



# TRANS FOR MA CÃO

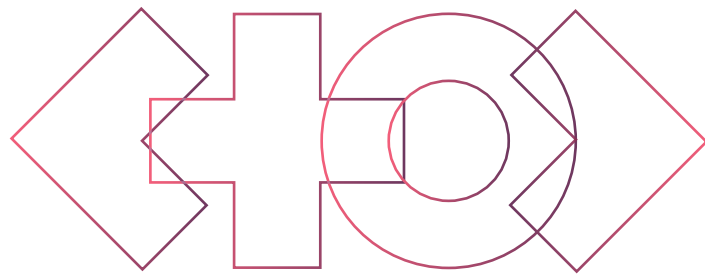
*by Patricia Marques*

*e-book sobre feminização facial*

PATRICIA DE AZEVEDO MARQUES  
ALESSANDRA HADDAD  
JOSÉ DA CONCEIÇÃO CARVALHO JÚNIOR

TRANSformação: e-book  
sobre feminização facial

São Paulo  
1ª edição  
2022



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que autorizada pelos autores e citada a fonte. Sua comercialização não é permitida.

Este livro digital (e-Book) é produto do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicados à Regeneração Tecidual da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



### **Elaboração:**

Patricia de Azevedo Marques, José da Conceição Carvalho Júnior e Alessandra Haddad

### **Projeto Gráfico e Diagramação:**

Lorem'Y Marketing Digital

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

Cuidados tópicos em cirurgia plástica estética  
[livro eletrônico] : para profissionais da área  
da saúde / Adriane Viana Souza ... [et al.]  
-- 1. ed. -- Belo Horizonte, MG : Adriane Viana  
de Souza, 2020.

PDF

Outros autores: Juan Carlos Pedroso Montano,  
Renata Andrade Bitar, Lydia Masako Ferreira

Outros colaboradores.

Bibliografia

ISBN 978-65-00-09044-4

1. Cirurgia plástica 2. Cuidados pré-operatórios  
3. Estética 4. Medicina I. Montano, Juan Carlos  
Pedroso. II. Bitar, Renata Bitar. III. Ferreira,  
Lydia Masako.

20-44355

CDD-617.919


NLM-WO-179

#### Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados pré-operatórios : Procedimentos clínicos  
: Medicina 617.919

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129





Dedico este livro a todas as mulheres transexuais, que sofrem duplamente com a transfobia e misoginia e que lutam todos os dias pelo simples direito de existir. Desejo que o conteúdo apresentado, de alguma forma, contribua positivamente para que a jornada de transformação exterior seja mais leve.

Um especial agradecimento às mulheres que participaram da elaboração e validação do material, por compartilharem suas histórias e seus olhares. Conhecê-las ampliou o meu olhar e enriqueceu minha vida. Também agradeço às mulheres da minha família, minha avó Ruth, minha tia-avó Lili e minha bisavó Benedita por me inspirarem com suas histórias lindas e potentes. À minha mãe, Mara, que tem sido uma grande companheira nessa aventura chamada vida, agradeço com todo o meu afeto e admiração.

**“Não se nasce mulher,  
torna-se mulher”**

*Simone de Beauvoir*

# ÍNDICE

- 01. *INTRODUÇÃO*
- 02. *TRANSEXUALIDADE & DISFORIA*
- 12. *ASPECTOS PSICOLÓGICOS*
- 20. *DIFERENÇAS ANATÔMICAS ENTRE  
O ROSTO MASCULINO & FEMININO*
- 45. *TERAPIA HORMONAL na FEMINIZAÇÃO*
- 56. *ADOLESCENTES*
- 59. *PROCEDIMENTOS MINIMAMENTE  
INVASIVOS*
- 70. *CIRURGIA de FEMINIZAÇÃO FACIAL*
- 112. *OUTRAS CIRURGIAS:  
CONDROLARINGOPLASTIA, LIFTING,  
BICHECTOMIA E LOBULOPLASTIA*
- 118. *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS*
- 122. *INTERCORRÊNCIAS*
- 128. *REALIDADE ATUAL DO SUS  
& PLANOS DE SAÚDE*
- 130. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*



# INTRODUÇÃO

01

Este livro é produto de meu Mestrado desenvolvido no Curso de Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) e foi escrito com objetivo de disseminar informações científicas confiáveis para a comunidade transexual e pessoas cisgêneras que fazem parte de seu convívio social.

A motivação veio de pesquisa através de questionários on-line com 32 mulheres transexuais, que evidenciou que 79% obtêm informação de fontes não confiáveis como grupos de WhatsApp ou Facebook e sites e que 93% consideraram ser importante ter mais informações sobre o tema.

O conteúdo foi elaborado com metodologia científica, garantindo a veracidade das informações apresentadas. O texto traz um conteúdo detalhado sobre as cirurgias de feminização facial, terapia hormonal e procedimentos não cirúrgicos.

A transição de gênero é um processo longo e individual, por vezes árduo, mas que proporciona alívio ao desconforto muitas vezes sentido pelas pessoas transgêneras. A complexidade de cada etapa requer informação de qualidade para fortalecer o processo de tomada de decisão.



# TRANSEXUALIDADE

02

## & DISFORIA

Tradicionalmente as pessoas foram divididas entre sexo feminino e masculino. A partir de 1964, o termo gênero passou a ser empregado pelo psicólogo Robert Sttoller para diferenciar sexo e identidade social e psíquica. Sexo é um termo biológico que leva em consideração a anatomia, como a forma dos genitais, enquanto gênero é um termo psicológico e cultural que considera a forma como a pessoa se percebe, se expressa e se comporta.

Historicamente pensou-se que alguém do sexo feminino automaticamente pertenceria ao gênero feminino e vice-versa em relação ao sexo masculino. Essa ideia evoluiu e atualmente o conceito de variabilidade de gênero já está bem estabelecido.

A identidade de gênero está relacionada à experiência interna de uma pessoa de sentir-se homem, mulher ou outra. Papéis de gênero são um conjunto de normas sociais e comportamentais consideradas apropriadas para pessoas de um determinado sexo. Esses papéis variam culturalmente e frequentemente são estereotipados. A variabilidade, ou não conformidade de gênero, ocorre quando o indivíduo manifesta uma expressão de gênero diferente das expectativas sociais relacionadas a seu sexo.

Os primeiros registros históricos sobre transexualidade datam do século XV. No estudo “Transexualismo, identidade feminina: transcrição 1”, de 1988, Millot menciona uma revista francesa, que relata a história de uma mulher que chegou “como homem” a um povoado, casou-se por duas vezes e apenas em idade avançada, ao ficar doente, soube-se de sua anatomia feminina.





Define-se como transexual o indivíduo cuja identidade de gênero difere do esperado de acordo com o sexo identificado ao nascimento. Transexual feminina é a mulher que ao nascimento foi designada como homem e transexual masculino é o homem que ao nascer foi designado como mulher.

Transexualidade, ou incongruência de gênero, não é considerado doença. A 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), insere a variabilidade de gênero no capítulo sobre condições relacionadas à saúde sexual.

Uma vez que o censo demográfico, realizado a cada 10 anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não inclui questionamentos sobre a identidade de gênero dos entrevistados, devemos trabalhar com estimativas dos movimentos sociais. De acordo com estimativa da ANTRA<sup>1</sup>, aproximadamente 2% da população brasileira é transexual. Isso representaria cerca de 4,2 milhões de pessoas que se identificam como transexuais no Brasil.

Sabe-se que a comunidade trans enfrenta muitos desafios. Um deles é a disforia de gênero, manifestada em diferentes graus pela maior parte das pessoas transexuais. É caracterizada como o sentimento permanente de angústia ou mal-estar decorrente da incompatibilidade entre a própria identidade e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento. A disforia se manifesta de forma variável e pode causar diversas psicopatologias, como ansiedade e depressão, entre outras.

Outro desafio, que também impacta na saúde mental, é o forte estigma associado a pessoas transexuais, que leva a preconceito e discriminação, causando o



chamado estresse de minoria. Esse conceito aponta para uma relação de causa e efeito entre ser minoria e desenvolver doenças psicológicas. Também pode contribuir para situações de abuso e negligência nas relações afetivas e familiares.

Não há dúvida que as doenças psicológicas mencionadas são socialmente provocadas e não inerentes ao fato de ser transexual. Isso está claro nas Normas de Atenção à Saúde das Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero desenvolvida pela WPATH<sup>2</sup>.

A disforia de gênero é considerada uma doença mental pela quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Essa classificação é importante pois demonstra que o sofrimento disfórico, quando presente, necessita ser identificado e tratado. Em outras palavras, transexualidade e variabilidade de gênero não são doenças, mas a disforia de gênero é e deve ser considerada sempre.

---

**1. ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais**

*Fundada em 1997, apoia a comunidade trans através da promoção de campanhas informativas, mapeamento e denúncia da violência transfóbica e apoio à ações de prevenção à saúde, entre outros. Para saber mais, acesse: [www.antrabrasil.org](http://www.antrabrasil.org) e siga no instagram @antra.oficial*

**2. WPATH - World Professional Association for Transgender Health**

*Fundada em 1979, a entidade tem representação internacional e foi pioneira na luta pelos direitos da comunidade transexual. Saiba mais em [www.wpath.org](http://www.wpath.org)*



Há critérios bem definidos para o diagnóstico de disforia de gênero em adultos e adolescentes. Tais critérios estão apresentados no quadro a seguir. Para confirmar o diagnóstico é necessário apresentar o item A e pelo menos 2 dos 6 critérios no item B. Note-se que o desejo de modificar o corpo não é necessário para o diagnóstico.





# CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DISFORIA DE GÊNERO EM ADOLESCENTES & ADULTOS

A. Sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida

Critério obrigatório

B. Contradição acentuada entre o gênero expresso e o gênero designado, com duração de pelo menos 6 meses, manifestada por no mínimo 2 dos 6 critérios a seguir:

1. Incongruência acentuada entre o gênero expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias<sup>1</sup>

2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias (em adolescentes jovens pode se apresentar como desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais previstas)

3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero

4. Forte desejo de pertencer a outro gênero

5. Forte desejo de ser tratado como outro gênero

6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos de outro gênero



---

1. *Caracteres sexuais são características externas que permitem diferenciar visualmente pessoas do sexo masculino e do feminino. Esses caracteres são divididos entre primários e secundários. Os aspectos primários são determinados geneticamente e os secundários surgem após a puberdade por influência hormonal. Por exemplo, a presença de pênis é um caractere sexual primário em homens, enquanto a ausência de barba é um caractere sexual secundário em mulheres.*

O objetivo do tratamento é ajudar pessoas com esse tipo de desconforto a explorarem suas identidades de gênero e encontrarem um papel de gênero que seja confortável. As opções terapêuticas incluem a psicoterapia, a terapia hormonal e as cirurgias de redesignação do rosto e corpo. O tratamento deve ser individualizado de acordo com a necessidade específica de cada pessoa.

A psicoterapia auxilia na exploração da identidade e da expressão de gênero, de forma a melhorar a autoimagem e a integração social e, de forma geral, está indicada para todas as pessoas que sofrem de disforia.





Transexualidade  
e variabilidade  
de gênero não  
são doenças,  
mas a disforia de  
gênero é e deve  
ser considerada  
sempre.

# REFERÊNCIAS

## TRANSEXUALIDADE E DISFORIA

**Ainsworth TA, Spiegel JH.** Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery, *Qual Life Res* 2010;19:1019-1024

**Arán M, Murta D, Lionço T.** Transexualidade e saúde pública no Brasil. *CiencSaúdeColetiva* 2009; 14:1141-9.

**Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 R). in: Association AP, editor: American Psychiatric Pub; 2013.

**Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ,** et al. Transgender feminization of the facial skeleton. *ClinPlastSurg* 34: 557, 2007.

**Benevides BG, Nogueira SNB.** Dossiê Assassinatos e Violência Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020. Associação Nacional De Travestis E Transexuais Do Brasil.

**Benjamin H. The Transsexual Phenomenon.** *Trans. N. Y. Acad. Sci.* 1967 Feb;29(4): 428-30.

**Bizic MR, Jeftovic M, Pusica S,** et al. Gender Dysphoria: Bioethical Aspects of Medical Treatment. *Biomed Res Int.* 2018; 2018: 9652305. Published 2018 Jun 13.

**Bockting WO.** Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies.* 2008;17(4):211-24.



**Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J**, et al. Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.

**Costa, AB, Filho, HTR, Pase, PF**, et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigrant Minority Health* 20, 115–123 (2018).

**Davey A, Bouman WP, Arcelus J**, et al. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med* 11:2976, 2014.

**Esmonde N, Najafian A, Penkin A, Berli JU**. The Role of Facial Gender Confirmation Surgery in the Treatment of Gender Dysphoria. *J Craniofac Surg*. 2019;30(5):1387-1392.

**Gilman SL**. *Creating Beauty to Cure the Soul: Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham, NC: Duke University Press. (1998).

**Hess J, Neto RR, Panic L**, et al. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. *StschAerzteblatt Online* 2014; 111:795-801.

**Morrison SD, Capitán-Cañadas F, Sánchez-García A**, et al. Prospective Quality-of-Life Outcomes after Facial Feminization Surgery: An International Multicenter Study. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Jun;145(6):1499-1509.

**Reisner SL, Poteat T, Keatley J**, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016; 388(10042): 412-436.



# ASPECTOS *PSICOLÓGICOS*

Escrito por Fe Maidel<sup>1</sup>

Nossa cultura privilegia e celebra a heterossexualidade, marginaliza e discrimina a homossexualidade e atribui, ao mesmo tempo, enorme importância à sexualidade. Embora sentimentos e identidades sexuais se manifestem no corpo biológico, a sexualidade e a identidade de gênero são mais do que somente “corpo”. A experiência individual, carregada de pressões e vigilância sociais, se traduz em comportamentos e expressões da sexualidade e da identidade de gênero a partir do que é esperado de forma “naturalizada” pelo grupo social e tem tanto a ver com nossas crenças, ideologias e imaginações quanto com nosso corpo físico. Não há, necessariamente, correspondência direta entre as expectativas do que é considerado “normal” ou “certo”. Desejos, sentimentos, a forma dos corpos e como os indivíduos atuam esses componentes de forma complementar frequentemente não convergem de forma espontânea, mostrando que a sexualidade e a identidade de gênero não são resultado de simples evolução.

A visão que cada pessoa tem de si é uma das construções mais importantes que o indivíduo utiliza para entender-se como tal. A elaboração desse conceito mostra-se fundamental, pois é a partir dele que se constroem os vínculos, os afetos, a socialização e, expressando-os, torna-se possível o pertencimento, a autonomia e a visibilidade.



O tema passabilidade é sempre muito presente nas conversas sobre transição. Esse termo é usado quando uma pessoa se expressa de acordo com sua identidade de gênero e em desacordo com seu sexo biológico. As implicações são importantes para se poder entender como essa expressão tem sido interpretada e o que pode significar para quem o presencia pois carrega, em si, a argumentação frequente de pessoas “CIS”, a ideia de disfarce e personagem, que ludibria ou iludi os sentidos. Seria essa a intenção das pessoas trans? Na fala dessas pessoas há exatamente o oposto: a ilusão está em permanecer dentro dos padrões do que se considera “certo” e a passabilidade vem de encontro ao anseio da autenticidade, indicando quão próxima se está da imagem que se tem de si mesma. Aqui, o engano estaria em permanecer dentro dos padrões do que se chama “normalidade”.

---

1. *Fe Maidel é graduada em Psicologia (UNIP, 2015) e em Comunicação Social (FAAP,1990). Especialista em Sexualidade e Gênero pelo IMS/UERJ (2019). Trabalha como assessora na Coordenação de Políticas LGBTI da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania do Município de São Paulo, na gestão do programa Transcidadania, e atua na Presidência do Conselho Municipal de Políticas LGBTI de São Paulo no ano 2021.*









Falar em passabilidade implica refletir a partir de quais princípios se entende a existência e aquilo que a sociedade em que se está inserido imagina como natural. Esteja ou não relacionada a tratamentos médicos/cirúrgicos, toda transição tem o potencial de gerar ansiedade em relação ao resultado, das transformações que o processo pode trazer. No entanto é preciso entender que transicionar entre gêneros tem a ver com lidar com suas construções, sua formação como pessoa e o entendimento de si junto ao processo de exteriorização desse eu. É somente a partir desse ponto que a intervenção cirúrgica ou hormonal, caso venha a acontecer, seria bem-vinda.

Respeitar o tempo individual permite à pessoa entender os limites, os bloqueios, os contornos de quem/ como/o que se é. Só é possível ter perspectivas positivas em relação à transição se houver, como princípio e fundamento, a autoaceitação. E a passabilidade está sempre presente, seja no desejo, seja na expressão de si.

As pessoas, ao manifestarem sua individualidade, diferem umas das outras em questões marcantes como gênero e sexualidade. As pessoas hoje querem se conhecer, explorar, trocar experiências, e passaram a criticar os rótulos impostos pela “normalidade”. O momento que vivemos expressa essa crítica, trazendo a possibilidade da ambivalência. Há diferenças na percepção de si entre transexuais, travestis e pessoas não-binárias (identidades de gênero que não são estritamente masculinas ou femininas), quanto ao gênero e sexualidade.

Entender a demanda individual, explorar o seu significado, os sentimentos nutridos a respeito de si e a profundidade que cada pessoa consegue atingir é a base do trabalho em psicologia. Isso se contrapõe ao senso



comum, que determina a identidade das pessoas a partir do corpo, afirmando “homem” como aquele que possui o pênis e “mulher” como aquela que apresenta vulva, numa referência quase exclusiva à genitália externa. Essa visão, endossada pelo conhecimento biomédico vigente desde o século XIX, influencia o modo pelo qual cada indivíduo deve se sentir e se comportar em conformidade à sua corporalidade, inferindo que isso seja o que temos de mais “natural” e particular, limitando as vivências e possibilidades que cada pessoa tem para se construir e a partir das quais organizará a sua identidade e percepção de gênero.

