



Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual

GISELE R. CARVALHO OLIVEIRA
SANDRO PERCÁRIO



Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira
Sandro Percário

Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual



Editora Neurus
2021

CONSELHO EDITORIAL

Editor-Chefe

Tassio Ricardo Martins da Costa

Enfermeiro, Mestrado em andamento, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Editor-chefe, Editora Neurus. Professor Universitário. Consultor em Desenvolvimento de Pesquisa em Ciências da Saúde e Membro franqueado na empresa Forever Living. Belém, Pará, Brasil.

Conselho Editorial

Maicon de Araujo Nogueira

Enfermeiro. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Sting Ray Gouveia

Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Empresas, Faculdade Pitágoras em Marabá. Doutorando em Educação Física, Universidade Católica de Brasília (UCB), Marabá, Pará, Brasil.

Adriana Letícia dos Santos Gorayeb

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Reitora do Centro Universitário da Amazônia (UniFAMAZ), Pará, Brasil.

Simone Aguiar da Silva Figueira

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Santarém, Pará, Brasil.

Selma Kazumi da Trindade Noguchi

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Docente na Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

Sarah Lais Rocha

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Marabá. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Carajás, Pará, Brasil.

Suane Coelho Pinheiro Viana

Enfermeira. Mestre em Políticas de Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA). Responsável Técnica pelo curso de Enfermagem, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PA), Belém, Pará, Brasil.

Anne Caroline Gonçalves Lima

Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação e da Saúde, Instituto de Capacitação Profissional (ICAPI). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Isis Ataíde da Silva

Enfermeira. Mestre em Saúde da Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Oncologia na Modalidade Residência Uniprofissional em Saúde, Hospital Ophir Loyola/Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Daniel Figueiredo Alves da Silva

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

Elcilane Gomes Silva

Médica. Doutoranda, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Alfredo Cardoso Costa

Biólogo. Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Renata Campos de Sousa Borges

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutorando, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Tucuruí, Pará, Brasil.

FICHA CATALOGRÁFICA

P484m R. Carvalho Oliveira, Gisele; Percário, Sandro

Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual / Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira, Sandro Percário / Juiz de Fora: Editora Neurus, 2021.

56 p. (e-book)

ISBN: 978-65-89474-00-5

1.Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico – Diversidade Sexual 2. Assistência social I. Sandro Percário II. Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira I. Título

CDD: 364

CDU: 344.041

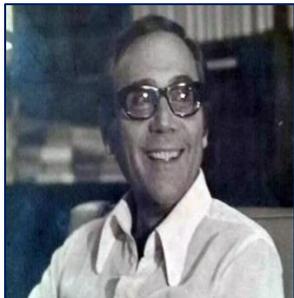
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Editora Perensin – Bibliotecária Iris Estevez Ferreira CRB-8/SP n. 6428

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores.

A *Editora Neurus* e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da *Editora Neurus*.

Editora Neurus
Belém/PA
2021

DEDICATÓRIA



Dedico este Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual ao Dr. Roberto Farina, médico cirurgião plástico e professor de cirurgia da Escola Paulista de Medicina, que, em 1971, conheceu um paciente chamado “Valdir”. Sem jamais ter trabalhado em uma cirurgia de redesignação em uma pessoa viva, o Dr. Farina aceitou realizá-la no então “Valdir”, convencido pelo seu argumento de que aquele corpo não lhe pertencia e que a cirurgia de redesignação seria a solução para sua contínua insatisfação.

Após a divulgação da realização da cirurgia, um procurador da justiça promoveu, em 1975, a abertura de um inquérito que prejudicou grandemente a carreira do Drº Farina, condenado a dois anos de prisão.

Apesar da paciente, que agora buscava mudar seu nome para “Valdirene”, ter defendido o médico, ela também foi vítima de perseguição e, após um forçoso exame de corpo delito, justificou-se a prática de “lesão corporal” por parte do médico, dando voz a uma crença de que indivíduos que submetiam à cirurgia de redesignação eram vítimas de lesão corporal que os transformava em “monstros”.

O advogado do réu, Octaviano Reis, sustentou que não existiu lesão corporal alguma, já que não houve inutilização do órgão genital, mas uma adaptação neste para a criação de uma função que, até então, não existia. A defesa argumentou também que a paciente passou por uma criteriosa avaliação com uma equipe multidisciplinar envolvendo psicólogos, cirurgiões e psiquiatras, seguindo bases éticas, técnicas e científicas. Foi somente em 1979 que o Drº Farina foi inocentado, após a extinção do dolo.

26 anos após esta primeira cirurgia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou a cirurgia de redesignação sexual no Brasil e, em 2008, ela tornou-se disponível pelo SUS. O Dr. Farina faleceu em 2011, aos 86 anos, e Valdirene só conseguiu trocar seu nome na sua certidão 40 anos depois da cirurgia, tendo vivido até os 65 anos como Valdir, o que foi considerado um retrocesso pelas autoridades científicas internacionais. Diante disso, faço desta dedicatória minha homenagem ao Drº Roberto Farina, que tanta diferença fez no trato da diversidade sexual no nosso país.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida pela oportunidade de ingressar na docência, pelo feliz encontro com a pesquisa no mestrado e com o aprendizado que o tema da diversidade sexual me trouxe na elaboração do manual.

Agradeço ao meu Orientador Prof. Sandro Percário por sua disponibilidade e orientação durante todo processo de realização deste Mestrado.

Minha gratidão a Profa. Nara Botelho, Profa. Keciany Lima, Profa. Mariseth Carvalho, Dr Fernando Monteiro e todos os colaboradores, em especial ao Hugo Santana e à Marcela Carvalho, essenciais na construção deste projeto.

Finalmente, agradeço, à minha família, Marcelo e Lorena, pelo incondicional incentivo e apoio, e à minha mãe, Marlene, pela contínua inspiração no ensino.

PREFÁCIO

Este manual é fruto de uma pesquisa realizada no Mestrado Profissional de Cirurgia Experimental da Universidade Estadual do Pará (UEPA), com pretensão de ser útil para os interessados no conhecimento da diversidade sexual. Um material simples e de fácil consulta, que aborda desde a consulta ambulatorial, o atendimento médico, de enfermagem, até procedimentos mais complexos, como hormonização e cirurgia de redesignação de gênero.

A ideia surgiu da demanda de trazer alguma inovação acessível na promoção de um conhecimento clínico e cirúrgico atualizado, voltado para diversos profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, e mesmo graduandos das áreas da saúde.

Ademais, a escassez de material didático e a falta de discussões acerca deste tema dentro da universidade e em eventos acadêmicos, torna essencial a elaboração de um manual como este. O esforço de levar adiante um conhecimento embasado sobre um tema tão delicado e urgente é mais do que gratificante. É através do diálogo iniciado aqui que ultrapassamos as barreiras, ainda presentes, que, em 1975, levaram um médico à prisão. É nas páginas seguintes que não só honramos a memória do Dr. Roberto Farina, mas de todas e todos que lutaram para derrubar tabus e preconceitos, e transformar a cirurgia de redesignação de gênero um direito real e universal, parte do nosso ímpar Sistema Único de Saúde.

COLABORADORES

Kecyani Lima dos Reis

Enfermeira. Mestre pelo Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA-2018), graduação em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (2008). Atualmente é docente da Faculdade dos Carajás e enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Marabá.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9111083262413083>

Analécia Dâmaris da Silva Alexandre

Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará (CIPE/UEPA). Especialista em Saúde da Família. Consultora em Amamentação. Docente do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII, Marabá, Pará, Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3740972895438676>

Jaqueline Miranda de Oliveira

Médica endocrinologista e medicina da família. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará (CIPE/UEPA), Pará, Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9707161389773592>

Marcela Carvalho de Oliveira

Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2371392760196383>

Nara Macedo Botelho

Professora Titular da Universidade do Estado do Pará (CIPE/UEPA), Belém, Pará, Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5088569652644480>

Mariseth Carvalho de Andrade

Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA). Bacharelado em Estatística (UFPA).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2283475097083659>

Victor Lemes Cruzeiro

Mestre em Comunicação pela Universidade de Brasília (UnB), na linha de pesquisa Imagem, Som e Escrita, estudando as formas de expressão da dor nos diários íntimos de Frida Kahlo e Roland Barthes. Bacharel em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com ênfase em filosofia política e contemporânea.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2012880541912548>

Hugo Santana dos Santos Junior

Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade de Tecnologias, Filosofia e Ciências Humanas (GAMALIEL). Participante do Núcleo de Produção Intelectual do mestrado CIEP/UEPA. Ex monitor da disciplina de Neurociência e Neuroanatomia, Semiologia e Semiotécnica e Fundamentos da Assistência de Enfermagem.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2145103910271983>

Gabriella Britto Toledo

Médica, formada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL em 2017. Ginecologista e Obstetra, formada pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes -HUPAA em 2021

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9545965239158124>

Nayane de Aguiar

Enfermeira, especialista em saúde da mulher. Enfermeira do quadro funcional da secretaria municipal de saúde de Marabá.

E-mail: nayaaguiar@hotmail.com

Paula Maria de Macêdo Sobral

Médica, formada pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (Estácio), Médica, 2006. Ginecologista e Obstetra. Médica funcional da secretaria municipal de saúde de Marabá.

E-mail: paula_macedo1@hotmail.com

Lucas Duarte Silva

Enfermeiro, mestre em Ciências, na área de Enfermagem Psiquiátrica, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (2018), e graduação em Enfermagem pela Universidade de Uberaba (2015).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2689772435152870>

Simone Argentino

Enfermeira, pela Universidade Federal de São Paulo (1995). Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental – UEPA. Pós-graduação em Programa Saúde da Família (2008). Docente efetiva da Universidade do Estado do Pará - UEPA, desde 2010.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0154609186488185>

Percília Augusta Santana da Silva

Enfermeira, formada pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental pelo Mestrado CIPE pela Universidade do Estado do Pará UEPA. Docente do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Carajás.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5935717705624234>

Rita de Cássia Vieira coutinho Mendes

Médica, formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (Juiz de Fora) 1992. Especialista e Residência médica no Hospital do Servidor Público em São Paulo – SP. E-mail: ritacoutinhov@hotmail.com

Ana Paula dos Santos Paixão

Psicóloga, formada em Psicologia pela Universidade da Amazônia - UNAMA. Com experiência de estágio anual em Psicologia Clínica e Hospitalar, experiência de estágio em Psicologia Social e Comunitária- com ênfase em intervenção psicossocial, abrangendo o desenvolvimento social comunitário, gênero e questões relativas ao cotidiano social, organizacional e do Trabalho e Escolar.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4278932685517061>

Carleno da Silva Costa

Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Cirurgião Geral formado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Cirurgião do Aparelho Digestivo com formação no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e habilitado a Endoscopia Digestiva diagnóstica e terapêutica pelo Centro de Endoscopia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Título de especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva e Associação Médica Brasileira. Docente do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII - Marabá.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0159285103753717>

Fernando Augusto Fonseca Monteiro

Médico, formado em medicina pela Universidade Federal do Pará – UFPA 1982. Médico Clínico e especialista. Médico do quadro funcional da secretaria municipal de saúde de Marabá.

E-mail: fafmonteiro@uol.com.br

Ketlyn Dias Will

Médica, possui graduação em medicina - Universidad de Montemorelos (2002) e residência médica e especialização em Ginecologia Obstetrícia, pós-graduação em ultrassonografia em ginecologia obstetrícia. Atualmente é ginecologista obstetra, rede privada e na rede pública, na área de pré-natal alto risco, professora do curso de medicina da Universidade Estadual do Para (UEPA). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Ginecologia Obstetrícia, e ultrassonografia ginecologica-obstetrica.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9225584874140616>

Antonio Madeiro Neto

Médico, formado pela Universidade Severino Sombra - USS - Vassouras-RJ em 2014. Especialista e Cirurgião Geral - formado pelo Hospital do Açúcar, Maceió-AL em 2017.

E-mail: antoniomadeiro_al@hotmail.com

Hilomi Seguchi Chaves Viana

Médica. Possui graduação em medicina pela Universidade Estadual do Pará UEPA, 2004. Ginecologista e obstétrica. Atua como médica ginecologista no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher em Marabá (CRISMU). Médica do quadro funcional da secretaria municipal de saúde de Marabá.

E-mail: hilomisc@hotmail.com

Sarah Lais Rocha

Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (UEPA). Atualmente é Professora Substituta no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Pará – UEPA. Coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Carajás. Enfermeira Assistencial da Prefeitura Municipal de Marabá.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2851222415491802>

Hermes Mariano Prado

Médico, possui graduação pela Universidade São Francisco (2007). Especialista na área de Psiquiatria, com Residência Médica pela Faculdade de Medicina do ABC (2009-2011). Professor Auxiliar efetivo do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII - Marabá, com atuação desde o ano de 2013. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Habilidades Médicas, Psiquiatria e Saúde Mental.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6115764902219306>

Anderson Huhn Bastos

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará em 1989, Residência Médica credenciada pelo MEC pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)/Santa Casa de Caridade de Montes Claros, Montes Claros MG. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

E-mail: ginecologistaeobstetra@hotmail

Gilberto Carlos Alexandre

Médico, formado em medicina pela Universidade Estadual do Pará - UEPA 2001. Especialista, Cirurgião Geral e Urologista.

