



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**PROPOSTA DE FLUXO DE ATENDIMENTO PARA A POPULAÇÃO
TRANSEXUAL E NÃO-BINÁRIA NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL**

Davi da Silva Motta

**Rio de Janeiro
Fevereiro - 2024**

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**PROPOSTA DE FLUXO DE ATENDIMENTO PARA A
POPULAÇÃO TRANSEXUAL E NÃO-BINÁRIA NO
AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL**

DAVI DA SILVA MOTTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Banca examinadora do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), como parte dos requisitos para obtenção do certificado de conclusão do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Marcela Ignacchiti Lacerda

Rio de Janeiro
Fevereiro – 2024

CIP - Catalogação na Publicação

Motta, Davi.

PROPOSTA DE FLUXO DE ATENDIMENTO PARA A POPULAÇÃO
TRANSEXUAL E NÃO-BINÁRIA NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL / Davi
Motta. - Rio de Janeiro, 2024.

44 f.

Monografia (Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia) - Instituto
Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2024.

Orientadora: Marcela Ignacchiti Lacerda.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. pessoas transgênero. 2. gravidez. 3. cuidado pré-natal. I. Título.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	JUSTIFICATIVA	2
3.	OBJETIVO GERAL	3
3.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	4
4.1.	TERMINOLOGIAS	4
4.2.	CONTEXTO HISTÓRICO	5
4.3.	TRANSIÇÃO DE GÊNERO.....	6
4.4.	PARENTALIDADE.....	7
4.5.	FERTILIDADE	8
4.6.	ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPÇÃO	9
4.7.	PRÉ-NATAL	10
4.7.1.	ANAMNESE.....	11
4.7.1.1	Abordagem da trajetória de vida	12
4.7.1.2	Antecedentes pessoais e familiares	13
4.7.1.3	Transformações corporais e hormonização.....	13
4.7.1.4	Saúde mental	14
4.8.	EXAME FÍSICO.....	14
4.9.	ACOMPANHAMENTO	17
4.10.	VIA DE PARTO.....	17
4.11.	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	17
4.12.	ALEITAMENTO	18
4.13.	ABORTO.....	21
5.	MATERIAS E MÉTODOS	23
6.	CRONOGRAMA.....	25
7.	RESULTADOS	26
8.	DISCUSSÃO	28
9.	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
	APÊNDICES	38
	APÊNDICE I – Fluxograma.....	38
	APÊNDICE II – Anamnese	39

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período crucial na vida de uma pessoa, exigindo cuidados específicos para assegurar a saúde gestacional e fetal. O pré-natal, nesse contexto, representa uma ferramenta essencial para o monitoramento e a promoção da saúde durante a gravidez. Tradicionalmente, o pré-natal tem se concentrado nas necessidades de mulheres cisgênero, considerando aspectos como diagnóstico precoce de condições médicas, prevenção de complicações e promoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, a população transgênero e não-binária frequentemente enfrenta desafios distintos durante o processo gestacional, com uma lacuna significativa no cuidado pré-natal adaptado às suas necessidades específicas.

Neste contexto, surge a importância de um exame crítico sobre como o pré-natal pode ser mais inclusivo e acolhedor para a população trans e não-binária. Os desafios incluem não apenas a falta de informação e treinamento adequado dos profissionais de saúde, mas também a necessidade de desconstruir normas binárias que limitam a compreensão da saúde reprodutiva. Este estudo propõe a criação de um modelo de atendimento individualizado no pré-natal, destacando as particularidades dessa população e fornecendo diretrizes para melhorar o acolhimento e a qualidade dos cuidados prestados.

2. JUSTIFICATIVA

A população transgênero e não-binária, especialmente aqueles indivíduos com útero capazes de gestar, enfrenta desafios no acesso aos cuidados de saúde, inclusive no que diz respeito ao pré-natal.

No contexto brasileiro, há uma escassez significativa de estudos e pouca disponibilidade de serviços públicos de obstetrícia especializados, em especial no estado do Rio de Janeiro, dificultando a compreensão das necessidades específicas de saúde desse público durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Um segundo desafio significativo é a falta de preparo dos profissionais de saúde, já que a maioria não recebe treinamento adequado sobre questões de identidade e variabilidade de gênero. Como resultado, muitos podem se sentir desconfortáveis para oferecer cuidados de saúde sensíveis e culturalmente competentes, o que pode levar a disparidades no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade do atendimento.

3. OBJETIVO GERAL

Proposta de um modelo de assistência pré-natal adaptado para atender às necessidades específicas da população transgênero e não-binária no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisão da literatura sobre o tema.
- Propor um fluxograma como ferramenta para direcionar a assistência a gestantes transgênero e não-binária.
- Desenvolvimento de anamnese e exame físico específicos às particularidades desta população.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. TERMINOLOGIAS

A compreensão aprofundada dos conceitos relacionados à sexualidade é fundamental para estabelecer bases sólidas ao abordar a saúde da população LGBTQIA+.

O acrônimo refere-se a lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e outras identidades relacionadas, representando a diversidade de orientações sexuais. No contexto da obstetrícia, é imperativo desdobrar as nuances de identidades de gênero, particularmente em relação à população transgênero e não-binária.

Gênero se refere a uma estrutura social e construção histórica aos papéis, comportamentos, expressões, atividades e atributos esperados para o homem/masculino ou mulher/feminino, independente do sexo biológico. A expressão de gênero é a forma como a pessoa se apresenta publicamente, por meio do seu nome, da sua aparência e comportamento, de acordo com expectativas sociais de um determinado grupo. É influenciada pela cultura em que se vive. A identidade de gênero refere-se à autopercepção e à forma como uma pessoa se identifica em termos de gênero, podendo alinhar-se com as categorias de mulher, homem, ambas ou nenhuma delas. Nesse contexto, indivíduos podem ser categorizados como cisgênero (alguém cuja identidade corresponde ao sexo designado ao nascimento), transgênero (quando difere do sexo atribuído ao nascimento) ou não-binário (alguém que não se encaixa nas categorias tradicionais de homem ou mulher, apresentando uma identidade fluida). Intersexo é uma identidade sociopolítica de uma pessoa que apresenta diversidade na

diferenciação do sexo, não podendo ser classificada como tipicamente masculina ou feminina. Já o termo Queer pode designar identidades de pessoas que não se enquadram em nenhuma identidade ou expressão de gênero e que questionam os padrões existentes.^{1,2}

4.2. CONTEXTO HISTÓRICO

Avançando para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é crucial analisar as conquistas e desafios enfrentados pela população LGBTQIA+ em termos de acesso à saúde.