No entanto, mesmo após mais de um século de estudos, não há respostas conclusivas acerca de uma origem/causa biológica ou psicológica das identidades trans, sendo mais viável pensá-las como possibilidades de vivenciar a humanidade. Isso não significa que essas identidades sejam escolhas do livre arbítrio individual. O que, eventualmente, pode ser pensado como “escolha” é o ato de tornar pública a expressão da própria sexualidade e da identidade de gênero, e não a orientação em si, o que muitas vezes representa para o indivíduo uma conquista política e subjetiva.

As pessoas que trazem à clínica psicológica questões relacionadas à temática “trans” falam não só de gênero e sexualidade, mas também de separação, carreira, trabalho e filhos. A forma como cada pessoa percebe a realidade influencia radicalmente suas escolhas e essas mudam de acordo com o momento vivido por cada um. Deve-se constantemente rever os passos e as escolhas, reavaliar seus sentidos, questionar como seriam feitas no aqui/agora. O que traz a pergunta: se nossas escolhas variam sob as influências que sofreremos, como garantir que fazemos as melhores escolhas? Simplesmente, não há como garantir. Escolhemos nossos caminhos baseados em premissas, valores e crenças, que devem ser reavaliadas e questionadas, o que nos atualiza todo o tempo.



Quem tem a questão trans como demanda principal precisa de interlocutores que tenham explorado o tema em profundidade, precisa de uma atuação sensível e não necessariamente relacionada exclusivamente à temática identitária. É preciso ressaltar, de qualquer forma, que questões que envolvam medicação ou procedimentos invasivos devem ser acompanhadas por profissionais especializados.



“Quando você imagina um jeito de ser e se apaixona por ele, e faz de tudo para alcançar este estado, será que vai continuar apaixonado, mesmo depois de alcançar o que almeja?”. Semente para pensar a passabilidade.  
(Werneck, H. 2018)

# REFERÊNCIAS

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS

**Barbara Kuhnen 1, Franciellen de Barros 1, Clemente Maia da Silva Fernandes 1, Mônica da Costa Serra 1.** Cirurgia de feminização facial em transexuais: reflexões éticas e forenses. Revista Bioética vol.28 no.3 Brasília Jul./Set. 2020.

**Carrara, Sérgio,** et al. (2010) Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade V. 1. Rio de Janeiro, CEPESC. Brasília-DF, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

**Sívorí, Horácio.** Entrevista. Disciplina 3 – Sexualidade e Orientação Sexual. Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade V.1. Rio de Janeiro: CEPESC. Brasília-DF, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

**Varginha, Eduardo S.; Nunes, Carlos Pereira.** CIRURGIA DE FEMINIZAÇÃO FACIAL EM PACIENTES TRANSGÊNEROS; Revista de Medicina de Família e Saúde Mental Vol. 1. No 1 (2019) p. 109-120.

**Werneck, H.** Comunicação particular. 2018.



# DIFERENÇAS ANATÔMICAS ENTRE O ROSTO MASCULINO & FEMININO

Este capítulo aborda as diferenças anatômicas entre o rosto masculino e feminino para servir de partida à explicação detalhada de cada cirurgia. Não há um padrão único do que é masculino ou feminino e as características faciais que compõem um rosto não devem ser analisadas isoladamente.

O efeito dos hormônios masculinos, como a testosterona e seus derivados, especialmente na puberdade, leva ao desenvolvimento de características faciais relacionadas com a identidade de gênero, que podem ser divididas em aspectos primários e secundários.





# Aspectos Primários:

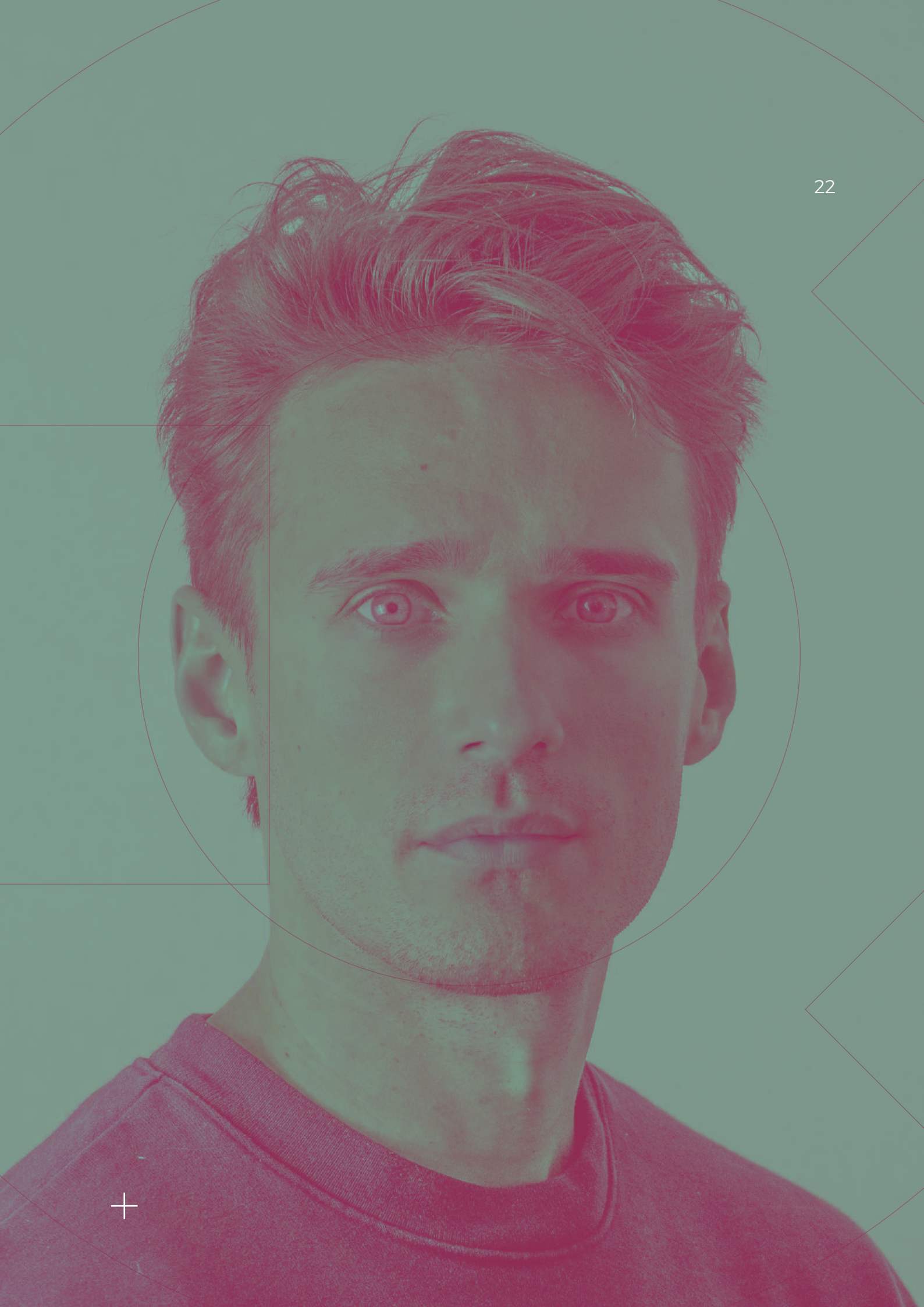
## Gênero do Esqueleto Craniofacial

Os aspectos primários são as características determinadas pelo desenvolvimento do esqueleto craniofacial e diferenciam o crânio e face masculino e feminino de forma significativa.

O esqueleto facial masculino costuma apresentar maior volume ósseo e algumas características bem definidas que o diferenciam de seu correspondente feminino. Essas características de diferenciação são observadas em diversas regiões, como:

- complexo frontonasal-orbital (testa)
- nariz
- região malar (maçã do rosto)
- mandíbula
- mento (queixo)
- dentição
- cartilagem tireoidiana (pomo-de-Adão)









osso frontal

osso nasal

osso zigomático

arcada dentária superior

ramo da mandíbula

mento

cartilagem tireoideana



# Complexo Frontonasal-orbital

O complexo frontonasal-orbital é fundamental na determinação do gênero facial.

Compõem a região: fronte (testa), arcada supraciliar (base da sobrancelha), glabella (região entre as sobrancelhas), órbitas e têmporas.

Em geral a região, também conhecida como “bossa frontal”, é mais pronunciada e apresenta maior volume ósseo no esqueleto masculino, dando uma aparência mais “para frente” e mais forte.

Essas estruturas ósseas influenciam diretamente no músculo e na pele, ou seja, na posição das sobrancelhas e pálpebras. As sobrancelhas masculinas são mais retas e estão posicionadas na borda superior do osso da órbita, enquanto as sobrancelhas femininas são mais arqueadas e costumam ser posicionadas mais altas. Já as pregas palpebrais masculinas costumam ser mais baixas. Enquanto homens caucasianos (brancos europeus) geralmente apresentam o sulco palpebral localizado a 7 ou 8 milímetros acima da linha dos cílios, em mulheres a distância costuma variar entre 10 e 12 mm. Em indivíduos de outras raças/etnias, as pregas podem ser mais baixas ou ausentes tanto em homens, quanto em mulheres.

Outra diferença está no posicionamento dos olhos. O eixo intercantal é a linha imaginária que liga o canto interno (próximo ao nariz) e externo dos olhos (próximo à orelha). As mulheres costumam ter esse eixo inclinado, com o canto externo um pouco mais elevado que o interno.

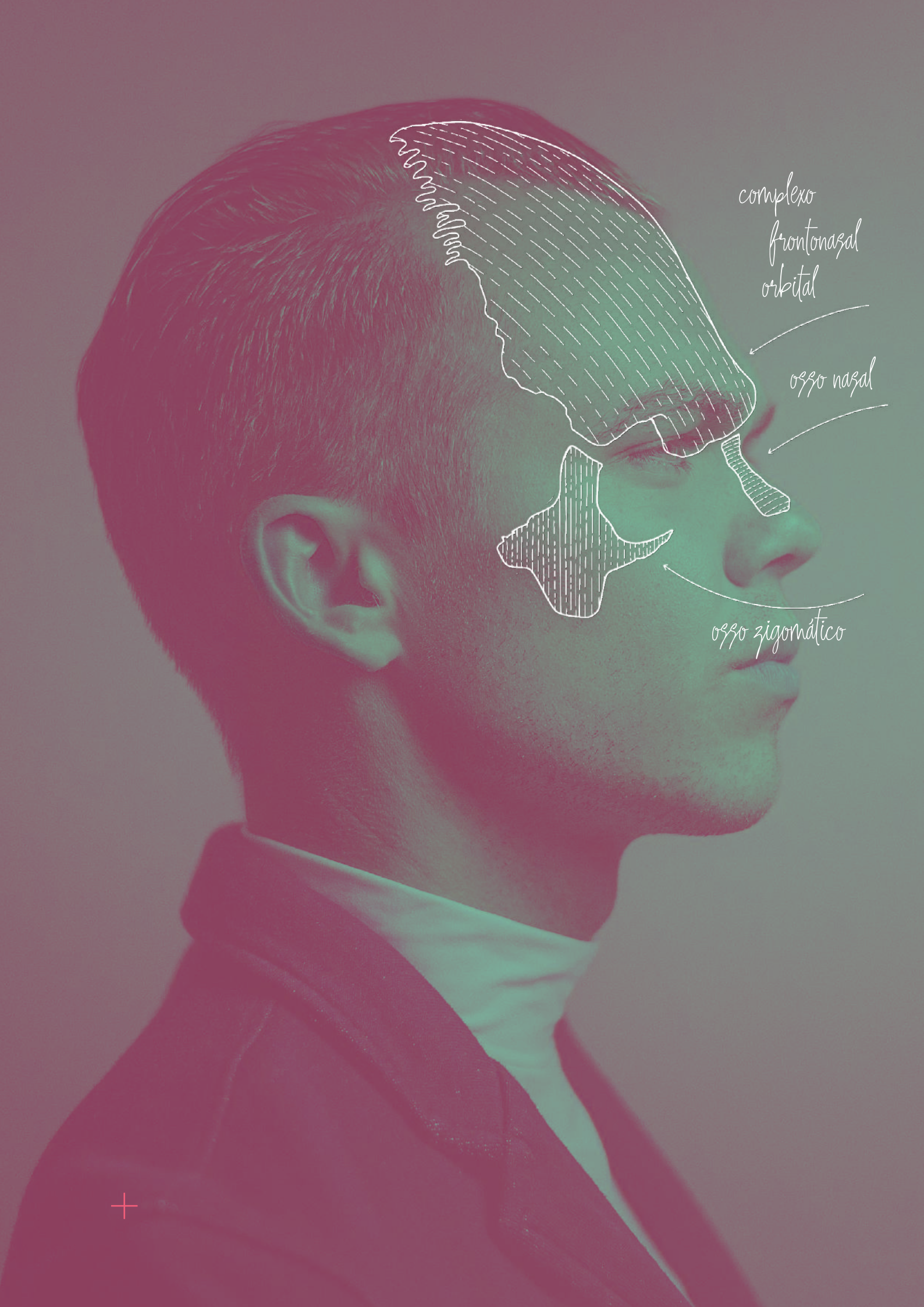




**Complexo  
Frontonasal-orbital**







complesso  
frontonazale  
orbitale

osso nasale

osso zigomatico



# Nariz

O nariz masculino, em geral, é maior do que o feminino, pois possui mais osso e cartilagem. Homens brancos europeus costumam ter a raiz nasal (região mais funda, entre os olhos) mais profunda do que mulheres. Além disso, os homens costumam ter o dorso do nariz mais alto, em formato reto ou convexo (saltado para cima) em comparação com o dorso feminino que é mais baixo e tende a ser um pouco côncavo (arrebicado).

Quanto à ponta nasal, homens têm a ponta do nariz mais baixa, formando um ângulo entre 90 e 95 graus entre o nariz e o lábio, em comparação com um ângulo feminino de 100 a 115 graus.

Essas diferenças são mais nítidas no dorso e ponta do nariz.





Nariz







dorso

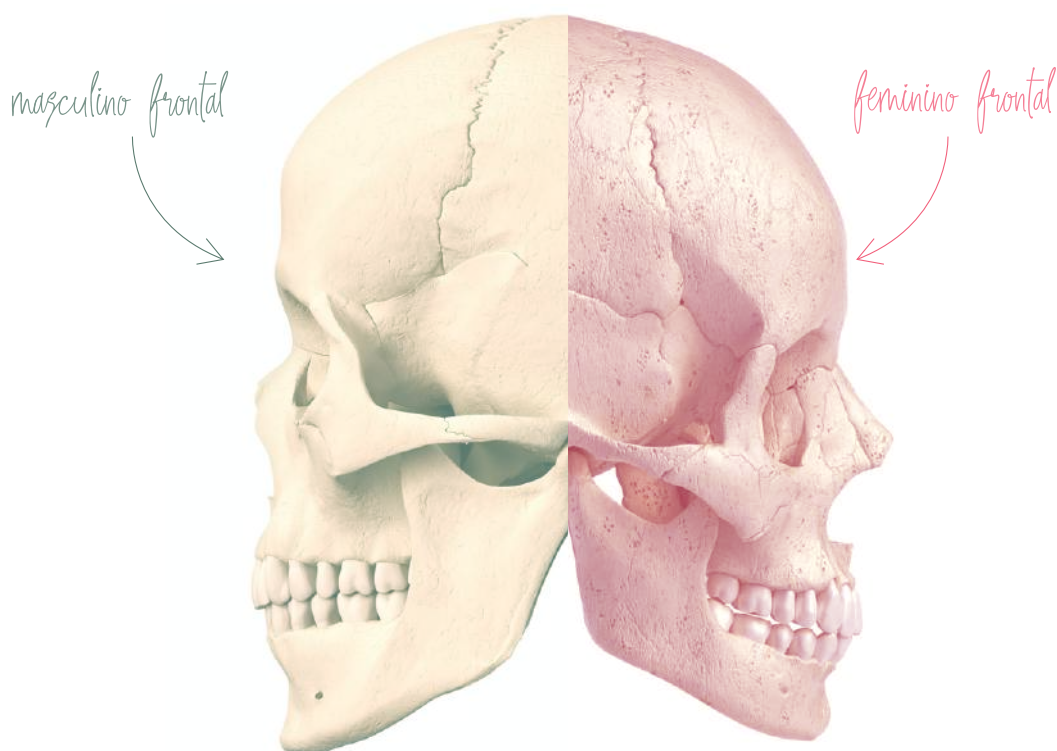
ponta

angulo  
nasolabial



## Região Malar

Como dito anteriormente, a estrutura óssea masculina é mais desenvolvida devido a maior quantidade óssea, portanto o volume do osso zigomático (osso na região da maçã do rosto) é maior em homens. No entanto, bochechas proeminentes e redondas são características femininas, uma vez que mulheres apresentam maior concentração de gordura na região, ou seja, neste caso, o maior volume não é causado por osso e sim por tecidos moles.



*Diferenças do crânio masculino e feminino em visão lateral. No perfil masculino nota-se maior projeção do osso frontal e complexo frontonaso-orbital. No perfil feminino percebe-se o osso zigomático menos desenvolvido e a mandíbula mais curta.*



## Lábios

Homens costumam ter os lábios mais finos e, de maneira geral, a distância entre o lábio superior e o nariz é maior nos homens, o que determina menor exposição dos dentes superiores quando a boca está aberta.

## Mandíbula

A região da mandíbula também é um dos pilares das características de gênero craniofacial.

Os homens geralmente apresentam o ramo mandibular mais alto e o ângulo da mandíbula mais quadrado, criando uma aparência mais definida e forte. Outra diferença é que o osso da mandíbula tende a ter maior volume ósseo, fazendo com que o terço inferior da face seja mais largo em homens do que em mulheres.

A musculatura também apresenta diferença. O volume do músculo masseter é frequentemente maior em homens, deixando a parte inferior da face com aparência mais cheia.

## Queixo

O queixo também apresenta diferença entre os sexos. Costuma ser mais largo, quadrado e projetado para frente em homens. Já nas mulheres, mais fino e delicado.

