

CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A Posição do Enfermeiro na Redesignação Sexual do Masculino Para o Feminino

Carla Danielle da Silva dos Santos

Graduanda em Enfermagem,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Fernanda Martins

Graduanda em Enfermagem,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Deigilam Cestari Esteves

Biomédica; Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento – UNOESTE;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

Todo procedimento requer uma sistematização adequada que faça com que a equipe compreenda a complexidade do processo cirúrgico evolutivo, a fim de chegar ao resultado desejado e obter a satisfação do paciente. O enfermeiro na transição de uma redesignação sexual de homem para mulher é quem realiza a intermediação entre os profissionais que compõem a equipe, o mesmo leva informações aplicando informação continuada desde o primeiro momento. Ao tratar-se de um procedimento laudado como transtorno, cada palavra deve ser bem selecionada e direcionada de forma com que o paciente filtre de acordo com sua cultura e sem nenhum tipo de julgamento, proporcionando apoio, conforto, confiança a cada etapa da transição. A estrutura psicológica do paciente reflete em todo processo e o enfermeiro irá trabalhar continuamente com alterações emocionais intensas e níveis de ansiedade variáveis, portanto o profissional deve manter-se seguro e possuir conhecimento necessário para esclarecer a complexa evolução que o órgão passa durante a evolução do processo.

PALAVRAS-CHAVE: procedimento cirúrgico; transexualidade; transição sexual; enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Com as constantes mudanças nos procedimentos cirúrgicos, as questões que envolvem os cuidados com o paciente e a conduta do enfermeiro têm evoluído paralelamente (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

A assistência da equipe multidisciplinar deve ser constantemente efetiva, ademais em qualquer tipo de cirurgia, o foco é o bem-estar do paciente; o profissional que convive na maior parte do processo com o mesmo é a equipe da enfermagem. Esta deve estar preparada, concretada na ciência e munida de conhecimento sobre o procedimento a acompanhar (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

As cirurgias eletivas que são as não urgentes e que podem ser realizadas de acordo com a disponibilidade do paciente sem oferecer riscos, tem ganhado cada

vez mais atenção com a quantidade de cirurgias estéticas que vem sendo realizadas (PERRANDO; BEUTER; BRONDANI, 2011).

A cirurgia de redesignação sexual vem angariando atenção e foi conteúdo da agenda de saúde pública, mediante a deficiência de regulamento para os métodos da transgenitalização existente no Sistema Único de Saúde (SUS). A disforia de gênero ainda é tratada como condição patológica, mesmo caracterizando-se como outra maneira de exteriorizar a sexualidade. Considera-se que o indivíduo transexual é aquele que alberga sentimento inconversível de ser do sexo oposto ao que nasceu. O sexo biológico não representa sua realidade sociocultural, estando diferente do fenótipo desejado e almejam apropriar-se através da identificação do que lhes é confortável (GALLI; VIEIRA, 2014).

Com a publicação da Portaria Nº 457 de agosto de 2008, o SUS deve oferecer suporte assistencial para os indivíduos transexuais, permeando atendimento e acompanhamento na integralidade e humanização, isento de discriminação, com inclusão das ferramentas disponíveis como a hormonioterapia, a cirurgia de redesignação sexual, ademais o atendimento de uma a equipe multidisciplinar que incluem médicos ginecologista, endocrinologista, psiquiatra, urologista, clínico geral além de psicólogo, assistente social e enfermeiro (BRASIL, 2015).

O enfermeiro é o profissional que circunda todo o acompanhamento evolutivo de pacientes que desejam adequar o seu corpo de forma em que se identifiquem através da cirurgia e isso exige o acompanhamento de uma equipe multiprofissional que irá avaliar por tempo determinado, o que o Ministério da Saúde preconiza como necessário para que seja indicado conclusão de toda essa transição (MIRANDA; FOGAÇA; RIZETTO, 2016)

Esse artigo salienta a importância da inclusão do enfermeiro no processo cirúrgico em qualquer período do perioperatório (pré-operatória, transoperatória, recuperação anestésica e pós-operatória) (CAMPOS; COSTA; DESSOTTE, 2015).

2 OBJETIVOS

O objetivo desse artigo é demonstrar a importância da enfermagem no processo de transexualização, que começa na atenção primária e culmina com a cirurgia de redesignação sexual.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo baseou-se em pesquisa bibliográfica realizada através de livros do acervo da biblioteca da instituição de ensino e do levantamento de artigos científicos da literatura nacional em sítios especializados, tais como SCIELO, LILACS, PUBMED. O levantamento dos estudos referentes ao tema escolhido prioriza o período de 2005 a 2017, não excluindo publicações de datas anteriores com material relevante ao estudo. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018, utilizando-se os descritores: procedimento cirúrgico; transexualidade; transição sexual; enfermagem.