E-mail: manualcipediversidadeseaxual@gmail.com

Luiz Carlos Almeida Costa

Médico pela Universidade Federal do Pará (1984). Atualmente é professor substituto da Universidade Estadual do Pará como preceptor do internato de clínica cirúrgica. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em cirurgia geral, cirurgia digestiva, cirurgia videolaparoscópica, gastroenterologia e endoscopia digestiva diagnóstica e intervencionista.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8514119615750263>

OS AUTORES



Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira

Possui graduação em medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (1986). Tem experiência na área da medicina, com ênfase em medicina ginecológica e obstétrica. Especialista em ginecologia e obstetrícia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Pós-graduação em ultrassonografia geral pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Goiás. Docente da Universidade Estadual do Pará. Mestranda do programa do mestrado profissional em cirurgia experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0339943616827977>



Sandro Percário

Possui graduação em Ciências Biológicas Modalidade Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Morfologia e Doutor em Ciências pela UNIFESP. Livre-Docente em Ciências pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professor Associado IV do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará (ICB/UFPA). Orientador de Dissertações e Teses em programas de pós-graduação, incluindo o Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Rede BIONORTE, do qual é o Coordenador Estadual (Pará).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3018367879063988>

APRESENTAÇÃO

Respeitado(a) leitor(a), este Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual conta com nove capítulos que abordam processo e procedimentos para orientar o atendimento ambulatorial e cirúrgico voltado à população LGBTQIA+. Em cada um deles, estarão contemplados de forma simplificada e direta os principais pontos para um atendimento à diversidade sexual de excelência.

Nesta edição, você poderá observar textos que destacam vários pontos relativos à diversidade sexual na prática de saúde, como a consulta ginecológica para lésbicas e bissexuais, a reversão sexual, o atendimento ambulatorial e cirúrgico especializado para transexuais e travestis, bem como a terapia hormonal e a reprodução assistida para este público.

Em suma, este manual pretende contribuir para a formação de profissionais qualificados para o atendimento desta população, e também para a expansão da informação acerca dessa temática, garantindo a atenção integral à saúde, não apenas no campo profissional, mas também educacional, assegurando a equidade e garantindo o acesso universal destas pessoas ao Sistema Único de Saúde.

Frente a uma dura realidade de violência e retrocessos, a construção e divulgação de um manual como este é de valor inigualável, pois é indispensável a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos à saúde da população LGBTQIA+. Sabemos que a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero é um fenômeno cotidiano em nossa sociedade e, portanto, lutamos para que deixe de ser, neste primeiro momento, uma realidade em nossas políticas de saúde, criando e compartilhando informação de qualidade e acessível sobre as políticas de acolhimento e atendimento da população LGBTQIA+ no SUS. Que as próximas páginas possam espantar o desconhecimento e o preconceito, e contribuir para um mundo mais igualitário e de direitos garantidos!

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	15
<i>Contextualização</i>	
CAPÍTULO II	18
<i>Conceituando a diversidade sexual</i>	
CAPÍTULO III	22
<i>Consulta ginecológica para lésbicas e bissexuais</i>	
CAPÍTULO IV	25
<i>Atendimento ambulatorial ao gay</i>	
CAPÍTULO V	27
<i>Reprodução assistida na diversidade sexual</i>	
CAPÍTULO VI	30
<i>Atendimento especializado para transexuais e travestis</i>	
CAPÍTULO VII	34
<i>Terapia hormonal para pessoa transexual e travestis</i>	
<i>VII.I Tratamento hormonal para mulheres trans</i>	
<i>VII.II Tratamento hormonal para homens trans</i>	
CAPÍTULO VIII	41
<i>Atendimento cirúrgico especializado para transexuais e travestis</i>	
CAPÍTULO IX	45
<i>A “cura gay” ou terapia de reversão sexual</i>	
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	51
<i>TCLE para o uso de testosterona e de estrógeno e de antiandrógeno</i>	
ÍNDICE REMISSIVO	55

CAPÍTULO I

Contextualização

Diversas lutas e movimentos sociais advindas da Reforma Sanitária ajudaram o povo brasileiro a conquistar importantes direitos, hoje garantidos na **Constituição Federal de 1988**. No contexto desta Carta Magna, compreende-se a saúde como uma assistência ampliada, que não se limita ao médico sanitarista. Logo, destaca-se que o acesso à saúde está compreendido no acesso a bens e serviços públicos oferecidos por políticas sociais universais de seguridade social, que incluem também a previdência e a assistência social. Importante conquista, este conjunto de políticas representam o compromisso firmado entre a responsabilidade do Estado e o bem-estar da população (BRASIL, 2013).

Diante dessas lutas por direito à saúde pública e de qualidade, a população LGBTQIA+ tem se colocado combativamente na reivindicação não apenas pelo acesso a estes direitos, mas por espaço e voz na construção das políticas públicas de saúde. Apesar desses esforços, a comunidade LGBTQIA+ convive há anos com episódios de violência e invisibilização, colocando o país no topo da triste estatística daquele em que mais se morre por ser LGBTQIA+ (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). Aqui – e, infelizmente, não exclusivamente - a heterossexualidade é reconhecida como o único gênero biológico e natural capaz de formar família, enquanto a homossexualidade é mal-vista, tendo já sido tratada como pecado, anormalidade e até mesmo crime.

A partir dessas evidências, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme **Resolução nº 2, do dia 6 de dezembro de 2011**, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013).

Essa Política Nacional busca construir um Sistema Único de Saúde (SUS) com mais equidade, universalidade e mais humanizado. Com essa iniciativa, o Ministério da Saúde assumiu um compromisso com a redução das desigualdades, lançando uma das bases para a efetivação do Programa Mais Saúde – Direito de Todos, criado em 2008, que tem como principal objetivo reorientar as políticas de saúde e ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade para toda a população, independente da opção sexual (BRASIL, 2013).

Ademais, o Programa Mais Saúde apresenta diversas metas específicas que auxiliam na promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e das desigualdades em saúde, principalmente entre os grupos populacionais marginalizados, como negros, quilombolas, LGBTQIA+, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros (BRASIL, 2008).

Buscando alcançar estes objetivos, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais exige, no atendimento no SUS, um tratamento sem qualquer forma de preconceito ou discriminação, valorizando a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde destas pessoas. Todavia, para que essa política tenha sucesso, é imprescindível a articulação de um conjunto de ações e programas com medidas concretas, em todas as esferas de

gestão, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2013).

A luta dessa comunidade pelos direitos à saúde é historicamente árdua e negligenciada, marcada por preconceitos e constrangimentos sociais, como a epidemia de HIV/AIDS ocorrida na década de 1980, erroneamente associada aos homossexuais. O preconceito enraizado na visão destas populações impediu uma mobilização dos órgãos de saúde especializados para combater essa doença, até que fosse reafirmada a evidência de que a disseminação nada tinha a ver com a orientação sexual. Somente então houve uma preocupação dos órgãos oficiais no que se diz respeito à promoção da saúde, segurança e direitos humanos negligenciados desta população (FIGUEIREDO, 2018).

A partir daí, as questões de vulnerabilidade social, a condição social, econômica e de saúde desumanas a que essa população era historicamente relegada, foram trazidas à luz do debate público, por meio de um trabalho pioneiro de aproximação de políticas de saúde junto a esses grupos, e do seu protagonismo na luta contra o HIV/AIDS (FIGUEIREDO, 2018).

Outrossim, conforme relatório que analisa as violências e as discriminações motivadas pelo preconceito contra a diversidade sexual no Brasil, a comunidade LGBTQIA+ é a maior vítima de violências e discriminações. Os dados são provenientes de fontes primárias, como o Disque Direitos Humanos (Disque 100), da Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República; a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS); e a Ouvidoria da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); e secundárias, como o relatório baseado em dados hemerográficos - notícias veiculadas pela imprensa para extrair perfis mais qualitativos - disponibilizado pelo Grupo Gay da Bahia (BRASIL, 2016).

Diante das necessidades que a comunidade LGBTQIA+ enfrenta quando busca atendimento por profissionais da saúde, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde compreendam as terminologias específicas para essa comunidade, como o uso do nome e pronomes sociais, bem como criem ambientes clínicos acolhedores e afirmativos e identifiquem preconceitos pessoais para evitar impedimentos durante as interações com o/a paciente. Outro ponto importante, é incluir a avaliação médica e de enfermagem referente à realidade clínica e às necessidades desses pacientes, como a prescrição e a administração da terapia hormonal (TRINDADE et al., 2019).

Ademais, a realização da anamnese e do exame físico, devem ser sensíveis e adequados ao motivo de cada visita. Neste caso, é imprescindível que os profissionais de saúde busquem identificar e tratar os problemas de saúde psicológica, evitando a suposição de que tais condições estejam relacionadas à identidade de gênero. Outrossim, a prestação de serviços preventivos deve ser baseada na anatomia atual do paciente, no uso de medicamentos e nos comportamentos (TRINDADE et al., 2019).

Finalmente, o cuidado multidisciplinar é ideal, mas não está disponível universalmente, dependendo de algumas variáveis (TRINDADE et al., 2019). A terapia hormonal, que envolve o uso de estrogênio e antiandrogênio, ou da testosterona, é geralmente segura, mas parcialmente irreversível. Assim, serviços cirúrgicos especializados, baseados em referência, podem melhorar os resultados em pacientes selecionados. Já adolescentes em puberdade devem ser avaliados quanto à supressão reversível da puberdade, o que pode tornar a afirmação futura mais fácil e

segura. Aspectos de afirmação de cuidado não devem ser adiados até que a estabilidade de gênero seja garantida.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Apesar dessas lutas contra a invisibilidade por direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e intersexo, ainda, temos pouco serviços de saúde que acolhem essa população, e pouco se discute sobre essa temática nas universidades. Diante desse contexto, foi apenas em 8 de outubro de 2015, em Belém, no Pará, que foi inaugurado o ambulatório do processo transexualizador, sendo o 5º estado a alcançar essa política, e o 6º ambulatório de processo transexualizador no país, e o primeiro na Região Norte.

Devido à carência de pesquisas científicas acerca do tema e de um guia ou programa específico voltado para a saúde dessa população, foi pensado e elaborado este manual. O Manual de Acolhimento Ambulatorial e Cirúrgico na Diversidade Sexual (MAACDS) busca levar informações sobre o atendimento ambulatorial e cirúrgico a este público específico na cidade de Marabá, no Pará. Assim, o MAACDS tem o objetivo de instituir condutas e procedimentos para o atendimento de saúde à população LGBTQIA+ no estado.

Além disso, esse manual visa contribuir para a formação e a informação acerca da temática LGBTQIA+, principalmente no atendimento qualificado à saúde para toda a população. Além disso, irá promover capacitação profissional, garantindo atenção integral à saúde, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do SUS, por meio dos diversos cuidados multidisciplinares voltados para o público LGBTQIA+.

Portanto, a construção desse manual é de grande valia, pois não apenas sensibiliza e informa os profissionais a respeito dos direitos à saúde dessa população, mas também orienta sobre procedimentos práticos e condutas para os atendimentos ao público LGBTQIA+ no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, deve-se sempre lembrar que, a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero dispara um processo de adoecimento e de sofrimento com graves consequências, decorrente unicamente do preconceito e do desconhecimento, fatos que este manual busca desmistificar.

CAPÍTULO II

Conceituando a diversidade sexual

A sexualidade humana é formada por várias combinações de fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ser dividida em três elementos: sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero. Portanto, a diversidade sexual configura as infinitas formas de vivência e expressão da sexualidade (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA, 2018).

Primeiramente, o sexo biológico representa um conjunto de informações manifestada pelos cromossomos, que compreende os órgãos genitais, as capacidades reprodutivas e as características anatômicas e fisiológicas que distinguem “machos” de “fêmeas”. Todavia, existem pessoas que nascem com fatores diferentes, apresentando características de ambos os sexos, se identificando como intersexos (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA, 2018).

Dadas estas distintas definições, deveras nuançadas para um senso comum culturalmente binário, é esperado que surjam preconceito e, destes episódios de discriminação. Portanto, o conhecimento torna-se uma ferramenta para diminuir o preconceito e assegurar, tornando-se, portanto, essencial para promoção da dignidade humana. Apesar disso, ainda persistem muitas dúvidas por parte dos profissionais da saúde quanto a algumas siglas e conceitos, discutidos ao longo deste material.

Por sua vez, orientação sexual é a atração emocional, afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente em relação a outra. Nesse caso, existem três tipos majoritários de orientação sexual: heterossexual; homossexual e bissexual, conforme mostra o quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Conceito de orientação sexual

Orientação sexual*	
Heterossexual	Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo/gênero oposto.
Homossexual	Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero (Gay ou Lésbica).
Homossexual – Gay	Homem que sente atração sexual e afetiva por outro homem.
Homossexual – Lésbica	Mulher que sente atração sexual e afetiva por outra mulher.
Bissexual	Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas de ambos os sexos/gêneros.