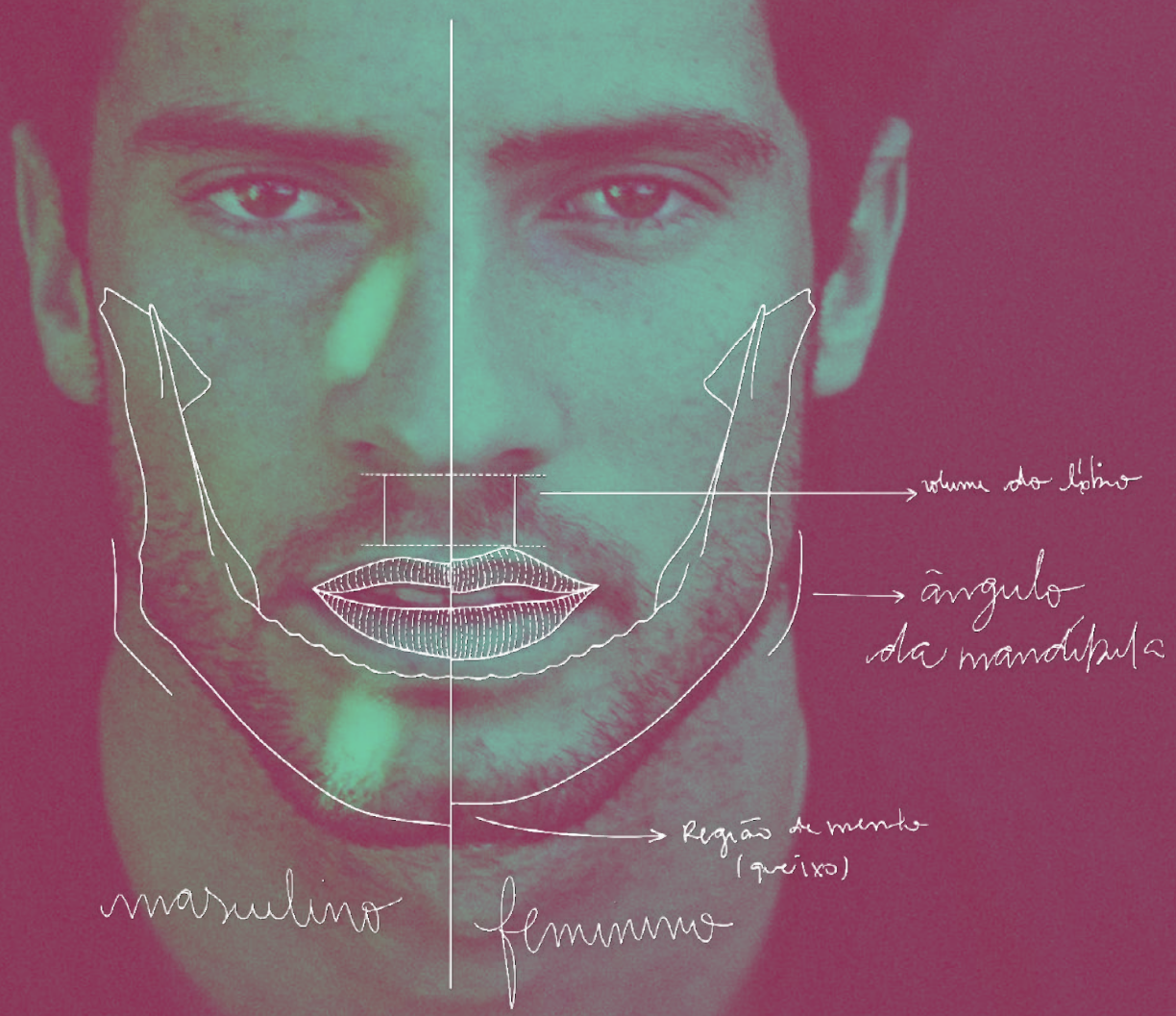




**Lábios**  
**Mandíbula**  
**Queixo**









## Dentição

Os dentes masculinos, principalmente os incisivos (caninos), têm formato mais quadrado e com cantos afiados, enquanto os dentes femininos tendem a ter um contorno arredondado e podem ser menores no geral.

Mas essa não é uma linha terapêutica padrão na feminização facial atual, existindo poucos protocolos estabelecidos nessa área.



## Cartilagem Tireoidiana

A cartilagem tireoidiana, ou Pomo-de-Adão, compõe a traqueia, órgão relacionado à respiração e à fala. Há diferenças entre a traqueia masculina e feminina, mas essas não são perceptíveis. No entanto, a cartilagem tireoidiana é maior e mais proeminente, representando uma das características mais importantes do gênero masculino.





**Pomo-de-  
Adão ou  
Cartilagem  
Tireoidiana**

36





pomo de adão



## Aspectos Secundários:

Além das características faciais estruturais, diversos traços secundários são importantes na identificação do gênero facial. Dentre esses aspectos estão o cabelo e o formato da linha capilar, os pelos do rosto, a textura da pele e a quantidade e distribuição da gordura facial.

Conceitualmente as características secundárias devem ser abordadas antes do tratamento cirúrgico estrutural.

### Cabelos

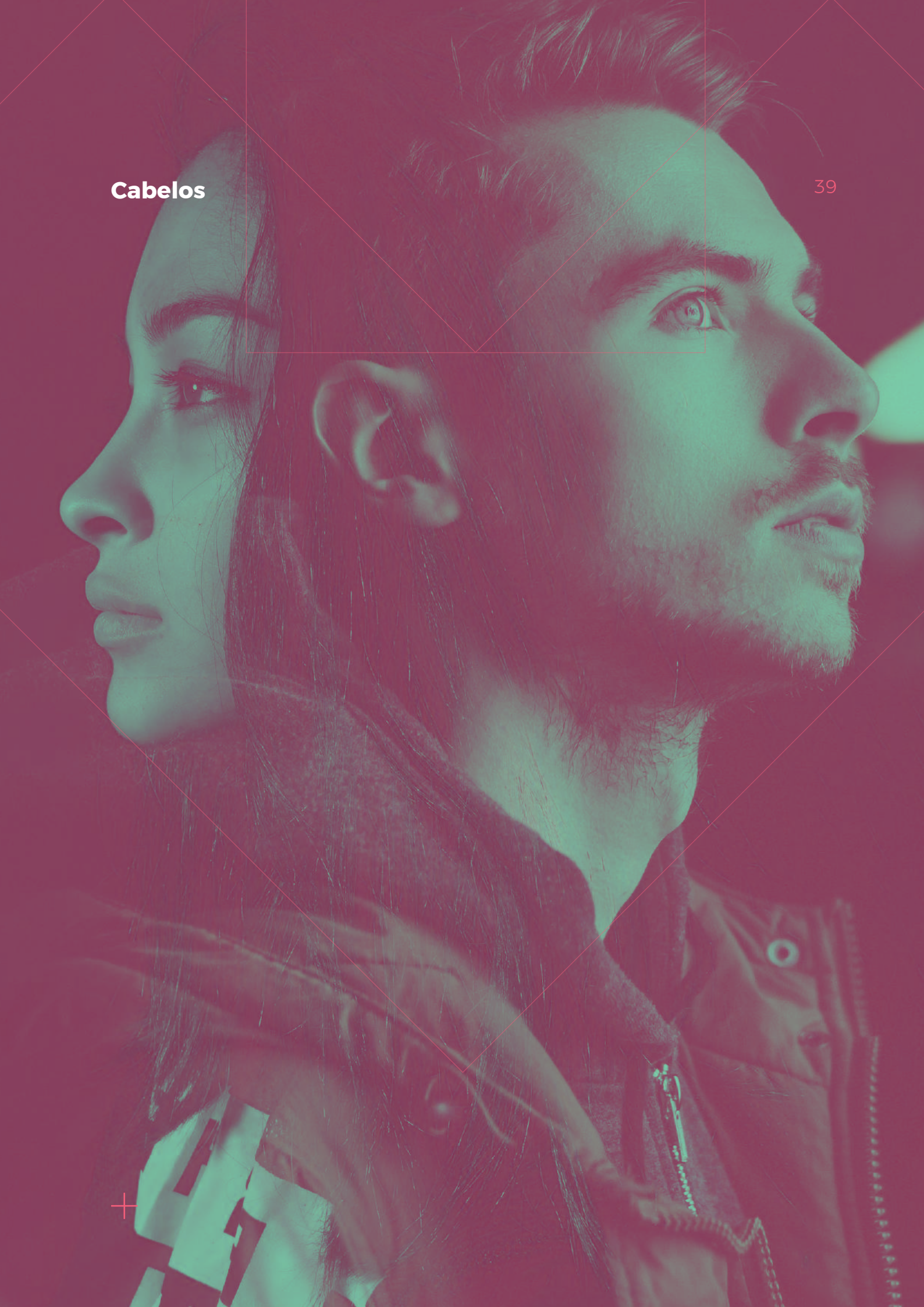
O formato do couro cabeludo em homens normalmente é em forma de M, com entradas nas têmporas, enquanto as mulheres têm linha do cabelo mais arredondada. Além disso, os homens costumam ter a linha capilar mais alta, especialmente à medida que envelhecem, pois são comumente afetados pela calvície, ou alopecia androgênica, que é perda de cabelos por influência hormonal.

### Pelos Faciais e Textura da Pele

Homens apresentam pelos espessos no rosto e pescoço, compondo a barba e bigode. Tais pelos, em grande parte, deixam a pele mais grossa e oleosa.









**Pelos Faciais e  
Textura da Pele**

40





## Gordura Facial

A quantidade e distribuição de gordura facial são muito influenciados por hormônios. Mulheres apresentam maior quantidade de gordura facial e mais concentrada na região malar, também conhecida como maçã do rosto.

Estas características tendem a responder bem à terapia hormonal.



compartimento de  
gordura malar  
(mais desenvolvido  
em mulheres)





Os três pilares  
na identificação  
de gênero  
craniofacial são:  
testa/orbitas,  
nariz,  
mandíbula/queixo

# REFERÊNCIAS DIFERENÇAS ANATÔMICAS

**Deschamps-Braly JC.** Facial Gender Confirmation Surgery: Facial Feminization Surgery and Facial Masculinization Surgery. Clin Plast Surg. 2018 Jul;45(3):323-331.

**Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A.** Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. J R Soc Med. 2017;110(4):144-152.

**Morrison SD, Vyas KS, Motakef S, Gast KM, Chung MT, Rashidi V, Satterwhite T, Kuzon W, Cederna PS.** Facial Feminization: Systematic Review of the Literature. Plast Reconstr Surg. 2016 Jun;137(6):1759-1770.

**Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J.** Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. Rev Endocr Metab Disord. 2018;19(3):199-220.

**Ousterhout DK. Feminization of the forehead:** contour changing to improve female aesthetics. Plast Reconstr Surg [Internet]. 1987;79(5):701.

**Spiegel JH.** Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty. Laryngoscope 121: 250, 2011.



# TERAPIA HORMONAL

45

## NA FEMINIZAÇÃO

Pessoas transgênero geralmente se beneficiam de terapia hormonal como parte integrante do tratamento de feminização. A terapia consiste em utilizar medicamentos à base de hormônios para causar modificações no corpo masculino, deixando-o mais próximo do desejado.

É uma intervenção médica recomendada para muitas pessoas transexuais e com variabilidade de gênero que sofrem com disforia de gênero. No entanto, sua indicação deve ser individualizada com base no propósito de cada pessoa, levando em consideração a existência de condições médicas e, também, a situação socioeconômica.

### Critérios para a terapia hormonal de feminização

1. *Disforia de gênero persistente*
2. *Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento*
3. *Maioridade (se menor de idade deve ter consentimento dos pais ou responsáveis)*
4. *Não haver problemas de saúde ou de saúde mental*

*Adaptado das Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH) - Versão 2012.*



As principais mudanças induzidas pela terapia hormonal são diminuição de pelo facial e corporal, crescimento de mama, diminuição da função erétil, diminuição do tamanho dos testículos e aumento da porcentagem de gordura corporal em comparação com a massa muscular. As alterações são gradativas e, geralmente, ocorrem no curso de 2 anos. O grau de mudança e o tempo exato dos efeitos podem variar de acordo com o tipo de medicamento, dose e via de administração (se o remédio é oral, trans dérmico/adesivo ou injetável), além de características individuais de cada pessoa.

Há diversos protocolos de terapia hormonal e, até o momento, não há consenso sobre superioridade de algum regime.

O profissional indicado para guiar a terapia hormonal é o médico endocrinologista que, através da consulta e exames apropriados, indicará para cada pessoa não apenas os tipos de medicamentos, mas também, as doses adequadas.

Os exames de laboratório indicados, antes e após a introdução dos medicamentos, costumam ser hemograma completo, perfil lipídico, glicose sérica, eletrólitos e enzimas hepáticas. Os níveis dos hormônios estradiol e testosterona também devem ser monitorizados. O alvo dependerá do objetivo de cada mulher e dos medicamentos utilizados.

No primeiro ano de terapia hormonal as consultas acontecem a cada 3 meses, em média. Havendo boa resposta e estabilização hormonal, o acompanhamento pode ser entre 6 e 12 meses.



## Efeitos e tempo esperado dos Hormônios Feminizantes

Efeito	Início esperado	Máximo efeito esperado
Redistribuição da gordura corporal	3-6 meses	2-5 anos
Diminuição da massa muscular / força	3-6 meses	1-2 anos
Suavização da pele / diminuição da oleosidade	3-6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1-3 meses	1-2 anos
Diminuição de ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual masculina	variável	variável
Crescimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção de esperma	variável	variável
Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial	6-12 meses	> 3 anos
Calvície de padrão masculino	Sem rebote, perda se detém 1-3 meses	1-2 anos

Fonte: Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH) - Versão 2012.



## *Medicações usadas para feminização:*

A maioria dos protocolos de tratamento combina um hormônio feminino com um medicamento anti-androgênico, ou seja, que inibe os efeitos dos hormônios masculinos.



## Hormônio feminino

O estrogênio é o principal hormônio sexual feminino, responsável pelos caracteres sexuais secundários, como tamanho das mamas e distribuição de pelos pubianos. Há vários tipos de estrogênio, mas, atualmente, o mais utilizado é o estradiol, que pode ser administrado por via oral, trans dérmica/adesivo ou injetável.

A dosagem usual de estradiol oral é de 2 mg ao dia, mas pode ser modificada de acordo com as necessidades e tolerância de cada mulher. Na forma injetável é aplicado quinzenalmente.

Os adesivos trans dérmicos de estradiol estão associados a um menor risco de tromboembolismo e são preferidos, especialmente, para mulheres com mais de 45 anos de idade, com histórico de doença tromboembólica venosa, presença de fatores de risco para doença cardiovascular ou tabagismo.

Outros tipos de estrogênio, como o etinilestradiol e estrogênios conjugados, não são mais recomendados pois apresentam altas taxas de complicação tromboembólica.





## Antiandrógenos

As drogas anti-androgênicas diminuem a quantidade de testosterona produzida, assim como seu efeito nos tecidos e, conseqüentemente, suavizam características masculinas. Além disso, conseguem diminuir a dose necessária de estrogênio, o que tem impacto direto no risco de efeitos adversos.

Ciproterona: importante medicamento antiandrógeno é a principal medicação utilizada no Brasil e na Europa. A função do fígado deve ser monitorizada por exames de sangue periódicos devido ao risco de toxicidade hepática (dano ao fígado), dose dependente (quanto maior a dose, maior o risco). A dose recomendada está entre 25mg e 50mg por dia.

Espironolactona: é um diurético utilizado para tratamento de pressão alta que apresenta efeitos antiandrogênicos. A pressão arterial e os níveis de potássio sanguíneo devem ser acompanhados. As doses variam de 25 mg a 300 mg ao dia.

Agonistas de GnRH (ex: goserrelina): são neuro-hormônios que bloqueiam o receptor do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), impedindo a liberação dos hormônios folículo estimulante e luteinizante. Conseqüentemente, a produção hormonal dos testículos é bloqueada de forma muito eficaz. Ainda são pouco utilizados devido ao alto custo e administração difícil, apenas na forma de injeções ou implantes.

Inibidores 5-alfa-redutase (ex: finasterida e dutasterida): bloqueiam a conversão de testosterona em 5-alfa-dihidrotestosterona. Esses medicamentos têm efeitos benéficos sobre a perda de cabelo, calvície.



# Antiandrógenos



## Terapia hormonal antes da redesignação sexual

A terapia hormonal é um critério recomendado para tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero. De acordo com a Associação Profissional Mundial para Saúde de Transgênero (WPATH) é preconizado que seja realizado ao menos 1 ano de terapia hormonal antes de cirurgias de redesignação corporal, sejam elas genitais ou mamárias. No entanto, ainda não há recomendação clara explícita sobre a terapia hormonal prévia em casos de cirurgia de feminização facial. Apesar disso, a maioria dos profissionais considera ser necessária a transição hormonal para melhores resultados cirúrgicos.

## Terapia hormonal depois da redesignação sexual

No caso das mulheres que têm indicação e desejo de cirurgia de redesignação sexual (nessa cirurgia os testículos são retirados), a produção de testosterona cai drasticamente e, geralmente, os remédios anti-androgênicos são suspensos. Já a terapia hormonal com estrogênio costuma ser mantida durante toda a vida, exceto nos caso de contraindicação médica. No entanto, é comum que a dose seja reduzida após o procedimento.

A dose hormonal será ajustada pelo médico endocrinologista após a cirurgia de acordo com exames laboratoriais e dosagem hormonal sanguínea para definição de um novo esquema terapêutico.



## Riscos da terapia hormonal

A terapia hormonal pode causar eventos adversos, por isso é muito importante que haja acompanhamento médico. O uso de hormônios não deve ser banalizado e a automedicação deve ser desencorajada.

A probabilidade de uma complicação ocorrer depende de fatores como dose, via de administração, presença de automedicação e características clínicas da mulher (idade, doenças prévias, antecedentes familiares e uso de tabaco, por exemplo).