4 PROCESSO CIRÚRGICO

O processo cirúrgico implica no final da transição de uma mulher transexual não operada, para transexual operada. A transição de homem para mulher em que a paciente após acompanhamento adequado é indicada à cirurgia, que visa trazer à paciente equilíbrio entre seu estado psicológico e social (PETRY, 2015).

Para que o paciente seja indicado à cirurgia, é impreterível que esteja adequado a, pelo menos três critérios dos quatro determinados, desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; com permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos e ausência de transtornos mentais (SIGABINAZZI, 2016).

A decisão quanto à cirurgia é delicada. Somente com os laudos emitidos durante o acompanhamento da equipe multidisciplinar comprovam que o paciente está apto a enfrentar as complexidades que a cirurgia exige de seu organismo, a partir dessa avaliação, mediante a evolução dos atendimentos mensais que devem ocorrer por no mínimo dois anos, de acordo com a legislação. Sendo agrupados e analisados em todos os critérios que indicam que o paciente está apto a realizar o procedimento cirúrgico (SIGABINAZZI, 2016).

Ter um acompanhante em todo momento é indispensável, principalmente mediante a leitura dos documentos, em que o paciente declara estar ciente da situação e dos aspectos que envolvem todo procedimento. A equipe deve estar atenta, esclarecer todos os questionamentos e não deixar margem para dúvidas. Ao

se tratar de um procedimento irreversível, o paciente deve ter a visão geral de todo processo cirúrgico. Delinear esses pontos é de extrema importância (PETRY, 2015).

Todo o processo envolve quatro momentos, desde a primeira consulta em que o paciente conhece os médicos e a equipe de enfermagem que irá acompanhá-lo em todo procedimento. Nesta consulta, o mesmo deve apresentar os laudos que comprovem toda avaliação que indicaram que o mesmo está apto a realizar esse procedimento (ARÁN; MURTA, 2009).

Nesse primeiro momento são esclarecidas dúvidas e mediante apresentação de resultados esperados (são solicitados exames pré-operatórios que irão avaliar todo o organismo do paciente e transcrevendo se os sistemas estão em condições de uma cirurgia desse porte, evitando assim possíveis eventualidades que interfiram na qualidade desse procedimento), o paciente é informado e deve estar ciente de toda evolução do procedimento, a permanência hospitalar, a necessidade de adaptação com cuidados exclusivos direcionados a cirurgia propriamente dita, de maneira clara e objetiva para que não ocorra surpresas, nem traumas durante todo processo (SILVA, 2014).

O segundo momento é agendada nova consulta para determinação da data do procedimento, o mesmo é avaliado de forma diferente, o médico junto ao enfermeiro avalia todos os exames pré-operatório, realiza o exame físico. Nesse momento, é realizada a avaliação do órgão a ser operado e se determina as melhores técnicas a serem aplicadas. Com as avaliações realizadas, é agendado o procedimento cirúrgico e um termo de consentimento cirúrgico é assinado (ARÁN; MURTA, 2009).

O paciente é recepcionado onde será realizado o procedimento, o enfermeiro realiza sua consulta e recolhe a documentação, anexando no prontuário os dados importantes, descartando alergias, enfermidades crônicas e qualquer agravamento que possa comprometer o procedimento. A enfermeira deve entregar as vestes ao paciente e realizar o check list, avaliando seus sinais vitais e realizando toda avaliação física, o paciente recebe visita nutricional que irá realizar uma prévia consulta sobre a posição necessária durante o tratamento (PAIVA; ARAUJO; CARVALHO, 2015).

O paciente é admitido no centro cirúrgico e encaminhado para a sala e começa o preparo pré-cirúrgico. Enfermeiro atento aos sinais físicos e emocionais,

enquanto punciona o acesso venoso periférico de grande calibre para administração de farmacoterapia e soroterapia prescrita durante o procedimento, enquanto o paciente entra na fase de perianestesia. Inicia-se a etapa imediata da cirurgia, verificar mapa cirúrgico, tipo de cirurgia, horários, checar preparo para o procedimento, respeitar o jejum conforme prescrição, iniciar a indução anestésica, dentro do tempo previsto a duração varia entre três a três horas e meia, porém variável para cada organismo. Seguir com monitoramento em todo procedimento incluindo o pós-operatório mediato (SANTOS; SANTOS; SANTANA, 2017).

O enfermeiro deve circular o ambiente completo do centro cirúrgico e a todo o momento, realizar anotações do procedimento, verificar os carrinhos de medicações e anestesia, confirmar a requisição de sangue se necessário, estando ao lado do paciente o tempo todo (BASTOS; SOUZA; SOUZA, 2013).

