travestis redesignadas brasileiras apontou excelente condição de saúde autorreferida, especialmente nos domínios relacionados à capacidade funcional e aos aspectos emocionais, reforçando os possíveis impactos positivos da intervenção na qualidade de vida (Jardim *et al.*, 2022).

Nas falas das participantes deste estudo, evidencia-se elevada satisfação em relação à CRG, bem como a ausência de arrependimento pela realização da intervenção. De forma convergente, em outro estudo, ao serem questionadas “Você decidiria realizar a vaginoplastia novamente hoje?”, 93%

das mulheres responderam “concordo” ou “concordo totalmente”, reforçando os elevados níveis de contentamento com o procedimento (Kitic *et al.*, 2025).

Ainda, pesquisa aponta altas taxas de satisfação com a cirurgia, mesmo diante da ocorrência de complicações ou da necessidade de reintervenção, sem relatos de arrependimento entre as participantes (Monteiro Filho *et al.*, 2024). Entretanto, outro estudo identificou relatos de mulheres trans que, após a realização da vaginoplastia, expressaram arrependimento relacionado à necessidade de manutenção da dilatação vaginal a longo prazo, referindo que teriam preferido realizar apenas a vulvoplastia (Mokken *et al.*, 2025).

Dessa forma, evidencia-se que a experiência de cada mulher é individual e singular, construída a partir de sua trajetória, de vivências próprias e, muitas vezes, de um sonho longamente desejado. Embora as taxas de satisfação com a cirurgia sejam expressivas, é fundamental reconhecer as particularidades de cada caso, o que demanda cuidado integral, escuta qualificada e orientação adequada por parte dos profissionais de saúde. A escolha e a adequação da técnica cirúrgica devem considerar expectativas, condições clínicas e estilo de vida, de modo a promover não apenas resultados anatômicos, mas sobretudo a ampliação da qualidade de vida e do bem-estar global. Nesse contexto, evidenciam-se os impactos positivos da CRG na vida dessas mulheres, tanto na relação consigo mesmas, por meio do fortalecimento da autoestima, da autoimagem e da satisfação corporal, quanto nas relações interpessoais, favorecendo maior segurança, pertencimento e liberdade nas interações sociais.

Todavia, é importante considerar que este cenário de satisfação nem sempre é facilitado pelos serviços de saúde que muitas das vezes podem ser permeados de transfobia e “não” acolhimento.

O acolhimento é reconhecido como ferramenta central para a construção de um vínculo sólido entre paciente e profissional, sendo fundamental para a criação de um ambiente seguro de escuta e troca, no

qual o indivíduo se sinta confortável para compartilhar dúvidas, expectativas e angústias que permeiam o processo terapêutico (Lerch *et al.*, 2024). No contexto da CRG, esse vínculo torna-se ainda mais relevante, considerando tratar-se de uma cirurgia complexa, com repercussões em múltiplos âmbitos da vida da mulher.

Na ausência de uma relação pautada na empatia e na confiança, tende a se estabelecer um vínculo fragilizado, favorecendo sentimentos de medo, insegurança quanto aos resultados e dúvidas persistentes. Tais percepções foram evidenciadas nas falas das participantes deste estudo, que relataram não se sentirem devidamente acolhidas nos serviços de saúde, destacando a dificuldade de encontrar profissionais empáticos, sensíveis às suas demandas e dispostos a escutá-las de maneira qualificada.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como porta de entrada aos serviços públicos de saúde, constituindo o primeiro nível de acesso ao Processo Transexualizador, com posterior encaminhamento aos serviços especializados (Boldrin *et al.*, 2025). Em ambos os níveis de atenção, o uso do nome social é garantido pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, assegurando esse direito à população trans atendida no Sistema Único de Saúde (Paiva *et al.*, 2023). Contudo, a efetivação dessa prerrogativa ainda não se concretiza plenamente na realidade de muitas mulheres trans e travestis, como evidenciado pelos relatos de violência e transfobia institucional apresentados pelas participantes deste estudo, que descreveram situações em que profissionais de saúde se recusaram a tratá-las pelo nome social e pelo gênero com o qual se identificam.

Mulheres trans e travestis entrevistadas em estudos realizados no Nordeste brasileiro e em Minas Gerais relataram ter vivenciado, ao menos uma vez na vida, episódios de estresse decorrentes de preconceito em serviços de saúde aos quais recorreram, manifestado de forma implícita ou explícita (Medeiros *et al.*, 2024; Jesus *et al.*, 2023). Revisões de literatura indicam que essa realidade não se restringe ao contexto brasileiro, sendo

também observada em países da América Latina, nos Estados Unidos e na Europa (Gonçalves *et al.*, 2026; Holland *et al.*, 2024). Nesses cenários, destacam-se relatos de negação institucional da identidade de gênero, interações marcadas por tensão e falhas no atendimento à população trans, incluindo situações em que profissionais evitam a realização de exames físicos em usuários trans e baseiam sua conduta exclusivamente em autorrelatos, o que compromete a integralidade e a qualidade do cuidado.

