

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES TRANSGÊNERO SUBMETIDAS À CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO: UMA SÉRIE DE CASOS

PHYSIOTHERAPY CARE IN THE QUALITY OF LIFE OF TRANSGENDER WOMEN WHO UNDERWENT SEX REASSIGNMENT SURGERY: A CLINICAL SERIES

Júlio Policarpo (ORCID: 0000-0002-8729-5803)¹
Marina Hazin (ORCID: 0000-0003-1340-9852)¹
Dayana Roberta da Silva (ORCID: 0000-0003-1340-9852)¹
Rogerson Tenório de Andrade (ORCID: 0000-0001-8330-6045)²
Caroline Wanderley Souto Ferreira (ORCID: 000-0003-2736-5918)¹
Andrea Lemos (ORCID:0000-0003-0631-0512)¹

RESUMO

Introdução: a Cirurgia de Readequação Sexual (CRS) é uma estratégia de readequação eficaz para mulheres transgênero. No entanto, em até três anos de pós-operatório, podem surgir complicações. Nesse contexto, a fisioterapia pode atuar para reduzir sintomas e melhorar a Qualidade de Vida (QV). **Objetivo:** avaliar e comparar a QV de mulheres transgênero submetidas à intervenção fisioterapêutica no pós-operatório da CRS. **Método:** uma série de casos, desenvolvida no Departamento de Fisioterapia da UFPE, Recife-PE, de agosto de 2017 a julho de 2018. Foram incluídas 6 mulheres transgênero submetidas à CRS com idade mínima de 21 anos. Foram analisados dados de QV, sociodemográficos, antropométricos e clínicos. A QV foi mensurada com o questionário WHOQOL-Bref; a força da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), por meio do esquema PERFECT; além do registro de sintomas urinários. A assistência fisioterapêutica consistiu em terapia manual, cinesioterapia e uso de biofeedback com uma frequência de dois atendimentos por semana durante dez semanas. Para tabulação e análise, foi utilizada estatística descritiva com frequência, média e desvio padrão e uso do software Microsoft Excel® para Windows. **Resultados:** o perfil das pacientes foi de 30,83 anos \pm 8,13 (Média \pm DP), 11,16 anos de estudo \pm 1,32 e renda baixa. A QV aumentou após a intervenção fisioterapêutica, de 70,8 \pm 11,91 para 73,2 \pm 21,22. As pacientes relataram previamente perdas urinárias e noctúria com posterior melhora dos sintomas, e 50% apresentaram aumento da força da MAP ao fim do tratamento. **Conclusões:** a assistência fisioterapêutica pode promover aumento de QV de mulheres transgenitalizadas e oferecer adequado acompanhamento à funcionalidade da MAP.

Autor Correspondente
Andrea Lemos
E-mail: andrealemos4@gmail.com

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Transgênero; Cirurgia de Redesignação de Sexo; Fisioterapia; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Sex-Reassignment-Surgery (SRS) is an effective readjustment strategy for transgender women. However, there may be complications up to three years after surgery. In this context, physical therapy can reduce symptoms and improve Quality of Life (QoL). **Objective:** to evaluate and compare the QoL of male-to-female transsexual undergoing physical therapy in the postoperative period of SRS. **Method:** a case series study that was developed at the physical therapy's department of the Federal University of Pernambuco (UFPE), in the city of Recife, Pernambuco, from August 2017 to July 2018. It was included 6 transgender women who underwent SRS with minimum age of 21 years. It was evaluated QoL, sociodemographic, anthropometric, and clinical data. QoL was measured by WHOQOL-Bref questionnaire, the power of the Pelvic Floor Muscles (PFM) was evaluated by PERFECT scheme, in addition to the urinary symptoms record. Physical Therapy care consisted of manual therapy, kinesiotherapy, and use of biofeedback with a frequency of two visits per week for 10 weeks. For tab and analysis, descriptive statistics were used with frequency, mean, and standard deviation and used the software Microsoft Excel® for Windows. **Results:** the patient profile was 30,83 \pm 8,13 (mean \pm SD) years old, 11,16 \pm 1,32 years of study, and low income. There was an increase in QoL after physical therapy intervention, from 70,8 \pm 11,91 to 73,2 \pm 21,22. There was a report of urinary incontinence and nocturia with improvement of symptoms and 50% of patients increased the PFM power at the end of treatment. Conclusion: physical therapy can provide appropriate care and improvement of QoL in transgender women after SRS.