Ao final do procedimento, o enfermeiro encaminha o paciente para a sala de recuperação pós anestésica, o mesmo deve se atentar quanto aos exames clínicos diários e complementares que envolvem as primeiras horas do paciente, avaliar a prescrição médica, toda composição medicamentosa que o mesmo irá seguir em todo tratamento. Começa os cuidados específicos com drenos, cateteres, dieta e curativos, avalia ganho e perdas no primeiro momento, efetuar possíveis correções de déficits das necessidades básicas, anotar no prontuário e iniciar a admissão do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica (SANTOS; SANTOS; SANTANA, 2017).

O paciente é encaminhado ao leito ao qual o enfermeiro irá avaliar o estado geral do paciente, trabalhar analgesia e antibioticoterapia prescrita para o pós-operatório e toda evolução, dando início ao tratamento que irá fazer com que esse procedimento tome suas características, sem eventos adversos em sua evolução. O enfermeiro deve exercer atividade como a posição adequada no leito e cuidados mediatos com a respiração (MIRANDA; FOGAÇA; RIZETTO, 2016).

O enfermeiro aplica um sistema de cuidados próprios para o procedimento, com curativos que manterão a região limpa, realizar os exercícios necessários nesse momento. Ao paciente é proposto treinamento continuado para que entenda as necessidades da recuperação da cirurgia e os detalhes do novo órgão, cuidados precisos e delicados, para adaptação de cada ponto significativo que envolva o procedimento (BRAMBILA; SILVA; GARCIA, 2017).

A permanência no hospital irá variar entre sete e quatorze dias, isso é determinado através das reações do organismo, às necessidades e a evolução adequada para que o paciente de sequencia ao tratamento adequado, que o procedimento exige, com autonomia será preparado durante a permanência hospitalar com a devida explicação e aplicação assistida (BRAMBILA; SILVA; GARCIA, 2017).

No terceiro momento, o paciente recebe alta hospitalar com medicações prescritas que dará continuidade ao tratamento, orientações quanto aos exercícios evolutivos e diários, curativos simples e assepsia que exige o procedimento. O mesmo segue em retornos mensais durante seis meses, o médico em conjunto com enfermeiro realiza anotações e avaliações da gradativa adaptação do procedimento realizado, explicando a cicatrização e dedicação em cada etapa para obtenção de sucesso (SILVA, 2014).

A cada mês o paciente evolui no exercício, para trabalhar elasticidade, e adaptação de todo percurso da cirurgia. Após seis retornos, o mesmo é liberado para o início das atividades sexuais com seu novo órgão, entretanto é fundamental que o paciente tenha noção dos detalhes e limites e que conheça a nova fisiologia e todos os novos pontos anatômicos (SILVA, 2014).

O quarto momento, é a alta após um ano do procedimento, em que o paciente segue sua vida como desejada e adequada de forma integra. Após seis meses a equipe médica e de enfermagem o acompanha em retornos bimestrais para avaliação, além da rotina sexual deve seguir com exercícios, respeitando os limites do seu novo órgão para que atinja sua elasticidade lhe proporcionando prazer e satisfação em sua nova rotina (BASTOS; SOUZA; SOUZA, 2013).

5 EVOLUÇÃO E DESCOBERTAS

Todo desenvolvimento cirúrgico requer avaliação sobre o procedimento, o enfermeiro deve levantar detalhes sobre o risco cirúrgico, com avaliações clínicas e laboratoriais, onde é avaliada os riscos operatórios, onde se baseia o estado geral do paciente, para identificar possíveis anormalidades que possam prejudicar a recuperação, os riscos cardíacos de Goldman é aplicada, avaliando históricos clínicos, exame físico, eletrocardiograma, estado geral, tipo de cirurgia, classificando os riscos que a cirurgia oferece ao paciente (LOUREIRO; FILHO, 2014).

O enfermeiro junto com os médicos responsáveis pelo procedimento agenda a primeira consulta, classificada a primeira etapa de todo processo, o paciente será apresentado a todo o processo e desenvolvimento que envolve essa cirurgia, a equipe multidisciplinar, agravos e satisfações esperadas. Nesta consulta, o mesmo deve possuir laudos, exigidos pelo ministério da saúde, que indiquem o procedimento cirúrgico. Em se tratando de uma transição, o paciente deve ter mais de dezoito anos, estar em tratamento hormonal acompanhado e laudado por endocrinologista por no mínimo dois anos (ARÁN; MURTA, 2009).