### **RISCO AUMENTADO**

*A terapia hormonal aumenta o risco dessas situações acontecerem*

- Doença tromboembólica venosa<sup>1</sup>
- Colelitíase (pedra na vesícula)
- Aumento das enzimas hepáticas<sup>2</sup>
- Ganho de peso
- Hipertrigliceridemia (aumento de triglicérides no sangue)

### **RISCO AUMENTADO COM PRESENÇA DE FATORES DE RISCO ADICIONAIS**

*A terapia hormonal aumenta o risco apenas para pessoas que já possuem algum outro fator de risco, como idade por exemplo*

- Doença cardiovascular (ex: infarto, derrame)

### **POSSÍVEL RISCO AUMENTADO**

*É possível que exista aumento do risco de desenvolver essas situações*

- Hipertensão arterial
- Hiperprolactinemia (doença hormonal)
- Prolactinoma (doença hormonal)





### **POSSÍVEL RISCO AUMENTADO COM PRESENÇA DE FATORES DE RISCO ADICIONAIS**

*É possível que exista aumento do risco de desenvolver essas situações em pessoas que já possuem algum outro fator de risco, como idade*

- Diabetes tipo 2

### **NÃO HÁ RISCO AUMENTADO OU INCONCLUSIVO**

*Nenhuma pesquisa até agora mostrou que a terapia hormonal aumente o risco*

- Câncer de mama

*Adaptado de Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans (WPATH) - Versão2012.*

---

1. *Doença tromboembólica venosa é causada por um coágulo sanguíneo que pode prejudicar ou até mesmo impedir o fluxo de sangue em determinada região. Esse coágulo pode se soltar e caminhar pelos vasos sanguíneos até o pulmão, situação conhecida como tromboembolismo pulmonar, que pode ser grave.*

2. *O aumento das enzimas hepáticas deve ser acompanhado pois pode significar algum dano ao fígado.*





# REFERÊNCIAS

## TERAPIA HORMONAL NA FEMINIZAÇÃO

**Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J**, et al. Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.

**Hembree WC, Cohen - Kettenis P, Delemarre - van de Waal HA**, et al; Endocrine Society. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 94: 3132, 2009.

**Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J**. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):199-220.

**Radix A**. Hormone Therapy for Transgender Adults. *Urol Clin North Am*. 2019 Nov;46(4):467-473.

**Nguyen HB, Chavez AM, Lipner E, Hantsoo L, Kornfield SL, Davies RD, Epperson CN**. Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Oct 11;20(12):110. ??

**Meyer G, Boczek U, Bojunga J**. Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 Oct 23;117(43):725-732.

**Haveles CS, Wang MM, Arjun A, Zaila KE, Lee JC**. Effect of Cross-Sex Hormone Therapy on Venous Thromboembolism Risk in Male-to-Female Gender-Affirming Surgery. *Ann Plast Surg*. 2021 Jan;86(1):109-114.



## **ADOLESCENTES**

Cada vez mais, jovens indivíduos manifestam variabilidade de gênero e, atualmente, já há protocolos de transição para adolescentes. Nessa faixa etária, é possível suprimir a produção de testosterona e retardar as mudanças físicas da puberdade.

O processo de transição deve ser lento e gradual para que haja tempo de o adolescente assimilar as mudanças. Como a estrutura musculoesquelética ainda não está completamente formada, para esse grupo, as intervenções físicas são divididas em três categorias, de acordo com a possibilidade de reversibilidade dos efeitos.



## Intervenções totalmente reversíveis

São alterações físicas induzidas pela terapia hormonal. Caso o uso de hormônio seja interrompido, essas características regridem e retornam ao que eram previamente. É o caso das alterações de pele e pelos faciais.

## Intervenções parcialmente reversíveis

São mudanças que apresentam algum grau de regressão, porém pode ser necessário tratamento cirúrgico para reverter completamente o efeito. É o caso do crescimento das mamas induzido por estrogênio (ginecomastia). Após a interrupção hormonal, há involução da glândula mamária, mas pode ser necessário cirurgia para remoção da glândula mamária e pele.

## Intervenções irreversíveis

São procedimentos cirúrgicos. De forma geral, as cirurgias não são recomendadas a adolescentes, justamente pelo caráter definitivo que apresentam. Em alguns países é possível realizar cirurgias como a mastectomia a partir dos 16 anos e a cirurgia genital é postergada para a maioridade. No Brasil, as cirurgias podem ser realizadas pelo Serviço Único de Saúde (SUS) somente a partir dos 21 anos de idade, nos serviços especializados e de referência.



## REFERÊNCIAS ADOLESCENTES

**Agana MG, Greydanus DE, Indyk JA, Calles JL Jr, Kushner J, Leibowitz S, Chelvakumar G, Cabral MD.** Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Dis Mon.* 2019 Sep;65(9):303-356.

**Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al.** Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13(4):165-232.

**Hembree WC, Cohen - Kettenis P, Delemarre - van de Waal HA, et al;** Endocrine Society. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 94: 3132, 2009.

**Meyer G, Boczek U, Bojunga J.** Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Oct 23;117(43):725-732.

**Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência.** Disforia de gênero. Guia Prático de Atualização 2017.





# PROCEDIMENTOS

## *MINIMAMENTE*

## INVASIVOS

Os procedimentos minimamente invasivos têm papel relevante no processo de transição facial. Podem ser realizados como opção temporária, até que os resultados da terapia hormonal se manifestem ou que as cirurgias faciais sejam realizadas, ou podem ser feitos para complementar os resultados cirúrgicos.

Infelizmente, ainda existem poucos estudos direcionados à população transgênero. Dessa forma, as informações apresentadas nesse capítulo são baseadas nos melhores estudos na população cis e em artigos científicos que extrapolam tais resultados para o contexto da feminização facial. Ressaltamos a importância de realizarem-se mais pesquisas sobre utilização de toxina botulínica e preenchedores faciais e remoção permanente de pelos em pacientes transexuais.



## Toxina botulínica

Toxina botulínica é uma proteína produzida pela bactéria *Clostridium botulinum* que ao ser injetada bloqueia a transmissão de estímulos dos neurônios para os músculos, impedindo a contração muscular na região da aplicação de forma parcial ou completa.

É um tratamento amplamente utilizado para prevenção do envelhecimento, mas que também contribui para a transição facial em mulheres trans. As neurotoxinas podem ser utilizadas para feminizar a testa, as sobrancelhas e a mandíbula. A aplicação na sobrancelha e no músculo frontal pode criar uma testa mais plana, com sobrancelhas mais altas e anguladas. O tratamento do músculo masseter, localizado próximo à mandíbula, diminui seu volume, modificando o rosto mais quadrado, caracteristicamente masculino, para um formato de coração, mais feminino. Em alguns casos, uso pré-operatório pode ser tão expressivo que a intervenção cirúrgica na mandíbula não seja mais necessária.

Os pontos de injeção e a dose variam de pessoa para pessoa. Sabe-se que homens cisgêneros tendem a ter a musculatura mais forte e, por essa razão, necessitam de maiores doses em comparação com mulheres cis. Com base nisso, recomenda-se que mulheres transexuais recebam doses aumentadas e injeções mais frequentes do que mulheres cis.



## Preenchimento

Preenchimento cutâneo é a técnica que, por meio de injeções com produtos específicos em áreas determinadas, repõe volume, corrigindo sulcos e rugas e melhorando o contorno do rosto. O ácido hialurônico, principal preenchedor disponível para uso, é uma substância produzida naturalmente no corpo. Na pele, ajuda a manter a hidratação e sustentação, evitando a flacidez e as linhas e sinais de expressão. É um produto muito compatível com a pele humana, por isso o risco de alergia é raro.

Embora os injetáveis não sejam permanentes, são relativamente mais baratos e acessíveis em comparação com as intervenções cirúrgicas. Representam uma opção de tratamento não invasivo para feminizar o rosto de mulheres que não podem realizar uma cirurgia ou não desejam uma mudança permanente.

A técnica pode ser usada para aumento e definição dos lábios, melhora da projeção das maçãs do rosto, elevação do arco da sobrancelha (em conjunto com a toxina botulínica), modelamento do nariz (rinomodelação) e do queixo e criação de rosto em formato de coração projetando juventude e feminilidade. Além disso, tratamentos anti-idade podem ser realizados, como bigode chinês, linhas de marionete, pés de galinha, rugas nos lábios do tipo código de barras e rugas da testa.

Notavelmente, não existem diretrizes com relação ao uso de injetáveis especificamente para mulheres trans. Como as mulheres trans costumam ter pele mais espessa, considera-se que maiores quantidades de preenchimento são necessárias. Os locais de injeção



e as doses serão avaliados individualmente de acordo com a necessidade de cada uma.

Uma consideração importante que deve ser feita a respeito de outros produtos injetáveis, especificamente, o polimetilmetacrilato (PMMA), conhecido popularmente como Metacril, e silicone líquido. O baixo custo e o fato de serem permanentes são atrativos, porém é preciso considerar que, enquanto a região tratada permanecerá inalterada, o restante do rosto sofrerá os efeitos do envelhecimento.

O Metacril é um tipo de plástico líquido utilizado para preenchimento permanente. É aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso em pequenas quantidades, como no caso de tratamento de ossos fraturados e fixação de próteses dentárias, mas não é recomendada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, devido aos potenciais riscos envolvidos. Quando aplicado, o metacrilato se espalha pelos tecidos ao redor, tornando sua remoção muito difícil e potencialmente lesiva.

O silicone líquido industrial, ou polidimetilsiloxano, é um material sintético altamente contaminado com metais pesados e impurezas, que em nada se assemelha ao silicone médico, utilizado em próteses de mama, por exemplo. Sua utilização para fins medicinais não é permitida pela Anvisa.

Tanto o metacrilato quanto o silicone industrial estão associados a graves problemas de saúde, que podem ocorrer logo após a aplicação, ou até mesmo muitos anos depois. Na longa lista de complicações locais, destacam-se manchas na pele, formação de fibrose, nódulos e granulomas subcutâneos, infecção





e formação de coleções de pus (abscesso), gangrena (necrose) e feridas (ulceração). Além desses efeitos, que ocorrem no local de aplicação e áreas vizinhas, há efeitos tóxicos e inflamatórios que ocorrem no resto do corpo, como inflamação dos pulmões (pneumonite), embolia pulmonar por silicone (síndrome de embolia de silicone), edema pulmonar, infecção generalizada (sepse) e morte.

Nesses casos, o tratamento deve ser direcionado ao tipo de complicação, mas, geralmente, incluem antibióticos e cirurgias de remoção, que são muito agressivas e, frequentemente, deixam sequelas.

## Depilação

A terapia hormonal produz uma série de efeitos feminizantes, incluindo diminuição da barba e pelos corporais, mas sozinha não é capaz de eliminá-los satisfatoriamente. Para erradicar permanentemente os pelos indesejáveis, outros métodos de depilação, como laser, luz pulsada ou eletrólise, são necessários. Esses métodos requerem múltiplas sessões para atingirem resultados duradouros, mas a taxa de sucesso e satisfação é bastante alta. O profissional mais indicado para orientar o tipo de depilação e a programação necessária dos aparelhos é o médico dermatologista.

A cor da pele é muito importante na escolha do método. A melanina é a proteína responsável pela pigmentação da pele e pelos, incluindo cabelos. Quanto maior sua quantidade, mais escura é a pele e o pelo.




# Depilação a Laser

64







As técnicas de laser e luz pulsada agem na melanina do folículo piloso e não diferenciam bem a pigmentação do pelo e a da pele, apresentando menor eficácia e, até mesmo, podendo causar queimaduras em pessoas de pele morena escura e negra (classificação cutânea Fitzpatrick tipos V e VI).



Já existem opções de tecnologia a laser que podem ser utilizadas em peles negras, mas, de forma geral, os lasers e luz intensa pulsada são mais eficientes em mulheres com tipo de pele clara a morena média (Fitzpatrick tipos I a IV) e que não usavam nenhum método prévio de depilação mecânica, como cera quente, por exemplo.

A eletrólise, ou depilação elétrica, utiliza uma corrente elétrica capaz de cauterizar a raiz do pelo, ou bulbo, eliminando-o por completo. Essa corrente é aplicada fio a fio através de uma agulha bem fina que atinge o bulbo. É uma técnica extremamente eficaz, que pode ser utilizada em qualquer tipo de pele ou pelo, sendo, portanto, preferida em mulheres de pele morena escura e negra ou pelos muito claros. No entanto, as sessões são mais demoradas e o desconforto é um pouco maior em comparação ao laser e luz pulsada.

Nos Estados Unidos e Europa há uma opção de creme para tratamento domiciliar, capaz de reduzir temporariamente os pelos faciais. O cloridrato de eflornitina em concentração 13,9% é muito eficiente em diminuir os pelos enquanto a terapia hormonal e os tratamentos de depilação não exercem seu efeito pleno. Infelizmente, não está à venda no Brasil e o resultado não é duradouro, retornando aos níveis de pré-tratamento dentro de 8 semanas após a retirada.







**Depilação  
elétrica**

67



# REFERÊNCIAS PROCEDIMENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS

**Ascha M, Swanson MA, Massie JP, Evans MW, Chambers C, Ginsberg BA, Gatherwright J, Satterwhite T, Morrison SD, Gougoutas AJ.** Nonsurgical Management of Facial Masculinization and Feminization. *Aesthet Surg J.* 2019 Apr 8;39(5):NP123-NP137.

**CEDEC - Centro de estudos de Cultura Contemporânea.** Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo, 2021.

**MacGregor JL, Chang YC.** Minimally Invasive Procedures for Gender Affirmation. *Dermatol Clin.* 2020 Apr;38(2):249-260.

**Marks DH, Awosika O, Rengifo-Pardo M, Ehrlich A.** Dermatologic Surgical Care for Transgender Individuals. *Dermatol Surg.* 2019 Mar;45(3):446-457.

**Marwah MK, Kerure AS, Marwah GS.** Microblading and the Science Behind it. *Indian Dermatol Online J.* 2021 Jan 16;12(1):6-11.

**Mello DF, Gonçalves KC, Fraga MF, Perin LF, Helene Jr. A.** Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos. *Rev Col Bras Cir* 2013; 40:37-43.



**Moragas JS, Vercruyse HJ, Mommaerts MY.** “Non-filling” procedures for lip augmentation: a systematic review of contemporary techniques and their outcomes. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014 Sep;42(6):943-52.

**Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, Martins RB, Saggese GSR, Barros DD, Veras MASM.** Silicone líquido industrial para transformaro corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil.

**Sullivan P, Trinidad J, Hamann D.** Issues in transgender dermatology: A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Aug;81(2):438-447.

**De Boulle K, Furuyama N, Heydenrych I, Keaney T, Rivkin A, Wong V, Silberberg M.** Considerations for the Use of Minimally Invasive Aesthetic Procedures for Facial Remodeling in Transgender Individuals. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021 May 13;14:513-525.

**Sergi FD, Wilson EC.** Filler Use Among Trans Women: Correlates of Feminizing Subcutaneous Injections and Their Health Consequences. *Transgend Health.* 2021 Apr 15;6(2):82-90.



# CIRURGIA DE

## FEMINIZAÇÃO FACIAL

O rosto é considerado o “cartão de visitas” e como tal, é uma importante ferramenta no reconhecimento do gênero de uma pessoa. Por essa razão, a modificação do gênero facial no protocolo de transição é tão importante quanto a terapia hormonal e a redesignação corporal e genital.

Especialmente no caso das mulheres transexuais, um dos gatilhos que leva à disforia de gênero é a aparência facial. Atualmente muitas priorizam a cirurgia facial por ser o rosto uma ferramenta fundamental para a interação social e a incompatibilidade entre os traços masculinos do rosto e o comportamento feminino acentuarem a discriminação e o sofrimento.

O desenvolvimento da cirurgia de feminização facial é atribuído ao cirurgião craniofacial Dr. Outerhout, pioneiro no estudo do crânio feminino e masculino, aplicando esses conhecimentos no que denominava de cirurgia de feminização facial (*Facial Feminilization Surgery - FFS*) em pacientes transgênero, já na década de 1980.

A cirurgia de feminização facial não é, em si, uma cirurgia única. Pelo contrário, é um conjunto de procedimentos cirúrgicos capazes de modificar características faciais consideradas masculinas e que, dessa forma, impactam na identificação visual do gênero facial.







A feminização promove um sentimento de integração entre o corpo físico e a identificação de gênero, melhorando a autoestima e a confiança das mulheres. Também impacta na redução da discriminação e violência. Portanto, não se trata de uma cirurgia estética, ainda que o aspecto estético seja importante, se enquadrando em um procedimento de saúde.

No processo de feminização facial é importante diferenciar os caracteres sexuais primários, determinados pela estrutura craniofacial do indivíduo, dos aspectos secundários, que podem ser tratados com terapia hormonal. Por essa razão é recomendado que a mulher inicie a transição hormonal ao menos 1 ano antes da cirurgia, para que os aspectos secundários não dificultem o diagnóstico.

A feminização facial é baseada em cirurgia óssea e reajuste dos tecidos moles que revestem a estrutura óssea modificada.

O objetivo da cirurgia de feminização facial é a obtenção de resultados naturais com o uso de abordagens ocultas, técnicas cirúrgicas protocoladas e manejo pós-operatório padronizado.



A feminização facial se baseia em remodelamento ósseo e reajuste da pele com objetivo de alcançar resultados naturais.



## Avaliação e Diagnóstico

Para uma cirurgia bem-sucedida, é fundamental que seja realizado, previamente, a avaliação cuidadosa e o diagnóstico apropriado de cada paciente.

Cada indivíduo apresenta estrutura facial única, com características específicas responsáveis pela identificação masculina da face, assim, é preferível planejar a cirurgia de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa.

O diagnóstico é feito através da avaliação clínica e exames de imagem, enquanto o planejamento terapêutico também inclui a análise do desejo da mulher e ajuste das expectativas. Além disso, é importante o registro fotográfico durante todo o processo de feminização.