Keywords: Quality of Life; Transgender; Sex Reassignment Surgery; Physical Therapy; Unified Health System.

¹ Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Pernambuco.

² Serviço de Urologia. Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

O termo transgênero é utilizado para pessoas que vivenciam uma incongruência marcada e persistente da identidade de gênero, não havendo conformidade entre o sexo biológico atribuído e o gênero com o qual se identificam¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, oficializou a exclusão da transexualidade da categoria de transtornos mentais, integrando-a às condições relacionadas com a saúde sexual, com a publicação da Classificação Internacional de Doenças – 11 (CID-11)². A relevância dessa modificação é tamanha para a população, de forma que é abandonado oficialmente o conceito de doença para um aspecto de saúde.

A OMS, entretanto, manteve a condição na CID-11, já que muitos sistemas de saúde realizam apenas os procedimentos de saúde que estão classificados. Assim, a transexualidade é uma condição relacionada com a saúde que pode necessitar de serviços como a Hormonioterapia e a Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS)² ou Cirurgia de Transgenitalização. A CRS se apresenta como uma possibilidade de estratégia terapêutica para readequação do sexo biológico à identidade de gênero³.

As pessoas transgênero são discriminadas e estigmatizadas por romperem com as normas sociais, de forma que se apresentam diferente do que é esperado socialmente, de acordo com aspectos culturais de determinado meio em que vivem, interferindo em sua Qualidade de Vida (QV). Assim, com objetivo de modificar essa realidade, a população procura os serviços de saúde em busca de uma intervenção eficaz que possibilite atenuar conflitos sociais e proporcionar uma QV digna³. A OMS define a QV como a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida, no contexto cultural e suas expectativas, necessidades e objetivos⁴.

Em 2013, o Ministério da Saúde redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador

(PrTr) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 2.803/GM, estabelecendo critérios, como idade mínima de 21 anos, acompanhamento pela equipe multidisciplinar por no mínimo dois anos, além de relatório técnico⁵. Após a realização da CRS, as mulheres apresentam altas taxas de satisfação para a estética, profundidade e funcionalidade da neovagina, o que pode estar associado às normas e aos padrões sociais⁶. No entanto, pode haver complicações em até três anos de pós-operatório, como estenose da neovagina e meatal, incontinência urinária, cicatrização difícil, dispareunia e sangramento no ato sexual, entre outros, sendo necessário novas intervenções cirúrgicas⁷.

A fisioterapia não foi incluída na equipe, apesar de existir um amplo conhecimento acerca do acompanhamento e dos benefícios para a saúde do assoalho pélvico, assim como a existência de legislação de especialidade que regulamenta a intervenção fisioterapêutica para a saúde da mulher, a Resolução nº 372, de 2009⁸. A fisioterapia pode proporcionar uma melhora de queixas pós-cirúrgicas por meio da redução de sinais e sintomas de dor, incontinência urinária, a aquisição de força da musculatura assoalho pélvico, entre outros relativos à CRS.

Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar e comparar o efeito da intervenção fisioterapêutica na QV de mulheres transgênero que foram submetidas à CRS.

MÉTODOS

Trata-se de uma série de casos realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no período de agosto de 2017 a julho de 2018. Foram incluídas 6 mulheres transgênero submetidas à CRS, com idade mínima de 21 anos, provenientes do ambulatório e Espaço de Cuidado e Acolhimento Transgênero do Hospital das Clínicas de

Pernambuco. Foram excluídas mulheres com histórico prévio à CRS de doenças urológicas, neuromusculares e do tecido conjuntivo.

Inicialmente, as participantes receberam uma explicação sobre o no referido ambulatório, em seguida, foi realizado o convite para participação; e, quando houve interesse, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. Os atendimentos ocorreram com a garantia da privacidade e do sigilo em consultório do Laboratório de Fisioterapia, Saúde da mulher e Assoalho pélvico do Departamento de Fisioterapia da UFPE.