Pacientes têm acesso a esse tratamento por meio da portaria 457 do SUS desde 2008, o ministério de defesa que rege sobre os direitos do ser humano também cobra laudos para que o mesmo seja avaliado por um longo período e neste período tenha realmente a indicação a esse procedimento, tratado como transtorno de sexualidade, e responde ao CID f64 – disforia de gênero, o SUS também disponibiliza a portaria 2.803 possibilita acesso há implantes nas mamas e outras cirurgias indicadas, e inclui toda terapia hormonal (ARÁN; MURTA, 2009).

Quando o mesmo passa por toda essa avaliação, tem em mãos laudos que determinam a necessidade da transição, nesse momento o paciente é diagnosticado com transtorno de identidade sexual (F64), onde a transexual precisa se adequar ao protocolo transexualizador como preconiza o ministério da saúde que inclui a hormonioterapia, após ser diagnosticado, terá em mãos documentos que pode indica-lo a cirurgia e todos os mecanismos adequados que transcendem a finalidade de sua transição. O enfermeiro deve ter cuidado na avaliação, mesmo com os laudos, o paciente precisa ter certeza sobre o procedimento e toda a sua complexidade, principalmente os riscos que a cirurgia sobrepõe sobre o organismo em toda sua recuperação (PETRY, 2015).

Avaliados os laudos, o enfermeiro deve realizar sua primeira consulta com exame físico, levantar detalhes sobre o paciente que possam favorecer ou não o procedimento, afastar doenças de base como hipertensão arterial, hipotireoidismo ou hipertireoidismo, doenças renais, autoimunes, diabetes mellitus, alergias e vícios. Todas essas informações são anexadas ao prontuário com todas as informações sobre o cotidiano e estilo de vida do paciente. O mesmo deve estar ciente de que algumas coisas em seu estilo de vida podem prejudicar a evolução e qualidade da cirurgia envolvendo a qualidade e o resultado esperado (LOUREIRO; FILHO, 2014).

Envolvendo vários mecanismos e sistemas do corpo masculino, o mesmo terá uma classificação de risco aplicada, onde enfermeiro deve criar vínculos com seu paciente e comece a existir confiança, assim levante detalhes importantes trabalhando a personalidade do mesmo, a presença de familiares ou pessoas do seu convívio é obrigatório para o tratamento, temos como testemunha em todo aspecto legal que visam esse procedimento cirúrgico, assim o paciente terá segurança quanto a cirurgia (SILVEIRA; FERNANDES; SCHILLER, 2009).

Na consulta, a equipe avalia o órgão a ser operado e realiza anotações sobre os detalhes, se tratando de pontos positivos e negativos que o paciente possa ter, os efeitos do tratamento hormonal que realiza diariamente, conhecido como MTF, consiste em um regime de quatro componentes compondo antiandrogenico, estrogênio, progesterona, e suprimentos vitamínicos (ARÁN; MURTA, 2009).

O enfermeiro deve estar ciente dos danos que a hormonioterapia pode trazer ao paciente e assim prejudicar o procedimento, deve ter conhecimento do que cada hormônio causa no organismo e no órgão. O antiandrogênico é responsável por diminuir os níveis de testosterona, o estrogênio trás a feminização superficial, ganho de gorduras localizadas e aumento discreto do tecido mamário, também implica na diminuição da libido em conjunto com a disfunção erétil o mesmo é responsável por diminuir o volume da próstata dificultando a ereção, progesterona que ajudará na maturação dos seios, poli vitamínicos as vitaminas do complexo B em conjunto a um suplemento de ferro cobrem a maioria das necessidades, isso evita a depressão que esses hormônios podem causar, se atentar a níveis emocionais durante toda consulta o que implica na indicação cirúrgica (ARÁN; MURTA, 2009).

Apresentado todos os detalhes sobre exame físico, o enfermeiro finaliza a consulta agendando a consulta pré operatória, solicitando exames que irá avaliar o sistema como hemograma, coagulograma (TAP e TTPA), tipagem sanguínea, glicemia, creatinina, eletrólitos, urina, HIV (ELIZA e teste rápido de anti HIV), raio X do tórax, ECG com risco cirúrgico avaliado pelo cardiologista, orientar o paciente quanto a consulta do pré operatório com exames em mãos para ser avaliados (ROCHA; IVO, 2015).

Em consulta de seu pré-operatório o mesmo deve retirar suas dúvidas sobre o procedimento, e avaliar a data adequada, em conjunto com a disponibilidade do hospital, onde deve oferecer serviços de unidade intensiva em caso de ocorrências,

banco de sangue se necessário durante o procedimento. O enfermeiro deve atentar e pegar autorização quanto ao uso de fotos de antes e depois, entendendo as demandas que exige do seu organismo durante toda sua evolução até a adequação do órgão ao seu sistema, com as dúvidas esclarecidas sobre a cirurgia já pode ser agendado o procedimento (BRAMBILA; SILVA; GARCIA, 2017).