A consequência das violências sofridas e da falta de acolhimento é clara: a evitação parcial ou total dos serviços de saúde, subsidiada também pelo temor de que, ao adentrarem novamente os serviços, irão sofrer novas discriminações. Estudos apontam que esse afastamento se expressa por meio do abandono de tratamentos, do adiamento da procura por cuidado e da ausência de acompanhamento na APS levando, por vezes, à renúncia de cuidados mesmo diante de condições clínicas graves. (Gonçalves *et al.*, 2026; Medeiros *et al.*, 2024)

Outro estudo indica que, por vezes, pessoas trans não procuram imediatamente os serviços de saúde quando apresentam algum mal-estar. Diferentemente do que se observa com maior frequência na população cisgênero, a população trans tende a questionar se deve ou não buscar atendimento, em razão do acúmulo de experiências prévias constrangedoras e discriminatórias nos serviços. Assim, antes mesmo de acessar o cuidado, essas pessoas se veem diante do dilema sobre se vale a pena submeter-se novamente a um sistema que, reiteradamente, as expõe a situações de violência e desrespeito (Borgert *et al.*, 2023).

Evidencia-se, portanto, a relevância das relações estabelecidas entre paciente e profissional na definição do percurso que essa pessoa irá trilhar dentro dos serviços de saúde, bem como na forma como vivenciará essa experiência. O cuidado deve transcender os aspectos estritamente clínicos, incorporando de forma consistente a dimensão relacional como eixo estruturante da assistência. A aplicação de protocolos, a escolha das

técnicas cirúrgicas e a condução dos cuidados precisam estar fundamentadas em uma relação profissional-paciente sólida, dialógica e baseada na confiança, “para que possa promover uma satisfação mútua em relação às práticas empregadas” (Morais, 2023).

Nesse sentido, o acolhimento, a escuta qualificada, o respeito e a segurança construída nessa relação tornam-se tão fundamentais quanto o próprio procedimento cirúrgico da CRG, contribuindo para que todo o percurso, desde o preparo até o pós-operatório, seja vivenciado de maneira mais segura, ética e satisfatória. Cabe, portanto, ao profissional assumir o compromisso ético de buscar formação contínua e aprofundar seus conhecimentos, reconhecendo que essa população possui direitos assegurados por lei e deve ser atendida de forma integral, digna e respeitosa, em conformidade com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado.

Para além da transfobia e da recusa em utilizar o nome e o gênero designados, mulheres trans e travestis enfrentam outras barreiras nos serviços de saúde. As participantes deste estudo relataram dificuldades relacionadas à disponibilidade e à acessibilidade de serviços e profissionais capacitados para manejar suas especificidades, tanto na rede especializada quanto na atenção básica e hospitalar.

A revisão de literatura aponta cenário semelhante em toda a América Latina, marcado pela insuficiência de serviços e pela fragmentação dos poucos existentes. Evidenciam-se dificuldades ainda mais acentuadas para mulheres trans e travestis que residem em regiões vulneráveis e periféricas, uma vez que os ambulatórios especializados se concentram nos grandes centros urbanos, o que amplia as barreiras de acesso devido aos custos de deslocamento e permanência (Gonçalves *et al.*, 2026).

Além disso, a burocratização do Processo Transexualizador é apontada pelas mulheres entrevistadas neste e em outros estudos como um entrave significativo ao acesso ao cuidado. Relatam que muitos profissionais

desconhecem os fluxos e não sabem realizar os encaminhamentos adequados na rede pública. Quando esses encaminhamentos são efetivados, frequentemente resultam em longas filas de espera, reflexo da insuficiência de recursos e da limitada capacidade dos serviços para atender à demanda existente (Gonçalves *et al.*, 2026).

Todavia, a insuficiência de serviços especializados capazes de absorver a demanda não se restringe ao setor público, estendendo-se também ao âmbito privado, conforme ressaltado por uma participante deste estudo e por outra em pesquisa semelhante conduzida por Jesus *et al.* (2023). Evidencia-se, assim, que a limitação estrutural atravessa diferentes esferas do sistema de saúde. Nesse contexto, o sentimento de despreparo dos profissionais e de ausência de suporte qualificado ao longo de todo o percurso assistencial torna-se recorrente, sendo amplamente reforçado pelos relatos apresentados nesta pesquisa.

A fragilidade do atendimento às pessoas trans nos serviços de saúde inicia-se antes mesmo da oferta de cuidados específicos, através do desconhecimento amplo sobre os próprios significados de ser uma pessoa trans, incluindo a distinção entre identidade de gênero e orientação sexual. Observa-se que muitos profissionais não possuem instrução mínima sobre essas questões, seja por falhas na formação acadêmica, seja pela ausência de acesso a informações qualificadas, ou ainda por manifestações de transfobia velada que, de forma antiética, impactam diretamente a qualidade do cuidado ofertado (Silva *et al.*, 2025; Gomes *et al.*, 2022). Essa realidade é descrita por Gomes *et al.* (2022) como a perpetuação do não reconhecimento da pessoa trans enquanto cidadã de direitos, o que compromete a efetivação de uma assistência integral, equânime e respeitosa.

A restrição de atendimentos decorrente da recusa por parte de profissionais de saúde foi relatada pelas participantes deste estudo e também identificada em diversos trabalhos incluídos em revisão de

literatura, abrangendo negativas quanto à prescrição e ao acompanhamento da terapia hormonal, à oferta de cuidados ginecológicos e a outros atendimentos necessários (Gonçalves *et al.*, 2026). De forma semelhante, Oliveira *et al.* (2022) encontraram, em Minas Gerais, um cenário marcado pela recusa de profissionais em prescrever os hormônios e, nos casos em que a prescrição ocorria, pela realização de forma inadequada, sem o devido preparo técnico e respaldo assistencial.