## Avaliação Clínica

A avaliação clínica é composta pelo exame do rosto, identificando as características que contribuem para a identificação facial masculina em determinada pessoa e pela determinação de quais dessas características podem ser modificadas de forma realista e previsível pela cirurgia.

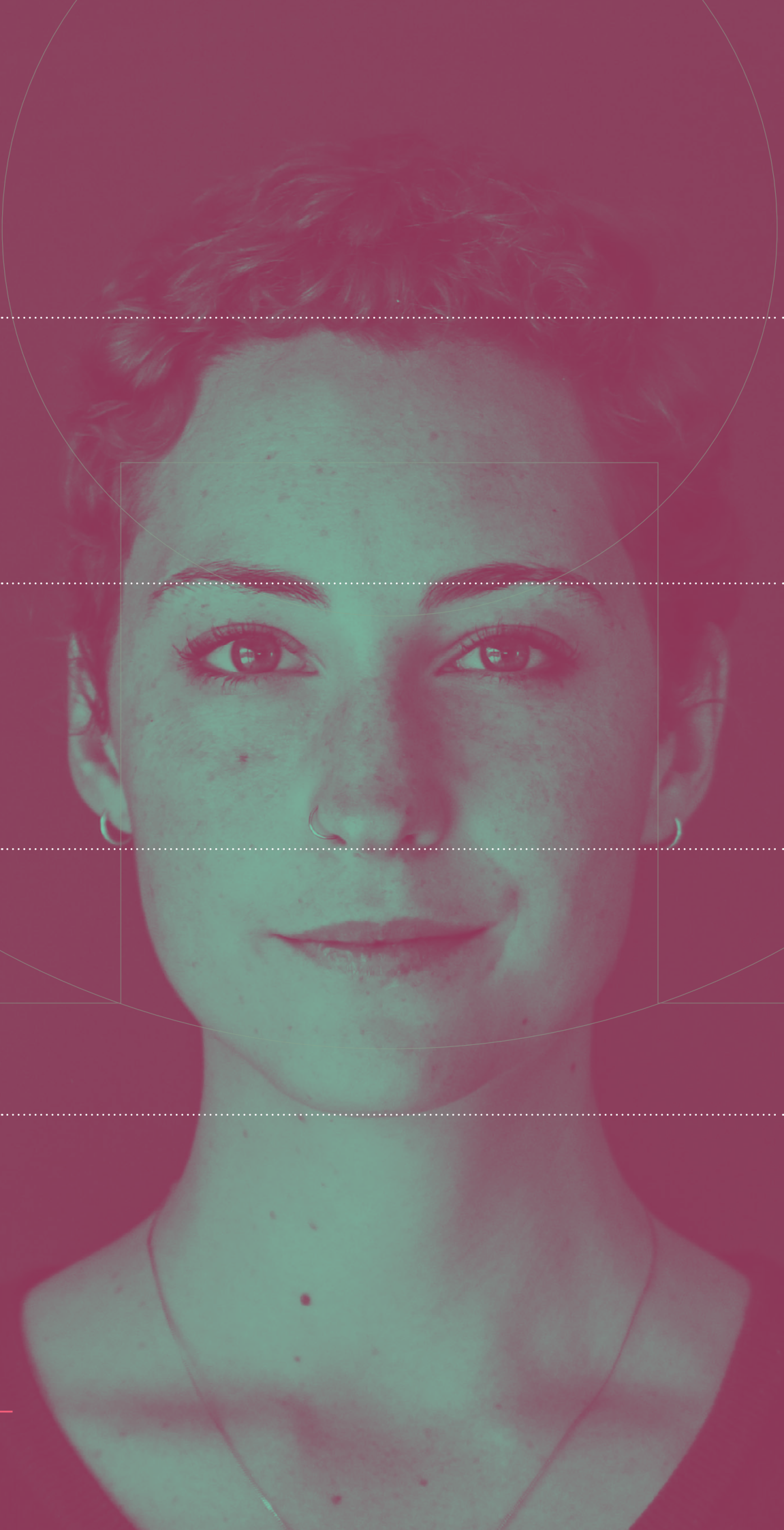
A experiência do cirurgião é essencial na decisão dos procedimentos que podem contribuir de maneira mais eficaz para a feminização da face e, portanto, a obtenção de resultados satisfatórios.

Para facilitar o diagnóstico, costuma-se dividir o rosto em 4 regiões principais:

1. Terço superior: linha de implantação do cabelo e complexo frontonasal-orbital.
2. Terço médio: nariz, bochechas e lábio.
3. Terço inferior: mandíbula e queixo.
4. Pescoço: pomo-de-adão.

Cada região deve ser minuciosamente analisada, levando-se em consideração a harmonia geral, a proporcionalidade e a simetria do todo.





## Exames de Imagem

Os exames de imagem têm papel fundamental no diagnóstico e planejamento cirúrgico. A tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional possibilita a obtenção de informações anatômicas detalhadas. É essencial detectar as características faciais que podem ser modificadas e essas técnicas podem dar informações precisas para auxiliar o planejamento cirúrgico. Além disso, a comparação dessas imagens pré-operatórias com os resultados dos exames pós-operatórios é muito importante na avaliação e explicação das modificações feitas na estrutura óssea.

## Avaliação das Solicitações e Ajuste das Expectativas

O desejo da mulher sobre as modificações faciais sempre deve ser levado em consideração. No entanto, quase sempre as expectativas quanto ao resultado são superestimadas e distantes da realidade. É dever do cirurgião plástico detalhar quais estruturas serão modificadas e posicionar sobre resultados realistas que podem ser atingidos.



## Indicações

Para ser submetida a qualquer tipo de cirurgia de feminização facial é necessário estar emocionalmente preparada e em tratamento de terapia hormonal com duração adequada. A escolha dos procedimentos a serem submetidos será baseada na preferência pessoal e em uma discussão completa dos objetivos e expectativas com o cirurgião.

Cada mulher apresenta necessidades diferentes. Algumas necessitam de abordagem mais extensa, com grandes ressecções ósseas e manipulações de tecidos moles, enquanto outras necessitam menores manipulações. Porém, de forma geral, o recontorno do osso frontal e órbita com avanço da linha capilar e o recontorno da mandíbula e queixo são intervenções muito comuns para a transição “homem para mulher”.

Outras cirurgias muito comumente indicadas são rinoplastia, cirurgia do pomo-de-adão e lifting labial. Além dessas, mulheres após os 50 anos de idade, principalmente, podem se beneficiar de lifting facial, ou ritidoplastia, com a transferência de gordura ou implantes de bochecha.





## Contraindicações

As contraindicações para a cirurgia de feminização facial são iguais àquelas que impediriam qualquer outro tipo de cirurgia de grande porte, como doença cardiopulmonar, distúrbios de coagulação, desnutrição, histórico de complicações anestésicas graves, alcoolismo ou drogadição, ou presença de outras doenças importantes. Além dessas, instabilidade psicológica deve impedir a realização da cirurgia.

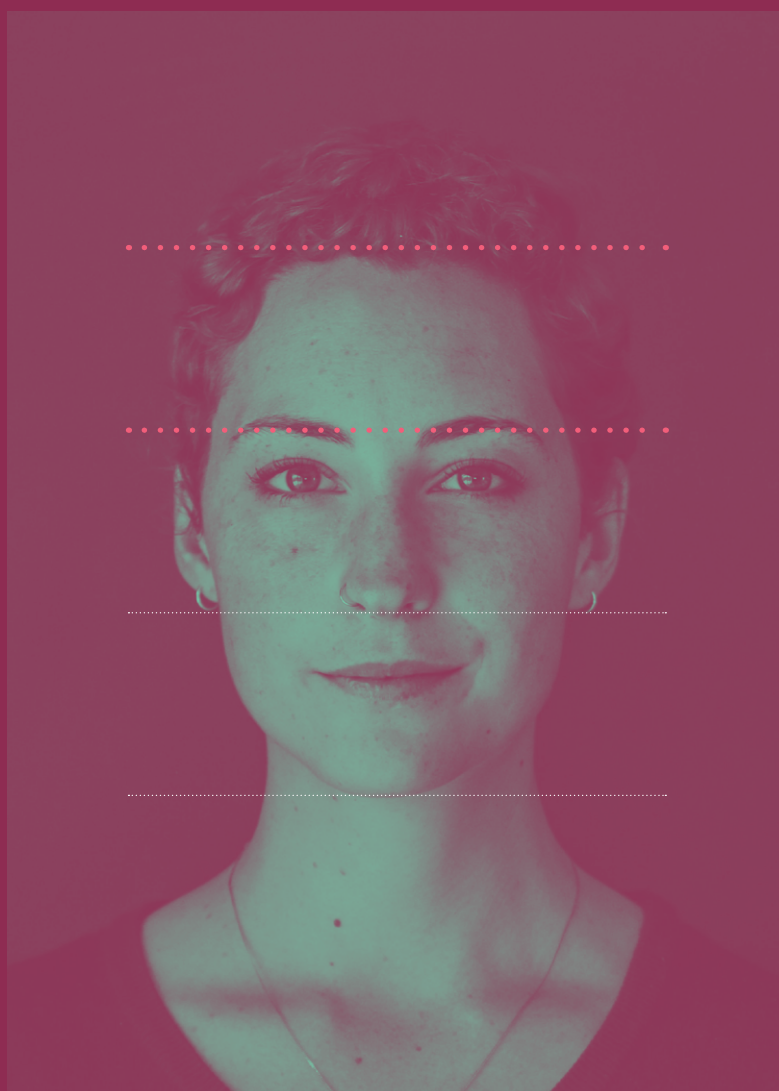
O uso de tabaco é uma contraindicação relativa e deve ser suspenso por ao menos 30 dias antes da cirurgia, especialmente quando combinado com terapia de estrogênio.



# TERÇO SUPERIOR:

## *FRONTE*, LINHA DO CABELO E OLHOS

O tratamento do terço superior do rosto geralmente requer múltiplas técnicas combinadas, sendo elas o avanço da linha do cabelo e/ou transplante capilar, levantamento de sobrancelha e redução da protuberância frontal ou bossa frontal.



## Fronte

A frontoplastia, ou cranioplastia frontal, é, isoladamente, o procedimento mais significativo na feminização facial. Essa cirurgia modifica completamente a região frontonasal-orbital e torna a expressão da mulher mais suave e feminina.

O objetivo cirúrgico é remodelar o osso da testa, reduzindo a proeminência da sobrancelha e remodelando os tecidos ao redor. A linha capilar pode ou não ser modificada. A hipercorreção óssea é recomendada para compensar os efeitos da pele e tecidos moles da testa masculina, que camuflam um pouco o efeito visual da redução óssea.

O fechamento da pele é feito em camadas, ou seja, há pontos internos, que permanecerão, e pontos externos, que serão removidos, geralmente entre 7 e 10 dias após a cirurgia. Costuma-se utilizar um curativo compressível por 24 a 48 horas, para aliviar o inchaço inicial que pode ocorrer. Em alguns casos pode ser necessário utilizar drenos para aspirar líquidos acumulados.



## Tipos de cranioplastia

### **Há 3 técnicas de cranioplastias frontais:**

A **cranioplastia tipo 1** reduz a bossa frontal (protrusão da crista supraorbital), através de seu desgaste com o uso de brocas cirúrgicas. Essa técnica, conhecida popularmente como lixamento ósseo, é a mais simples, pois não há retirada de porções ósseas e uso de placas e parafusos. No entanto, é indicada apenas para mulheres que apresentam pouca projeção a ser corrigida e tenham características anatômicas favoráveis, como parede anterior do seio frontal espessa (parede do seio frontal grossa o bastante para permitir seu desgaste) ou agenesia do seio frontal (o seio frontal inexistente).

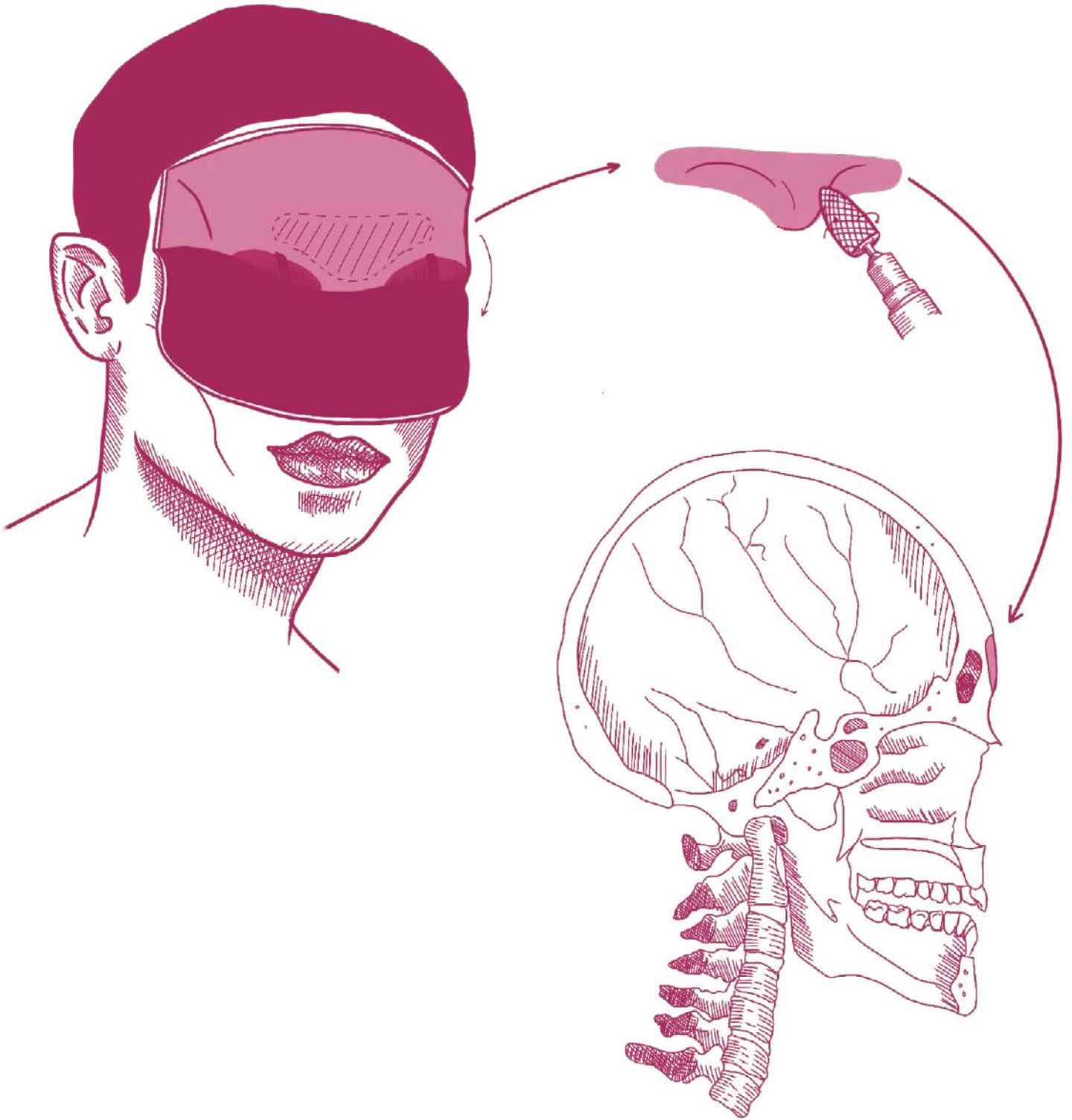
A **cranioplastia tipo 2** envolve realizar pequeno desgaste ósseo da bossa frontal com brocas e complementar o resultado preenchendo a porção central da testa com materiais sintéticos, como cimento ósseo. Essa técnica é a menos empregada. Não se recomenda utilizar gordura da própria paciente como material de preenchimento, pois o resultado é pobre e imprevisível.

A **cranioplastia tipo 3** modifica completamente a proeminência frontal através da remoção da parede anterior do seio frontal, afinamento do fragmento ósseo e recolocação desse osso no seio frontal, porém em uma posição mais recuada, seguido de fixação por mini placas de titânio de baixo perfil (0,6 mm) e mini parafusos (4 a 5 mm). É uma técnica mais trabalhosa, porém muito efetiva.