O paciente deve ser orientado quanto aos cuidados do pré-operatório, jejum de oito horas, última refeição líquida sem resíduos, levar cópias de laudos e exames, documentações pessoais e um acompanhante para que fique com o mesmo em toda sua permanência no hospital. Roupas leves e poucas peças íntimas, fraudas de tamanho adequado para seu conforto nos primeiros períodos do procedimento, entregar ao mesmo o termo de responsabilidade do procedimento, esclarecendo que procedimento incluem uma orquiectomia total e toda complexidade que isso propõe a seu organismo (LUDWIG; PALULO; FERNANDES, 2013).

O paciente é admitido no hospital pelo enfermeiro, apresentado a toda sua equipe e acomodado em seu leito, recolhido os exames e laudos, entregue vestes adequadas conforme exige o centro cirúrgico, checado as exigências, mantendo o paciente calmo, verificar sinais vitais, o mesmo recebe a primeira consulta nutricional que irá ampliar sua ideia sobre a importância na alimentação na evolução da cirurgia. O enfermeiro realiza o preparo psicológico sobre o paciente a fim de mantê-lo calmo, se necessário o mesmo deve solicitar aos médicos uma sedação prévia a cirurgia para evitar graus de ansiedade que possa vir a atrapalhar o procedimento (ROCHA; PAULA, 2014).

O paciente é encaminhado ao setor onde irá realizar o procedimento, é admitido no centro cirúrgico e encaminhado a sala de espera, o enfermeiro o recebe, e o encaminha a sala cirúrgica após estar pronta, posiciona o paciente na mesa cirúrgica, cobre o mesmo para que haja nenhum desconforto, realiza toda monitorização necessária, verificando posicionamento de foco cirúrgico, dando início aos cuidados iniciais, punciona um acesso venoso periférico de grande calibre que forneça acesso favorável ao sistema do paciente, previamente sedado, verifica os sinais vitais, assim é dado início aos momentos cirúrgicos, o mesmo é submetido a anestesia mediata de acordo com o procedimento, cirurgia desse porte é indicada a anestesia geral para conforto do paciente e vigência sobre sua resposta ao pós-operatório mediato (MIRANDA; FOGAÇA; RIZZETTO, 2016).

O enfermeiro circula a sala em todo tempo cirúrgico, anota todo tempo cirúrgico, os sinais vitais avaliando perdas e ganhos durante toda cirurgia, checa a respiração e oxigenação, avaliando medicamentos e leitura dos monitores, com tempo estimado de três a três horas e meia. Após o término do procedimento é retirado a foto como autorizada, a equipe de enfermagem realiza os primeiros cuidados imediatos, curativo compressivo, cateterismo, possíveis drenos caso haja necessidade, encaminha o paciente para a sala de recuperação, o enfermeiro realiza sua primeira consulta que determina alguns cuidados necessários para o procedimento realizado (SANTOS; SANTOS; SANTANA, 2017).

Ainda monitorizado, o paciente segue em avaliações contínuas até que recupere o nível de consciência, a equipe de enfermagem segue nesse momento uma rotina realizada pelo enfermeiro, na primeira hora, avalia cateterismo e cateteres, acesso venoso periférico e sua infusão de medicação, as anotações devem ser a cada trinta minutos na primeira hora da cirurgia, avaliando grau de hidratação, presença de urina em coletores de débitos, aspectos e colorações, condições respiratórias, ausculta cardíacas, avaliar o abdômen e toda sua extensão, suturas e curativos presentes no local operado, com exames físicos que avalie o retorno venoso (BASTOS; SOUZA; SOUZA, 2013).

Avaliando a prescrição médica após a cirurgia, o enfermeiro realiza a sua sistematização do paciente aplicada de acordo com as necessidades e agravos cirúrgicos que oferece ao paciente, dando início a antibioticoterapia e analgesia prescrita, ainda em repouso e recobrando seus níveis de consciência, o mesmo deve corrigir déficits de necessidades básicas, e manter monitorização adequadas, avaliando a reposição eletrolítica e minimizando déficits calórico devido o tempo que o procedimento necessita. Observando as condições do curativo e toda evolução de edema e hematomas, com o circuito montado para a melhora sobre esse procedimento, o enfermeiro do início aos cuidados e o encaminha ao seu leito (BARBOSA; STUDART, 2017).