Estudo conduzido com enfermeiros nos Estados Unidos evidenciou que menos da metade dos participantes havia recebido formação específica para o cuidado de pessoas trans (Mann; Lanning, 2024). De forma convergente, pesquisa realizada no Chile apontou que 77% dos profissionais de saúde desconheciam os padrões de cuidado direcionados a essa população (Gonçalves *et al.*, 2026). No contexto brasileiro, investigação em Minas Gerais revelou que enfermeiros relataram a ausência de protocolos específicos para o atendimento de pessoas trans, especialmente mulheres trans, o que favorece práticas generalistas e pouco sensíveis às suas especificidades em saúde (Silva *et al.*, 2025).

As fragilidades tornam-se ainda mais evidentes no contexto do atendimento após a CRG, conforme relatado pelas participantes deste estudo. Segundo seus depoimentos, muitos profissionais desconheciam as especificidades necessárias para o cuidado de mulheres trans redesignadas, incluindo aspectos relacionados à neovagina e ao manejo da reposição hormonal. Estudo nacional apresenta achados semelhantes, com mulheres trans e travestis redesignadas afirmando não terem recebido orientações adequadas sobre os cuidados com a neovagina no período pré e pós-CRG, o que contribuiu para um pós-operatório mais complexo e, por vezes, traumático (Morais, 2023).

O despreparo no atendimento às mulheres trans, sejam redesignadas ou não, frequentemente resulta na inversão de papéis, na qual a própria usuária assume a função de orientar o profissional de saúde acerca de suas

especificidades e necessidades, conforme evidenciado no discurso de uma participante deste estudo e em achados de revisão da literatura (Gonçalves *et al.*, 2026). A insuficiência de conhecimento técnico e sensibilidade profissional produz sentimentos de insegurança e desamparo, levando muitas mulheres trans e travestis a buscar informações e orientações junto a outras que já vivenciaram experiências semelhantes. Nesse contexto, o apoio entre pares consolida-se como estratégia relevante de cuidado e compartilhamento de saberes.

Ainda, a lacuna do atendimento profissional especializado, somado às dificuldades de acesso e às vivências de transfobia nos serviços de saúde, contribuem para que mulheres trans e travestis busquem alternativas fora da rede pública. Muitas recorrem à rede privada, assumindo custos elevados para obter um atendimento mais ágil. Outras procuram serviços no exterior, especialmente quando buscam procedimentos específicos ou equipes com maior experiência. Para aquelas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, restam ainda caminhos informais e clandestinos, que podem expô-las a riscos significativos à saúde, evidenciando como as barreiras institucionais ampliam desigualdades e comprometem o cuidado integral (Gonçalves *et al.*, 2026).

Evidencia-se, portanto, uma fragilidade nos serviços de saúde em responder de maneira efetiva às demandas e especificidades das mulheres trans e travestis, manifestada tanto nas barreiras de acesso quanto na dificuldade de encontrar profissionais capacitados que transmitam segurança, acolhimento e competência técnica. Essa realidade revela lacunas na organização da rede e na formação profissional, impactando diretamente a qualidade do cuidado ofertado. Torna-se, assim, imprescindível ampliar e descentralizar os serviços voltados à população trans, bem como investir na qualificação permanente das equipes de saúde, a fim de assegurar uma assistência ética, integral e pautada no respeito aos direitos dessa população.

Muitas das participantes relataram sentirem-se objetificadas nos atendimentos em saúde. Para analisar esta realidade é preciso compreender que a sociedade contemporânea foi estruturada sob bases coloniais, sustentadas por relações desiguais de poder que classificaram e hierarquizaram sujeitos. O colonialismo não se limitou à exploração territorial e econômica, mas também instituiu padrões normativos de humanidade. Nos territórios que viriam a constituir a América Latina, os povos originários foram estigmatizados e suas expressões culturais, espirituais e corporais foram associadas ao pecado, ao diabo e à feitiçaria, por destoarem dos referenciais europeus impostos como universais (Wenczenovicz; Puhl, 2025).

Os padrões coloniais instituíram relações assimétricas de poder e hierarquias sociais que operam como mecanismos de classificação, definindo quais sujeitos são reconhecidos como plenamente humanos e quais têm sua humanidade negada, com seus corpos animalizados, objetificados e inseridos em dinâmicas sistemáticas de violação. Nesse arranjo, gênero e sexualidade também foram moldados como categorias normativas, delimitando modos legítimos de ser e existir na sociedade. Tal construção fundamenta-se em um ideal de sujeito centrado no homem branco, eurocêntrico, considerado civilizado, cisgênero e heterossexual, tomado como referência universal em detrimento de outras identidades e experiências (Wenczenovicz; Puhl, 2025).

Nesta ótica, aqueles que não reproduzem as normas e orientações impostas em torno dos campos de gênero e da sexualidade têm as suas existências questionadas e negadas, não havendo espaço para expressões diferentes do imposto anteriormente. Dessa forma, Oliveira (2023) conceitua como transfobia a instauração, pela cisgeneridade, de uma perseguição às práticas divergentes de sexo e gênero, deslocando para as margens as vidas das pessoas trans, acionando mecanismos de opressão e violência (Benevides, 2024).