# Cranioplastia tipo 3



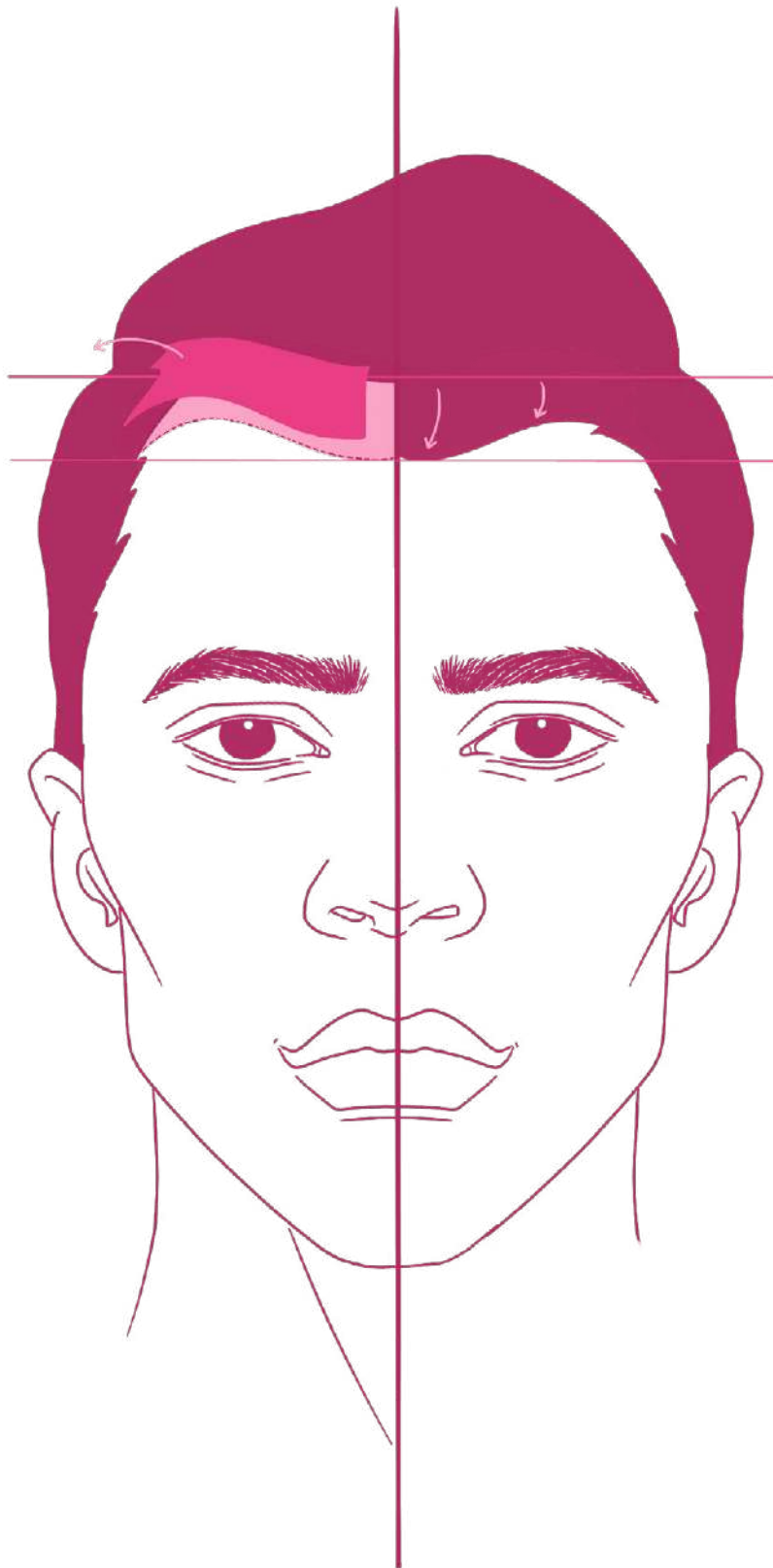
## Vias de acesso

Existem 2 maneiras de chegar à região a ser modelada, a abordagem pré-capilar e a intracapilar. A decisão é baseada nas características da linha do cabelo da paciente e a altura de sua implantação. Independentemente da técnica, a incisão irá de uma orelha a outra, de forma que toda a pele da testa seja descolada e rebatida, permitindo que a estrutura óssea seja abordada.

A via de acesso mais utilizada é a pré-capilar que, através de uma incisão na margem do couro cabeludo, oferece excelente exposição das estruturas e possibilita o ajuste da linha do cabelo. Esse ajuste pode modificar o formato da linha capilar e reduzir o tamanho da testa. A cicatriz resultante fica na transição entre o cabelo e pele da testa e costuma ser muito discreta. Porém, há situações de má cicatrização e a cicatriz pode se tornar hipertrófica (dura e elevada), hipopigmentada (muito mais clara que a pele) ou atrófica (mais profunda que a pele).

Para pacientes cuja linha do cabelo não requer ajuste, deve-se considerar a incisão intra-capilar, chamada no meio médico de coronal, que tem a vantagem de evitar uma cicatriz na linha do cabelo, mas pode causar uma cicatriz visível dentro do cabelo se a mulher usar o cabelo curto.





## Elevação de supercílio

Após a conclusão do remodelamento ósseo é feito o ajuste de pele e reposicionamento das sobrancelhas. Geralmente não há grande dificuldade em elevá-las, uma vez que os tecidos e ligamentos foram liberados previamente.

Muito cirurgiões utilizam implantes para auxiliar na fixação da pele e, portanto, da sobrancelha, no local desejado. Esses implantes são feitos de material reabsorvível, mas podem ser perceptíveis por alguns meses, até que se dissolvam totalmente. Devem ser posicionados acima do pico da sobrancelha e fixados no osso frontal com auxílio de brocas específicas, posicionando seus dentes direcionados para cima, de forma que se prendam à pele, mantendo o resultado desejado até o final da cicatrização.

**Cirurgia: Frontoplastia ou cranioplastia**

**Tempo de procedimento: em média de 1,5 a 3 horas**

**Tipo de anestesia: Geral**

**Curativo: compressivo do tipo capacete retirado entre 24 e 48 hs**

**Internação: 1 dia**

**O que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, dormência temporária do couro cabeludo, paralisia temporária dos movimentos da testa, assimetria temporária na posição das sobrancelhas, diminuição temporária da densidade dos cabelos, cicatriz intracapilar ou pré-capilar**

**Resultado final: entre 12 e 24 meses**





## Linha do Cabelo

A linha do cabelo também influencia na leitura do gênero facial e, sempre que necessário, deve ser abordada para que se obtenha bons resultados no terço superior da face.

Há duas formas de modificar a linha capilar: o avanço do couro cabeludo e o transplante capilar.

## Avanço do couro cabeludo

A cirurgia de avanço do couro cabeludo é recomendada para pacientes com linha do cabelo em padrão arredondado e muito alta, causando desproporção entre o tamanho da testa em comparação com o terço médio e inferior do rosto.

A técnica, que reduz o comprimento da testa, consiste em realizar uma incisão pré-capilar e avançar o couro cabeludo para a frente, removendo uma faixa de pele da testa. A incisão é a mesma para realizar a cranioplastia. O avanço médio gira em torno de 2 centímetros e a cicatriz fica na transição entre a pele e o couro cabeludo. A extensão lateral da incisão fica escondida no cabelo, já que o avanço dessa região lateral não é o objetivo da cirurgia.





## Transplante capilar

Nas mulheres que apresentam entradas, sem desproporção significativa da testa, o transplante capilar é a melhor opção. Nessa técnica, os folículos pilosos (raiz do cabelo) são extraídos da parte posterior da cabeça, região occipital, e implantados na região receptora.

O objetivo é modificar a linha capilar em M, de padrão masculino, tornando-a mais arredondada e feminina. Para tanto, a principal área de implantação dos fios é a região temporal. Aumento de densidade ao centro e pequeno avanço, de até 1 centímetro, também podem ser realizados.

Para ser submetida ao transplante, é necessário ter densidade capilar suficiente e não apresentar alopecia androgênica ativa (geralmente a calvície se estabiliza com a terapia hormonal).

Os folículos pilosos podem ser extraídos por duas abordagens: FUT ou FUE. A técnica FUT, conhecida como técnica do retalho de couro cabeludo, preconiza a remoção de uma faixa de pele da região occipital. A partir dessa porção do couro cabeludo os folículos serão removidos e preparados para o implante. Como resultado haverá uma cicatriz nessa região, escondida no interior do cabelo. A técnica FUE, conhecida como transplante capilar fio a fio, é mais nova e prevê que cada unidade folicular seja retirada individualmente através de micro punções. Nessa abordagem a cicatriz não é visível, porém é mais demorada e requer maior experiência em razão de sua complexidade técnica.



O transplante capilar pode ser feito em conjunto com a cranioplastia, ou posteriormente. Quando feito no mesmo momento, a faixa de pele que seria retirada na abordagem coronal é aproveitada para a coleta das unidades foliculares pela técnica FUT. Essa faixa fornece em média 2.000 unidades foliculares (cerca de 3.900 fios).

Caso haja necessidade de maior densidade capilar, mais de uma sessão de transplante pode ser necessária.



**Cirurgia: Transplante capilar**

**Tempo de procedimento: em média 6 a 8 horas**

**Tipo de anestesia: local com ou sem sedação**

**Curativo: não há**

**Internação: alta após o procedimento, sem necessidade de ficar internado**

**O que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, formação de crostas, dormência temporária do couro cabeludo, cicatriz occipital na técnica fut**

**Resultado final: cerca de 1 ano**





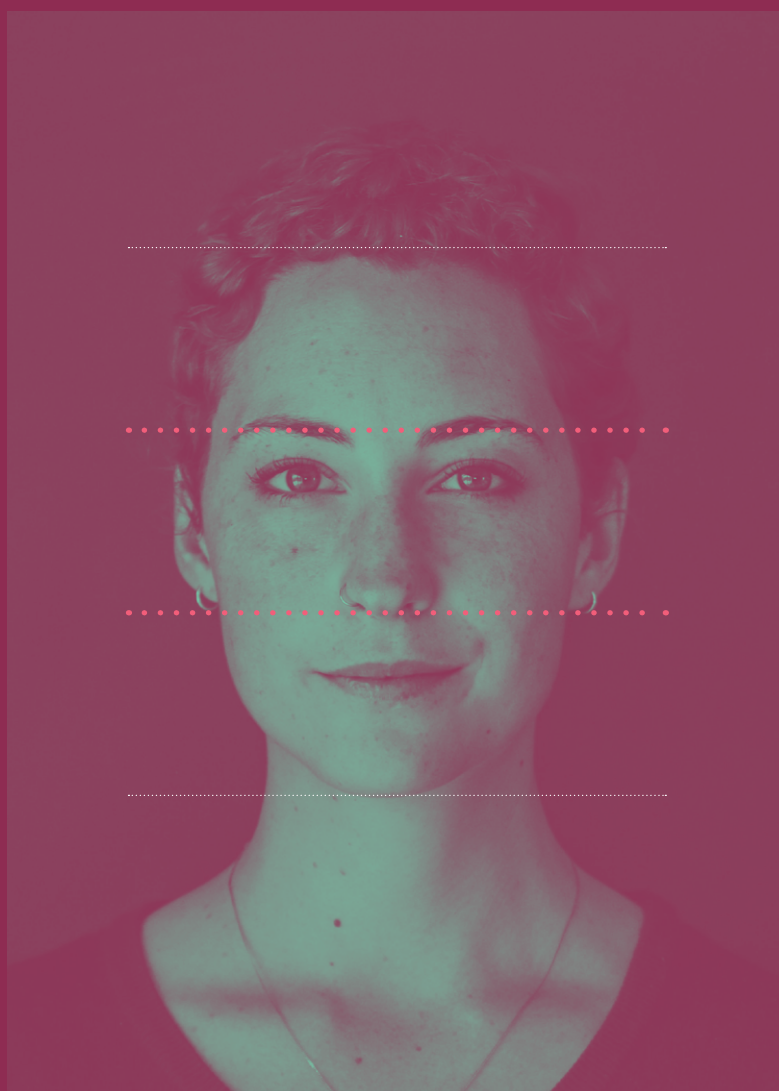
## Olho

A técnica de cantoplastia lateral modifica o eixo intercantal e pode ser realizada em conjunto com frontoplastia ou isoladamente, após a cirurgia. O objetivo é alargar a fissura palpebral e elevar suavemente o canto externo do olho, através de sua fixação com fios na parte óssea da órbita, resultando em um olho amendoado mais atraente.



## **TERÇO MEDIAL:** *MALAR*, NARIZ E LÁBIO SUPERIOR

A estrutura central do terço médio facial é o nariz, que exerce importante função na identificação de gênero. A região malar, especificamente as maçãs do rosto, e o lábio superior, também contribuem para um resultado mais delicado e harmônico.



## Malar

A região malar, ou maçã do rosto, é a área lateral mais proeminente da face e costuma ser mais desenvolvida nas mulheres. As técnicas mais utilizadas para melhorar o contorno da região são o uso implantes ou o enxerto de gordura da própria paciente.

## Implantes

Os implantes de polietileno poroso são próteses de maçã do rosto, feitas com um material similar ao osso e que gradativamente se integra ao esqueleto facial.

São colocados através de incisões feitas por dentro da boca e fixados na posição adequada com mini parafusos. O resultado é bastante duradouro, mas o volume do implante deve ser bem calculado, evitando resultados insuficientes.





**Implantes de  
polietileno  
poroso**

94





## Gordura

A lipoenxertia, ou enxerto de gordura, utiliza gordura da própria paciente para contornar a região das maçãs do rosto. A gordura é obtida através de uma pequena lipoaspiração da barriga, coxas ou outra área, e após processamento é injetada próxima ao osso.

Os resultados costumam ser bastante naturais ao longo do tempo, mas parte da gordura aplicada pode ser reabsorvida (até 50%), necessitando múltiplas sessões para obtenção do volume desejado.

A técnica também pode ser utilizada em outras áreas do rosto, como bigode chinês e têmporas, com o objetivo de dar volume e rejuvenescer.

**Cirurgia: Lipoenxertia Facial**

**Tempo de procedimento: em média 30 a 60 minutos**

**Anestesia: local com sedação ou geral**

**Curativo: não há**

**Internação: alta após o procedimento, sem necessidade de ficar internado**

**O que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, reabsorção parcial do volume de gordura**

**Resulta do final: em média 12 semanas**



## Nariz

O nariz tem grande importância estética e funcional, uma vez que participa do processo de respiração. As técnicas de rinoplastia em feminização facial não diferem das utilizadas nas pessoas cisgêneras, sejam elas homens ou mulheres. Apesar da sobreposição técnica, o cuidado da rinoplastia feminilizante é singular uma vez que a disforia de gênero deve ser observada e é muito comum associação com outras cirurgias faciais. O objetivo é modificar o nariz, deixando-o menor e mais delicado, em harmonia em relação ao restante da face.

As principais modificações estéticas são redução do dorso nasal, elevação e projeção da ponta e remodelamento da ponta. Outras modificações podem ser feitas quando necessárias, como estreitamento do dorso do nariz (deixá-lo mais fino) através de fraturas dos ossos nasais e diminuição de narinas por meio de excisão de pele.

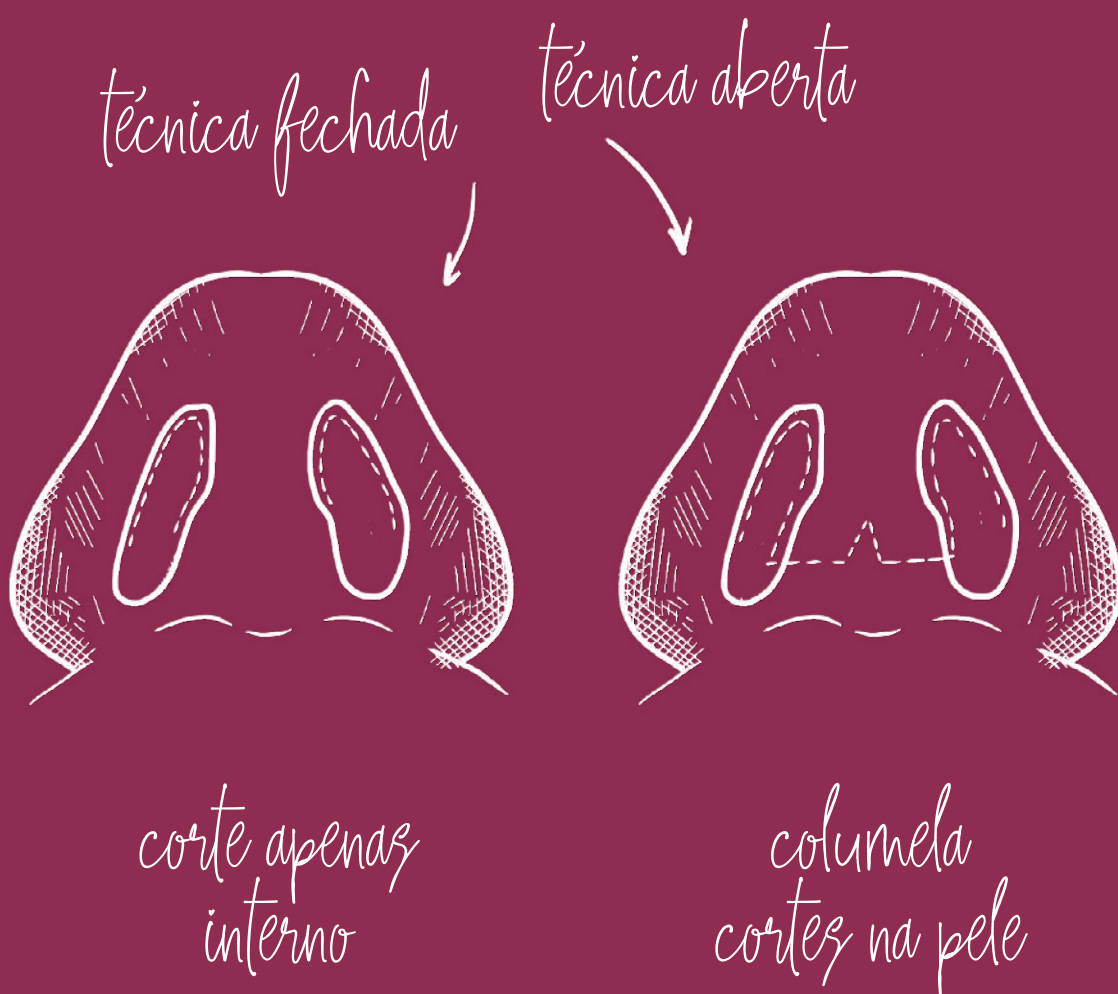
## Técnicas

Há técnicas de rinoplastia fechada, em que os cortes são apenas internos, e de rinoplastia aberta, em que também há um pequeno corte na região da columela (parte mais fina de pele entre as narinas).

Atualmente a técnica mais utilizada é a rinoplastia aberta estruturada em que são feitos reforços de cartilagem para sustentar as modificações realizadas a longo prazo. A cartilagem de reforço utilizada geralmente é retirada do próprio septo nasal, mas em alguns casos pode ser necessário utilizar da costela, obtida através de uma incisão no tórax.









## Aspecto funcional

Aspectos funcionais da respiração sempre devem ser considerados, incluindo desvio de septo. Cuidado especial deve ser tomado nos casos de redução agressiva, para que não haja prejuízo na passagem de ar dentro do nariz. Algumas técnicas específicas podem ser necessárias para melhorar o fluxo de ar, como turbinoplastia inferior e septoplastia. A presença de apneia obstrutiva do sono deve ser avaliada, especialmente nos casos de cirurgia combinada da mandíbula e rinoplastia.