Em 28 de junho de 1969, em Nova York, no bairro de Greenwich Village, eclodiu uma rebelião de travestis e gays conhecida como “Revolta de Stonewall”, marco inicial do “Dia do Orgulho LGBTI+”.³ No ano de 1985, o Conselho Federal de Medicina deixa de classificar a homossexualidade como patologia, seguido pela Organização Mundial de Saúde em 17 de maio de 1990, estabelecendo esta data como o Dia Mundial de Combate à Homofobia.⁴

A homossexualidade é retirada da lista de doenças pela Organização Mundial da Saúde em 1993⁴, enquanto em 2001 é criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, fortalecendo as reivindicações por políticas públicas para a população LGBTQIAP+.⁵

A I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi realizada em junho de 2008. Como resultado desta conferência foi criado o Plano Nacional de Cidadania e Direitos Humanos LGBT.⁶ No mesmo ano o processo transexualizador foi instituído no SUS

através da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, garantindo acesso a procedimentos médicos relacionados à transição de gênero.⁷

No dia 1º de março de 2018, o Supremo Tribunal Federal decide, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4275, que a retificação do registro civil para pessoas trans deve ser desburocratizada, realizada nos cartórios por autodeclaração.⁸

A 72ª Assembleia Mundial da Saúde aconteceu em maio de 2019, onde foi adotada a décima primeira revisão da CID-11, removendo categorias relacionadas às pessoas trans da lista de transtornos mentais.⁹

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26 e do Mandado de Injunção nº 4733, determina que a discriminação e violência LGBTIfóbicas são formas de racismo puníveis como tal em 2019.¹⁰

O dia 29 de janeiro é reconhecido como o Dia da Visibilidade Trans. Essa data destaca a importância de reconhecer e respeitar a identidade de gênero de cada indivíduo, além de combater a discriminação e a violência baseadas na identidade de gênero.

O SUS tem progredido na promoção de políticas inclusivas, mas persistem barreiras significativas. No ano de 2023 foram registrados 119 casos de homicídios de pessoas trans e travestis no Brasil, representando 31% de todos os casos registrados no mundo.¹¹

4.3. TRANSIÇÃO DE GÊNERO

O processo de transição de gênero abrange todas as medidas e alterações adotadas por pessoas transexuais e não-binárias ao longo de sua jornada,

com o objetivo de alcançar uma conformidade social com o gênero com o qual se identificam. Esse processo engloba diversas áreas, como a adoção de um nome social, escolha de vestimentas e acessórios, uso de pronomes adequados e a realização de modificações corporais. Tais medidas visam facilitar a expressão de gênero à identidade desejada pela pessoa.^{12,13}

4.4. PARENTALIDADE

O direito fundamental à parentalidade responsável, exercido de forma livre e voluntária, sem coação ou discriminação, é reconhecido pela ONU e garantido a todos os cidadãos brasileiros pela Constituição Federal de 1988. É responsabilidade do Estado fornecer os recursos necessários para que esse direito seja exercido plenamente, incluindo o acesso a medidas que permitam a concepção, limitação ou aumento da família, de forma inclusiva para todas as identidades sexuais.^{14,15,16,17}

No entanto, as necessidades das pessoas LGBTQIA+ são frequentemente negligenciadas devido à crença errônea de que suas práticas sexuais não têm o objetivo de reprodução, contribuindo para disparidades na saúde reprodutiva.¹⁸

A parentalidade de pessoas trans e não-binárias é frequentemente ignorada, pouco discutida e inadequadamente respeitada pela sociedade. A ideia de uma única definição "tradicional de família" tem restringido os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, impondo uma forma de "esterilidade simbólica" sobre eles.¹⁹

"(...) impossibilidade da escolha pela reprodução e de exercer a parentalidade, seja essa biológica, por processo de adoção ou na função de cuidado, interdito, associado ao lugar de abjeção a que são submetidos os corpos trans – que,

*conforme Butler (2000; 2006) por meio da cultura, da linguagem (e, podemos incluir, das políticas públicas) são colocados em uma matriz de ininteligibilidade e relegados a habitar zonas inabitáveis da vida social, não possuindo o status de sujeito, tampouco de humano”.*¹⁹

Para essa população, alcançar a parentalidade é uma jornada singular, e é essencial que os profissionais de saúde compreendam as complexidades envolvidas na gravidez, parto e amamentação, além de estarem sensíveis às implicações emocionais e psicológicas. Isso lhes permite oferecer cuidados adequados e respeitosos.

4.5. FERTILIDADE

A fertilidade de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero que não passaram por supressão puberal, hormonização ou cirurgias genitais/gonadais é semelhante às pessoas cisgênero. A supressão puberal usando análogos de GnRH, quando iniciada no estágio 2 de Tanner, impede o desenvolvimento de tecido reprodutivo.²⁰ A suspensão desse tratamento pode permitir a recuperação da fertilidade, mas geralmente não é tolerada devido a mudanças corporais indesejadas.²¹

Indivíduos que completaram a puberdade podem produzir óvulos maduros, mas certas cirurgias para transformação corporal podem afetar a fertilidade.²⁰ A testosterona não parece afetar significativamente a fertilidade em pessoas transmasculinas, porém o uso prolongado pode causar problemas temporários de fertilidade, como atrofia endometrial e anovulação.^{22,23,24} Após a interrupção do uso de androgênios, os resultados

de fertilização in vitro, por exemplo, são comparáveis aos de mulheres cisgênero da mesma idade.²⁵