A QV foi avaliada por meio do questionário WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life – Bref) aplicado antes e depois do tratamento fisioterapêutico. Essa ferramenta contém 26 questões, sendo 2 questões gerais e 24 facetas, alocadas em domínios físico, psicológico, social e ambiental. Cada domínio é composto por questões com pontuação que varia de 1 a 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão, resultando em escores finais que variam de 4 a 20, sendo transformada em uma escala de 0 a 100⁹.

Os sintomas urinários foram analisados com o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF). A voluntária seria diagnosticada como portadora de Incontinência Urinária (IU) se relatasse perda urinária na questão 610. Esta possui as seguintes alternativas: nunca (não há perda); perco antes de chegar ao banheiro; perco ao tossir ou espirrar; perco quando estou dormindo; perco durante a atividade física; perco quando terminei de urinar e estou me vestindo; perco sem razão óbvia; perco o tempo todo. Ao marcar uma ou mais alternativas, exceto “nunca”, a voluntária foi considerada como portadora de IU.

A força da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) das pacientes foi avaliada por meio do esquema PERFECT antes e após o tratamento. Esse exame é um acrônimo, de origem inglesa, que avalia a função da MAP e possibilita a análise de fibras de contração rápida e lenta, abordando a força muscular (P) – baseada na escala Oxford, a duração da Contração Voluntária Muscular – CVM (E), a quantidade de CVM sustentadas (R) e o número

de CVM rápidas de 1 segundo (F)¹¹. As pacientes foram posicionadas em decúbito dorsal com a cabeça apoiada em travesseiro, quadris flexionados e abduzidos, os joelhos flexionados e pés apoiados sobre a maca. Inicialmente, foi inspecionada a genitália externa para identificar a presença ou ausência de contração voluntária visível da MAP. Em seguida, ocorreu a palpação digital por toque anal para avaliação de cada item supracitado. O comprimento do canal neovaginal foi avaliado por meio de régua antropométrica ao início e ao fim da intervenção fisioterapêutica.

A assistência fisioterapêutica consistiu em dez sessões com uma frequência de duas vezes por semana. As condutas realizadas foram terapia manual¹², aplicação de biofeedback¹³, cinesioterapia^{14, 15} e orientações.

Terapia manual

A terapia manual foi realizada com objetivo de aliviar dor e tensão muscular por meio de massagem perineal e alongamentos. A massagem foi aplicada na região perineal e interna com a utilização de gel lubrificante à base de água, com movimentos circulares, semicirculares e de deslizamento, assim como os alongamentos ao redor do introito neovaginal e no tendão central do períneo em duas séries de 30 segundos^{15,16}.

Biofeedback

Foi aplicado o biofeedback para ativação da MAP com o uso do aparelho Neurodyn Evolution (Ibramed) com recurso manovacuômetro-pressórico, tendo como parâmetro o esquema PERFECT. O equipamento possui uma sonda acoplada a um computador, introduzida no ânus da paciente e interligada a um software para registro de atividade de contração e relaxamento por meio de gráficos. Logo, proporcionou-se um feedback visual de acordo com a atividade da MAP¹⁷. A sonda látex anal foi preenchida por ar com uma seringa de 60mL e revestida com preservativo não lubrificado, recoberto por gel lubrificante à base de água e introduzida no ânus para captação e registro da pressão anal mínima e máxima, resultando no valor da pressão perineal. Para captação da pressão mínima,

o êmbolo da seringa foi pressionado até que houvesse a percepção da insuflação da sonda com solicitação da contração voluntária máxima para registro da pressão máxima.

Cinesioterapia

A cinesioterapia foi realizada para fortalecimento da MAP por aproximados 30 minutos. Os exercícios foram realizados em decúbito dorsal e lateral, quatro apoios, sentada na cadeira e em pé de frente para um espelho¹⁷. Com objetivo de recrutar as fibras fásicas durante o treinamento muscular, foi solicitado em cada posição o mesmo número de contrações rápidas obtidas no PERFECT, ao longo de cinco séries, com tempo de 1:2 entre contração e relaxamento. Para o trabalho das fibras tônicas, foram solicitadas contrações com a mesma duração do PERFECT, ao longo de cinco séries, com tempo de 1:1 com o intervalo de tempo de descanso 1 minuto entre cada série¹⁸.