## Resultado final

O resultado final é observado após mínimo de 1,5 ano e depende da remodelagem interna e da espessura da pele. Indivíduos com pele fina apresentam menos inchaço e cicatrização mais rápida no pós-operatório, porém pequenas irregularidades nas estruturas ósseas e cartilagenosas são facilmente perceptíveis. Já as mulheres com pele mais grossa, tendem a desenvolver mais tecido cicatricial sob a pele, prejudicando a percepção completa da escultura nasal interna.

**Cirurgia: Rinoplastia**

**Tempo de procedimento: em média de 1,5 a 3 horas**

**Anestesia: Geral**

**Curativo: tampão nasal por 12 a 24 horas e tala dorsal por cerca de 7 dias**

**Internação: 1 dia**

**O que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, obstrução nasal temporária, dormência temporária da pele do nariz, eventualmente, sensação temporária de mau cheiro**

**Resultado final: entre 18 e 24 meses**



## Lábio Superior

A técnica de lifting de lábio superior encurta o lábio superior cutâneo, caracteristicamente mais longo no gênero masculino, mas que também tende a aumentar com a idade. A cirurgia também everte e alarga o vermelhão do lábio superior, ou seja, posiciona a parte vermelha mais para fora. Todos esses efeitos aumentam a feminilidade da região perioral superior, tornando esse procedimento um coadjuvante benéfico para a feminização facial.

A abordagem mais comum utiliza uma incisão abaixo do nariz que se estende ao redor da parte lateral da asa nasal de um lado ao outro. Esse corte permite a remoção de faixa de pele e tecido subcutâneo, sem violar o músculo orbicular da boca. A quantidade de tecido removido depende do grau de encurtamento cutâneo e eversão labial desejados, mas não deve ultrapassar 25% da altura total do lábio superior cutâneo.

Pode ser feito de forma isolada, com utilização de anestesia local e sedação, ou em conjunto com outros procedimentos faciais. No caso de ser realizada junto a cirurgia na mandíbula, o lifting labial deve ser realizado antes, devido ao intenso edema que dificulta a cirurgia labial.

O aumento de volume labial também contribui para a feminização e pode ser feito com o uso de preenchedores injetáveis de ácido hialurônico ou com injeções de transferência de gordura da própria paciente.







porção de pele  
removida para  
encurtar o lábio  
superior cutâneo

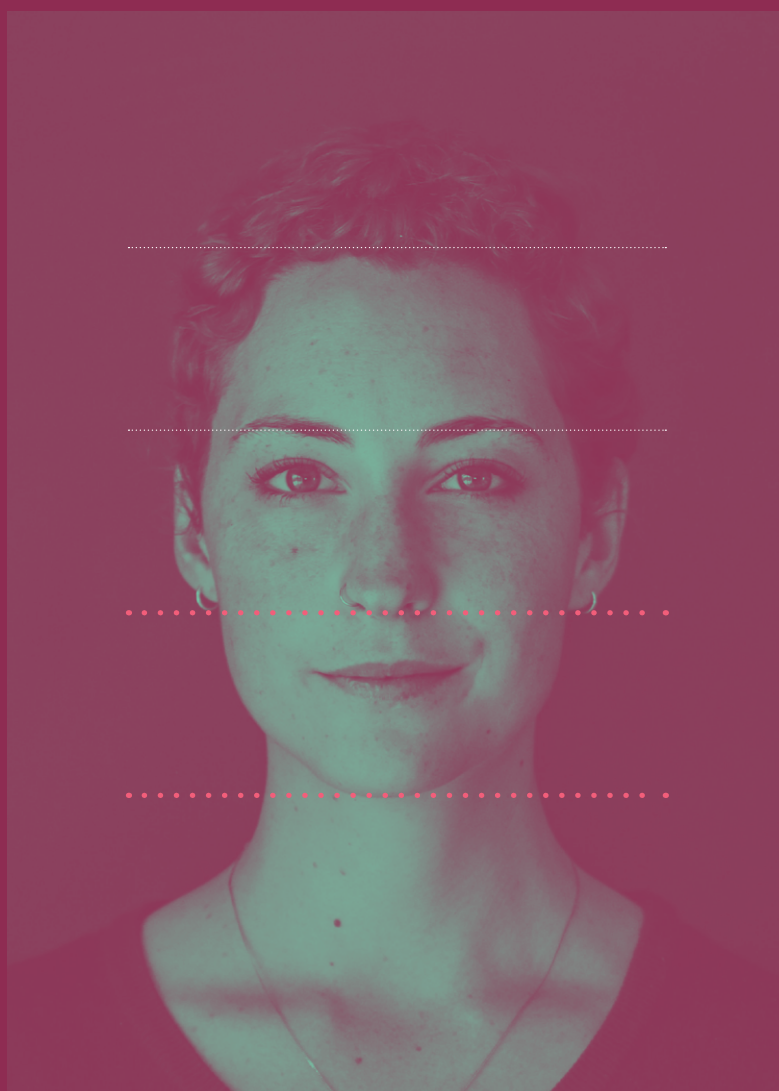




# TERÇO INFERIOR: *MANDÍBULA* & QUEIXO

103

O tratamento da região inferior do rosto é muito importante para uma adequada feminização facial. O objetivo é suavizar a região através da modificação da largura e altura da mandíbula e alteração do tamanho e formato do queixo.



Por ser uma região ricamente inervada, o tratamento deve ser cuidadosamente planejado de acordo com exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada. Há softwares que permitem a reconstrução tridimensional, identificando os pontos pelos quais os nervos emergem do esqueleto ósseo.

As técnicas de recontorno da mandíbula e do queixo não afetam a oclusão dentária (posicionamento dos dentes). Caso haja má oclusão dentária ou problemas da articulação têmporo-mandibular (ATM) um especialista deve ser consultado.

Indivíduos que apresentam flacidez de pele na região podem necessitar de lifting em uma segunda sessão cirúrgica para corrigir a lassidão e enfatizar o trabalho ósseo.

## Mandíbula

A mandíbula, ou maxilar inferior, juntamente com o queixo, influencia na leitura do contorno facial e muitas mulheres se beneficiarão com a redução do ângulo mandibular. O formato da mandíbula pode ser alterado através de ressecções ósseas e desgastes seletivos.

O maxilar inferior dá sustentação para os dentes da arcada inferior e para a os tecidos moles do rosto e pescoço. Deve-se ter cautela em grandes reduções. Ainda que o resultado imediato possa ser satisfatório, a longo prazo pode haver envelhecimento precoce e prejuízo da dentição.

A cirurgia de redução do ângulo mandibular é um procedimento tecnicamente desafiador devido às restrições de acesso e à necessidade de ressecções ósseas simétricas entre os lados.



## Via de acesso

Há duas possibilidades de acessar os ângulos mandibulares, por via intraoral ou extra-oral.

A abordagem intraoral é feita através de incisões dentro da boca, com a vantagem de não haver cicatriz visível. Apesar da dificuldade de visualização da região é a via mais utilizada. A extra-oral é realizada através de incisão no pescoço e como resultado haverá uma cicatriz visível na região. Essa abordagem permite melhor visualização das estruturas, mas há que se conhecer muito bem a anatomia e possíveis variações para prevenir lesão dos ramos marginal da mandíbula e cervical do nervo facial.

## Osteotomia

Uma vez exposto o ângulo da mandíbula, a osteotomia, ou corte ósseo, é feita com auxílio de uma serra, removendo a parte mais proeminente e criando um contorno mais suave e feminino. Nessa etapa deve-se ter cuidado para evitar lesão do nervo alveolar inferior. Após a realização da osteotomia, as bordas ósseas são alisadas com uma broca e os tecidos são aproximados com fios de sutura apropriados.

Na osteotomia mandibular, assim como na cranioplastia frontal, o uso de guias de corte impressos em 3D pode ajudar a obter melhor simetria e evitar complicações.



## Osteotomia mandibular

106



Nome do procedimento: Redução do ângulo da mandíbula

Tempo de procedimento: média de 2 horas

Tipo de anestesia: Geral

Curativo: compressivo leve

Internação: 1 dia

O que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, dificuldade de mastigação nos primeiros dias, dificuldade temporária de movimentação dos lábios, dormência temporária da pele da face, assimetria temporária dos lábios

Resultado final: entre 18 e 24 meses





## Queixo

Conhecida como genioplastia, o remodelamento do mento pode melhorar significativamente a feminilidade do terço inferior do rosto. É possível modificar a altura, largura e formato pelo uso de uma combinação de desgaste ósseo e osteotomias.

A mentoplastia de avanço, que avança o queixo para frente, não faz parte do conjunto de cirurgias de feminização da face, ainda que possa ser indicada em mulheres que não têm projeção suficiente.

## Via de acesso

A genioplastia pode ser realizada por meio de incisões intraorais ou extraorais. A via intraoral é feita através de incisão por dentro da boca, no sulco labial, e evita uma cicatriz externa. Por outro lado, há maior risco de lesão do nervo mental, que deve ser identificado e protegido.

A abordagem extraoral é realizada por meio de uma incisão submentoniana, ou seja, na pele logo abaixo do queixo. Através da mesma incisão a cartilagem tireoide, ou Pomo-de-Adão, pode ser tratada.



## Osteotomia

Após exposição do osso do queixo os cortes ósseos são feitos com auxílio de serra. A osteotomia transversal diminui a altura do mento removendo um segmento de osso pré-determinado, dependendo do quanto de diminuição na altura é necessária. Deve-se ter cuidado para fazê-la abaixo do trajeto do nervo alveolar inferior. De forma similar a cirurgia de redução do ângulo mandibular, a tomografia computadorizada pré-operatória permite planejar osteotomias seguras. A redução vertical do queixo, se necessária, é realizada.

Para estreitar o queixo, um segmento central pode ser removido do osso osteotomizado e as duas metades laterais fixadas juntas para diminuir a largura total.

## Fixação

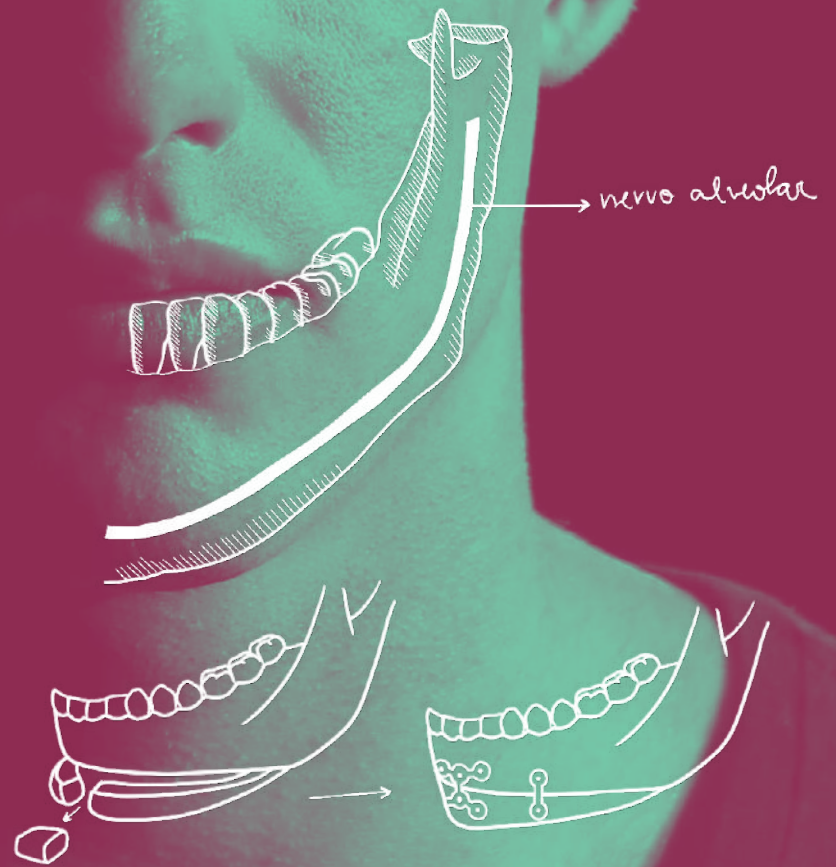
Após a osteotomia e remoção óssea, as estruturas ósseas remanescentes são fixadas com mini placas e mini parafusos de titânio, com o cuidado de manter o alinhamento da linha média mandibular. Os tecidos moles são fechados com os fios de sutura apropriados.



**Osteotomia e  
remoção óssea**

109







Cirurgia: Genioplastia ou mentoplastia

Tempo de procedimento: média de 2 horas

Tipo de anestesia: Geral

Curativo: compressivo leve

Internação: 1 dia

○ que esperar no pós-operatório: dor leve, inchaço, rouidão, dificuldade de mastigação nos primeiros dias, dormência temporária da pele da face

Resultado final: entre 18 e 24 meses



## **OUTRAS CIRURGIAS:**

112

# *CONDROLARINGOPLASTIA, LIFTING, BICHECTOMIA E LOBULOPLASTIA*

## Condrolaringoplastia

O pomo de Adão, ou proeminência laríngea, é uma cartilagem localizada no terço superior do pescoço e que pode ser um estigma para mulheres transexuais. Isso porque, após a puberdade, costuma ser mais desenvolvido no sexo masculino. Para feminizar a cartilagem, a proeminência laríngea deve ser reduzida, criando um ângulo menos agudo e mais suave.

## Via de acesso

Há várias vias de acesso possíveis para tratar a cartilagem tireoide. A mais utilizada é através de uma incisão horizontal de cerca de 2 centímetros em uma prega de pele no pescoço imediatamente abaixo da mandíbula. Essa via permite boa exposição e uma cicatriz bem discreta. Outras opções são realizar a incisão diretamente sobre o pomo-de-Adão proeminente, abaixo do queixo ou dentro da boca. As duas últimas abordagens também permitem o remodelamento do queixo.

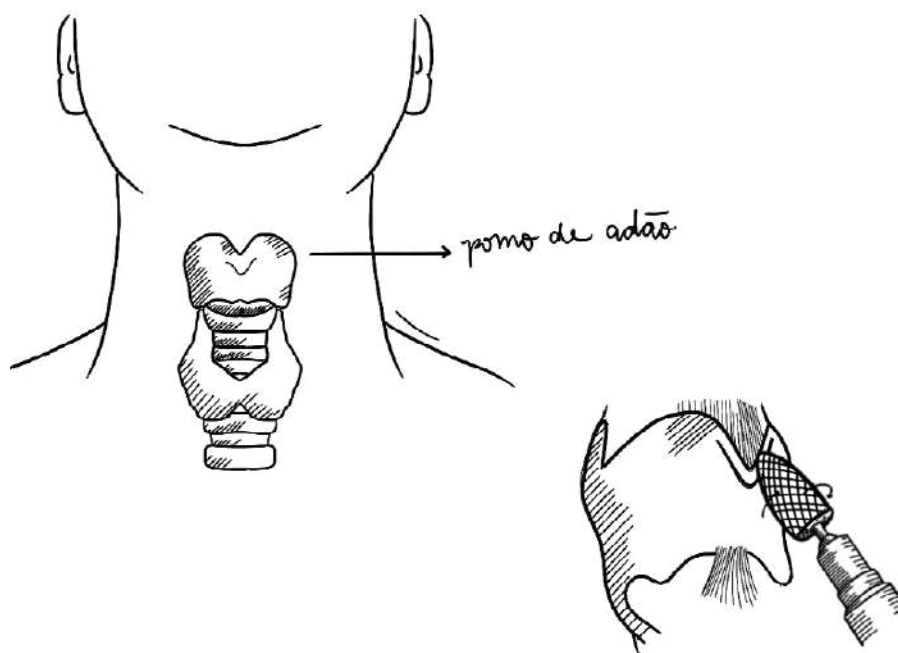


## Remodelamento

Após a incisão de pele, os tecidos moles são separados até que a cartilagem esteja bem exposta. A redução pode ser feita por meio de desgaste com broca ou corte com bisturi.

Um cuidado técnico importante é limitar o remodelamento à metade superior da proeminência, evitando desestabilizar a laringe e penetrar a via aérea. Grandes reduções estão associadas a maiores complicações como perda de sustentação das pregas vocais e consequente prejuízo da qualidade da voz.

Há técnicas endoscópicas para monitorar a altura e a quantidade de ressecção que permitem maior segurança ao procedimento.



**Cirurgia: Condrolaringoplastia**

**Tempo de procedimento: média de 30 a 60 minutos**

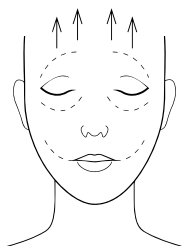
**Tipo de anestesia: Geral ou local com sedação**

**Curativo: simples (ex: gaze ou algodão e filme impermeável)**

**Internação: alta após o procedimento, sem necessidade de ficar internado**

**O que esperar no pós-operatório: desconforto leve, inchaço, rouidão, cicatriz (exceto de via intra-oral), rouquidão temporária por até 2 semanas, dor de garganta nos primeiros dias**

**Resultado final: 3 a 6 meses**



## Lifting

Algumas mulheres, especialmente após 50 anos de idade, apresentam flacidez de pele, o que dificulta a readaptação completa dos tecidos às modificações ósseas, principalmente no terço inferior do rosto. Nesses casos o lifting facial, ou ritidoplastia, pode ser necessário. Para um melhor resultado, o lifting deve ser realizado após alguns meses do remodelamento ósseo, quando o inchaço já estiver resolvido.

A cirurgia é feita através de incisões que vão da têmpora, passando rente à frente da orelha, até o couro cabeludo atrás da orelha. É feita com anestesia geral. No pós-operatório há dor leve, inchaço intenso e rouidão e o resultado é percebido após cerca de 4 a 6 meses.







## Bichectomia

A bichectomia é a cirurgia que remove parte da gordura das bochechas com o objetivo de reduzir o volume das bochechas, aumentando a evidência da maçã do rosto e o contorno da mandíbula. Sua indicação deve ser cuidadosamente estudada para evitar esqueletização do terço médio facial com o envelhecimento.

É realizada por meio de pequenos cortes dentro da boca com anestesia local com ou sem sedação. A recuperação é parecida com a extração do dente do siso, com dor leve, inchaço e rouidão e o resultado aparente após cerca de 90 dias.