Fonte: Defensoria Pública do Estado da Bahia, 2018.

*Não se utiliza a expressão “opção sexual”, dado não se tratar de uma escolha.

Quadro 2 - Terminologias da comunidade LGBTQIA+

Terminologias*	
Identidade de gênero	“É a percepção íntima que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou da combinação dos dois, independentemente do sexo biológico. A identidade traduz o entendimento que a pessoa tem sobre si mesma, como ela se descreve e deseja ser reconhecida. Como a identidade de gênero não é sinônimo de orientação sexual, pessoas transgêneras, transexuais e travestis podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais”
Transgênero	“Transgênero é o indivíduo que se identifica com um gênero diferente daquele que corresponde ao seu sexo [biológico] atribuído no momento do nascimento. A transgeneridade não é uma doença ou distúrbio psicológico. Pode-se afirmar que é um conceito “guarda-chuva” que engloba travestis, transexuais, dentre tantas outras pessoas.”
Transexual	“Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo biológico. Homens e mulheres transexuais podem manifestar a necessidade de realizar modificações corporais, chamado de processo transexualizador, por meio de terapias hormonais e intervenções médico-cirúrgicas, com o intuito de adequar seus atributos físicos (inclusive genitais – cirurgia de redesignação sexual) à sua identidade de gênero. Mulher transexual (mulher trans ou trans-mulher) é aquela que nasceu com sexo biológico masculino, mas possui uma identidade de gênero feminina e se reconhece como mulher. Em contrapartida, o homem transexual (homem trans ou trans-homem) é aquele que nasceu com sexo biológico feminino, mas possui uma identidade de gênero masculina e se reconhece como homem. Nem todas as pessoas transexuais manifestam a necessidade de realizar a cirurgia de redesignação do sexo, razão pela qual não é a ocorrência do referido procedimento que determina se uma pessoa é trans, mas sim o fato de a pessoa possuir identidade de gênero incompatível com o seu sexo biológico.”
Travestis	“Pessoa que nasce com sexo masculino e tem identidade de gênero feminina, assumindo papéis de gênero diferentes daqueles impostos pela sociedade. É também uma identidade de gênero, mas em uma categoria que foge ao padrão de homem e mulher, o que significa dizer que a travesti não se considera nem homem e nem mulher. Muitas travestis modificam seus corpos por meio de terapias hormonais, aplicações de silicone e/ou cirurgias plásticas, mas, em geral, não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual (conhecida como “mudança de sexo”). A utilização e reconhecimento do nome é importante para evitar constrangimentos aos LGBTQIA+, especialmente para as pessoas trans. Por isso, evite utilizar os termos formais e padronizados, a exemplo de senhor/senhora, ele/ela, aquele/aquela, dentre outros. Ao invés disso, pergunte: ‘Como você gostaria que lhe chamasse?’”

Fonte: Defensoria Pública do Estado da Bahia, (2018); LEE; YLIOJA; LACKY, (2016); SOARES; MASSARO; COMPANINI, (2010)

Outras terminologias

O quadro a seguir apresenta algumas terminologias e nomenclaturas utilizadas para denominar o público LGBTQIA+, podendo variar a cada localidade, origem do termo e significado.

Quadro 3 – Conceito de outras terminologias LGBTQIA+

Outras terminologias	
Assexual	Pessoa que não sente atração sexual por outras pessoas.
Andrógino	Refere-se às pessoas que apresentam características, traços ou comportamento tido como neutros, nem masculino nem feminino e/ou que apresentem características do sexo oposto.
Binarismo	No que tange ao presente tema, é a classificação do sexo e do gênero em duas únicas formas distintas e opostas, a exemplo de masculino/feminino e homem/mulher.
Cisgênero	É o termo utilizado para se referir às pessoas cujo gênero é o mesmo que o designado em seu nascimento. Isto é, configura uma concordância entre a identidade de gênero de um indivíduo com o gênero associado ao seu sexo biológico.
<i>Crossdresser</i>	Pessoas que utilizam roupas, adereços e objetos que, por convenção, são atribuídos a gênero diverso do seu. Não se identifica como travesti ou transexual, mas vivência diferentes papéis de gênero, em geral, por motivos profissionais e/ou íntimos.
Cirurgia de redesignação sexual/genital	Trata-se de um procedimento cirúrgico que trabalha com a criação de uma vagina para as mulheres trans (vaginoplastia) e o pênis para homens trans (faloplastia). Termo conhecido popularmente como mudança de sexo.
<i>Drag Queen</i>	Homem que se traveste de mulher, com fins artísticos e/ou de entretenimento.
<i>Drag King</i>	Mulher que se traveste de homem com fins artísticos e/ou de entretenimento.
Homofobia	Pode ser definida como um sentimento irracional de medo, desprezo, antipatia, aversão ou ódio aos homossexuais. É o termo geral normalmente utilizado para se referir ao preconceito e à discriminação em razão de orientação sexual contra gays, lésbicas (lesbofobia) ou bissexuais (bifobia).
Intersexual	É o indivíduo que possui variação de caracteres sexuais, podendo incluir cromossomos, gônadas e/ou órgãos genitais que dificultam a identificação do sexo biológico do indivíduo, a exemplo do hermafrodita.
LGBT (ou LGBTT)	A sigla que se refere a denominar coletivamente Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais.

Nome Social	Nome pelo qual as travestis e pessoas transexuais se identificam e preferem ser chamadas.
Processo Transsexualizador	Processo pelo qual a pessoa transgênero passa, de forma geral, para que seu corpo adquira características físicas do gênero com o qual se identifica. Pode ou não incluir tratamento hormonal, procedimentos cirúrgicos variados (como mastectomia, para homens transexuais) e cirurgia de redesignação genital/sexual ou de transgenitalização.
Transfobia	Similar à homofobia, trata-se do preconceito e da discriminação em razão da identidade de gênero, contra travestis e transexuais.
Disforia de Gênero	É o indivíduo que se identifica fortemente com o sexo oposto ao designado no nascimento. A disforia infantil se manifesta a partir dos 2 a 3 anos de idade.
Expressão de Gênero	Como o indivíduo manifesta publicamente sua identidade de gênero, mostrada através de vestimentas, expressões corporais, tom de voz e diversas outras formas de se comunicar com as outras pessoas e o ambiente.
Gênero Designado	É o gênero definido pelas pessoas ao nascimento, avaliado através do fenótipo.
Gênero não binário	O indivíduo que abraça várias identidades de gêneros, masculino ou feminino, podendo identificar-se como neutro.
LGBTfobia	Toda qualquer forma de preconceito e/ou discriminação que atinge pessoas fora do escopo heterossexista, ou seja, das normas que regulam a sexualidade, seja na prática sexual ou no desejo sexual.

Fonte: Defensoria Pública do Estado da Bahia, (2018); LEE; YLIOJA; LACKY, (2016); SOARES; MASSARO; COMPANINI, (2010)

CAPÍTULO III

Consulta ginecológica para lésbicas e bissexuais

A consulta ginecológica tem que ser oferecida em um ambiente que ofereça confiança, para que a paciente não sinta receio ou constrangimento de falar sobre sua sexualidade. Todavia, há estudos que mostram que apenas uma minoria destas mulheres verbaliza suas práticas sexuais durante a consulta ginecológica, e que são poucos os/as profissionais que abordam o assunto, às vezes tratado como tabu durante sua formação.

Na recepção

É ainda na recepção que se dá o primeiro contato da mulher com o ambulatório. Portanto, é imprescindível que os profissionais dali também sejam qualificados e estejam orientados para oferecer um acolhimento humanizado.

A anamnese da consulta ginecológica das lésbicas e bissexuais

A anamnese não deve ser diferente da consulta da mulher heterossexual, devendo interrogar se a paciente tem vida sexual ativa, se usa contraceptivos, se tem parceiros atualmente, bem como o número e o tipo (homens, mulheres etc.), sempre por meio de perguntas que abordem diretamente a sexualidade, de forma a facilitar o entendimento por parte da paciente. Afinal, é comum que, por receio, as perguntas sejam veladas, circulando o assunto, o que oferece brechas para que o/a paciente não responda de maneira direta, e toda a consulta seja comprometida.

Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis para lésbicas e bissexuais

A mulher que mantém relações sexuais com mulheres, assim como aquela que mantém relações com homens, tem risco de infecções sexualmente transmissíveis, sendo vulnerável a muitas patologias, como o papiloma vírus humano (HPV). Inclusive, as alterações encontradas no exame do colo do útero em ambos os casos – homo e heterossexuais – são semelhantes.

Entretanto, se essa mulher não teve qualquer tipo de penetração vaginal, o risco de contrair o papiloma vírus é quase nulo. Por outro lado, não há garantias de que a proteção seja completa, pois a infecção sexualmente transmissível pode ocorrer não só através da penetração, mas também pela prática de sexo oral ou por contato direto das mucosas.

Ademais, podem ser feitas orientações específicas, tais como o uso de luvas quando houver penetração de dedos, caso haja alguma lesão. Também pode ser orientado o uso de um preservativo masculino aberto, agindo como uma barreira de proteção para o contato do sexo oral ou entre genitália. Uma alternativa também é o uso de *cling film* (filme plástico, popularmente conhecido como “filme pvc”) e películas de látex, que podem ser utilizados nos acessórios sexuais para proteção no contato direto.

Para o uso de acessórios para penetração, deve ser orientado o uso de preservativo, que deverá ser trocado a cada utilização. O uso de dedeiras também poderá ser sugerido, devendo-se tomar cuidados com lesões, principalmente nas cutículas.

Deve-se também fazer a correta orientação da realização, periódica, de testes rápidos para sífilis e HIV, hepatite B (se não comprovada a vacinação) e hepatite C, mesmo em caso de parceiro único (o que é válido tanto para lésbicas como heterossexuais).

De fato, é comum a alteração da microbiótica vaginal, com ocorrência de vaginose bacteriana e cândida, por exemplo. Desta forma, o exame Papanicolau deve ser oferecido rotineiramente, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Deve-se notar que, em um estudo feito em 2019, a sífilis e a gonorreia foram encontradas com menor frequência dentro desta população, e constatou-se que a transmissão de HIV entre mulheres cisgênero é considerada rara (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020). Tais fatores indicam uma maior consciência de cuidado nesta população, o que deve ser levado em conta no reforço da orientação contínua.

No caso de mulheres bissexuais, devem ser apresentados e explicados os principais métodos contraceptivos, o uso de preservativos e a orientação para métodos de emergência em caso de relação com risco de gravidez. Além de orientações acerca da possibilidade da reprodução assistida, no caso daquelas que desejam engravidar.

Rastreamento do câncer de mama

O risco de câncer não se relaciona de forma alguma com a orientação sexual da paciente, mas com uma série de outras predisposições, muitas genéticas. Assim, é de suma importância observar o histórico familiar das pacientes, de forma a avaliar o grau de risco para esta forma de câncer, seguindo o protocolo de rastreamento do Ministério da Saúde. Há estudos, inclusive, que relatam um risco mais elevado em mulheres nulíparas, relacionado ao fato que nunca amamentaram (PORTO ALEGRE, 2011; GEBRIM; QUADROS, 2006).

Rastreamento para câncer de ovário

Assim como o câncer de mama, o risco para câncer de ovário não se relaciona com a orientação sexual, mas com os outros fatores de risco (PORTO ALEGRE, 2011). Há estudos que constataam maior incidência em mulheres nulíparas e no caso de mulheres que não utilizaram contraceptivos hormonais (ALEGRE, 2011; MOURA et al, 2018).

Rastreamento de câncer de endométrio

Contraceptivos hormonais podem ser uma barreira protetora a este tipo de câncer e, portanto, deve-se explicar às mulheres não usuárias que isso pode representar um fator de aumento do risco (PORTO ALEGRE, 2011; GODINHO; KOCH, 2004). Tal orientação serve tanto para mulheres homossexuais como

heterossexuais, embora compreenda-se que há, nas mulheres lésbicas, ausência de motivos para o uso dos contraceptivos.

Atendimento às lésbicas em caso de violência

Tal qual no atendimento às mulheres heterossexuais, o acolhimento em caso de violência para as mulheres lésbicas ou bissexuais deve ser realizado de forma humanizada, sem julgamentos por nenhum profissional da equipe de saúde, em nenhum estágio (ALECAR; DE ARAÚJO NEVES; PARENTE, 2016; DOS SANTOS, FREITAS, 2015).

Triagem

Primeiramente, deve-se identificar os sinais de violência, para então realizar os encaminhamentos necessários. A identificação da orientação sexual deverá ser colocada como opcional na sua ficha. O atendimento, além de individualizado, em local adequado e privativo, deve incluir uma escuta qualificada e atenta, por parte de todos e todas os envolvidos, nas diversas fases do atendimento.