As voluntárias foram orientadas para uso do dilatador vaginal tamanho padrão a fim de manter o introito e o canal neovaginal nas dimensões cirúrgicas iniciais. A paciente foi instruída para usar o dispositivo em dias alternados, no mínimo três dias na semana. O dispositivo não seria necessário caso possuísem vida sexual ativa e com penetração do canal neovaginal. Uma cartilha foi entregue com orientações sobre a automassagem perineal para realizar entre os intervalos da fisioterapia e duração conforme indicação do fisioterapeuta responsável. Além disso, houve orientação para a realização de exercícios perineais, adaptada à avaliação da força muscular das participantes, três vezes ao dia, com o mínimo de 80 e um máximo de 200 contrações por dia¹⁸.

A tabulação foi realizada no *software* Microsoft Excel® para Windows com

dupla entrada por dois digitadores independentes, para análise e correção posterior de eventuais erros. Realizou-se uma análise descritiva por meio das medidas de tendência central (média e desvio padrão). Foi utilizada uma ferramenta desenvolvida e validada de acordo com a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL-Bref^{9,19}.

O estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Intervenção Fisioterapêutica no pré e no pós-operatório de cirurgia de redesignação de sexo: uma série de casos”. Foi desenvolvido conforme as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFPE (CAAE 57439116.9.0000.5208).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 6 voluntárias com idade de 30,83 anos \pm 8,13 (Média \pm DP), baixa escolaridade, 11,16 \pm 1,32 anos de estudo, baixa remuneração; 66% recebiam o equivalente a um salário mínimo, a maioria em ocupações informais.

Avaliação da QV antes e depois do tratamento fisioterapêutico está descrita na tabela 1. As pacientes apresentaram melhora da QV geral após o tratamento fisioterapêutico, de 70,8 \pm 11,91 para 73,2 \pm 21,22.

Cada domínio do questionário WHOQOL-Bref foi analisado isoladamente, o que resultou em aumento nas médias dos domínios social e ambiente. O domínio psicológico foi o único domínio em que houve uma redução no escore; e no domínio social, houve maior frequência de aumento nos escores após o tratamento.

Tabela 1. Autoavaliação da Qualidade de Vida geral antes e depois do tratamento fisioterapêutico. Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2017-2018

| Qualidade de Vida | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Participante | AT | DT |
| A | 65,7 | 59,4 |
| B | 74,6 | 74,8 |
| C | 84,2 | 86,7 |
| D | 66,4 | 99,0 |
| E | 81,7 | 80,0 |
| F | 52,0 | 39,0 |
| Média | 70,8 | 73,2 |
| DP | ±11,91 | ±21,22 |

*Período: AD – Antes do Tratamento; DT – Depois do Tratamento; DP – Desvio Padrão.

A avaliação da função da MAP antes e após a intervenção fisioterapêutica está descrita na tabela 2. Houve aumento em todos os parâmetros de avaliação coletados por meio da escala PERFECT. Entre os quais, 50% da amostra aumentou força muscular, e todas apresentaram aumento na resistência de contração e de quantidade de contrações resistidas.

Em relação aos sintomas de perdas urinárias, metade da amostra relatou sua ocorrência, cessando após o tratamento fisioterapêutico. Metade da amostra apresentou aumento de 1 cm de comprimento do canal da neovagina após o tratamento.

Tabela 2. Avaliação da função muscular através do exame PERFECT antes e após o tratamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil, 2017-2018

| Avaliação da função muscular por meio da escala PERFECT | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Participante | A | | B | | C | | D | | E | | F | |
| Período* | AT | DT | AT | DT | AT | DT | AT | DT | AT | DT | AT | DT |
| P | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| E | 5 | 10 | 4 | 5 | 3 | 10 | 8 | 10 | 3 | 5 | 5 | 6 |
| R | 4 | 10 | 2 | 5 | 4 | 10 | 6 | 8 | 6 | 10 | 10 | 10 |
| F | 5 | 10 | 2 | 10 | 10 | 8 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |

*Período: AD – Antes do Tratamento; DT – Depois do Tratamento; DP – Desvio Padrão.