## Lobuloplastia

Os lóbulos das orelhas podem ser feminizados através de sua redução e remodelamento, especialmente em mulheres maduras. A orelha cresce ao longo da vida e os lóbulos tendem a esticar e cair, criando lóbulos pendentes.

Esse procedimento costuma ser realizado em conjunto com outras cirurgias feminizantes para complementar o resultado. O objetivo é criar um lóbulo de tamanho apropriado e com contorno suave e natural.



# REFERÊNCIAS

## CIRURGIA

**Berli JU, Loyo M.** Gender-confirming Rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 May;27(2):251-260.

**Binder WJ, Azizzadeh B.** Malar and submalar augmentation. *Facial Plast Surg Clin North Am* 16:11, 2008.

**Capitán L, Gutiérrez Santamaría J,** et al. Facial Gender Confirmation Surgery: A Protocol for Diagnosis, Surgical Planning, and Postoperative Management. *Plast Reconstr Surg.* 2020;145(4):818e-828e.

**Deschamps-Braly J.** Feminization of the Chin: Genioplasty Using Osteotomies. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 May;27(2):243-250.

**Deschamps-Braly JC.** Facial Gender Confirmation Surgery: Facial Feminization Surgery and Facial Masculinization Surgery. *Clin Plast Surg.* 2018 Jul;45(3):323-331.

**Gupta AK, Lyons DC, Daigle D.** Progression of surgical hair restoration techniques. *J Cutan Med Surg* 19:17, 2015.

**Jung JH, Rah DK, Yun IS.** Classification of the female hairline and refined hairline correction techniques for Asian w *Dermatol Surg* 37: 495, 2011.

**Kabaker Ss, Champagne JP.** Hairline lowering. *Facial Plast Surg Clin North Am* 21: 479, 2013.

**La Padula S, Hersant B, Chatel H,** et al. One-step facial feminization surgery: The importance of a custom-made preoperative planning and patient satisfaction assessment. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2019;72(10):1694-1699.



**Morrison SD, Vyas KS, Motakef S, Gast KM, Chung MT, Rashidi V, Satterwhite T, Kuzon W, Cederna PS.** Facial Feminization: Systematic Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Jun;137(6):1759-1770.

**Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J.** Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord.* 2018;19(3):199-220.

**Rohrich RJ, Adams WP, Ahmad J,** et al, eds. *Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters*, ed 3. London: CRC Press, 2014.

**Salgado CJ, Nugent A,** et al. Feminizing the Face: Combination of Frontal Bone Reduction and Reduction Rhinoplasty. *Case Rep Surg.* 2018;2018:1947807. Published 2018 Jul 2.

**Salibian AA, Bluebond-Langner R.** Lip Lift. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 May;27(2):261-266.

**Spiegel JH.** Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty. *Laryngoscope* 121: 250, 2011.

**Therattil PJ, Hazim NY, Cohen WA, Keith JD.** Esthetic reduction of the thyroid cartilage: A systematic review of chondrolaryngoplasty. *JPRAS Open.* 2019 Aug 2;22:27-32.

**Whitehead DM, Schechter LS.** Cheek Augmentation Techniques. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 May;27(2):199-206



# CUIDADOS

## PÓS-OPERATÓRIOS

Os cuidados pós-operatórios podem variar de acordo com as técnicas empregadas, características próprias de cada mulher e preferências da equipe médica. Portanto as orientações aqui apresentadas são gerais e devem ser confirmadas com a equipe responsável.

Medicamentos para controle da dor são prescritos de rotina. Antibióticos, remédios para enjoo e constipação intestinal podem ser utilizados também.

É recomendado beber muito líquido após qualquer procedimento e manter alimentação saudável e equilibrada, para garantir que todos os nutrientes necessários estejam presentes. Recomenda-se também, evitar ingerir açúcares e gorduras em grande quantidade.

Para diminuir a chance de desenvolver trombose, medicamentos específicos e meia antitrombose são utilizadas nos primeiros dias. Outra medida importante é a movimentação das pernas e pés. Recomenda-se caminhar desde o primeiro dia após a cirurgia, com auxílio nas primeiras caminhadas.

O rosto costuma apresentar inchaço significativo após a manipulação cirúrgica. Medidas para diminuir o inchaço como evitar água muito quente no banho, dormir com a cabeça elevada e fazer compressas de água fria costumam ser orientadas. A realização precoce (2 a 5 dias após a cirurgia) de drenagem linfática manual por especialistas também contribui para o controle do inchaço.





Em algumas cirurgias, como a de recontorno da mandíbula e do queixo, recomenda-se a utilização de malhas de compressão por algumas semanas, para auxiliar o reposicionamento tecidual.

Nos casos de cirurgias de remodelamento da mandíbula e queixo, ou que haja incisões por dentro da boca, recomenda-se alimentação pastosa e morna, nos primeiros dias, além de boa higienização oral e dentária.

Recomenda-se evitar esforço físico nas primeiras duas semanas. O período de retorno de atividades esportivas deve ser avaliado individualmente.

Especial cuidado deve-se ter com a cicatriz. A utilização de pomadas a base de silicone e filtro solar costuma ser indicada e a exposição solar direta deve ser evitada por 1 ano. Tratamentos adicionais como placas de silicone ou lasers devem ser avaliados em cada caso.

Faz parte dos cuidados pós-operatórios retornar periodicamente com a equipe médica. Sempre anote suas dúvidas para esclarecê-las em consulta.



## Cicatrizes cirúrgicas

Algumas cirurgias de feminização facial criam cicatrizes visíveis, sendo muito importante o cuidado pós-operatório a fim de prevenir cicatrizes inestéticas. Além disso, em alguns casos, pode ser necessário tratar cicatrizes patológicas.

Primeiramente, há que se diferenciar uma cicatriz normal de cicatrizes patológicas. A cicatriz normal é aquela da mesma altura da pele e ocupa apenas a região do ferimento. Ela costuma ser rosada e coçar um pouco no início, mas depois fica clara e lisa. As cicatrizes patológicas podem ser do tipo hipertrófica ou quelóide. A cicatriz hipertrófica é mais alta que a pele normal, tende a ser mais dura e vermelha/roxa e apresenta sintomas leves de dor, ardor ou coceira, mas também ocupa apenas a região do ferimento. Já a quelóide, é bem mais alta que a pele normal, apresenta sintomas mais intensos que a cicatriz hipertrófica e ultrapassa as margens da lesão, acometendo a pele ao redor do ferimento original.



Ainda que o tipo de pele, histórico de cicatrização da mulher e preferência do profissional interfiram nos tratamentos recomendados, algumas medidas costumam ser indicadas. Géis de silicone costumam ser utilizados após epitelização total da pele, ou seja, o fechamento da ferida, para prevenir cicatrizes patológicas. O uso de filtro solar também é recomendado para prevenir que a cicatriz fique escura e manchada.

Em caso de cicatriz hipertrófica ou quelóide, fitas de silicone e aplicação de corticoide na cicatriz são os tratamentos mais utilizados. Lasers, peelings e imunossuppressores em creme podem ser recomendados, de acordo com a gravidade do caso. Casos que não respondem bem ao tratamento podem necessitar de remoção cirúrgica da cicatriz associada à aplicação de injeção de corticosteroides e/ou beta terapia, um tipo brando de radioterapia superficial.

Os lasers de baixa potência também podem ser utilizados no tratamento inicial de cicatrizes cirúrgicas, com o objetivo de melhorar a circulação sanguínea, acelerar a regeneração da pele e proporcionar uma cicatriz de melhor qualidade.



## INTERCORRÊNCIAS

Após a cirurgia, a queixa mais comum é a insatisfação com o resultado, o que não representa uma complicação em si, mas que também será abordada neste capítulo. A insatisfação pode decorrer de várias causas, desde problemas com a cicatrização e reabsorção óssea até má seleção das técnicas empregadas, mas a mais importante é devida a expectativas irreais quanto ao resultado.

É muito importante conversar com a equipe médica, sobre os resultados possíveis de serem alcançados e confrontá-los com o desejo pessoal. Havendo grande diferença entre eles recomenda-se pesquisar mais antes de realizar a cirurgia. Uma vez que cada mulher é única, cada resultado também será, então não se deve comparar resultados. Além disso, a cirurgia faz mudanças físicas e não se deve medir seu sucesso através de possíveis efeitos em relacionamentos, questões sociais ou outras.

Sobre as complicações, há complicações gerais, que toda cirurgia pode apresentar, e as específicas de cada tipo de cirurgia. Dentre as complicações gerais, alergias, eventos tromboembólicos, como trombose da perna (formação de coágulo nas veias da perna) e tromboembolismo pulmonar (o coágulo pode se movimentar pela rede sanguínea e vai até veias do pulmão), infecção de ferida operatória, abertura dos pontos (deiscência), gangrena de pele (necrose), sangramento interno, coleção de líquido (seroma) e má cicatrização são os de maior relevância. Há que se ressaltar que todas as cirurgias são impactadas negativamente pelo fumo.





Para facilitar a compreensão, as complicações específicas serão apresentadas de acordo com cada procedimento. Ressalta-se, novamente, que há carência de pesquisa médica específica sobre complicações em intervenções de feminização facial em mulheres trans. Portanto, em alguns casos, como rinoplastia e transplante capilar, em que não há diferença de técnica entre indivíduos cis e trans, foram utilizados artigos científicos baseados em pessoas cisgênero.

## Procedimentos Minimamente Invasivos

Os procedimentos minimamente invasivos têm baixa taxa de complicação. Entre as possíveis complicações da toxina botulínica estão assimetria, pálpebra caída (ptose) e paralisia muscular. Esses efeitos são temporários e geralmente melhoram em poucas semanas.

O ácido hialurônico pode causar inchaço temporário, infecção e oclusão de vasos sanguíneos com possibilidade de gangrena de pele. Algumas vezes a neutralização do produto pode ser realizada utilizando um medicamento chamado hialuronidase.

Os lasers e luz intensa pulsada podem causar manchas e queimadura na pele. Alguns tipos de laser também são capazes causar danos aos olhos e devem ser aplicados com utilização de óculos de proteção tanto pelo paciente quanto pelo profissional.



## Fronte

Apesar da complexidade técnica necessária para o remodelamento da testa, uma pesquisa recente mostrou que a taxa global de complicação em cranioplastia feminizante é de apenas 1,3%. Os principais eventos relatados foram: formação de coleção em pacientes que utilizaram metilmetacrilato na cranioplastia tipo 2 (tratados com aspirações seriadas) e pneumosinus dilatans, aumento do tamanho do seio frontal causado por enfraquecimento da parede anterior do seio, após cranioplastia tipo 3 (necessitaram nova cirurgia para reparo). Vazamento de líquido, paralisia temporária do ramo frontal do nervo facial e quemose, uma alteração ocular, também foram mencionados, porém em menor frequência, e melhoraram espontaneamente, sem necessidade de tratamento cirúrgico.

## Linha do Cabelo

A cirurgia de transplante capilar raramente apresenta maiores intercorrências, sendo que as taxas infecção e sangramento é de cerca de apenas 1%.

Dentre as complicações da área receptora dos folículos, destacam-se aspecto artificial do transplante, pelos encravados (foliculite), cistos, gangrena e descoloração da pele (hipopigmentação). Já na área doadora, há possibilidade de abertura dos pontos, cicatrizes largas e aparentes e gangrena (necrose) na técnica FUT, formação de coleção de sangue e dor nervosa (neuralgia).



## Nariz

Referente à rinoplastia, uma importante pesquisa de revisão de literatura indicou que até 10,9% dos casos necessitam de nova cirurgia para revisão. Os principais riscos associados à cirurgia foram sangramento (até 6,7%), abertura de pontos (até 5%), infecção (até 4%), sangramento (4,1%), perfuração do septo (até 2,6%), obstrução nasal (até 3%), cicatriz hipertrófica (até 1,5%). Incapacidade de sentir cheiros, anosmia, e alterações de sensibilidade foram descritas como complicações temporárias, a última relacionada à fratura óssea e grandes rebaixamentos do dorso nasal.

## Maçã do Rosto

Os implantes de bochecha têm risco de mau posicionamento, assimetria, migração (o implante não se fixa no local apropriado), infecção e acúmulo de sangue. Complicações de longo prazo incluem reabsorção óssea do osso zigomático e extrusão dos implantes (expulsão pela pele), além disso, com o envelhecimento o resultado pode se tornar artificial.

O enxerto de gordura pode causar assimetria, irregularidades da pele, coleção de sangue. Quando grandes volumes são aplicados, calcificações no subcutâneo, formação de cisto oleoso e necrose gordurosa podem ocorrer. Especificamente para o rosto, há áreas consideradas de risco, como a glabella (região entre as sobrancelhas), que não devem ser tratadas sem técnicas especiais, devido ao potencial de obstruir vasos importantes levando a derrame ou cegueira.



## Olhos

Na cirurgia dos olhos pode ocorrer assimetria e exposição da conjuntiva (membrana mucosa que reveste a parte interna das pálpebras).

## Lábio

Os principais riscos associados são assimetria e cicatriz inestética.

## Queixo

O recontorno do queixo pode causar diminuição na sensibilidade da pele do queixo, geralmente temporária, dano às raízes dos dentes, infecção, não união dos fragmentos ósseos e reabsorção de segmentos ósseos cortados com prejuízo do resultado a longo prazo.

## Mandíbula

Na cirurgia de recontorno da mandíbula pode ocorrer assimetria, fraturas inadvertidas, dormência do lábio inferior e queixo e danos a dentição inferior.

## Pomo-de-Adão

As complicações da condrolaringoplastia são raras e geralmente temporárias, sendo a mais comum fraqueza vocal leve, que pode ocorrer em até 35% dos casos. A rouquidão não costuma durar mais de 6 meses.





# REFERÊNCIAS INTERCORRÊNCIAS

**Eggerstedt M, Hong YS, Wakefield CJ, Westrick J, Smith RM, Revenaugh PC.** Setbacks in Forehead Feminization Cranioplasty: A Systematic Review of Complications and Patient-Reported Outcomes. *Aesthetic Plast Surg.* 2020 Jun;44(3):743-749.

**Morrison SD, Vyas KS, Motakef S, Gast KM, Chung MT, Rashidi V, Satterwhite T, Kuzon W, Cederna PS.** Facial Feminization: Systematic Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Jun;137(6):1759-1770.

**Nadimi S.** Complications with Hair Transplantation. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2020 May;28(2):225-235.

**Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J.** Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord.* 2018;19(3):199-220. 87,L

**Sharif-Askary B, Carlson AR, Van Noord MG, Marcus JR.** Incidence of Postoperative Adverse Events after Rhinoplasty: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg.* 2020 Mar;145(3):669-684.



# REALIDADE ATUAL DO SUS & PLANOS DE SAÚDE

128

No Brasil, as cirurgias de redesignação sexual foram autorizadas em 1997 pelo Conselho Federal de Medicina, em caráter ainda experimental, através da resolução N° 1.482/97.

Em 2008 a Portaria N° 457 instituiu no Sistema Único de Saúde a atenção à população transexual feminina, através de acompanhamento psicológico, terapia hormonal e cirurgia genital. Em 2013, uma nova portaria, de N° 2.803, incluiu travestis e transexuais homens e ampliou um pouco o espectro de cirurgias. No entanto apesar da evolução observada no âmbito da ampliação dos procedimentos oferecidos pelo SUS, as cirurgias faciais ainda não são contempladas.

Apesar dos inúmeros benefícios advindos da feminização facial, como alívio do sofrimento de disforia de gênero, melhora da qualidade de vida e proteção contra lesões corporais, esta modalidade de tratamento ainda é muito reduzida no Brasil. Há poucas equipes treinadas e centros de referência, todos privados e com alto custo, fazendo com que a maior parte das mulheres não tenha recurso suficiente e necessite atendimento público.

Infelizmente a cirurgia de feminização facial ainda não é considerada um tratamento médico essencial. Por essa razão, não consta na lista de tratamentos obrigatórios indicados para disforia de gênero do SUS e não apresenta cobertura dos planos de saúde nacionais. Essa situação dificulta o acesso a um tratamento completo para o indivíduo e contribui para manter a carência de profissionais especializados para atender esse tipo de demanda.



# REFERÊNCIAS

## REALIDADE ATUAL DO SUS E PLANOS DE SAÚDE

**Guimarães A.** Todas as mulheres do mundo: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 e 1970. In: Ministério da Saúde, organizador. Transsexualidade e travestilidade na saúde. Brasília: Ministério da Saúde;2015.

**Ministério da Saúde (BR).** Portaria n° 2.803 de BRASIL, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html).

**Ministério da Saúde (BR).** Portaria n° 457, de BRASIL, de 19 de agosto de 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457\\_19\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html).

**Monteiro S, Brigeiro M, Barbosa RM.** Saúde e direitos da população trans. CadSaudePublica. 2019;35(4):e00047119.



# CONSIDERAÇÕES

130

## *FINAIS*

Este livro foi produzido com muito respeito e cuidado no intuito de, através da disseminação de informação, facilitar o processo de transição de gênero. As informações contidas são atuais e baseadas nos melhores artigos científicos disponíveis até então.

É fundamental que as mulheres transexuais conheçam as formas de feminizar o seu rosto e possam buscar pelo tratamento que as atenda melhor.

Esperamos que o livro seja um facilitador nesta jornada tão importante.





## **SOBRE A**

### *Dra. Patricia Marques*

Dra. Patricia Marques é médica graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 2010.

Fez residência médica em cirurgia geral na Santa Casa de São Paulo e residência médica em cirurgia plástica no Hospital Santa Marcelina.

É membro especialista em cirurgia plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Fez fellowship em reconstrução de mama no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e no Hospital Santa Creu i Sant Pau em Barcelona.

É mestranda no Curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo como orientadora a Profa. Alessandra Haddad e como co-orientador o Prof. José da Conceição Carvalho Júnior.

É pioneira e referencia nacional em frontoplastia de avanço e exerce hoje suas atividades no seu consultório particular em São Paulo, atuando nas áreas de cirurgia plástica e tricologia.