Respeito ao sigilo médico

Durante o atendimento médico, o profissional deve-se atentar ao fato de que o paciente é uma vítima, ou seja, que se trata de alguém em situação de vulnerabilidade frente a uma agressão. Portanto, além da escuta ativa, compreendendo as particularidades de cada caso, sem julgamentos, deve-se evitar, por completo, perguntas indiscretas, afastar toda forma de sentimento de culpa (não atribuir ou sugerir responsabilidade à vítima), informar a importância de se fazer denúncia do agressor, buscando a prevenção de futuros episódios, e a punição do responsável (MARTINS, 2020; PINHO, 2012).

Realização de consulta ginecológica

Em caso de exposição sexual (relações desprotegidas), deve-se prescrever medicação de rotina para infecções sexualmente transmissíveis, bem como serviços de referência para profilaxia, preferencialmente nas primeiras 72 horas. Além disso, deve-se apresentar estratégias de educação para prevenção de HIV, hepatites e anticoncepção de emergência. Em casos de gravidez por motivo de estupro, ou em casos de aborto legal, é necessário acolher, orientar e informar os casos de violência nos seguintes canais:

- **Disque 100** – Disque Direitos Humanos;
- **Disque 136** – Disque Saúde – Ouvidoria do SUS;
- **Disque 180** – Disque Central de Atendimento à Mulher.

CAPÍTULO IV

Atendimento ambulatorial ao gay

Ainda existe uma escassez de trabalhos e informações na literatura médica quando o assunto é a saúde da população gay. Não há surpresa nesta constatação, visto que o histórico dessa população envolve uma invisibilização que só recentemente começou a ser rompida. Há, contudo, patologias proctológicas encontradas com frequência em homens homossexuais e, portanto, o atendimento ambulatorial deve ser garantido, oferecendo um ambiente com acolhimento que alcance e resolva as necessidades deste público.

Na triagem, os funcionários devem ser orientados a agir de forma respeitosa, identificando na ficha de atendimento o nome de preferência do paciente, e jamais tratando-o por um número, código ou qualquer outra forma arbitrária e/ou desrespeitosa. É imprescindível que no registro do paciente conste a identidade de gênero, a orientação sexual e o sexo biológico, além do cartão de vacinação e outros documentos, como o cartão do SUS, no qual o nome social é aceito, caso o gênero seja diferente do que consta na identidade (RG).

O acolhimento deve ser realizado em um ambiente que proporcione atendimento individual e sigiloso. A anamnese deve ser realizada com vocabulário direto (sem jargões clínicos nem metáforas) e ético (sem julgamentos e preconceitos). Alguns exames devem ser solicitados, como exames laboratoriais para hepatite B (Sem não comprovada a vacinação), hepatites C, VDRL (para sífilis) e HIV. Outrossim, o/a profissional de saúde deve se atentar para os sinais e sintomas proctológicos, como ardência, prurido, dor, incontinência anal, sangramentos e presença de corpos estranhos.

Muitas vezes podem ocorrer sintomas e patologias, como sangramento anal, que não têm relação com o ato sexual. Contudo, por vergonha ou receio de imaginar que haja relação, muitos homens não buscam os serviços especializados. Deve-se atentar, ainda, para o fato de que os homens têm uma tendência a buscar menos serviços médicos do que as mulheres e, portanto o paciente, seja qual for sua orientação sexual, deve ser bem orientado e incentivado a realizar consultas preventivas regularmente.

Em caso de sangramento anal, a relação sexual deve ser interrompida, bem como na constatação de fissuras e escoriações, que podem ser múltiplas, dolorosas, e provocar sangramentos. Os pacientes devem ser instruídos a manter as unhas curtas e bem cortadas, para não provocar traumas na penetração anal, além de sempre usar lubrificantes e, em caso de ferimentos, utilizar pomadas cicatrizantes. Podem ocorrer, ainda, episódios de hemorroida, que não apresentam dor, mas que podem apresentar sangramento durante o coito.

Pode ocorrer também a proctite, a inflamação na mucosa do reto, que pode ocasionar sangramento e dor. Caso a dor ocorra no início da relação sexual, pode ser justificada pela ausência de lubrificação, de relaxamento da musculatura do esfíncter, ou devido a uma posição inadequada para o coito.

No caso de dor que aparece dias após o coito, a causa pode ser Inflamação da parte externa do canal, causando queimação, que se agrava nos momentos de

evacuação, por exemplo. Deve-se estar atento para a presença de edemas e sangramentos locais, bem como traumas do esfíncter anal, que podem indicar rompimento do músculo, indicado por desproporção do diâmetro ou ausência de relaxamento muscular, acompanhado de dor acentuada, com presença ou não de sangramento.

Finalmente, pode ocorrer incontinência anal, identificada esporadicamente em cerca de 25% dos homens que fazem sexo anal. Neste caso, pode ser observada uma dilatação acentuada do esfíncter, devido a ausência de lubrificação ou de relaxamento e aumento do diâmetro do músculo. O uso de objetos perfurocortantes e de tamanho maior que a abertura retal pode provocar perda involuntária de gases, perda de resíduos fecais e perfurações, que causam dor acentuada.

Tratamento

No caso de condiloma (verrugas), causado por papilomavírus (HPV), pode ser realizada Internação para cirurgia e limpeza da área afetada pela infecção. A investigação de verrugas internas deve ser feita com endoscópio e, caso a infecção não tenha ocasionado lesão no canal, sendo apenas externa, pode ser indicado o uso de pomadas, que podem deixar a pele mais áspera e/ou gerar cicatrizes (SANTOS; MAIORAL; HAAS, 2011).

Nos casos de cirurgia, é necessário realizar a exérese (remoção cirúrgica) das verrugas sob anestesia local e, em todos os casos, é imprescindível que o tratamento seja iniciado de forma imediata, acompanhando o uso medicamentosos que aumentem a imunidade do paciente. No caso de perfuração devido à demora na procura do especialista e conseqüentemente já apresentando a infecção, o tratamento requer uma internação de forma emergente e utilizando antibióticos podendo realizar cirurgia para assepsia da região afetada (SANTOS; MAIORAL; HAAS, 2011).

CAPÍTULO V

Reprodução assistida na diversidade sexual

A Reprodução Humana Assistida (RHA) representam uma gama de procedimentos técnicos e científicos em serviço de reprodução com objetivo de viabilizar uma gravidez desejada em casais que tenham dificuldades de concepção de forma natural. O desejo de gerar um filho, e a burocracia na adoção tem levado ao aumento na procura de casais homoafetivos nas clínicas de reprodução. Esses procedimentos são alvo de inúmeras discussões éticas, principalmente dado o fato de que, no Brasil, não existe uma legislação federal específica que normatize a RHA (VASCONCELOS et al., 2014).

Esta carência de Legislação Federal para normatizar a RHA torna seu acesso ainda mais difícil para a comunidade LGBTQIA+. A primeira regulamentação oficial brasileira sobre o uso das técnicas de RHA foi a **Resolução nº 1.358 de 1992 do CFM**, substituída pela **Resolução nº 1.957 de 2010**, pela **Resolução nº 2.013 de 2013** e, finalmente, pela **Resolução nº 2.121 de 2015** do CFM, que regula a prática de RHA no Brasil (GRANGEIRO et al., 2020).

Outros dispositivos legislativos que direcionam a RHA no Brasil incluem o Código Civil de 2002 e a **Resolução da Diretoria Colegiada nº 23 de 2011**. Ademais, nos últimos anos ocorreram inovações importantes que tangenciam a RHA, como os **Provimentos 21/2015-CGJPE** e **CNJ 52/2016**, que expressam os registros de crianças geradas por Reprodução Assistida.

A **Resolução 2.121/2015** foi recentemente revogada pela **Resolução CFM nº 2.168/2017** e, com este novo instrumento, torna-se possível que pessoas sem problemas reprodutivos possam recorrer a técnicas disponíveis de reprodução assistida, como o congelamento de gametas, embriões e tecidos germinativos.

Segundo estas disposições, portanto, o sonho da maternidade e da paternidade está ao alcance de toda a população e mais ainda, seguindo o reconhecimento das famílias homoafetivas como entidades familiares, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2011, esta população ganhou proteção constitucional no preenchimento dos requisitos para alcançar este sonho através da RHA.

Segundo o Estatuto da Diversidade Sexual e de Gênero, disposto no Projeto de **Lei nº 134, de 2018**:

Art. 12 – todas as pessoas têm direito à constituição de família e são livres para escolher o modelo de entidade familiar que lhe aprovar independente de sua orientação sexual.

Art. 13 – as famílias homoafetivas devem ser respeitadas e merecem especial atenção do Estado como entidade familiar, sendo vedada qualquer discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero.

Assim, a busca por adoção e reprodução assistida tem aumentado de forma considerável em famílias homoafetivas e, em consonância com esta busca, o Conselho Federal de Medicina assegura que todas as pessoas capazes podem ser

receptoras de técnicas de reprodução assistida, independentemente de gênero. Contudo, os casais só podem iniciar o processo após firmar um termo de consentimento livre e esclarecido.

Técnicas de fertilização *in vitro* e de inseminação

A RHA pode ser realizada por fertilização *in vitro* ou inseminação. A fertilização *in vitro* consiste na fecundação, a união do espermatozoide com o óvulo, em laboratório, ou seja, de forma extracorpórea. Para tanto, o óvulo e o espermatozoide são reunidos em um tubo de ensaio sob condições adequadas. Assim que o embrião é originado, é logo transferido para o útero da mulher, dando seguimento à gestação (MARTINS et al, 2007; PASINI, 2014; BARBOZA, 1993).

Já a inseminação artificial consiste numa técnica científica mais antiga, em que o espermatozoide é introduzido na cavidade uterina ou no canal cervical, por meio de uma cânula, necessariamente quando o óvulo se encontra em um estado suficientemente maduro e propício para a fecundação (MEIRELLES, 2020).

Em caso de um casal masculino, deve-se encontrar uma mulher para ceder o útero e levar adiante a gestação. De acordo com a **resolução do CFM N° 2.168 de 21/09/2017**, as doadoras do útero devem necessariamente ser a própria doadora genética, ou, no máximo, parentes de até quarto grau da doadora do óvulo. No caso em que o óvulo provém de uma doadora anônima, o casal escolhe qual dos dois proverá o espermatozoide para a fertilização *in vitro*. Deve-se atentar que a doação dos óvulos segue as mesmas normas determinadas pelo Conselho Federal de Medicina, não tendo caráter lucrativo ou comercial, não podendo ser escolhido o sexo, o número de oócitos não pode ser superior a quatro, e deve ser firmado algum dispositivo que garanta a efetividade do procedimento até o final, evitando abandonos ou mudanças de planos (HOLANDA, 2019).

Já no caso de um casal feminino, o procedimento se dá com a escolha de uma das duas parceiras para a doação de um embrião para a fecundação *in vitro* e o processo se dá da seguinte forma: mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; mulheres de 36 a 39 anos: até 3 embriões; e mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões. Todavia, o doador de sêmen deverá ser anônimo, e somente os médicos terão esta informação, sendo a escolha do doador de responsabilidade da Clínica de Reprodução Humana Assistida (NOVAES, 2016).

Outrossim, em dezembro de 2008, a justiça autorizou o registro de filhos em nome das duas mães que haviam feito fertilização *in vitro*. Em caso de casais ou mesmo solteiros(as) que optarem por fertilização *in vitro* em que a gestação ocorre por substituição (conhecida popularmente como “barriga de aluguel”), o registro dos filhos pode ocorrer diretamente, nos Cartórios de Registro Civil, conforme Provimento nº 052/2016, do Conselho Nacional de Justiça, independentemente da decisão judicial.

Hospitais que fazem Reprodução Humana Assistida pelo SUS:

- Hospital Metropolitano de Brasília
- Hospital das Clínicas de Porto Alegre
- Hospital das Clínicas de FMUSP – São Paulo

- Hospital Perola Bynyton – São Paulo
- Hospital das Clínicas FAEPA – Ribeirão Preto
- Instituto Fernando Filgueira – Recife
- Maternidade Escola Januario Cicco – Natal

CAPÍTULO VI

Atendimento especializado para transexuais e travestis

O atendimento especializado às travestis e transexuais deve ser pautado em todas as necessidades específicas dessa população. Como sempre, este atendimento deve ser adequado, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação, desde os serviços básicos até os mais especializados, assim como nos serviços de urgência e de emergência. Ademais, esse atendimento deve promover atenção integral e especializada nas fases de acolhimento, acompanhamento ambulatorial, hormonioterapia e procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Diante desse contexto, destaca-se que todos os atendimentos devem respeitar os aspectos específicos expressos na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (**Portaria GM/MS nº 2.836/11**), além de obedecer aos critérios para realização do Processo Transexualizador pelo SUS, segundo a **Portaria GM/MS nº 2.803/13** (CFM, 2019; AZEVEDO, 2020; PINTO et al, 2020).