O terceiro momento se inicia quando o paciente retoma seu nível de consciência, sendo encaminhado ao leito respeitando cuidados prescritos do pós-anestésico. O repouso tem seu tempo adequado, pois cada organismo reage de uma forma e retorna às suas funções diferentemente. O enfermeiro deve respeitar

os níveis de fragilidades do paciente, manter a reposição hídrica e todo seu equilíbrio fisiológico (ROCHA; IVO, 2015).

Os principais pontos no primeiro momento do pós-operatório envolvem possíveis complicações, como febre e hiperventilação, o mesmo deve receber glicose para que se estabeleça novamente o equilíbrio, débitos urinários em todos seus aspectos e quantidades, mantendo a analgesia regularmente e não apenas nos momentos de sintomatologia dolorosa o enfermeiro já aplica toda ergonomia que a equipe de enfermagem deve ter em sua rotina, com posicionamento correto, o paciente segue em cuidados restritos ao leito, com deambulações mínimas, mantendo uso de frauda e higienização local e íntima, com curativos que protejam a síntese primária do curativo implica na epitelização dentro de vinte quatro horas, curativos impermeáveis, após esse período os curativos devem ser realizados duas vezes ao dia desde que o local se mantenha limpo e seco, com o dilatador primário instalado desde a finalização da cirurgia (MIRANDA; FOGAÇA; RIZZETTO, 2016).

Fechamento por segunda intenção implica em curativos diários com soro fisiológicos, desbridamento físico e se necessário químico, a oclusão com curativos estéreis, evitando antissépticos e desinfetantes, isso destrói células que protegem e ajudam o tecido a se recuperar também causam irritação local, mantendo somente o uso de desbridamento natural com soro fisiológico 9% utilizando gazes para retirar organismos indesejáveis, mantendo o local limpo e seco, em vigência de infecção deve ser aberto esse curativo em toda sua extensão onde o enfermeiro irá avaliar toda evolução do perímetro operado (BASTOS; SOUZA; SOUZA, 2013).

Após o repouso adequado, é liberada a dieta necessária ao tipo de tratamento, o paciente recebe avaliação nutricional que exige uma dieta hiperproteica para a reconstrução de tecidos e recuperação de todo processo que ali se aplica, com reposição de líquidos que forneçam vitaminas, e nutrientes que auxiliam no desenvolvimento da cirurgia, retomando sua autonomia aos poucos, o paciente começa os exercícios como: deambular e uretrais para controle de esfíncter ainda com o cateterismo instalado (ROCHA; PAULA, 2014).

Os exercícios que irá fazer com que o canal criado tenha extensão, elasticidade, e se adapte para futura rotina é dado início no momento mediato a cirurgia, o enfermeiro deve respeitar, em caso de dor, possíveis sangramentos, no entanto, os exercícios devem ser feito todos os dias, introduzindo o dilatador até o

fundo do canal deixando o dilatador por quarenta minutos diários na primeira etapa dos exercícios, realizando duas vezes ao dia com o uso de xilocaína gel, o paciente deve ter conhecimento sobre sua anatomia e fisiologia para que tenha conhecimento e possa dar sequência em sua residência na continuidade do tratamento (SILVEIRA; FERNANDES; SCHILLER, 2009).

O curativo deve ser oclusivo até o sétimo dia e sobre os cuidados exclusivos do enfermeiro, não há necessidade de remover os pontos onde houver suturas, técnicas utilizadas permite que o material utilizado seja absorvido naturalmente. O enfermeiro deve atentar aos sinais flogísticos no local das suturas que pode significar algum processo patológico que necessite de atenção, as vezes o corpo rejeita esses materiais ou tem dificuldade de absorver. O treinamento que é realizado junto ao paciente é indispensável, esse conhecimento sobre todos os mecanismos em conjunto de técnicas corretas que será utilizada diariamente em sua residência quanto aos cuidados com a assepsia no local da cirurgia (ROCHA; PAULA, 2014).

A permanência no hospital será determinada de acordo com o desenvolvimento e resposta do organismo do paciente, isso envolve a permanência do cateterismo vesical, a cirurgia pode apresentar edemas que podem causar u desconforto, hematomas que possam assustar e necessite de cuidados no local para uma melhor recuperação. Apresentar o órgão e explicar todos mecanismos usados em toda transformação de sua anatomia faz parte de todo treinamento, o enfermeiro terá que trabalhar a autonomia dentro de seus limites entendendo seu desenvolvimento (TEIXEIRA; JESUS; SILVA, 2017).