Ao negar a existência e a legitimidade dos corpos trans, reforça-se um processo de objetificação corporal, entendido como a tendência de perceber,

considerar e tratar o corpo como objeto (Meneguzzo *et al.*, 2024). Nesse movimento, esvazia-se a dimensão humana desses sujeitos, que passam a ser vistos como passíveis de regulação, controle e intervenção, sendo frequentemente subjugados como algo a ser explorado ou violado (Wenczenovicz; Puhl, 2025). Estudos indicam que pessoas trans podem vivenciar níveis mais elevados de objetificação corporal, uma vez que seus corpos são constantemente observados, avaliados e julgados socialmente, o que também foi observado nos relatos das participantes deste estudo (Meneguzzo *et al.*, 2024).

As mulheres entrevistadas relataram situações em que sua intimidade corporal não foi devidamente respeitada durante atendimentos em saúde, como a presença de múltiplos profissionais no ambiente durante a realização de exames íntimos, sem justificativa clara ou consentimento adequado, por vezes fruto da curiosidade dos profissionais. Também mencionaram a minimização de suas queixas e dores, evidenciando uma postura de desvalorização e dessensibilização frente aos seus corpos. Tais práticas revelam desigualdades no cuidado e suscitam reflexões sobre condutas que possivelmente não seriam naturalizadas ou reproduzidas no atendimento a pacientes cisgêneros.

Além disso, relataram sentir-se como “ratas de laboratório” nas mãos de profissionais de saúde, muitas vezes percebendo-se como cobaias para procedimentos e intervenções, o que despertava sentimentos de insegurança e vulnerabilidade. Estudos corroboram essa perspectiva, ao descreverem experiências de medo e desconfiança em relação aos tratamentos médicos, especialmente quando participantes referiam a sensação de que medicamentos eram prescritos ou ajustados sem clareza sobre seus efeitos em corpos trans (Buslón *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2024).

Nesse viés, evidencia-se a colonialidade do saber como a permanência de hierarquias epistemológicas que legitimam o conhecimento médico produzido em contextos eurocêntricos como referência universal. A formação

em saúde ainda se estrutura, em grande medida, sobre modelos biomédicos centrados em corpos considerados “padrão”, desconsiderando marcadores como raça, gênero, cultura e territorialidade. Tal lógica repercute em currículos que perpetuam uma visão hegemônica de doença e tratamento, marginalizando outros modos de compreender o corpo e o cuidado e contribuindo para a manutenção de desigualdades na prática assistencial (Suárez-Baquero, 2024; Zakumumpa *et al.*, 2023).

Dessa forma, evidencia-se entre mulheres trans e travestis o recorrente sentimento de estarem sendo utilizadas como objeto de teste, marcado por uma dissociação entre corpo e identidade. No caso de mulheres trans e travestis redesignadas, a neovagina é frequentemente tratada como uma estrutura isolada, passível de observação e manipulação técnica, e não como parte indissociável de uma pessoa que demanda cuidado ético, integral e respeitoso. A ausência de segurança clínica, aliada à escassez de práticas baseadas em evidências que contemplem suas especificidades corporais e sociais, contribui para a insegurança no atendimento e reforça o afastamento dessas mulheres dos serviços de saúde.

A superação desta lógica violenta reside na necessidade de formação sobre cuidados trans específicos nos cursos da saúde. Assim, evidenciou-se no discurso das participantes, a ausência ou a abordagem incipiente da temática da saúde de pessoas trans, especialmente de mulheres trans e travestis redesignadas, nas grades curriculares dos cursos da área da saúde. Essa lacuna formativa contribui para o despreparo dos profissionais no atendimento a esse público, repercutindo em insegurança clínica, condutas inadequadas e dificuldade em reconhecer suas demandas específicas. Apesar desse cenário, as participantes demonstram expectativa de que as novas gerações de profissionais apresentem maior conhecimento, sensibilidade e qualificação técnica para atendê-las de forma ética, competente e respeitosa.

De forma semelhante, revisão de literatura aponta o recorrente relato de despreparo por parte de profissionais da saúde no cuidado às pessoas trans, especialmente no que se refere ao manejo da hormonização e aos cuidados relacionados à cirurgia de redesignação de gênero (Gonçalves *et al.*, 2026). Ademais, outro estudo evidencia a fragilidade das orientações e do conhecimento acerca do processo transexualizador, incluindo suas etapas e trâmites burocráticos, não apenas entre médicos, mas também no âmbito da equipe de enfermagem, revelando lacunas formativas que atravessam diferentes categorias profissionais (Gomes *et al.*, 2023).

A falta de qualificação profissional configura-se como um dos principais entraves na trajetória das pessoas trans nos serviços de saúde, frequentemente associada à pouca ou inexistente abordagem da temática durante a formação acadêmica (Borgert *et al.*, 2023). Diversos estudos corroboram essa fragilidade ao demonstrar que a educação formal raramente contempla disciplinas obrigatórias sobre diversidade de gênero e sexualidade, o que contribui para lacunas no cuidado e para a perpetuação de práticas inadequadas (Vissicchio *et al.*, 2023; Borgert *et al.*, 2023; Huang *et al.*, 2025; Gonçalves *et al.*, 2026).

Historicamente, a formação em saúde tem sido fortemente orientada pelo modelo biomédico, priorizando o desenvolvimento de habilidades técnicas e conhecimentos clínicos em detrimento de reflexões críticas sobre determinantes sociais, diversidade e direitos humanos. Nesse contexto, ainda é comum que a excelência profissional seja associada predominantemente ao domínio técnico-científico, em prejuízo de competências relacionais, éticas e socioculturais essenciais para um cuidado integral (Silva *et al.*, 2025).