Somado a isso, o atendimento especializado para mulheres trans deve seguir diversas etapas indispensáveis, como a avaliação laboratorial inicial, na qual são realizados exames como: **hemograma, função renal, eletrólitos, função hepática, glicemia de jejum, insulina, hemoglobina glicada (diabéticos ou pré-diabéticos), perfil lipídico, HbsAg, anti-Hbs, Anti-Hbc, Anti-HCV, Anti-HIV, VDRL, FTA-Abs, FSH, LH, Estradiol, Testosterona Total e Prolactina** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA, 2019).

Além destes exames laboratoriais, é necessário realizar o rastreamento oncológico, através da avaliação urológica e da dosagem de PSA (que devem ser anuais após os 50 anos de idade, uma vez que a próstata é mantida, mesmo após a cirurgia de adequação genital). Deve ser também realizada uma mamografia/ultrassonografia das mamas anualmente, bem como a densitometria óssea, mas bianual. Finalmente, devem ser realizados, anualmente, exames para verificar os fatores de risco adicionais para osteoporose, quando indicados (CHIPKIN; KIM, 2017).

No caso dos homens trans, a avaliação laboratorial é semelhante à solicitada para as mulheres trans, mas com algumas diferenças, como a verificação das taxas de Prolactina. No seguimento semestral, o profissional de saúde deve verificar o **hemograma (ou hematócrito), função renal, eletrólitos, função hepática, glicemia de jejum, insulina, hemoglobina glicada (diabéticos ou pré-diabéticos), perfil lipídico, FSH, LH Estradiol e Testosterona Total**. Outrossim, o rastreamento oncológico deve ser realizado nos pacientes que apresentam fatores de risco que, no caso deste público, envolvem relações sexuais com penetração, compartilhamento de acessórios etc.

Quando a ultrassonografia pélvica for indicada, deverá ser realizada a cada dois anos, até a realização da histerectomia. Já a colpocitologia oncótica (exame Papanicolau), deverá ser feita seguindo o protocolo do Ministério da Saúde (MS) até a realização da histerectomia, e a mamografia/ultrassonografia das mamas deve ser anual, até a realização de mastectomia. Finalmente, a densitometria óssea deve ser bianual, tornando-se anual em caso de risco adicional para osteoporose (CHIPKIN;

KIM, 2017). O quadro 4 apresenta as condições de monitoramento desta população e o quadro 5 apresenta os tipos e características do atendimento ambulatorial dirigido a este público.

Estudos indicam que são escassos os treinamentos e recursos específicos para profissionais de saúde no atendimento do indivíduo transgênero. Oferecer os cuidados de saúde a esta população e facilitar o acesso a transições físicas promovendo maior conforto com o gênero que se identificam são aspectos relevantes que merecem atenção dos profissionais de saúde (SPIZZIRRI: ANKIER; ABDO, 2017).

Quadro 4 – Recomendações de monitoramento da população de travestis e transsexuais

Osteoporose	Deve ser considerada de acordo com a história pregressa da/do paciente, com a realização de um teste para avaliação basal da densidade mineral óssea antes do início do tratamento, com ênfase naqueles que iniciaram hormonioterapia por conta própria ou já foram submetidos a gonadectomia. No caso de pacientes de baixo risco, o procedimento deve ser repetido somente aos 60 anos.
Câncer da Mama	As mulheres trans tratadas com estrógenos devem ser monitoradas devido ao risco de desenvolver a doença. No caso de homens trans que realizam mastectomia bilateral, esse risco se reduz consideravelmente.
Doença Cardiovascular	É aconselhável um acompanhamento de casos de risco, principalmente por não ter ligação direta com o pertencimento a determinado grupo, mas envolve também uma série de fatores diversos e trata-se de uma população que teve seus direitos de acesso à saúde historicamente negligenciados.
Câncer da Próstata	As mulheres trans mantêm a próstata mesmo após a cirurgia de redesignação de sexo, devendo ter, portanto, um plano de monitorização individualizado.

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (2019).

“Uma importante questão, de cunho administrativo, é a solicitação de testes laboratoriais típicos de um sexo biológico para pacientes do gênero oposto. Por exemplo, a solicitação de PSA para mulheres trans (que continuam tendo próstata) e exames preventivos para câncer do colo de útero para homens trans, que podem continuar tendo útero. Eventualmente, pode ser necessária uma adequação das rotinas de aprovação, por planos de saúde, para a realização de determinados procedimentos característicos de um dos sexos biológicos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA, 2019).

Quadro 5 – Atendimento ambulatorial: tipos e características

Atendimento Humanizado	Respeitar a sua identidade
	Respeitar o nome social nas fichas e prontuários
	Encaminhar para o especialista de acordo com suas necessidades
	Orientar sobre hormonioterapia
	Orientar sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
	Solicitar os principais exames de prevenção (Hepatites, VDRL, HIV)
	Oferecer insumos como camisinhas e gel lubrificante
Avaliação de equipe multiprofissional	Assistente social
	Psicólogo
	Enfermeiro
	Médico
Consulta com psicólogo	3 consultas em média
	Avaliação para as mudanças na maturidade
	Consulta individual e em grupo
Consulta médica	Consulta com clínico geral
	Solicitar exames laboratoriais de rotina
	Realizar investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
	Realizar avaliação sobre os riscos para uso de terapia hormonal
	Atualizar cartão de vacinação
	Encaminhar para atendimento com especialistas
Consulta com urologista	Consulta anual
	Avaliar presença de infecções urinárias
	Observar a presença de traumas decorrentes de relação sexual
	Prevenir e tratar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
	Prevenir neoplasia no pênis
Consulta psiquiátrica	Avaliar a história do desenvolvimento psicossocial e familiar
	Avaliar o histórico sexual
	Avaliar o número de parceiros
	Avaliar as formas de prazer e sexualidade
	Aplicar questionário específico (coleta de dados da infância, adolescência e vida adulta, e acompanhamento de psicoterapia individual e em grupo)

Quadro 5 – Continuação

Consulta com endocrinologista	Consulta a cada 4 meses no primeiro ano e, posteriormente, semestral
	Realizar avaliação sobre os riscos para uso de terapia hormonal
	Assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)
	Realizar avaliação dos caracteres sexuais
	Solicitar de exames laboratoriais (FSH, LH, Testosterona, estradiol, prolactina, função hepática, hemograma e coagulograma)
	Realizar e avaliar ultrassonografia mamaria
	Realizar e avaliar densitometria óssea
Consulta com fonoaudiólogo	O tratamento hormonal proporciona modulação de voz em tom e timbre
Consulta com assistente social	Realizar avaliação social
	Discutir e planejar inclusão social da família
	Definir estratégia para o trabalho
	Definir estratégia para o ensino e demais espaços sociais

CAPÍTULO VII

Terapia hormonal para pessoa transexual e travestis

A terapia hormonal é um tratamento frequente entre pessoas que desejam mudar de gênero. Esse tratamento tem como princípio reduzir os níveis hormonais endógenos, mantendo os níveis hormonais compatíveis com aqueles do gênero oposto. Desta forma, o organismo do paciente apresenta mudanças em suas características sexuais secundárias para o gênero desejado, ao mesmo tempo em que reduz as características sexuais secundárias do sexo biológico, trazendo mudanças positivas no estado físico, mental e emocional do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA, 2019).

Usualmente, a terapia hormonal ocorre por meio do uso de hormônio feminilizante ou masculinizante, com intenção de alinhar o gênero com o qual o/a paciente se identifica. Ademais, a terapia é fundamental para o sucesso do processo transexualizador, uma vez que induz o desenvolvimento das características biológicas desejadas.

Essas possibilidades de tratamento hormonal são asseguradas no Brasil pelas **Portarias nº 1.707 e nº 457 de 2008**, que foram ampliadas pela **Portaria nº 2.803 de 2013**, que garante o atendimento integral à pessoa trans ao processo transexualizador, pelo SUS, incluindo a mudança do nome social, o acesso à hormonioterapia e a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social. Ademais, é importante destacar que o Conselho Federal de Medicina alterou, em 2020 a idade mínima para a realização da cirurgia ressignação sexual, de 21 para 18 anos. A terapia hormonal é permitida apenas a partir dos 16 anos e, no caso de adolescentes menores de 16, é recomendado o acompanhamento psicológico, mas sem protocolos de cuidados cirúrgicos ou clínicos, incluindo a hormonioterapia (CREMEB, 2020).

O acesso à hormonização, garantido após um acompanhamento psicoterapêutico, é feito com testosterona para homens trans e estrógenos para mulheres trans, produzindo uma mudança na aparência, consonante com o gênero desejado. O uso deve ser acompanhado para uma avaliação dos efeitos, cuja resposta adequada indicará o hormônio correto a ser utilizado durante toda a vida (CUNHA, 2017).

Somado a isso, após a retirada dos ovários nos homens trans, e dos testículos nas mulheres trans, a dose de hormônio é diminuída, já que haverá uma diminuição na produção e presença do hormônio do sexo biológico.

Todavia, deve-se atentar que a introdução dos medicamentos no corpo causa impacto em diversos aspectos da vida do/da paciente, desde mudanças físicas a psicológicas, passando por alterações no apetite e no humor. Considerando essas várias alterações, o quadro abaixo destaca as contraindicações absolutas para o uso de hormônios:

Quadro 6 – Contraindicações absolutas e relativas para o uso de hormônio

Riscos gerais	História de câncer sensível ao estrogênio
	Trombose
	Prolactinoma
Riscos relativos*	Doença hepática
	Doença renal
	Doença cardíaca
	Distúrbios metabólicos (Diabetes <i>Mellitus</i>)
	Distúrbios nutricionais (Obesidade)
	Tabagismo
	Hipercolesterolemia
	Doenças de coagulação
	Hipertensão arterial sistêmica
	Hiperlipidemia
	Lúpus eritematoso sistêmico
Riscos com testosterona	Policitemia
	Alteração de coagulação sanguínea
Fatores que contribuem para a diminuição dos riscos	Alimentação saudável
	Prática de exercícios físicos
	Evitar o consumo de álcool
	Evitar o consumo de tabaco e outras drogas

*Nesses casos, iniciar com dosagem hormonal baixa.

Fertilidade e terapia hormonal

A transição hormonal causa infertilidade após um certo período, sendo irreversível no caso da orquiectomia na mulher trans, e da ooforectomia no homem trans.

VIII.I TRATAMENTO HORMONAL PARA MULHERES TRANS

Para mulheres trans, o tratamento indicado é à base de estrogênio, hormônio que atua no processo de feminização de indivíduos transexuais biologicamente masculinos, promovendo o desenvolvimento mamário, a distribuição caracteristicamente feminina da gordura corporal, e a redução do padrão masculino de crescimento dos pelos faciais e corporais, além de suavizar a textura da pele e reduzir sua oleosidade. Além disso, a terapia promove a redução da massa muscular, da libido, de ereções espontâneas, do volume testicular e causa atrofia prostática. Usualmente, esses efeitos têm início após três meses do início da terapia hormonal, atingindo seu ápice aos 24 meses.

É importante destacar que os níveis séricos de Estradiol (100 a 200 pg/ml) e de Testosterona (inferior a 50 ng/ml) devem ser mantidos no intervalo considerado normal para mulheres em fase folicular do ciclo menstrual.

O quadro 7 destaca as diferentes formulações de estrogênio podem ser utilizadas para esse fim, e os quadros 8 e 9 apresentam os aspectos particulares da terapia hormonal para mulheres trans. O quadro 10 apresenta os exames para segmento semestral das pacientes.

Quadro 7 – Diferentes formulações de estrogênio

Via oral (17- β -estradiol, estrógenos equinos conjugados, valerato de estradiol e etinilestradiol)
Via transdérmica (17- β -estradiol)
Via parenteral (valerato de estradiol, cipionato de estradiol e enantato de estradiol)

Quadro 8 – Terapia hormonal para mulheres trans

Indicação de Estrógenos	Recomendar o uso de estrógenos naturais, ao invés de sintéticos, por serem melhor mensuráveis
	Acompanhar os níveis do Estradiol sérico por meio de exames laboratoriais a cada 3 meses no primeiro ano e após 1 ano semestrais
	O estrógeno natural 17- β -estradiol, por via transdérmica, deve ser priorizado em pacientes acima de 40 anos
	O estrógeno natural 17- β -estradiol é indicado para pacientes com risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares
Etilestradiol (estrógeno sintético)	Não recomendado
	Tem elevado potencial pró trombótico (elevação de risco tromboembólico e cardiovascular)
	Aumenta o ganho de peso, piora a resistência insulínica e eleva a pressão arterial, além de aumento de marcadores inflamatórios e pró trombóticos
	Pode causar hiperprolactinemia
Antiandrogênios	Medicações auxiliares ao tratamento estrogênico no processo de redesignação sexual
	Bloqueia o receptor androgênico ou reduz a produção de Testosterona
	Indicados para redução do crescimento dos pelos, ou no caso de queixas de persistência de ereções espontâneas
Acetato de ciproterona	Derivado da progesterona
	Atua como antiandrogênio através da inibição da secreção de gonadotrofinas
	Bloqueia a ligação da testosterona ao seu receptor

Quadro 9 – Terapia hormonal à base de estrógenos

Via de administração Oral*	Valerato de estradiol 2 a 4 mg/dia via oral Estrogênios conjugados 0,625 ou 1,25 mg/dia via oral.
Via de administração Transdérmica**	17-β-estradiol
Via de administração Parenteral***	Valerato de estradiol Cipionato de estradiol Entonato de estradiol
Efeitos feminilizantes da hormonização	Gordura distribuída nos quadris; Calvície Diminuição do tamanho dos testículos e do pênis; Suaviza textura da pele Aumento moderado das mamas; Redução de pelos Redução de massa muscular; Diminuição da oleosidade da pele
Efeitos adversos	Aumento de peso Aumento da pressão arterial Aumento do efeito trombótico Aumento da prolactina Alteração hepática
Medicamento usado	Acetato de ciproterona 50 a 100 mg/dia Espirolactona 100 a 400 mg/dia. Após a orquectomia (retirada dos testículos), o uso torna-se desnecessário
Antiandrogênicos	São utilizados associados aos estrogênios, pois inibem o receptor andrógino, diminuindo a produção de testosterona
Efeitos do medicamento	Diminuição dos pelos Persistência de ereções espontâneas Otimiza a terapia com estrogênios Inicia os efeitos após 3 meses de uso e atinge o ápice aos 24 meses
Exames Solicitados	Hemograma; Função renal; Função hepática Glicemia; Eletrólitos; Hemoglobina glicada Resistência à insulina (diabéticos ou pré-diabéticos) Perfil lipídico; HBsAg; HIV; Hepatite C

*O valerato de estradiol é o melhor para fazer o controle hormonal durante o tratamento.