P – força muscular (0 – 5); E – tempo de sustentação da Contração Muscular Voluntária (CMV) em segundos (1 -10); R – quantidade de CMV sustentadas (1 – 10); F – quantidade de CMV rápidas (1 – 10).

DISCUSSÃO

No presente estudo, as inadequadas condições socioeconômicas podem interferir na QV, como baixa escolaridade e nível de renda. O perfil das voluntárias é caracterizado por uma formação básica, que leva a ocupações informais ou com menor exigência de escolaridade. Além disso, 66,6% da amostra afirmou não possuir união conjugal, o que se pode associar a fragilidades nas relações sociais.

Não obstante, as pacientes autoavaliaram melhora na QV geral após o tratamento fisioterapêutico, principal desfecho do presente estudo. Contudo, não foi um aumento relevante, já que metade da amostra reduziu o escore final, possivelmente pela ausência de um instrumento mais específico para a avaliação no decorrer do PrTr. O questionário WHOQOL-Bref é abrangente, retrata vários aspectos subjetivos da vida. É representado pelos domínios físico, psicológico, social, ambiental, além de outras questões gerais sobre a QV²⁰. Além disso, o número da amostra deve ser ampliado.

Cada domínio foi analisado de forma isolada. No domínio físico, não houve alteração no escore final. Esse domínio compreende aspectos subjetivos e variados como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, dependência de medicação, tratamentos e outros⁹. Com exceção de dor e desconforto, medicação ou tratamentos, os demais aspectos não possuem uma relação direta para com as intervenções terapêuticas²¹. Estes últimos são individuais e altamente complexos, tratam de estados e percepção da saúde dos indivíduos, intermediados por fatores físicos, psicológicos e sociais^{9,22}.

O domínio psicológico foi o único domínio em que houve uma redução no escore após o tratamento. Apesar de existirem aspectos importantes para a associação entre a QV e a satisfação com o tratamento fisioterapêutico, como a imagem corporal, autoestima e os sentimentos positivos, da mesma forma, não representam interferência direta²³. Para além do corpo físico, a saúde mental deve receber adequada assistência em todo o PrTr como forma de integração entre corpo e mente, uma abordagem holística e em valorização de sua plenitude.

No domínio social, houve maior frequência de aumento nos escores das pacientes após a realização do tratamento; isso compreende relações interpessoais, o apoio social e a atividade sexual⁸, fatores que causam uma interferência na vida dos indivíduos a partir das construções e relações sociais com normas, expectativas e desempenho de papéis em determinado meio cultural. Dessa forma, indivíduos que possuem relacionamentos mais estáveis ou que apresentem considerável apoio familiar podem apresentar tendência a uma maior pontuação²¹.

O domínio ambiente foi o único com a pontuação final menor que o escore de QV geral apesar de haver aumento após a intervenção fisioterapêutica. Nesse domínio, são agrupados fatores que exercem sobre o corpo feminino interação social em reforço de estereótipos e padrões de beleza, de forma que as mulheres transgênero buscam a realização de procedimentos nos serviços de saúde a fim de modificar sua imagem corporal de acordo com valores sociais^{9,24}.

Os resultados evidenciam que o questionário de QV utilizado não aborda as especificidades envolvidas no PrTr, como sintomas pré e pós-operatório, queixas urinárias e sexuais, componentes estéticos, funcionais e itens psicossociais. Logo, é necessário o desenvolvimento de um questionário mais apropriado²⁵. Entretanto, metade das pacientes relatou perdas urinárias antes de iniciar a fisioterapia com melhora e ausência de sintomas com o fim da intervenção, ocorrendo ainda aumento de força e conscientização da MAP. A evolução funcional das pacientes se deve ao aumento em todos os parâmetros de avaliação coletados por meio do método PERFECT11.