Diante da abordagem ainda incipiente da temática nas graduações em saúde, a busca por qualificação acerca do cuidado à população trans frequentemente recai sobre a iniciativa individual dos profissionais ou sobre a realização de cursos de pós-graduação. Nos últimos anos, têm sido implementados esforços institucionais e políticos voltados à formação de

trabalhadores(as) da saúde para o atendimento à população LGBT, incluindo ofertas de cursos na modalidade de educação a distância por diferentes instituições, como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (Rocon *et al.*, 2022).

Entretanto, tais iniciativas costumam alcançar apenas aqueles que já demonstram interesse prévio na temática. Estudos apontam que parte dos profissionais ainda apresenta resistência em rever crenças e valores sociais internalizados ao longo da vida, o que limita a adesão a processos formativos e a transformação das práticas assistenciais (Gomes *et al.*, 2023). Assim, o conhecimento produzido não se difunde de maneira ampla e equitativa, reforçando a necessidade de repensar a formação em saúde, com a inclusão obrigatória e estruturada dessas discussões nos currículos universitários.

Estudo realizado com médicos residentes avaliou conhecimentos e competências antes e após treinamento específico sobre saúde da população trans, comparando-os a um grupo controle. Observou-se aumento estatisticamente significativo nos escores de conhecimento após a intervenção, especialmente no que se refere às terapias médicas e cirúrgicas de afirmação de gênero. Além disso, os participantes relataram maior autoconfiança para o atendimento dessa população após o treinamento, indicando que intervenções educacionais estruturadas podem produzir impactos positivos tanto no domínio teórico quanto na segurança clínica dos profissionais (Huang *et al.*, 2025).

Evidencia-se, portanto, a fragilidade da abordagem da temática durante a formação profissional e os impactos negativos que essa lacuna produz na confiança dos profissionais e na qualidade do cuidado ofertado. Em contrapartida, observa-se que capacitações estruturadas e abordagens sistematizadas sobre a saúde da população trans promovem avanços significativos no conhecimento, na segurança clínica e na postura assistencial dos trabalhadores da saúde.

Nesse sentido, torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias permanentes de qualificação da força de trabalho, garantindo um cuidado culturalmente competente, afirmativo em gênero e humanizado, ao mesmo tempo em que se enfrentam o estigma, a discriminação e as persistentes lacunas de conhecimento. Para além de iniciativas pontuais e dependentes do interesse individual, é imprescindível que essa temática seja incorporada de forma transversal, obrigatória e contínua nas graduações em saúde, contribuindo para a formação de futuras gerações de profissionais mais preparadas, sensíveis e comprometidas com a equidade no cuidado transespecífico.

REFERÊNCIAS

- ALWANI, J. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, stress, and quality of life among transgenders: a community-based study. **Annals of Indian Psychiatry**, v. 9, p. 214-219, 2025.
- BANKS, K. *et al.* Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. **Hypertension**, v. 77, n. 6, p. 2066–2074, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839>.
- BENEVIDES, B. G. **Dossiê Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2023**. Brasília: Distrito Drag; ANTRA, 2024.
- BOLDRIN, V. da C. *et al.* Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e10912023, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.10912023>.
- BORGERT, V. *et al.* "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33036, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333036>.
- BRAGA, F. *et al.* Ventilatory efficiency in transgender women: implications of gender-affirming hormone therapy for cardiorespiratory responses. **Chest**, v. 168, n. 3, p. 697-709, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.04.004>.
- BUSLÓN, N. *et al.* Exploring gender bias in AI for personalized medicine: focus group study with trans community members. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e72325, 2025. DOI: 10.2196/72325.
- BUSTOS, V. P. *et al.* Predictors of difficulty with dilation after vaginoplasty for gender affirmation. **Sexual Medicine**, 2024.
- CHEUNG, A. S. *et al.* The impact of gender-affirming hormone therapy on physical performance. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 109, n. 2, e455–e465, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad414>.
- CHU, D. T. *et al.* Bidirectional relationship between obesity and depression/anxiety: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13511>. Acesso em: 27 mar. 2026.

DING, C. *et al.* Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women: systematic review and meta-analysis. **Canadian Urological Association Journal**, v. 17, n. 4, p. 121–128, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>.

DUFLOT, T. *et al.* Function, satisfaction, and sexual activity of trans women after vulvovaginoplasty: results of a multicenter study. **Transgender Health**, v. 10, n. 2, p. 185–192, 2025. DOI: [10.1089/trgh.2023.0047](https://doi.org/10.1089/trgh.2023.0047).

GALLARDO, D. H. *et al.* Composición corporal, condición física y rendimiento físico en estudiantes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador. **Retos**, v. 71, p. 1259–1274, 2025. DOI: [10.47197/retos.v72.112209](https://doi.org/10.47197/retos.v72.112209).

GARCIA, M. M. *et al.* Use of right colon vaginoplasty in gender affirming surgery: proposed advantages, review of technique, and outcomes. **Surgical Endoscopy**, v. 35, n. 10, p. 5643–5654, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00464-020-08078-2>.

GOIS, Í. *et al.* Body mass index and body composition changes in transgender people undergoing gender-affirming hormone therapy: a systematic review and meta-analysis. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, v. 26, n. 6, p. 937–953, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11154-025-09985-2>.

GOMES, A. C. M. da S. *et al.* Atendimento na atenção primária à saúde: olhares de pessoas trans. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 15, p. e-12260, 2023. DOI: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12260](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12260).

GOMES, D. de F. *et al.* Restriction of public health policy: a challenge for transsexuals in primary care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0425en>.