4.6. ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPÇÃO

O uso de testosterona durante a gestação pode influenciar o desenvolvimento da genitália fetal, resultando em possíveis complicações como sinéquia de lábios internos, alterações vaginais, persistência do seio urogenital e clitoromegalia, especialmente no primeiro trimestre de gestação.²⁶ Por isso, muitos protocolos recomendam interromper o uso de testosterona durante a gravidez, ou mesmo antes, se houver intenção de engravidar, para aumentar as chances de ovulação. O período seguro sem testosterona para tentar concepção ainda não é conhecido, e até 20% dos homens trans engravidam antes mesmo de interromperem a hormonização. Portanto, é fundamental explorar o desejo reprodutivo e discutir as alternativas disponíveis.²⁷

É essencial que todas as pessoas transexuais recebam orientação sobre preservação da fertilidade, tecnologias de reprodução humana (RA), custos financeiros e riscos envolvidos, como aqueles relacionados ao uso de material genético preservado e possíveis falhas técnicas.²⁸ As opções de preservação de gametas para pessoas com testículos incluem armazenamento de amostras de sêmen para uso em técnicas de RA ou técnicas experimentais que envolvem criopreservação testicular seguida por início da espermatogênese in vitro. Para pessoas com ovários, é possível congelar óvulos usando qualquer técnica de RA, considerando os potenciais efeitos de atrasar ou interromper a terapia hormonal. Outra

opção em investigação é a criopreservação de tecido ovariano e a maturação in vitro de oócitos.²⁹

A decisão sobre a preservação da fertilidade é compartilhada com o casal, levando em conta critérios pessoais, especialmente relacionados ao custo financeiro, uma vez que essas opções geralmente não são cobertas pelo SUS. Quando a concepção ocorre naturalmente (vagina-pênis), é recomendada a suspensão dos hormônios sexuais. É importante estar ciente de que um longo período sem testosterona pode agravar a disforia de gênero, sendo necessário estar preparado para lidar com essa situação. Além disso, o ácido fólico, como medida preventiva para a formação do tubo neural, deve ser incluído no planejamento pré-gestacional, da mesma forma que para mulheres cis gestantes.³⁰

4.7. PRÉ-NATAL

A rotina de assistência ao pré-natal deve ser ofertada aos homens trans e outras pessoas transmasculinas que gestam, da mesma forma que para mulheres cis. Deve-se iniciar um diálogo aberto sobre qualquer desconforto que possam sentir ao frequentar um ambiente predominantemente feminino, questões relacionadas à disforia corporal ou preferências em relação ao parto. Também é importante discutir as opções de aleitamento e garantir que o serviço de parto esteja preparado para oferecer um ambiente acolhedor e inclusivo, incluindo a possibilidade de envolver a rede de apoio pessoal nos cuidados pré-natais e pós-parto.³¹

4.7.1. ANAMNESE

A abordagem inicial deve ser personalizada, perguntando no início da consulta como a pessoa deseja ser chamada e os seus pronomes. Em um ambiente afirmativo e acolhedor, é fundamental questionar sobre a identidade de gênero e orientação sexual das pessoas para evitar suposições e reduzir o estigma.

Ao cuidar de homens trans ou pessoas não binárias, especialmente durante o pré-natal, parto e puerpério, é essencial evitar termos que estejam ligados a papéis de gênero, como "mãe" e "maternidade". O uso do termo "maternidade" já implica que a pessoa que dará à luz é a mãe, o que não é necessariamente verdadeiro para homens trans que têm útero e podem dar a luz. Por isso, é recomendável utilizar termos alternativos que permitam a flexibilidade de gênero, como "o gestante", "o parturiente", "o lactante" ou simplesmente "o pai", se for a preferência da pessoa.³²

A entrevista inicial deve ser direcionada pelas necessidades, dúvidas, agenda e prioridades da pessoa, demonstrando empatia ao validar e reconhecer suas emoções. É importante permitir momentos de silêncio e buscar compreender o contexto em que a pessoa vive, incluindo seus relacionamentos e ambiente social. Ao coletar informações sobre o histórico de vida, deve-se ter cuidado ao formular perguntas, tratando a vida sexual de forma respeitosa e evitando fazer suposições sobre suas práticas sexuais.

Tabela 1: Linguagem neutra e expressões a serem utilizadas ou evitadas no atendimento.

LINGUAGEM A SER EVITADA	LINGUAGEM RECOMENDADA
Saúde do homem ou saúde da mulher	Saúde reprodutiva
Nascido homem ou mulher	Designado homem ou mulher ao nascimento
Homem biológico/"homem de verdade"	Homem cis
Mulher biológica/"mulher de verdade"	Mulher cis
Assexuado	Assexual
Intersexual/hermafroditismo	Intersexo
O travesti	A travesti
MTF ("homem que virou mulher"/"mulher em corpo de homem)	Mulher trans
FTM ("mulher que virou homem"/"homem em corpo de mulher")	Homem trans
Esposo, esposa, marido	Parceria(s)
Pai, mãe	Responsável(is)
Amamentação	Alimentação com leite humano, aleitamento
Cirurgia de troca de sexo	Cirurgias de modificações corporais/cirurgia de redesignação sexual
Camisinha masculina	Preservativo externo
Camisinha feminina	Preservativo interno
Vagina, vulva, pênis, testículos	Genital, órgãos pélvicos, órgãos reprodutivos, órgãos sexuais.
Peitos, mamas	Tórax
Menstruação	Sangramento

Fonte: Adaptado de Goldhammer³³

4.7.1.1 Abordagem da trajetória de vida

Oferecer um espaço seguro para que a pessoa compartilhe aspectos importantes de sua vida é fundamental. É necessário avaliar o nível de conforto em relação à orientação sexual, identidade de gênero e

comportamentos sexuais, levando em consideração a possível presença de sentimentos negativos e seu impacto.³⁴ Também é importante questionar sobre a existência de uma rede de apoio, seja com a família de origem ou escolhida, e se a pessoa está conectada de alguma forma à comunidade LGBTQIA+.