Na visão do enfermeiro deve ser explicado o que foi feito com uma linguagem simples, fazendo com que o mesmo entenda o seguimento realizado e suas complexidades. A profundidade da neovagina é determinada pelo tamanho do órgão que compete o aparelho sexual masculino, paralelo ao tratamento hormonal que tem como consequência hipertrofia local tanto do músculo do pênis, próstata, e dos testículos. O paciente é submetido a orquiectomia total, é aproveitado toda pele do testículo para estrutura da vagina e criação de grandes lábios, a extensão da neovagina até o fundo dela é toda revestida pela pele do pênis, os músculos cavernosos e esponjosos são preservados e reposicionados corretamente, o canal uretral é remodelado e posicionado no fundo da vagina, preservando todas as

inervações e sensibilidades que favoreça no prazer esperado em seu novo órgão (PETRY, 2015).

A técnica que o médico irá utilizar é a inversão peniana, a glândula é posicionada até o fundo da neovagina, deixando a sensibilidade em todo percurso até o fundo dela, isso envolve grande quantidade de vasos, portanto precisa de rafia bem realizadas, o enfermeiro deve exercer uma vigência rígida quanto ao repouso e exercícios até que esses pontos e rafia se adaptem, se tratando de uma reconstrução de músculos revestidos de pele, pode ser que naturalmente venha a perder tons e elasticidade, as células presentes se transformam e se adaptam a seu novo posicionamento (PETRY, 2015).

Quanto à reposição da uretra é o ponto mais delicado do procedimento, implica no encurtamento da uretra, posicionando acima da abertura do canal da vagina. Toda cirurgia realizada na região uretral envolvem uma vascularização branda e complexa, isso implica em edemas e perdas sanguíneas, e exposição de tecidos e mucosas internas compete as células se adaptarem, isso pode trazer necrose e desconforto nesses momentos de adaptação, com as suturas e exposições que o órgão sofre (TEIXEIRA; JESUS; SILVA, 2017).

Nessa situação temos grandes pontos de edemas que necessita de uma permanência longa de cateterismo vesical para modelagem e para que seja evitado intercorrências indesejadas como retenção de urina, disúria, anúria, hematuria, e disúria, se tratando de uma evolução e transformação, a remoção desse cateterismo pode implicar na dificuldade de instalar o mesmo novamente, deve se manter o máximo de cuidado em sua permanência, exercícios irá trazer o mesmo controle que precisa para eliminação fisiológica por sua uretra, uma micção espontânea sem anormalidade (TEIXEIRA; JESUS; SILVA, 2017).

Quarto passo é realizado preparo para a alta hospitalar, o enfermeiro deve apresentar ao paciente todo plano de ação e o coito que o órgão necessita para que se retome as rotinas sexuais sem danos ao seu novo órgão. A avaliação nutricional também deixa seus pontos e necessidades de nutrientes e minerais que auxiliam nessa adaptação, a posição psicológica intra hospitalar irá avaliar toda evolução em conjunto com a enfermagem, a complexidade da situação em que o paciente se encontra, e como reage a esse momento, e assim é realizado a programação da alta. Retirar o cateterismo vesical irá depender do estado que se encontra a uretra e

suas necessidades, realiza exercícios uretrais afastando qualquer agravo que possa ocorrer na uretra (BRAMBILA; SILVA; GARCIA, 2017).

O paciente recebe alta, com receita, orientações, em casa o mesmo segue com exercícios e curativos, retoma a sua terapia hormonal reajustada a seu novo organismo, de acordo com a programação de seu endocrinologista, com retornos programados em consulta com o enfermeiro e médicos responsáveis pela cirurgia durante seis meses para a evolução dos exercícios e aumento mensal do tamanho do dilatador, sendo um exercício evolutivo. Após seis meses o mesmo será liberado a iniciar atividades sexuais em conjunto com exercícios diários, seis meses após a liberação das atividades, o mesmo deverá voltar aos retornos bimestrais, e manter os exercícios mesmo com as atividades sexuais diárias (ATHAYDE, 2001).

Após um ano o paciente está de alta de todo o procedimento e toda sua transição estará concluída, com o uso permanente de hormônios durante toda sua vida e supervisões de endocrinologista, retomando a vida normalmente, voltando a se alimentar como de costume e iniciando os cuidados específicos agora, de acordo com sua escolha o mesmo deve escolher um profissional que avalie sua genitália anualmente realizando exames preventivos de acordo a necessidade das estruturas e de suas novas características (LARA; ABDO; ROMÃO, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa transição exige que o enfermeiro em todo procedimento, atenção exclusiva voltada ao paciente lhe proporcionando confiança no processo da decisão quanto ao processo cirúrgico e suas complexidades, onde o mesmo trabalha com rotina detalhada nas necessidades que a cirurgia exige do paciente, consultas de enfermagem devem ser realizadas para que o procedimento tenha os cuidados adequados para que sua evolução aconteça sem anormalidades ou agravos, onde o enfermeiro terá visão geral de todo procedimento.