**Dar preferência a pacientes acima de 40 anos de idade ou com risco de doença cardiovascular.

***Dar preferência aos estrogênios naturais em relação aos sintéticos, pois apresentam melhor avaliação no acompanhamento do estradiol sérico. O estrogênio sintético (etinilestradiol) apresenta maior risco de tromboembolismo e patologia cardiovascular.

Quadro 10 – Exames de seguimento semestral

Exames	Hemograma; Função renal; Eletrólitos; Função hepática
	Insulina; Hemoglobina glicada (diabéticos); Perfil lipídico
	FSH LH; Estradiol; estrona; Testosterona; Prolactina
Recomendações	Fazer rastreamento oncológico em pacientes a partir dos 50 anos;
	Avaliação urológica com dosagem do PSA;
	Mamografia anual, a partir de 40 anos de idade;
	Densitometria óssea a cada 2 anos.

VII. II TRATAMENTO HORMONAL PARA HOMENS TRANS

Quanto ao tratamento hormonal para homens trans, a base hormonal é a testosterona, buscando induzir a virilização e a clitoromegalia (aumento do clitóris). Outros efeitos incluem a produção de padrões masculinos de crescimento dos pelos faciais e corporais, o aumento da massa muscular e a interrupção dos ciclos menstruais. Também são registrados um aumento da libido, a redistribuição da gordura do quadril para o abdome, aumento da oleosidade da pele, o surgimento de acnes, o engrossamento da voz, a queda de cabelo no couro cabeludo, a atrofia do tecido glandular mamário, a transformação policística dos ovários e a proliferação ou atrofia endometrial. Tais efeitos surgem, geralmente, de 1 (um) a 6 (seis) meses após início do tratamento, atingindo seu ápice em até 5 (cinco) anos.

A testosterona pode ser administrada em diferentes formulações, sendo as mais comuns às injeções intramusculares de ésteres de testosterona, de curta ou longa ação.

Em relação ao intervalo entre as administrações hormonais, é necessário observar a resposta clínica de cada paciente, assim como o nível hormonal atingido e os efeitos adversos observados. Além disso, é importante manter os níveis séricos de testosterona na média normal de referência para o sexo masculino (320 – 1000 ng/dL), evitando doses suprafisiológicas, potencialmente associadas a efeitos adversos. Para o sucesso dessa terapia é necessário avaliar o nível sérico de testosterona de acordo com a formulação em uso, conforme o quadro 11. O quadro 12 apresenta os efeitos da terapia hormonal para homens trans.

Quadro 11 – Monitoramento da terapia com Testosterona para homens trans

Undecanoato de Testosterona de longa duração	Coletar no intervalo intermediário entre duas injeções
Testosterona injetável de ação curta	Realizar a dosagem na véspera da aplicação seguinte. Manter o nível de testosterona pouco acima do limite inferior de normalidade do método (geralmente 320 ng/dL)
Testosterona por via transdérmica	Disponibilizada em gel, devendo ser utilizada diariamente pela manhã. O monitoramento deve ser realizado após 2-3 semanas de uso e a coleta deve ser realizada cerca de 4 horas após a aplicação, ou imediatamente antes da próxima aplicação

Para prevenir o sangramento uterino, é indicada a aplicação de níveis de Estradiol abaixo de 50 pg/mL. A administração concomitante de progesterona para cessar os ciclos menstruais é indicada, mas apenas raramente, e voltada para pacientes que fazem uso de testosterona por via transdérmica. Todavia, o uso isolado da testosterona é eficiente no bloqueio dos ciclos menstruais, em até, no máximo, 3 meses após o início.

Quadro 12 – Efeitos da terapia hormonal para homens trans

O tratamento hormonal promove	Virilização; Clitoromegalia; Crescimento dos pelos; Aumento da massa muscular; Desaparecimento do ciclo menstrual; Engrossamento da voz
Efeitos do andrógeno	Aumento da libido; Redistribuição da gordura do quadril para o abdome; Aumento da oleosidade da pele; Aparecimento de acne; Queda de cabelo; Atrofia da mama; Atrofia do endométrio; Transformações policísticas nos ovários
Medicamentos utilizados*	Testosterona: Uso intramuscular; A dosagem vai depender da resposta; Importante manter o nível de 320 a 100 ng/dl como referência do sexo masculino
	Cipionato de testosterona: deposteron 100 mg/ml 1 ampola/2ml
	Ésteres mistos de testosterona: durateston 250/ml 1 ampola/1ml
	Undicalato de testosterona: nebido-homus 250 /ml 1 ampola/4ml
	Testosterona transdermica (gel)/ Testosterona 1% - Androgel; Uso diário pela manhã; Fazer monitoramento após 2 (duas) a 3 (três) semanas de uso; coletar o sangue 4 (quatro) horas após a aplicação
	Estradiol abaixo de 50 pg/ml é capaz de suspender o ciclo menstrual.
	A progesterona associada promove o desaparecimento da menstruação
	A testosterona intramuscular, isolada, cessa o ciclo menstrual em 3 meses
Efeitos colaterais	Alterações na função hepática; Piora da acne; Mudança de comportamento com tendência à agressividade; Alterações psicológicas; Alteração na pressão arterial
Monitoramento	Realizar consultas trimestrais no primeiro ano.
	Semestral: realizar hemograma, glicemia, hemoglobina glicada (diabetes), perfil lipídico, FSH, LH, estradiol e testosterona
Rastreamento oncológico	Ultrassonografia pélvica a cada 2 anos (observação do espessamento endometrial)
	Mamografia (desnecessária após a mastectomia)
	Ultrassonografia mamária; Exame preventivo de câncer de colo uterino – PCCU (anual); Densitometria óssea

*fazer a dosagem da testosterona no intervalo entre duas injeções.

CAPÍTULO VIII

Atendimento cirúrgico especializado para transexuais e travestis

O Conselho Federal de Medicina recomenda para o processo transexualizador, a realização da terapia hormonal para indivíduos com idade mínima de 16 anos, e limita os procedimentos cirúrgicos às pessoas com no mínimo 18 anos com acompanhamento de uma equipe de especialista. A partir disso as mulheres e os homens transexuais podem realizar as cirurgias descritas no quadro 13 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Quadro 13 – Procedimentos cirúrgicos para mulheres e homens transexuais

Procedimentos cirúrgicos para mulheres transexuais	Redesignação genital	Orquiectomia (remoção dos testículos) com amputação do pênis, neocolpoplastia e cirurgias complementares (reconstrução da neovagina, meatotomia, meatoplastia, correção dos lábios vulvares, correção de clitóris, tratamento de deiscências e fistulectomia)
	Plástica mamária bilateral	Próteses mamárias de silicone
	Tireoplastia	Redução do “Pomo de Adão”
	Cirurgia em cordas vocais	—
Procedimentos cirúrgicos para homens transexuais	Redesignação genital	Em caráter experimental e por meio de processo judicial: podem ser realizadas a vaginectomia, a neofaloplastia, o implante de próteses penianas e testiculares, a clitoroplastia
	Mamoplastia masculinizadora	Ressecção de mamas, reposicionamento do complexo aréolo mamilar
	Histerectomia com anexectomia e colpectomia	Ressecção de útero e ovários

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2020).

Apesar do SUS dispor de cirurgias gratuitas para homens e mulheres transsexuais, a maioria dos serviços públicos estão saturados e com vagas insuficientes para atender a alta demanda no Brasil, principalmente de redesignação genital. Além disso, não há um registro nacional com a lista de todos os serviços que realizam cuidados ambulatoriais ou cirúrgicos específicos para homens e mulheres transsexuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

Entre as principais cirurgias que a população transsexual pode realizar no SUS estão a cirurgia torácica, que inclui a mastectomia (para homens trans) e a mamoplastia de aumento baseada em implantes (para mulheres trans). No caso das mulheres trans, uma das principais intervenções é a vaginoplastia, na qual é comum a inversão peniana. Já para os homens trans, há a faloplastia, que envolve a criação

de um pênis partindo de vários procedimentos, como um retalho livre ou um retalho pediculado de pele (geralmente retirado do braço), a metoidioplastia, criando um falo menor (de 1 a 3 polegadas), com circunferência aproximada de um polegar, utilizando apenas tecido local sem enxerto (UCSF TRANSGENDER CARE, 2020).

Todos esses procedimentos e muitos outros são chamados de cirurgias de readequação sexual, confirmação de gênero ou cirurgia de afirmação de sexo, servindo para adequar o corpo do/da paciente com sua mente, autoimagem, sensações etc. É preciso ter em mente que o/a paciente transexual não se identifica com seu sexo biológico e, nestes episódios de incompatibilidade de gênero, enquanto deseja transformações físicas e desconhece o próprio corpo, surgem diversas questões que envolvem, principalmente, grande sofrimento psicológico. Submeter-se a estas diversas cirurgias, então, para o/a paciente transexual, não é meramente uma decisão de capricho ou estética, mas um processo de alinhamento de seu sexo com seu gênero, de seu corpo com sua mente.

As cirurgias de mudança da genitália, ou transgenitalização, foram permitidas no Brasil em 1997, pela **Resolução nº 1.482 do Conselho Federal de Medicina** (CFM). Entretanto, apenas em 2008 o Ministério da Saúde permitiu o processo transexualizador, por meio da **Portaria nº 1.707/2008**, que permitiu às pessoas transexuais o acesso às cirurgias pelo SUS. À época, foi instituído que esses procedimentos poderiam ser realizados, em caráter experimental, em alguns hospitais universitários, para pessoas com idade mínima de 21 anos e que realizaram acompanhamento psicológico por no mínimo 2 anos.

Segundo a portaria, a única cirurgia permitida era a neocolpovulvoplastia (construção de uma vagina), sendo, portanto, o acesso exclusivo a mulheres transexuais, excluindo os transexuais masculinos. Em 2003, contudo, por meio da **Portaria nº 2.803/2013**, o Ministério da Saúde incluiu os travestis nesse direito à cirurgia, e também incluiu critérios de hormonização a partir de 18 anos, mantendo a idade mínima para cirurgias de, no mínimo, 21 anos. Com isso, iniciaram-se, no âmbito do SUS, as cirurgias de transgenitalização, como a mastectomia e a histerectomia. As neofaloplastias, contudo, permaneciam em caráter experimental.

Atualmente, o/a paciente que será submetido(a) a uma cirurgia de readequação sexual deve ser acompanhado(a) por uma equipe multidisciplinar que inclui psicólogo, assistente social, médico e enfermeiro. Já na triagem, esses profissionais devem ouvir, de forma detalhada e individualizada, o/a paciente e esclarecer todas as dúvidas. Na sequência, o/a paciente deve ser encaminhado(a) para outros profissionais, de acordo com cada necessidade específica.

Em consonância a todos estes dispositivos legais, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu alguns critérios para definir transexualidade (Quadro 14).

Quadro 14 – Critérios para definir transexualidade

Critérios para definir transexualidade	Desconforto com o sexo biológico
	Desejo expressivo de eliminar os genitais
	Perda das características sexuais primárias e secundárias, e aquisição das características do sexo oposto
	Permanência destes distúrbios de forma persistente e contínua por no mínimo 2 anos
	Ausência de transtorno mental

Além disso, a *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH – Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero, em inglês) estabelece cuidados específicos voltados para esses(as) pacientes que serão submetidos(as) aos procedimentos de readequação sexual, como uma sequência de tratamento escalonado que facilite a transformação controlada e garanta uma intervenção clinicamente justificada.