Além disso, é essencial avaliar o acesso aos serviços de saúde e o contexto socioeconômico, educacional e cultural da pessoa. Questões relacionadas à origem étnica, racial, regional ou religiosa também devem ser consideradas.

É importante compreender as experiências anteriores da pessoa com serviços de saúde e sua atitude em relação à saúde, que pode variar de evitação a satisfação.³⁵

4.7.1.2 Antecedentes pessoais e familiares

Avaliar as condições clínicas presentes e anteriores, o uso de medicamentos atuais e anteriores, tratamentos realizados, histórico de internações, cirurgias, alergias, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), histórico obstétrico e ginecológico, bem como informações sobre familiares vivos e falecidos e suas condições de saúde conhecidas. Esta análise auxilia na identificação de possíveis fatores de risco a condições médicas que possam impactar a gravidez.

4.7.1.3 Transformações corporais e hormonização

Oferecer um espaço para que a pessoa compartilhe suas percepções sobre o corpo, expectativas, desejos e crenças relacionadas ao uso de hormônios

e/ou outros procedimentos para a transformação corporal durante o processo de transição de gênero é essencial.

Embora muitas pessoas transmasculinas e não-binárias gestem enquanto fazem uso de testosterona e geralmente não gerem fetos com genitália atípica, ainda não existem estudos que determinem com segurança doses de testosterona exógena que não causem androgenização fetal. Isso porque os efeitos da testosterona nos fetos podem ser observados mesmo com doses consideradas insuficientes para produzir as transformações corporais esperadas nesses indivíduos.³⁶

4.7.1.4 Saúde mental

O profissional deve estar ciente e investigar as mudanças de humor, piora da saúde mental e ansiedade causada por mudanças físicas durante o aconselhamento pré-natal. A compreensão de um indivíduo sobre seu corpo e características físicas relacionadas ao gênero pode levar à disforia relacionada a qualquer outra característica física.³⁷ Abraçar este sofrimento pessoal e prestar cuidados e apoio é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, não apenas daqueles que se especializam em saúde mental.

4.8. EXAME FÍSICO

O exame físico pode ser considerado um ritual, pois é conduzido em um espaço simbólico, por profissionais capacitados, usando técnicas e instrumentos específicos. Poucos profissionais têm o privilégio do contato físico direto, e o ato de se despir e ser examinado pode gerar

vulnerabilidade, logo, não deve ser realizado por pura curiosidade, principalmente quando se fala em corpos trans.³⁸

Essa percepção potencializa uma abordagem centrada durante o exame, não apenas em relação aos achados clínicos que podem confirmar ou refutar uma suspeita diagnóstica, mas também em relação aos sentimentos que surgem durante o processo. Isso é especialmente relevante ao considerar o exame físico de pacientes que já enfrentam vulnerabilidade social, como pessoas LGBTQIA+. Embora enfrentem desafios comuns durante o exame físico, cada indivíduo tem suas próprias características, histórias e experiências pessoais únicas.³⁹

O exame físico deve ocorrer em um ambiente seguro, baseado numa cultura de consentimento, onde será explicado cada passo realizado e seu objetivo, permitindo que o indivíduo participe ativamente na decisão de realizar o exame, esclarecendo dúvidas e com o direito de ter um acompanhante presente, se desejar. É essencial compreender e utilizar os termos preferidos pela pessoa ao tratar das partes do seu corpo, conduzindo o exame com respeito e sensibilidade.⁴⁰

É recomendado revisar experiências anteriores com exames semelhantes e perguntar como é possível tornar o próximo exame mais confortável.

Deve-se preservar a privacidade e evitar a exposição desnecessária das mamas e dos órgãos genitais da pessoa atendida, a menos que haja uma indicação clínica relevante para tal procedimento.⁴¹ Em relação ao exame do tórax, é importante observar que a exposição da região, mesmo com o uso de binder (uma faixa torácica que comprime as mamas), pode ser desafiadora e causar apreensão durante o exame. O uso prolongado do

deste dispositivo pode resultar em escoriações e lesões mamárias e está associado à dor nas regiões torácica e cervical, as quais também devem ser avaliadas e investigadas. Homens trans submetidos à toracoplastia masculinizadora também devem ter o tórax examinado.⁴²

Durante a inspeção vulvar, especialmente em indivíduos que fizeram uso de testosterona previamente, é importante observar sinais de atrofia da mucosa vulvar/vaginal e medir o tamanho do clitóris, com consentimento da pessoa. A hipertrofia do clitóris pode resultar em aumento da sensibilidade, causando desconforto em algumas pessoas. É essencial discutir práticas de higiene vulvar, especialmente devido à disforia genital, que pode dificultar a manipulação ou percepção dessa região.⁴³

A posição ideal para o exame especular é em decúbito dorsal, com as pernas afastadas. O uso de perneiras não é obrigatório, pois muitas pessoas relatam desconforto e sensação de vulnerabilidade com esse dispositivo. Pode ser sugerido que a própria pessoa manipule seus genitais para a inspeção externa e introduza o espécuro, embora seja necessário perguntar à pessoa suas preferências em relação ao procedimento.⁴⁴

O uso de lubrificante à base de água é recomendado, inclusive durante a coleta da colpocitologia oncótica, para minimizar o desconforto e não interferir nos resultados. Se a pessoa recusar o exame especular e ele for clinicamente indicado, a inspeção vulvar e o toque bimanual podem ser oferecidos como alternativas.