GONÇALVES, L. M. S. *et al.* Access to healthcare for trans, travestis, and gender-diverse people in Latin America: a scoping review. **Frontiers in Public Health**, v. 13, 1710952, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1710952>.

GRANNIS, C. *et al.* Expanding upon the relationship between gender-affirming hormone therapy, neural connectivity, mental health, and body image dissatisfaction. **Psychoneuroendocrinology**, v. 156, 2023. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2023.106319](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106319).

HERNÁNDEZ, J. de G. *et al.* Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 38, p. e22301, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22301.a>.

HOLLAND, D. *et al.* The experiences of transgender and nonbinary adults in primary care: a systematic review. **European Journal of General Practice**, v. 30, 2296571, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2296571>.

HUANG, K. *et al.* Developing health care provider knowledge, confidence, and cultural sensitivity through resident transgender training: a controlled educational study. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 24, art. 202, 2025. DOI: 10.1186/s12939-025-02555-7.

JARDIM, L. M. M. P. *et al.* Sexual function and quality of life in Brazilian transgender women following gender-affirming surgery: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p. 15773, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315773>.

JEROME, R. R. *et al.* Sexual satisfaction after gender affirmation surgery in transgender individuals. **Cureus**, v. 14, n. 7, p. e27365, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.27365>.

JESUS, M. K. M. R. de. *et al.* Transgender women's experiences in the healthcare system: visibility towards equity. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e230151, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230151>.

KITIC, A. *et al.* Impact of vaginoplasty on sexual health and satisfaction in transgender women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 22, n. 3, p. 536–542, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae194>.

LAVA, C. X. *et al.* Outcomes of gender-affirming sigmoid colon vaginoplasty: a retrospective study of 119 patients. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 106, p. 310–318, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2025.04.041>.

LERCH, S. P. *et al.* A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. **BMC Primary Care**, v. 25, n. 1, p. 1–21, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02435-z>.

LIMA, K. M. *et al.* Urinary, bowel and sexual function of transgender women after sex reassignment surgery vaginoplasty: cross-sectional study. **Continence**, v. 7, supl. 1, 101029, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cont.2023.101029>.

MANN, B.; LANNING, R. K. Improving knowledge and competency in gender-affirming patient care among new nurses in sexual and reproductive health care. **Nurs Womens Health**, v. 28, n. 4, p. 288–295, 2024. DOI: [10.1016/j.nwh.2023.12.004](https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.12.004).

MARTINEZ-MARTIN, F. J. *et al.* Incidence of hypertension in young transgender people after a 5-year follow-up: association with gender-affirming hormonal therapy. **Hypertension Research**, v. 46, n. 1, p. 219–225, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41440-022-01067-z>.

MEDEIROS, M. A. *et al.* Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. e220904pt, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220904pt>.

MEECE, M. S. *et al.* Major complications of sigmoid vaginoplasty: a case series. **Journal of Surgical Case Reports**, v. 2023, n. 6, p. rjad333, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad333>.

MENEGUZZO, P. *et al.* Transgender body image: weight dissatisfaction, objectification & identity – complex interplay explored via matched group. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 24, n. 1, p. 100441, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100441>.

MILANESCHI, Y. *et al.* Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. **Molecular Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 18–33, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0017-5>.

MISHRA, K.; FERRANDO, C. A. Postoperative adverse events following gender-affirming vaginoplasty: an American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 228, n. 5, p. 564.e1–564.e8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.01.011>.

MOKKEN, S. E. *et al.* Motivations and expectations for feminizing genital gender-affirming surgery: a qualitative exploration of perspectives from trans feminine individuals and health care professionals. **International Journal of Transgender Health**, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2458065>.

MONTEIRO FILHO, M. P. **Avaliação da sensibilidade genital e função sexual em mulheres transgênero após cirurgia de afirmação de gênero com a técnica de inversão peniana.** 2024. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.5.2024.tde-09062025-120357>.

MORAIS, A. V. C. de. **Narrativas de mulheres transgêneras sobre os cuidados pós cirurgia de redesignação sexual.** 2023. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

MOTIWALA, Z. Y. *et al.* Postoperative urogynecologic complications after gender-affirming surgery: a narrative review. **International Urogynecology Journal**, v. 37, n. 4, p. 805-822, 2025. DOI: 10.1007/s00192-025-06405-6.

O'DWYER, C. *et al.* Vaginal self-lubrication following peritoneal, penile inversion, and colonic gender-affirming vaginoplasty: a physiologic, anatomic, and histologic review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 11, n. 3, p. 212-223, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead015>.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* O vivido de mulheres trans ou travestis no acesso aos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20210713, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0713pt>.

OLIVEIRA, M. R. G. de. A cobaia agora é você! Cisgeneridade branca, como conceito e categoria de análise, nos estudos produzidos por travestis e mulheres transexuais. **Caderno Espaço Feminino**, v. 36, n. 1, p. 157-178, 2023. DOI: 10.14393/CEF-v36n1-2023-9.

PAIVA, C. R. *et al.* A rede de cuidados à saúde para a população transexual. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33001, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333001>.

PETERS, B. R. *et al.* Optimizing aesthetics in gender-affirming vaginoplasty and vulvoplasty: a narrative review and discussion based on over 600 cases of transfeminine vulvar construction. **Translational Andrology and Urology**, v. 13, n. 2, p. 274-292, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21037/tau-22-681>.