A WPATH recomenda a manutenção da terapia psiquiátrica, e que a redesignação hormonal seja aprovada pelo psiquiatra. A partir daí, com o/a paciente vivenciando o gênero pretendido no “mundo real”, interagindo com seus círculos, rotinas etc., avalia-se se houve uma boa convivência e, após a aprovação de dois psiquiatras, o/a paciente é autorizado(a) a realizar a cirurgia. Ademais, o procedimento de redesignação sexual é o último passo no tratamento da disforia de gênero, por sua poderosa significação de substituição dos símbolos biológicos do sexo, e considerando ainda a existência de casos na qual o/a paciente se satisfaz com o tratamento clínico e não deseja cirurgia. Finalmente, há relatos de que a cirurgia trouxe maior prazer e conforto tanto na vida amorosa quanto social dos indivíduos, incluindo nas relações sexuais, justificando, assim, todo o esforço e necessidade da sua realização, quando assim julgar necessário o/a paciente, auxiliado pelo tratamento.

Desta forma, para que essas cirurgias sejam efetivas – principalmente psicologicamente – é imprescindível um laudo de saúde mental, principalmente nos casos de mastectomia, de reconstrução mamária e de mamoplastia. Para cirurgias genitais como a histerectomia e orquiectomia, são necessários dois laudos de saúde mental. A resolução brasileira destaca que o/a paciente deve passar por uma equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, possuir dois anos de acompanhamento, apresentando laudo médico de trangenitalismo, ter mais de 18 anos e ausência de características físicas inapropriadas para cirurgia. Os critérios mínimos para definir o trangenitalismo é desconforto com o sexo anatômico, desejo de eliminar os genitais, permanência deste desejo de forma contínua e persistente por no mínimo 2 anos e ausência de transtornos mentais.

A cirurgia de redesignação do sexo masculino para o feminino tem duração de aproximadamente quatro horas, enquanto, do sexo feminino para o masculino, dura cerca de 3 horas. No primeiro caso, há uma desconstrução do pênis e do testículo para uma neovagina, que às vezes necessita de retoques futuros, com um tempo de internação médio de 10 dias. Além desse procedimento, também é realizada a neocolpovulvoplastia, uma cirurgia complexa que abrange a pele e outras estruturas importantes do corpo, contudo, podendo apresentar várias complicações, conforme mostra o quadro 15.

Quadro 15 – Complicações da neocolpovulvoplastia

Complicações	Necrose
	Alteração miccional
	Infecção urinária recorrente
	Dor na penetração devido à elasticidade inadequada
	Trombose

Após as cirurgias, o acompanhamento pós cirúrgico deve durar aproximadamente 2 anos e entre 4 e 6 semanas antes da cirurgia, a mulher trans deve parar a terapia hormonal por completo. Em relação ao homem trans, essas recomendações não são necessárias, apesar da testosterona facilitar episódios de hemorragia. Diante desse contexto tão múltiplo e para melhor visualização e compreensão da temática, o quadro 16 descreve os tipos de cirurgias para o processo de transexualização.

Quadro 16 – Cirurgias para o processo de transexualização

Mulheres trans	Orquiectomia com amputação do pênis
	Neocolpoplastia
	Reconstrução de neovagina
	Meatotomia
	Tratamento de deiscência
	Fistulectomia
	Plástica mamária, próteses de silicone
	Tireoplastia (retirada do pomo de Adão)
Homens trans*	Cirurgia de cordas vocais
	Vaginectomia
	Implantação de prótese peniana e de testículos
	Clítoroplastia
	Mamoplastia com retirada das mamas
Histerectomia e ooforectomia	

*Cirurgias de redesignação sexual ainda realizadas em caráter experimental ou a partir de um processo judicial.

CAPÍTULO IX

A “cura gay” ou terapia de reversão sexual

Conhecido como “cura gay”, “terapia reparadora” ou “reorientação sexual”, dentre muitos outros nomes estapafúrdios, a terapia de reversão sexual representa um conjunto de técnicas não-convencionais e sem comprovação científica, inspiradas em noções psicoterapêuticas vagas. Muitas vezes, essas terapias incluem mensagens de líderes religiosos, baseados em crenças de que a orientação sexual pode ser revertida ao bel-prazer do indivíduo (KLEIN; PARADISE; GOODWIN, 2018). Segundo as interpretações psicanalíticas tendenciosas e distorcidas dos promotores dessas “curas gay”, a homossexualidade é vista como um sinal de imaturidade, disfunção neuropsicológica, doença mental ou mesmo possessão, que pode ser superada e reorientada para a “normalidade”, no caso, a heterossexualidade.

Discussões acerca da reversão sexual não são novas. Há relatos de reivindicações de psicanalistas acerca das conversões de homossexuais desde o tempo de Sigmund Freud (1856-1939), o pai da psicanálise. De forma genérica, a “terapia reparadora” não possui comprovação científica ou mesmo teórica, ocorrendo por meio de discursos vagos que pretendem, empiricamente, mudar a orientação homossexual de um indivíduo para heterossexual. Apesar de outras modalidades de tratamento, como terapias de aversão e de psicocirurgia, já terem prometido “a cura” da homossexualidade, a história dessas terapias reparadoras está ligada, intimamente, à da psicanálise e, por isso, resistem com alguma autoridade, ainda que falsa.

Além de serem duvidosas, essas práticas e abordagens tratam a homossexualidade como um assunto controverso, ruim e danoso. Diante disso, observa-se que a abordagem clínica representada pela terapia reparadora, que concebe a homossexualidade como prejudicial ao indivíduo e à sociedade, surgiu como uma reação à despatologização da homossexualidade, ou seja, como uma resposta conservadora a um movimento de aceitação e acolhimento dos homossexuais (e, com eles, toda a população LGBTQIA+) na nossa sociedade (KLEIN; PARADISE; GOODWIN, 2018).

No início do século XXI, estavam em evidência diversas alegações de que a orientação sexual poderia ser revertida, mesmo sem comprovações científicas, pautadas unicamente em ideias obscurantistas e preconceituosas, e em violações da ética clínica e de pesquisa (KLEIN; PARADISE; GOODWIN, 2018). Todavia, o relatório da *American Psychological Association* (APA, Associação Americana de Psicologia, em inglês) sobre Respostas Terapêuticas Apropriadas à Orientação Sexual divulgado em 2009, estabeleceu novos parâmetros sobre o assunto, que mudaram essas alegações:

“As evidências de autorrelato para reorientação foram desacreditadas, enquanto os testemunhos de danos receberam um *status* reforçado. A orientação sexual foi entendida em termos de resposta fisiológica que não poderia ser alterada terapeuticamente. Orientações sexuais fixas existiam em humanos, embora a capacidade ou vontade de reconhecê-las

pudesse variar, e os terapeutas agora eram encorajados a submeter-se à autodefinição de sua identidade pelos clientes nos processos terapêuticos” (KLEIN; PARADISE; GOODWIN, 2018).

No ano de 2018, um relatório da *Mattachine Society of Washington* (uma organização dos EUA em prol dos direitos dos LGBTQIA+), chamado “O mito da terapia de conversão: como o *Love in Action* perpetrou uma fraude na América”, descreve as práticas fraudulentas de um ministério evangélico sob a justificativa de praticar uma dessas terapias reparadoras. O relatório destaca os conceitos, as técnicas e os efeitos dessas “terapias” nos indivíduos, evidenciando o seu baixo sucesso e alertando sobre os danos causados aos que foram submetidos a elas, como diminuição da autoestima, depressão, isolamento social e disfunção sexual.

Ademais, a nova classificação das doenças, o CID 11 (Classificação Internacional de Doenças), aboliu o **código F66**, que tratava de “**transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação**”, considerando a homossexualidade um desvio de conduta ou de caráter, ou seja, como um transtorno psicológico passível de tratamento e de reversão, mediante intervenção de psicólogos e de psiquiatras. Estudos mostraram essas “terapias de conversão” e essa ideia da homossexualidade como uma patologia que precisa ser curada, não passam de uma evidente violência contra gays, lésbicas, transgêneros e tantas outras formas de viver fora da heterossexualidade.

Finalmente, estudos informam que a terapia de reversão sexual provoca danos psicológicos e físicos, muitas vezes irreparáveis. Ao não conseguir a cura, e certo de que precisa dela, muitos indivíduos podem recorrer ao suicídio, por se sentirem “inadequados”, “errados” ou “doentes”. Portanto, os profissionais de saúde mental devem pautar-se sempre pela ética e pela evidência científica, não aprovando nenhuma tentativa de mudança de orientação sexual ou de gênero. Ao invés disso, esses profissionais devem sugerir que esses pacientes não busquem cura, mas busquem compreender a origem dos seus desconfortos com seu corpo, e como corrigi-los, para que se sintam bem de acordo como se identificam e querem viver suas vidas. Afinal, como já definiu, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão internacional e plural que discute todos os temas que envolvem a saúde física e mental no globo, a homossexualidade define-se como uma *variação da sexualidade* e não pode ser considerada uma doença.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Grayce Albuquerque; DE ARAÚJO NEVES, Dailon; PARENTE, Jeanderson Soares. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais vítimas de violência nos serviços de saúde. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 36-48, 2016.
- AZEVEDO, Thiago Augusto Galeão de. Corpos coerentes: uma análise sócio-jurídica sobre transição corporal e relações de poder. 2020.
- BARBOZA, Heloisa Helena. A Filiação em Face da Inseminação Artificial e da Fertilização In Vitro. Rio de Janeiro. **Renovar**, p. 36, 1993.
- BENEVIDES, Bruna G; NOGUEIRA, Sayonara Naider (Orgs). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidar bem da saúde de cada um faz bem para todos. Faz bem para o Brasil**. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 100 p.
- CFM. A Resolução CFM nº 2.265/2019. **Conselho Federal de Medicina**, 2019. Acesso em 12/12/2020: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-regras-para-aperfeicoar-o-atendimento-medico-as-pessoas-com-incongruencia-de-genero/>.
- CFM. Resolução CFM Nº 2168 DE 21/09/2017. **Conselho Federal de Medicina**, 2017. Acesso em 12/12/2020: <https://portal.cfm.org.br/?s=+N%C2%BA+2168+DE+21%2F09%2F2017>
- CHIPKIN, Stuart R; KIM, Fred. Ten Most Important Things to Know About Caring for Transgender Patients. **The American Journal of Medicine**, v. 130, n. 11, p.1239-1245, Nov, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>>. Acesso em: 04 Dez. 2020.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB). **CFM atualiza regras do atendimento médico às pessoas transgênero**. Disponível em: <<http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/cfm-atualiza-regras-do-atendimento->

medico-as-pessoastransgenero/#:~:text=A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20diz%20ainda%20o,g%C3%AAnero%20e%20sexo%20ao%20nascer.>. Acesso em: 04 Dez. 2020.

CUNHA, Flávia Siqueira. **Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em homens transexuais em tratamentos com ésteres de testosterona e sua associação com as variantes polimórficas do gene do receptor androgênico.** 2017. 111 fl. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5135/tde-04012018-085341/publico/FlaviaSiqueiraCunhaVerSaoCorrigida.pdf>>. Acesso em 03 jan. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA. **Entendo a diversidade sexual.** 1ª. ed. - Salvador: ESDEP, 2018.

DOS SANTOS, Nathaliê Cristo Ribeiro; FREITAS, Rita de Cássia Santos. Olhares sobre a violência conjugal lésbica: o processo da violência silenciada. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2015.

FIGUEIREDO, Regina. Diversidade sexual: confrontando a sexualidade binária. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 2, dez, 2018. Disponível em: http://homologacaoportal.saude.sp.gov.br/recursos/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_19_2_final.pdf#page=8>. Acesso em: 22 Dez. 2020.

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 6, p. 319-323, 2006. Acesso em 12/12/2020: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000600001&script=sci_arttext

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, v. 37, n. 2, p. 91-99, 2004. Acesso em 12/12/2020: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842004000200006&script=sci_arttext

GRANGEIRO, Yasmim de Alencar et al. Reprodução humana assistida no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista interfaces**, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.16891/2317-434X.v8.e1.a2020.pp437-444>>. Acesso em: 22 Dez. 2020.

HOLANDA, Liv Lessa Lima de. **Pela afirmação do direito à filiação homoafetiva e transfetiva decorrente das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil: das decisões judiciais favoráveis rumo à necessária legislação.** 2019. 147 f. Dissertação (Mestrado em Direito Público). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

KLEIN, David A.; PARADISE, Scott L.; GOODWIN, Emily T. Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. **American family physician**, v. 98, n. 11, p. 645-653, 2018.

LEE, Joseph GL; YLIOJA, Thomas; LACKEY, Mellanye. Identificando a terminologia de pesquisa de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros: uma revisão sistemática de revisões sistemáticas de saúde. **PLoS One**, v. 11, n. 5, pág. e0156210, 2016. Acesso em 10/01/2021:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156210>

MARTINS, Ana Paula Machado et al. **O papel da técnica de transferência embrionária no resultado dos ciclos de fertilização in vitro**. 2007. Tese de Doutorado. Instituto Fernandes Figueira.;

MARTINS, Gerson Zafalon. Sigilo médico. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 2, n. 3, p. 260-265, 2020. Acesso em 12/12/2020:
<http://www.jvb.periodikos.com.br/article/5e20c2900e88252604939fde/pdf/jvb-2-3-260.pdf>

MEIRELLES. Jussara Maria Leal de. **A vida Humana Embrionária e sua Proteção Jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, p. 18, 2000.