Exames físicos não especulares também podem ser úteis como estratégia de adaptação e para estabelecer um vínculo de confiança com o

profissional, uma vez que uma experiência positiva pode influenciar futuras decisões sobre a realização de exames semelhantes.⁴⁵

4.9. ACOMPANHAMENTO

Os cuidados clínicos durante o pré-natal, parto e puerpério para pessoas transmasculinas e não-binárias não diferem daqueles prestados a mulheres cisgênero.⁴⁶

4.10. VIA DE PARTO

A determinação da via de parto pode ser objeto de discussão. Uma pesquisa feita por Light AD et al., 2014 revelou que cerca de um quarto dos indivíduos expressaram preferência pela cesariana, sem aparentes variações entre homens trans que fizeram uso de testosterona e aqueles que não utilizaram. O principal motivo citado por aqueles que optaram pela cesariana foi o desconforto associado à exposição prolongada da genitália durante o trabalho de parto.⁴⁷

4.11. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A atenção ao pré-natal de pessoas trans e não-binárias demanda a participação de uma equipe multiprofissional especializada. Nesse contexto, a presença de profissionais de psicologia é essencial para oferecer suporte emocional e psicológico durante todo o processo, ajudando a pessoa a lidar com adaptações psicossociais associadas à gestação e parentalidade.⁴⁸ A fisioterapia desempenha um papel fundamental na promoção da saúde física e no manejo de desconfortos

musculoesqueléticos comuns durante a gestação, além de auxiliar no preparo para o parto por meio de exercícios e técnicas de respiração.⁴⁹ A nutrição também desempenha um papel crucial, fornecendo orientações sobre alimentação saudável e suplementação adequada de nutrientes para garantir o bem-estar materno e fetal ao longo da gestação.⁵⁰ A psiquiatria pode contribuir para o manejo de possíveis transtornos de saúde mental, como ansiedade e depressão, que podem surgir durante o período pré-natal, oferecendo avaliação, suporte e, quando necessário, intervenção terapêutica.⁵¹ Por sua vez, a odontologia, através da avaliação e no tratamento precoce de problemas dentários, garante a saúde bucal da pessoa gestante e, conseqüentemente, do feto.⁵²

Essa abordagem integrada visa proporcionar uma assistência holística e individualizada, além de contribuir para o bem-estar global da pessoa gestante, pode ajudar a reduzir as disparidades de saúde enfrentadas por essa população.

4.12. ALEITAMENTO

O aleitamento humano é reconhecido como o principal fator para o crescimento e desenvolvimento saudável dos bebês, e como tal, deve ser incentivado como um direito reprodutivo assegurado às pessoas LGBTQIA+. No contexto da lactação, homens trans e não binários que possuem tecido mamário têm a capacidade potencial de amamentar, desde que se abstenham do uso de testosterona. Além disso, a indução da lactação pode ser uma opção para manter a capacidade de amamentação em pessoas com desenvolvimento glandular mamário, independentemente

de terem gestado, sem considerar isso como amamentação cruzada, pois o vínculo parental transcende o envolvimento de material genético entre os indivíduos.⁵³ Desde que exames laboratoriais não revelem contraindicações para o aleitamento, essas pessoas estão aptas a prosseguir com o processo.

A lactação induzida não se restringe apenas aos benefícios nutricionais; mesmo que o fornecimento total de leite humano não seja alcançado, o estabelecimento de um vínculo emocional e a realização pessoal para aqueles que desejam amamentar são objetivos igualmente importantes.⁵⁴ Quando uma pessoa expressa o desejo de induzir a lactação, é crucial que seja ouvida, encorajada e orientada para alcançar seu objetivo.

Os protocolos para indução da lactação envolvem uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, incluindo estimulação repetida dos mamilos por várias semanas antes do parto, e translactação após o nascimento do bebê. Os medicamentos mais comumente utilizados são os galactogogos, que estimulam a produção de prolactina, com destaque para a domperidona e a metoclopramida, sendo a primeira preferível devido à menor incidência de efeitos colaterais. O estímulo inicial pode ser realizado com contraceptivos hormonais, desde que não haja contraindicações para o seu uso, com a orientação dependendo do tempo disponível até o parto.⁵⁵

Tabela 2: Protocolos de indução da amamentação.

MEDIDAS	PROTOCOLO	PROTOCOLO CURTO
	REGULAR (MAIS DE 91 DIAS ANTES DO PARTO)	(MENOS DE 90 DIAS ANTES DO PARTO)
Contraceptivo hormonal combinado (> 35mcg de etinilestradiol)	1x ao dia durante 4-6 meses. Suspende a medicação 6 semanas antes do parto	1x ao dia até o ingurgitamento mamário (em torno de 4 semanas)
Domperidona 20 mg	4x ao dia, uso contínuo	4x ao dia, uso contínuo
Estimulação mamilar com bomba elétrica	Iniciar 6 semanas antes do parto	Iniciar após ingurgitamento das mamas
Translactação (parte do leite é oferecido por sonda, colocada junto ao mamilo)	Iniciar após o nascimento do bebê	Iniciar após o nascimento do bebê

Fonte: Adaptado de Newman e Goldfarb⁵⁵

Prevê-se que o processo de início da lactação seja caracterizado pelo surgimento inicial de gotas de leite mais claras, progredindo para uma tonalidade opaca e esbranquiçada. Consequentemente, observa-se o estabelecimento gradual de jatos de leite, culminando em um fluxo constante. A duração e a velocidade desse progresso variam consideravelmente entre os indivíduos.⁵⁵

Embora não seja possível determinar com precisão o volume de leite produzido, um estudo piloto conduzido em 2015 demonstrou que a

composição proteica do leite humano induzido se assemelha àquela do leite produzido por mulheres cisgênero durante os primeiros onze meses após o parto.⁵⁶ No entanto, a formulação de protocolos específicos é necessária para aprimorar a segurança dessa alternativa tanto para o bebê quanto para a lactante.⁵⁷

4.13. ABORTO

Homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias podem se encontrar em situações de gravidez indesejada ou serem vítimas de estupro, buscando assistência médica para orientação e possível consideração de interrupção da gestação. Frequentemente, esses indivíduos se veem isolados e vulneráveis devido à gravidez não planejada, violência sexual e discriminação, o que os leva a considerar métodos autônomos para interromper a gravidez.