PRADO, C. C. S. do. *et al.* Sociocultural pressures and appearance ideal internalization: their impact on body dissatisfaction in Brazilian adults. **Preventive Medicine Reports**, v. 56, p. 103149, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.103149>.

PRASANTH, B. K. *et al.* A study on depression among transgender residing in Chennai District, Tamil Nadu. **National Journal of Community Medicine**, v. 13, n. 2, p. 96-99, 2022. DOI: 10.5455/njcm.20220102030123.

ROCON, P. C. *et al.* A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans. **Pro-Posições**, Campinas, SP, v. 33, p. e20190083, 2022. DOI: 10.1590/1980-6248-2019-0083.

SAHMOUD, Amine *et al.* Sexual function after gender affirming surgery. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 13, n. 2, p. 128-135, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13669-024-00390-1>.

SELVAGGI, G.; DJORDJEVIC, M. L. **Gender affirming vaginoplasty**. Elsevier, 2023. cap. 21. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-21776-0.00021-2>.

SILVA, N. L. de. *et al.* Metabolic and cardiovascular risks of hormone treatment for transgender individuals. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 38, n. 5, p. 101907, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2024.101907>.

SILVA, P. A. F. *et al.* O SUS é para todos/as/es? Uma análise das atuações de profissionais da saúde no atendimento e acolhimento de pessoas transexuais e travestis na APS de Campo Grande-MS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, n. 3, p. e350305, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350305pt.

SILVA, R. F. *et al.* Parâmetros laboratoriais em pessoas transgênero sob hormonioterapia: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Ciências Biomédicas**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2025. DOI: <https://doi.org/10.46675/rbcbm.v6i1.109>.

SILVA, R. de C. F. *et al.* (DES)conhecimentos da Política Nacional de Atenção Integral LGBT entre profissionais de enfermagem e seu impacto no cuidado de mulheres trans. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 74-84, 2025. DOI: <https://doi.org/10.17058/rips.v8i1.19047>.

SILVA, R. R. da. *et al.* Percepção da população transgênero acerca do atendimento em serviços de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 48-69, 2024. DOI: 10.18569/tempus.v14i4.2744.

SLUIS, W. B. van der. *et al.* Long-term outcomes and complications of intestinal vaginoplasty in transgender women. **Journal of Sexual Medicine**, v. 20, n. 4, p. 589-597, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad018>.

SUÁREZ-BAQUERO, D. F. M. Decolonizing nursing knowledge: Challenging Eurocentrism centering Global South voices. **Nursing Outlook**, v. 72, n. 4, 102197, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102197>.

TRAN, S. *et al.* Complications and outcomes of transfeminine vaginoplasty: a systematic review. **Translational Andrology and Urology**, v. 13, n. 7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21037/tau-23-674>.

VISSICCHIO, F. *et al.* Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la provincia de Buenos Aires. **Revista Argentina de Salud Pública**, Buenos Aires, v. 15, e87, 2023.

WANG, Y. *et al.* Testosterone and pre-androgens by age and menopausal stage at midlife: findings from a cross-sectional study. **EBioMedicine**, v. 121, p. 105972, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2025.105972>.

WENCZENOVICZ, T. J.; PUHL, C. A. Gozo, violência e abjeção aos corpos trans no Brasil. **Revista de Estudos Culturais**, São Paulo, v. 10, p. 147–174, 2025. DOI: [10.11606/issn.2446-7693.2025.v9i2p147-174](https://doi.org/10.11606/issn.2446-7693.2025.v9i2p147-174).

WENK, M. J. *et al.* Post-surgical outcomes in transgender women: a prospective analysis of sexual function and health-related quality of life. **World Journal of Urology**, v. 43, n. 1, p. 529, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00345-025-05887-9>.

ZAKUMUMPA, H.; DIOP, N.; ALHASSAN, R. K. Decolonizing global health: an agenda for research. **BMC Health Services Research**, v. 23, art. 832, 2023. DOI: [10.1186/s12913-023-09834-5](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09834-5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pela construção do Dossiê Redesignadas tem sido gestado há muitos anos pela primeira autora deste trabalho, num desejo de construção que pudesse dialogar entre a Academia e o Movimento social, tendo as mulheres trans e travestis redesignadas como protagonistas principais deste tipo de produção. O Dossiê Redesignadas foi construído na lógica de “pesquisadoras comunitárias”, capacitando mulheres trans redesignadas militantes do movimento social, como coordenadoras das coletas de dados em seus territórios regionais, e isso muda tudo.

O Dossiê Redesignadas é a concretude de uma virada epistêmica que deslocou mulheres trans e travestis redesignadas, consideradas historicamente apenas como participantes de pesquisas científicas de uma cisgeneridade acadêmica machista, extrativista, colonizada e muitas vezes ainda perversa, e utilitarista para produtoras e protagonistas do conhecimento acerca de seus próprios corpos, sendo um trabalho que coroa o que temos construído no Brasil o que tem ficado conhecido como transepistemologias, ou seja, um referencial teórico situado que marca os estudos sobre saúde de pessoas trans.

Os achados apresentados ao longo do dossiê permitem afirmar que a cirurgia de redesignação genital, embora frequentemente associada simplesmente à redução de desconfortos físicos e internos de algumas mulheres trans e travestis que buscam esse processo, e à melhoria de repercussões de saúde mental, não se configura apenas como um ponto de chegada, mas como um marco dentro de um itinerário de vida na busca por afirmação de uma identidade que é sempre única para cada pessoa.