Assepsia e curativos adequados são realizados todos os dias com educação continuada, trabalhando a autonomia do paciente, a analgesia prescrita deve ser de demanda contínua para ofertar conforto ao paciente, paralela a antibioticoterapia para a adaptação de todos tecidos e estruturas, o médico avalia como o paciente responde ao uso de antibióticos e possíveis contratempos que possa causar.

O enfermeiro acompanha o tratamento, conciliando o controle de mal-estar geral e quadro de náuseas e vômitos que possam acontecer devido ao uso contínuo de algumas medicações. Todo exercício e atenção prestada de maneira continuada ao paciente, gerando confiança e autonomia em sua rotina, para que entenda e realize os exercícios adequados.

Essa transição é de grande complexidade, onde trabalha com um paciente que vive e um corpo que não corresponde ao dos seus sonhos e expectativas, tratado como transtorno de transexualismo (F64), é um procedimento que requer uma equipe multidisciplinar, avaliações complexas e longas, reavaliadas e laudadas que indiquem o paciente a esse procedimento. Uma castração química autorizada pelo acompanhamento de endocrinologista, com termos que o mesmo entenda toda a complexidade que isso trará para sua vida, processo de adaptação hormonal para um novo organismo onde o mesmo segue um uso eterno dessas medicações.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero as redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde, *Physis -Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009.

ATHAYDE, A. V. L. Transexualismo masculino, *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, 2001.

BARBOSA, A. S.; STUDART, R. M. B. Diagnóstico de enfermagem em pacientes internados em uma unidade de pós-operatório de alta complexidade, *Revista de enfermagem da UFPI*, PiauÍ, 2017.

BASTOS, A. Q.; SOUZA, R. A. S.; SOUZA, F. M. et al. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura, *Ciências cuidado saúde*, Bahia, 2013

BRAMBILA, M. I.; SILVA, D. C.; GARCIA, C. C. Educação em saúde para mulheres trans.:aspecto da prática multidisciplinar na assistência hospitalar, 28º Semana de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>, 2015.

CAMPOS, J. A. R.; COSTA, A. C. B.; DESSOTTE, C. A. M. et al. Produção científica da enfermagem do centro cirúrgico de 2003 a 2013, Revista SOBECC, São Paulo, 2015.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. 2009.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P.. O pré-operatório e a ansiedade do paciente:: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. Revista da SBPH, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010.

GALLI, R. A.; VIEIRA, E. M. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: Transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 29, n. 4, p. 447-457, 2014.

LARA, L. A. S.; ABDO, C. H. N.; ROMÃO, A. P. M. S. Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo, Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica, Ribeirão Preto, 2013

LOUREIRO, B. M. C.; FILHO, G. S. F. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações, Rev Soc Bras Clin Med, Bahia, 2014

LUDWIG, R. B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros?, BCD Arq. Bras Cir Dig, Rio Grande do Sul, 2013.

MIRANDA, A. B.; FOGAÇA, A. R.; RIZZETTO, M. et al. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório, Revista Sobecc, São Paulo, 2016.

PAIVA, A. C. R.; ARAUJO, B. S.; CARVALHO, B. R. et al. Checklist da cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório, Revista Enfermagem Revista, Minas Gerais, 2015.

PERRANDO, M. S.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. et al. O preparo pré operatorio na ótica do paciente cirúrgico, Revista enfermagem UFSM, 2011.

PETRY, A. R. Mulheres transexuais e o processo Transexualizador: experiencias de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo, Revista Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, 2015.

ROCHA, C. L.; PAULA, V. B. Nutrição funcional no pós-operatório de cirurgia plástica: enfoque na prevenção de seroma e fibrose, Revista Brasileira Cirurgia Plástica, 2014

ROCHA, D. R.; IVO, O. P. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório, Revista enfermagem contemporânea, 2015.

SANTOS, M. R.; SANTOS, J. J.; SANTANA, N. A. et al. Good practices of nursing representations in the construction of Society - A importância da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica :Visão dos monitores em enfermagem cirúrgica, International Nursing Congress, Tiradentes 2017.

SILVA, M. L. C. A importância da consulta de enfermagem para o cliente no pré-operatório de cirurgias eletivas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014

SILVEIRA, M. T.; FERNANDES, V. F. T.; SCHILLER, P. et al. Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre definição e redesignação sexual, cirurgia de dilatação e apoio psicológico (parte II), Arquivo Brasileiro Endócrino Metabolismo, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, S. J.; JESUS, F. K.; SILVA, M. S. et al. O fazer da enfermagem quanto ao cateterismo vesical de demora no centro obstétrico, Revista Atenção Saúde, São Caetano do Sul, 2017.