O acesso ao direito à contracepção de emergência e ao aborto legal é essencial para gestações resultantes de estupros corretivos, que foram tipificados como crime pela legislação em 2018. Estes estupros são definidos como atos de violência sexual perpetrados com o intuito de controlar o comportamento social ou sexual da vítima, muitas vezes motivados por ódio e manifestações de homo/transfobia, misoginia e represália à recusa da vítima em conformar-se a padrões de masculinidade. É importante ressaltar que esses atos podem ser cometidos até mesmo por membros da família da vítima.^{58,59}

Nesses cenários, é recomendado adotar estratégias que promovam a escuta ativa e a empatia, comunicando à pessoa a credibilidade de suas

experiências e emoções, validar a decisão da pessoa de compartilhar sua experiência e reforçar a inaceitabilidade da violência, destacando que tal conduta é intolerável e não deve ser tolerada sob qualquer circunstância. Da mesma forma, é importante explicitar à pessoa que ela não é culpada pelo ocorrido, deslocando qualquer responsabilidade injustamente atribuída a ela.⁶⁰

É imperativo que profissionais de saúde relatem a violência sexual motivada por preconceito relacionado à orientação sexual e/ou identidade de gênero. As fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, implementadas desde 2014, oferecem um meio de identificar e documentar os casos, contribuindo para a conscientização e combate a esse tipo de violência.⁶¹ Deve-se estruturar planos de segurança junto com a vítima e disponibilizar recursos para lidar com os riscos.

5. MATERIAS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases do PubMed, BVS e Portal de Periódicos CAPES. A pergunta clínica do estudo foi como é o acompanhamento pré-natal de pessoas trans e/ou não binárias, utilizando os termos MeSH: pessoas transgênero, gravidez e cuidado pré-natal.

Foram utilizados como critérios de seleção os artigos publicados nos últimos quinze anos, com fontes de revistas científicas, conferências especializadas e relatórios técnicos de organizações de saúde reconhecidas. A pesquisa ocorreu no período de 01 março a 30 de novembro de 2023 e resultou na inclusão de cinco estudos nas línguas inglesa (3), portuguesa (1) e espanhola (1).

Depois de ler os artigos, foram incluídas temas-chaves como fertilidade, aleitamento e aborto para fornecer uma visão geral das principais contribuições da literatura e iluminar lacunas nesta análise.

Para contribuir com o projeto, foi realizada uma busca para identificar serviços no Brasil que realizam o atendimento obstétrico especializado em pessoas trans e não binárias, sendo encontrados três serviços, dois em São Paulo (o Centro de Referência e Treinamento DST/Aids e o Centro de Referência de Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais Janaína Lima) e um em Salvador (Programa “Transgesta” da Maternidade Climério de Oliveira).

Diante dos resultados, foi elaborada a proposta de criação de um fluxo de assistência ao pré-natal de pessoas transgênero e não-binárias com útero no ambulatório de pré-natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da

Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), no Rio de Janeiro.

A partir desta etapa, foi preparado um fluxograma de acompanhamento da assistência durante todo o pré-natal, incentivando o cuidado multidisciplinar, vide Apêndice I. Junto, foi criado um modelo de anamnese adicional ao padrão já existente da unidade, com particularidades do público alvo, onde pode ser avaliada na consulta de matrícula do pré-natal informações como: identificação (nome civil e social, pronomes, expressão e identidade de gênero e orientação afetivo sexual), trajetória de vida (espaço para que a pessoa conte fatos importantes da sua vida, como relacionamentos, família, círculo social, rede de apoio, grau de conforto com a sexualidade, entre outros aspectos), antecedentes pessoais (patologias existentes e prévias, uso de medicações, história de ISTs, uso de PrEP/PEP, uso de substâncias, hormonização, transformações corporais, saúde mental) e antecedentes ginecológico/obstétrico (menarca, paridade, contracepção prévia, meio de concepção da gestação atual), e espaço para exame físico, como exposto no Apêndice II.

7. RESULTADOS

Através da busca por referências de serviços como modelos, foram encontrados três ambulatorios especializados em pré-natal para a população trans e não binária no Brasil. O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, em São Paulo, foi criado em 2009, oferecendo avaliação multidisciplinar para pessoas gestantes desde 2020. Também em São Paulo, o Centro de Referência de Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais Janaína Lima foi criado em janeiro de 2023 para complementar o trabalho da Rede Sampa Trans. O centro possui uma rede de profissionais especializados em situação de saúde com o recorte de gênero, disponibilizando atendimento pré-natal.

Em Salvador, a Maternidade Climério de Oliveira criou o programa “Transgesta” com o propósito de aprimorar sua capacidade assistencial no pré-natal de pessoas que se reconheçam e se declarem transexuais, travestis, transgêneros, intersexo e outras denominações que representam formas diversas de vivência e de expressão da identidade de gênero, tornando-se referência em desde 2021. O programa já realizou o acompanhamento de sete homens trans gestantes. O serviço conta uma equipe multidisciplinar envolvendo obstetrícia, enfermagem, assistente social, psicologia, endocrinologia, fisioterapia, nutrição e educação física. As pessoas são admitidas através de encaminhamentos via email feitas pelas secretarias municipais de saúde. Quando aceitas, elas seguem um fluxo de assistência que pode ser de risco habitual ou de alto risco, a depender da avaliação de cada caso.

Em novembro de 2023 foi entregue a coordenação do pré-natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) o fluxograma para direcionar a assistência e o modelo de anamnese com exame físico, destacando as particularidades da população transgênero e não-binária. Também foi colocado à disposição do serviço a possibilidade de encontros para debates e treinamento da equipe.

No mês seguinte, um paciente foi absorvido no ambulatório de pré-natal por uma gestação gemelar por concepção natural. Foi realizada consulta de primeira vez com auxílio da ficha de anamnese desenvolvida neste estudo.

Até a entrega deste trabalho o paciente está sendo acompanhado pelo serviço junto do setor de medicina fetal, nutrição, serviço social, psicologia e fisioterapia.

O paciente foi indago nas consultas sobre a percepção de acolhimento na unidade e encontra-se satisfeito, negando atos de transfobia. A equipe ainda não foi treinada.