Entre os quais, houve um aumento da força muscular em metade da amostra, e todas apresentaram aumento no tempo de sustentação das CVM, o número de repetição de CVM com sustentação satisfatória, o que implica a resistência de contração e de quantidade de contrações resistidas (tabela 2). Além disso, 50% da amostra apresentou aumento de comprimento do canal neovaginal ao fim do tratamento. Esse resultado possivelmente ocorreu com o uso do dilatador de forma sistemática associado à cinesioterapia com as orientações realizadas durante o acompanhamento^{14,15,17,18}.

O estudo apresentou como limitação a quantidade de cirurgias realizadas, pois apenas uma cirurgia é realizada ao mês, o que levou à restrição no número da amostra, como também para a aplicação de testes estatísticos. Também interferiu o fato de as voluntárias residirem distante do local de coleta e intervenção, como outras cidades fora da Região Metropolitana do Recife ou outros estados, o que pode ter contribuído para uma baixa adesão. A QV, desfecho principal do estudo, foi avaliada por meio do questionário validado WHOQOL-Bref, instrumento generalista com variados domínios; de maneira que, neste estudo, a aplicação dessa ferramenta não foi eficaz por caracterizar múltiplos e inespecíficos aspectos de vida. Logo, outro questionário com sensibilidade e especificidade às necessidades da população deve ser desenvolvido e validado.

CONCLUSÕES

A fisioterapia pode contribuir para uma melhor QV de mulheres transgenitalizadas ao proporcionar acompanhamento específico e individualizado da funcionalidade da MAP. Para tanto, é necessária a realização de estudos em busca de maiores evidências com ampliação da amostra, como também o desenvolvimento e a validação de instrumentos que abordem as especificidades da população – e, para além da assistência às queixas físicas e funcionais, em busca do fortalecimento da assistência integral, multiprofissional e interdisciplinar. Assim, sugere-se rediscutir e ampliar o processo de assistência à saúde da população transgênero no SUS.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: APA; 2013.
2. World Health Organization. International Classification of Disease – CID 11 [Internet]. Genebra: WHO; 18 Jun 2018 [acessado 2019 ago 10]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f90875286>
3. Cardoso da Silva D, Schwarz K, Fontanari AM, Costa AB, Massuda R, Henriques AA, et al. WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to- female transsexual individuals. *J Sex Med.* 2016;13(6):988–993.
4. World Health Organization. The WHO-QoL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 2013; 21 nov.
6. Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rübhen H, Senf W. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(47):795–801.
7. Horbach SE, Bouman MB, Smit JM, Özer M, Buncamper ME, Mullender MG. Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: a systematic review of surgical techniques. *J Sex Med.* 2015;12(6):1499–1512.
8. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução N°. 372/2009 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2009; 30 nov.
9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Lyssandra S, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178–183.
10. Tamanini JTN, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-444.
11. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The

- PERFECT Scheme. *J Physiotherapy*. 2001;87(12):631-642.
12. Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *Am Fam Physician*. 2014;89(5):335-336.
13. Giggins OM, Persson UM, Caulfield B. Biofeedback in rehabilitation. *J Neuroeng Rehabil*. 2013;10(1):60.
14. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(5):234-240.
15. Oliveira ALB. *Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
16. Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131(2):183-186.
17. Pinheiro BDF, Franco GR, Feitosa SM, Yuaso DR, Castro RA, Girao MJBC. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. *Fisioter Mov*. 2012; 25(3):639-648.
18. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline [NG123] [Internet]. 2 abr. 2019 [acessado 2019 nov 11]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG123>
19. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida*. 2010;2(1):31-36.
20. Vigarito PS. Qualidade de vida de funcionários de uma empresa estatal brasileira inscritos em um programa de Promoção de Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
21. Papadopulos N, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *J Sex Med*. 2017;14(5):721-730.
22. World Health Organization. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª ed.* Geneva: WHO; 2006.
23. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.
24. Simbar M, Nazarpour S, Mirzababaei M, Emam Hadi MA, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of Life and Body Image of Individuals with Gender Dysphoria. *J Sex Marital Ther*. 2018;44(6):523-532.
25. Barone M, Cogliandro A, Di Stefano N, Tambone V, Persichetti P. A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measures Following Transsexual Surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(3):700-713.