MOURA, Jéssica Enderle de et al. Rastreamento do câncer de ovário. **Acta méd.** (Porto Alegre), p. 380-391, 2018. Acesso em 12/12/2020:
<https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/35.pdf>

NOVAES, Thiago Oliveira da Silva. Humanos sem natureza: as técnicas de reprodução assistida e o anonimato no parentesco. 2016.

PASINI, Anne Caroline Rodrigues. Reprodução assistida heteróloga: o direito de crianças e adolescentes concebidos por fertilização “in vitro” em conhecer sua origem genética. 2014.

PINHO, Aline Rose Inácio. O atendimento a famílias em situação de abuso sexual: um estudo exploratório. 2012. Acesso em 12/12/2020:
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/12952>

PINTO, Flávia Virgínia Melo et al. Transformando normas e Padrões: as práticas informacionais de pessoas trans na “reinvenção do corpo”. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres**. Porto Alegre, 2011.

SANTOS, Iris Mattos; MAIORAL, Mariana Franconi; HAAS, Patrícia. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Estudos de Biologia**, v. 32, n. 76/81, 2011.

SÃO PAULO. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. São Paulo: SJDC/SP, 2014. 44p.

SPIZZIRRI, Giancarlo; ANKIER, Cila; ABDO, Carmita Helena Najjar. Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgêneros. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 22, p. 176-179, 2017.

SOARES, Alessandra Fragoso Batista; MASSARO, C. M.; COMPANINI, KSM. O papel do Psicólogo junto ao movimento LGBTTT. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, ISSN, v. 2177, p. 8248, 2010. Acesso em 10/01/2021: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/4.Karluzecia.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Cuidado de pessoas transexuais e travestis**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cuidado-de-pessoas-transexuais-e-travestis/>. Acesso em: 04 Dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Posicionamento Conjunto. **Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero**, 2019.

TRINDADE, Caio de Azevedo et al. **Posicionamento Conjunto. Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero**. 2019.

UCSF TRANSGENDER CARE. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2020. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>. Acesso em: 04 Dez. 2020.

VASCONCELOS, Camila et al. Direito ao conhecimento da origem biológica na reprodução humana assistida: reflexões bioéticas e jurídicas. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 3, p. 509-18 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223034>. Acesso em: 22 Dez. 2020.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE PELO USO DE TESTOSTERONA

Eu, _____ [nome do usuário], declaro ter procurado espontaneamente a UBS / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Fui informado pela equipe e/ou profissional de saúde sobre os riscos associados ao uso de testosterona e que seu uso pode trazer mudanças permanentes, mas também mudanças reversíveis e que poderá me ajudar a adequar minha forma física masculina.

A equipe me informou que as principais modificações corporais, benefícios e efeitos adversos relacionados com o uso de testosterona estão descritos abaixo: **diminuição temporária ou permanente da fertilidade; aumento da oleosidade da pele; aparecimento de acne; crescimento de pelos corporais e faciais; aumento de massa muscular; redistribuição de gordura; interrupção da menstruação; aumento do clitóris; atrofia vaginal; mudança da voz (mais grave).**

Entendo que as mudanças irreversíveis causadas pelo uso de testosterona será a voz mais grossa, aumento do clitóris, a possibilidade de ficar calvo, aparecimento de “pomo de adão”. Entendo também que o uso de hormônio não impedirá a transmissão de nenhuma Infecção Sexualmente Transmissível e que, para isso é crucial o uso de preservativos ou da PrEP (Profilaxia Pré Exposição ao HIV). Entendo que apesar de minha fertilidade tornar-se diminuída, não estou isento da possibilidade de uma gravidez caso mantenha relações sexuais com pessoas com pênis sem uso de métodos anticoncepcionais.

Entendo que posso ter maiores efeitos colaterais com o uso de testosterona caso eu tenha mais de 40 anos, seja fumante ou esteja acima do peso ideal. Fui informado que o uso de testosterona pode aumentar meu risco de desenvolver certos tipos de doenças ginecológicas, assim como poderá haver aumento da minha pressão arterial e do número de glóbulos vermelhos (policitemia). Sei também que poderá haver alterações de humor com o uso de hormônios e comunicarei a equipe caso esteja insatisfeito ou incomodado com isso. Entendo também que poderei ter alterações na minha libido.

Eu concordo em comunicar para a equipe profissional sobre qualquer outro tratamento hormonal, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, drogas ou medicações que por ventura venha a utilizar. Eu entendo também sobre a necessidade de ser transparente na tomada de decisões em conjunto com a equipe multiprofissional. Comprometo-me a compartilhar informações sobre mim para ajudar a prevenir possíveis interações maléficas à minha saúde. Eu fui informado que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu vier a

ANEXO A

TCLE para uso de testosterona (continuação)

declarar, relativa aos procedimentos acima descritos. Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a resposta individual e, por isso, entendo que a dosagem hormonal e o acompanhamento oferecido a mim podem não ser exatamente os mesmos do que aqueles adotados pela equipe para outros homens trans e pessoas transmasculinas, ou daqueles que li, inclusive na internet ou redes sociais on-line, e entendo também que podem demorar até 5 (cinco) anos para que as alterações sejam percebidas no meu corpo.

Entendo que caso eu não queira as alterações hormonais, mas sim alterações pontuais como musculatura, voz e/ou aumento dos pelos corporais ou faciais, existem outros métodos que não o hormonal.

Eu concordo em tomar a testosterona como prescrita e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter com o uso da testosterona a curto, médio e longo prazo. Eu farei os exames físicos e laboratoriais periodicamente, quando indicados pela equipe, para ter melhor controle de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o hormônio, e entendo que esses exames são importantes para continuar a hormonização.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que o uso de testosterona poderá causar efeitos adversos importantes que comprometam gravemente a minha saúde, portanto, eu concordo que se a equipe considerar que eu tenha ou venha a apresentar esses efeitos, eu serei avaliado antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonização.

As seguintes reações adversas, possivelmente relacionadas com testosterona, foram observadas em estudos clínicos prévios, e estas podem orientar para os riscos e contraindicações de uso: **acne; aumento do suor e alteração do seu odor; dor nas pernas e articulações; cefaleia; dor nas mamas; vermelhidão na pele; dor no clítoris; dor e hematoma subcutâneo no local da injeção; coceira; diarreia; tontura.**

Eu entendo que eu posso escolher interromper o uso da testosterona em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção do mesmo por razões clínicas que comprometam minha saúde.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do usuário

Nome do usuário:

RG:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde:

Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da(o) médica(o):

Número da inscrição no CRM:

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2020.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE PELO USO DE ESTRÓGENO E/OU ANTIANDRÓGENO

Eu, _____ [nome da usuária], declaro ter procurado espontaneamente a UBS / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendida pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Declaro também que fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Sei que o uso regular de estrógeno e/ou antiandrógeno podem causar modificações permanentes e outras reversíveis, e que a minha identidade de gênero não será garantida unicamente pelo uso desses hormônios. Estou ciente de que a terapia com estrógeno, alternativamente associada com antiandrógeno hormonal ou não hormonal (bloqueadores de testosterona), ajudará a adequar minha forma física feminina.

As informações que eu recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estrógeno e antiandrógeno estão descritos a seguir:

Mudanças permanentes: desenvolvimento das mamas (resposta varia muito de pessoa para pessoa);

Mudanças reversíveis: acontecem somente enquanto estiver usando estrógeno, mas desaparecem quando eu parar de tomar: aparecimento de celulite; depósito de gordura nas coxas e quadris; ligeira redução dos pelos; afinamento da pele; diminuição da acne (espinhas); diminuição da queda de cabelo; diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo; alteração da gordura no abdome; diminuição dos testículos em aproximadamente 40% do tamanho; diminuição da produção de testosterona (hormônio) pelo testículo; diminuição do volume do esperma ou mesmo ausência de volume ejaculatório; diminuição da fertilidade (que pode voltar ou não ao normal após interrupção), no entanto, se mantiver relações sexuais com alguém que possa engravidar, pode haver fecundação (gravidez), fazendo-se assim quando necessário o uso de métodos anticoncepcionais; dificuldade de ereção para penetração; diminuição do desejo sexual; orgasmos menos intensos; surgimento ou agravamento de depressão; agravamento de enxaquecas; aparecimento de náuseas e vômitos; aumento do bom colesterol (HDL) e diminuição do mau colesterol (LDL), o que pode ajudar a evitar obstruções dos vasos no futuro; diminuição da próstata; aumento da pressão arterial; alteração na função do fígado; aparecimento de coágulos nos vasos que poderão levar a: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, danos cerebrais permanentes, que podem impedir de encaminhar ou falar, ou eventualmente risco de morte.

Modificações que não ocorrerão, nem mesmo com a retirada dos testículos: desaparecimento dos pelos; afinamento da voz e diminuição do pomo de Adão.

Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, sendo importante a utilização de métodos preventivos para evitá-las como, por exemplo, o uso de preservativo ou da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV). Entendo também que apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma pessoa que tenha vagina e útero, se mantiver relações sexuais sem uso de método contraceptivo.

Fui informada de que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito se eu fumar. Eu entendo que o risco é tão alto que eu fui aconselhada a parar de fumar completamente. Com o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos (especialmente do tipo Acetato de Ciproterona) orais esse risco aumenta. Eu entendo que estarei mais predisposta a efeitos colaterais se eu fumar, estiver acima do peso

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2020.

TCLE para uso de estrógeno e antiandrógeno (Continuação)

ideal, se tiver mais que 40 anos, se tiver histórico de trombose venosa (meu ou entre familiares), pressão alta e câncer estrógeno-dependente ou progestágeno-dependente, anterior e/ou na família (mama e útero).

Eu concordo em contar para a equipe do serviço de saúde sobre qualquer outro tratamento hormonal a que eu for submetida, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, uso e substâncias, álcool, ou medicações que porventura eu venha a utilizar.

Eu entendo que ser honesta com a equipe é crucial para o desenvolvimento de uma relação de confiança e que compartilhar informações sobre mim ajudará a prevenir possíveis interações maléficas à minha saúde. Eu fui informada de que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu fornecer, relativa aos procedimentos acima descritos.

Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a minha resposta individual frente ao uso de estrógeno e/ou antiandrógeno. Eu entendo que a dosagem ideal para mim pode não ser a mesma do que a usada por outras mulheres transexuais, travestis, ou pessoas transfemininas, portanto eu concordo em tomar os hormônios como prescritos e informar à equipe sobre quaisquer problemas eventuais, assim como insatisfações ou alterações que eu possa vir a desenvolver com o acompanhamento proposto.

Eu farei exames físicos e laboratoriais periodicamente quando indicados pela equipe para ter maior segurança de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o(s) hormônio(s) e entendo que esses exames são importantes para continuar a usar o(s) hormônio(s) ou para mudar o esquema ou a dose utilizada, e me comprometo a não fazer mudanças nesse esquema sem o conhecimento da equipe profissional que me acompanha.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os estrógenos sejam perigosos. Concordo que se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições eu serei avaliada antes da decisão de iniciar, interromper ou continuar com o acompanhamento hormonal com estrógenos.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção da hormonização por razões clínicas.

O meu esquema de hormonização constará, inicialmente, do(s) seguinte(s) medicamento(s):

 no entanto, esse esquema poderá variar durante o seguimento.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da usuária

Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da usuária:

Nome da médica(o):

RG:

Número da inscrição no CRM:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde:

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Andrógino, 20
Assexual, 20
Atendimento ambulatorial ao gay, 25
Atendimento cirúrgico, 42

B

Binarismo, 20
Bissexuais, 22

C

Câncer de endométrio, 23
Câncer de mama, 23
Câncer de ovário, 23
Cisgênero, 20
Consulta ginecológica, 21
Crossdresser, 20
Cura gay, 46

D

Diversidade sexual, 13, 27
Drag Queen, 20
Drag King, 20
Disforia de Gênero, 20

E

Expressão de Gênero, 20

F

Fertilização *in vitro*, 24

G

Gênero Designado, 20
Gênero não binário, 20

N

Nome Social, 20

P

Processo Transexualizador, 20

R

Reprodução assistida, 26

T

Terminologias, 19
Transgênero, 20
Transexual, 18, 34
Transfobia, 20
Travesti, 19
Terapia hormonal, 34
Terapia de reversão sexual, 46

H

Homofobia, 20

I

Identidade de Gênero, 20
Intersexual, 20
Inseminação, 28

L

LGBT, 20
LGBTfobia, 21
Lésbicas, 22



“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades”.

Paulo Freire



Editora Neurus

Edições & Revisões

www.editoraneurus.com.br

ISBN: 978-65-89474-07-4

CDL



9 786589 474074