8. DISCUSSÃO

A criação de um modelo de pré-natal que valorize as particularidades da população transgênero e não-binária enfrenta diversos desafios. Embora a rotina de assistência ao pré-natal deva ser oferecida de forma equitativa para homens trans, outras pessoas transmasculinas e não-binárias, assim como para mulheres cis, a realidade ainda é marcada por lacunas nas demandas específicas, ressaltando a necessidade de implementar estratégias que promovam a equidade no acesso ao cuidado na pré-concepção, gestação, parto e puerpério dessa população.

Todos os estudos ressaltaram que prestadores de cuidados de saúde muitas vezes não estavam preparados para lidar com a gravidez em homens trans e pessoas não binárias, o que resultou em situações desafiadoras e falta de apoio adequado durante o pré-natal, principalmente na parte de comunicação e necessidades específicas.^{34,35,39,41,46}

Uma alternativa para esse fator seria a implementação de abordagens interdisciplinares e educação contínua aos profissionais, incentivando todos os provedores de saúde a participarem de treinamentos focados em cuidados de saúde integral para essas pessoas.

Outra barreira evidenciada foi a estrutural, com poucos estabelecimentos de saúde adotando abordagens representativas, como por exemplo, alguns registros médicos eletrônicos não permitirem a coleta precisa de nomes escolhidos, pronomes e títulos de forma apropriada. Badawy MK et al., 2023⁴¹ oferece recomendações práticas, como exibir materiais visuais reconhecíveis por uma população diversa e o uso de linguagem neutra de

gênero para os espaços, considerando nomes como "centro de saúde sexual e reprodutiva" em vez de "centro de saúde da mulher".

Durante a gravidez, homens transgêneros e não binários muitas vezes precisam tomar decisões difíceis sobre como gerenciar sua expressão de gênero em relação à gravidez. Isso pode envolver escolhas como passar como uma mulher cisgênero, esconder a gravidez ou optar por ser visivelmente grávido e masculino, cada uma com seus próprios desafios e benefícios. Alguns autores ressaltam a importância do apoio social e familiar como fatores de proteção neste processo, devido aos impactos psicológicos e emocionais inesperados enfrentados durante o ciclo gravídico-puerperal, que contribuem para o medo do parto, as violações de direitos e as dificuldades de acesso a cuidados de saúde adequados.^{35,46}

Todos os estudos analisados afirmam a importância do desenvolvimento de estudos empíricos no campo das Ciências da Saúde para ampliar o conhecimento sobre a compreensão das experiências dessa população durante a gravidez e a realização de diretrizes claras para garantir a implementação eficaz de práticas inclusivas.^{34,35,39,41,46}

Dos serviços especializados encontrados no Brasil, foi possível analisar apenas a linha de cuidado do programa Transgesta. Eles produziram um fluxo de atendimento para paciente de risco habitual e de alto risco, informando os setores e as fases do atendimento das pessoas durante a assistência, do pré-natal até o puerpério. Esse fluxo não foi julgado relevante já que temos um bem definido dentro da instituição. Existe uma valorização do atendimento multidisciplinar e na sensibilização da equipe, sendo fundamental ser considerado na nossa instituição com a

implementação do serviço. Apesar de um número de atendimento considerável, o serviço ainda não possui um modelo de anamnese e exame físico para a população alvo.

9. CONCLUSÃO

Diante do exposto, existem diversos benefícios em desenvolver um modelo de pré-natal que valorize e atenda às particularidades da população transgênero e não-binária.

Esse trabalho foi pioneiro, permitindo a implementação do primeiro ambulatório com enfoque em pessoas LGBTQIA+ dentro do Instituto Fernandes Figueira.

A partir daí, será possível discutir e avaliar melhorias dos fluxos existentes e propostos por esse estudo, bem como investir na capacitação dos profissionais ligados à assistência.

Para maiores conclusões será necessário investir em divulgação do serviço a fim de incluir mais pacientes, e utilizar os modelos de protocolo por um tempo para poderem serem aperfeiçoados.

As implicações a longo prazo dessas mudanças incluem não apenas benefícios para a saúde individual, mas também uma contribuição para a construção de sistemas de saúde mais justos e igualitários para todos os gêneros e identidades sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Saúde LGBTQIA+ : práticas de cuidado transdisciplinar / editores Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz, Ademir Lopes Junior. - 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2021.
- 2- Jesus, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, 2012.
- 3- Nappo MK. Not a quiet riot: Stonewall, and the creation of lesbian, bisexual, gay, and transgender community and identity through public history techniques. [Dissertation]. North Carolina: University of North Carolina Wilmington; 2010.
- 4- Dia Internacional de Combate à Homofobia. Portal do CFM, 2015. Acesso em: 20 DEZ 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/dia-internacional-de-combate-a-homofobia/>.
- 5- Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2018. Acesso em: 20 DEZ 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao>.
- 6- Rocon PC, Sodré FE, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. Rev Katálysis. 2016;19
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707 de 18 de agosto de 2008. Publicada no D.O.U. n. 159, de 19/08/2008. Seção 1, p. 43
- 8- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4275, de 01/03/2018.
- 9- Nações Unidas do Brasil. OMS retira a transexualidade da lista de doenças mentais. 06/06/2019. Acesso em 20 DEZ 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/83343-oms-retira-transexualidade-da-lista-de-doen%C3%A7as-mentais>.
- 10- Brasil. Mandado De Injunção 4.733 Distrito Federal, de 13/06/2019.
- 11- NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim; ARAÚJO, Tathiane Aquino. Registro Nacional de Assassinatos e Violações de Direitos Humanos das Pessoas Trans no Brasil em 2024. Série Publicações Rede Trans Brasil, 8a. ed. Uberlândia: Rede Trans Brasil, 2024.
- 12- Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender diversity. Sexologies. 2008;17(4):211-24.