A literatura analisada e os relatos empíricos convergem ao demonstrar que os benefícios da CRG estão intrinsecamente condicionados à existência de acompanhamento longitudinal qualificado de profissionais de saúde, que

seja capaz de responder às demandas clínicas, hormonais, psicossociais, de direitos sexuais e reprodutivos que emergem no pré, no trans e pós-operatório. Nesse sentido, o estudo maior que originou este dossiê reafirma criticamente a insuficiência de modelos assistenciais centrados no ato cirúrgico em si, apontando para a necessidade de consolidação de políticas públicas que sustentem o cuidado longitudinal em saúde como eixo estruturante da atenção à mulheres transgenitalizadas que aliás, sentem-se a maior parte das vezes, completamente apartadas do SUS.

Ao analisar as repercussões autopercebidas da CRG, evidenciou-se que estas se distribuem em múltiplas dimensões. No plano biológico, foram identificadas possíveis alterações metabólicas, hormonais e estruturais que requerem monitoramento contínuo e protocolos clínicos mais bem definidos. No campo psicossocial, observaram-se tanto processos de afirmação identitária, melhoria da autoimagem e aumento da qualidade de vida quanto experiências de sofrimento relacionadas à adaptação corporal, expectativas não correspondidas, desassistência do serviço de saúde e persistência da transfobia.

Entretanto, um dos elementos mais contundentes revelados pelo dossiê refere-se às percepções de fragilidades estruturais do SUS no atendimento a mulheres trans e travestis que realizaram a transgenitalização. A persistência de práticas de transfobia institucional, o despreparo técnico dos profissionais, a ausência de protocolos padronizados de seguimento e a fragmentação da rede de atenção à saúde configuram barreiras que comprometem a integralidade do cuidado. Esses achados dialogaram diretamente com a literatura nacional e internacional e reforçam que as iniquidades em saúde não se restringem ao acesso à cirurgia de redesignação genital, mas se prolongam no cotidiano do (des)cuidado pós-operatório, muitas vezes marcado por negligências e invisibilizações.

Nesse contexto, torna-se incontornável uma análise crítica acerca da

não publicação do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES Pop Trans), concebido no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. O dossiê evidencia que essa não efetivação não pode ser interpretada como um evento meramente administrativo, mas como expressão de disputas políticas que incidem diretamente sobre a garantia de direitos de pessoas trans. A não institucionalização do PAES Pop Trans explicita um cenário de descontinuidade e fragilização das políticas públicas, produzindo efeitos concretos na vida das pessoas trans.

Ainda assim, é fundamental reconhecer o acúmulo técnico-político, acadêmico e eticamente comprometido com a saúde de pessoas que foi defendido pelo Professor Dr Helvécio Miranda Magalhães Júnior e pela Professora Dra Flávia do Bonsucesso Teixeira, cujas atuações no Ministério da Saúde foram responsáveis pela construção e defesa da saúde das pessoas trans neste país também por meio do PAES Pop Trans. A existência do PAES Pop Trans, ainda que não publicado, representa um avanço importante ao propor a ampliação do cuidado para além do chamado Processo Transexualizador, incorporando dimensões como o acompanhamento clínico longitudinal, o envelhecimento de pessoas trans, a atenção às condições clínicas e psicossociais, que foram aspectos reiteradamente apontados como lacunas neste dossiê.

No que se refere às limitações da pesquisa maior que deu origem a este dossiê, destaca-se, inicialmente, a coleta de dados realizada integralmente em ambiente virtual, embora tenha ampliado o alcance territorial, pode ter excluído mulheres trans redesignadas em maior vulnerabilidade social e digital. Soma-se a isso o fato de que o estudo se concentrou majoritariamente em percepções autorreferidas, não sendo possível estabelecer relações causais diretas entre a CRG e determinadas condições de saúde.

Apesar dessas limitações, o dossiê oferece contribuições relevantes para o campo da saúde coletiva, da enfermagem, das políticas públicas de saúde e de direitos humanos. Em termos teóricos, reafirma a importância de abordagens transcêntricas e interseccionais, que reconheçam as mulheres trans redesignadas como produtoras legítimas de conhecimento e não apenas como “objetos acadêmicos” e ou de intervenção.

Os resultados também apontam caminhos consistentes para futuras investigações. Destaca-se a necessidade de estudos longitudinais que acompanhem mulheres trans redesignadas ao longo do tempo, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento, à saúde mental, às condições crônicas de saúde e às repercussões de longo prazo da hormonização associada à cirurgia de transgenitalização. Além disso, recomenda-se a ampliação de pesquisas sobre protocolos de cuidado pós-operatório, incluindo práticas como a dilatação vaginal, ainda marcadas por heterogeneidade e ausência de padronização no cuidado. Investigações que articulem dados clínicos e experiências vivenciais também se mostram necessárias, permitindo compreender de forma mais integrada os impactos da CRG a médio e longo prazos.

Por fim, o dossiê evidencia que a garantia do direito à saúde de mulheres trans e travestis redesignadas não se esgota na oferta de procedimentos cirúrgicos de modificações corporais. Trata-se de assegurar condições para que essas vidas sejam trilhadas com dignidade, continuidade de cuidado e reconhecimento de suas trans especificidades. Nesse sentido, a efetivação de políticas públicas, a formação crítica de profissionais engajados verdadeiramente com as pessoas usuárias do sistema e o fortalecimento das redes de cuidado configuram não apenas desafios técnicos, mas imperativos ético-políticos para um SUS que seja de fato destinado a todas as pessoas.