- 13- Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society [internet]. *Lancet*. 2016; 388(10042): 390-400 Acesso em 11 abr 2023. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/161890920?utm_source=linkout
- 14- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo. Acesso 8 ABR 2023. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf
- 15- Oliveira RMR. Direitos sexuais de LGBT* no Brasil: jurisprudência, propostas legislativas e normatização federal. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria da Reforma do Judiciário, 2013.
- 16- Brasil. Constituição Federal, de 1988 – Artigo 5º
- 17- Brasil. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (MS/2005)
- 18- 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Acesso em 10 ABR 2023. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/politicanacional_saudeintegral_lgbt.pdf
- 19- Angonese M, Lago MCS. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*. 2017;26(1):256-70.
- 20- Hembree WC, Cohen Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline [internet]. *J clin endocrinol metab*. 2017; 102(11): 3869-3903. Acesso em 11 ABR 2023. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/153399329?utm_source=linkout
- 21- Heath RA, Wynne K. A guide to transgender health: state-of-the-art information for genderaffirming people and their supporters [ivro eletrônico]. Santa Barbara, Califoria: Praeger, an imprint of ABC-CLIO, LLC, 2019.
- 22- De Roo C, Tilleman K, Tsjoen G, De Sutter P. Fertility options in transgender people. *Int rev psychiatry*. 2016; 28(1): 112-119.
- 23- Yaish I, et al. Functional ovarian reserve in transgender men receiving testosterone therapy: evidence for preserved anti-Müllerian hormone

- and antral follicle count under prolonged treatment. *Hum reprod.* 18 set 2021; 36(10): 2753-2760.
- 24- Minotti F, Nagelberg A, Abdala R, Otero P. Assessment of ovarian reserve during gender affirmation hormone therapy in trans men. *Medicina (B Aires)*. 2022; 82(2): 238-248
- 25- Amir H, et al. Ovarian stimulation outcomes among transgender men compared with fertile cisgender women. *J assist reprod genet.* oct 2020; 37(10): 2463-2472
- 26- Huddleston H, Barbieri RL. Gestational hyperandrogenism. Uptodate [site]. Mai 2020. Acesso em 12 MAR 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-hyperandrogenism>.
- 27- Hahn, M et al. *Obstet Gynecol* 2019 Rodriguez-Wallberg, K. *International Journal of Transgender Health*, 2023.
- 28- Light A, Wang L-F, ZeKrempaskyymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266-9.
- 29- Sterling J, Garcia MM. Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrology and Urology*. 2020;9(S2):S215-S226.
- 30- EB, Thijs A, den Heijer M. Erythrocytosis in a Large Cohort of Trans Men Using Testosterone: A Long-Term Follow-Up Study on Prevalence, Determinants, and Exposure Years. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 May 13;106(6):1710-1717. doi: 10.1210/clinem/dgab089. PMID: 33599731; PMCID: PMC8118580.
- 31- Amorim APA. O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde SBMFC [homepage na internet]. 31 jan 2020. Acesso em 11 ABR 2023. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimentode-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>
- 32- Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):134-43.
- 33- Goldhammer H, Sula M, Keuroghlian AS. Communicating with patients who have nonbinary gender identities. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):559-62.
- 34- Hahn M, Sheran N, Weber S, Cohan D, Obedin-Maliver J. Providing patient-centered perinatal care for transgender men and genderdiverse individuals. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):959-63. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6814572/pdf/ong-134-0959.pdf>

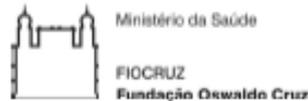
- 35- Pereira DMR, Araújo EC de, Cardoso Santos Gomes da Silva AT, Abreu PD de, Calazans JCC, Silva LLSB da. SCIENTIFIC EVIDENCE ON EXPERIENCES OF PREGNANT TRANSSEXUAL MEN. Texto contexto - enferm [Internet]. 2022;31:e20210347. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347en>
- 36- Castro M, Elias LL. Causas raras de pseudo-hermafroditismo feminino: quando suspeitar? [internet] Arq bras endocrinol metabol. fev 2005, 49(1). Acesso em 11 ABR 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n1/a17v49n1.pdf>
- 37- Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;124(6):1120-7.
- 38- Constanzo C, Verghese A. The physical examination as ritual: social sciences and embodiment in the context of the physical examination. *Med Clin North Am*. 2018;102(3):425-31.
- 39- Norris, M., & Borneskog, C. (2022). The Cisnormative Blindspot Explained: Healthcare Experiences of Trans Men and Non-Binary Persons and the accessibility to inclusive sexual & reproductive Healthcare, an integrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 100733. ISSN 1877-5756. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100733>.
- 40- Sarno MM, Angélico Júnior FV. Anamnese e exame físico. Manual de exame físico. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 1-17.
- 41- Badawy MK, Dadoo P, Grossmann K, Lane R, Colon-Cabrera D. Gender-inclusive practice in pregnancy determination for transgender, gender diverse and non-binary patients in medical imaging. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2023 Sep;67(6):625-633. doi: 10.1111/1754-9485.13551. Epub 2023 Jun 21. PMID: 37343160.
- 42- European Union Agency for Fundamental Rights. EU LGBT survey – European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey: results at a glance. 2013
- 43- Baldassarre M, Giannone FA, Foschini MP, Battaglia C, Busacchi P, Venturoli S, et al. Effects of long-term high dose testosterone administration on vaginal epithelium structure and estrogen receptor-and-expression of young women. *International journal of impotence research*. 2013;25(5):172-7.

- 44- Dendrinos ML, Budrys NM, Sangha R. Addressing the needs of transgender patients: how gynecologists can partner in their care. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2019;74(1):33-9.
- 45- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editores. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- 46- Besse M, Lampe NM, Mann ES. Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *Yale J Biol Med*. 2020 Sep 30;93(4):517-528. PMID: 33005116; PMCID: PMC7513446.
- 47- Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*. 2014 Dec;124(6):1120-1127. doi: 10.1097/AOG.0000000000000540. PMID: 25415163.
- 48- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans [internet]. 2013 Acesso em 11 ABR 2023. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>
- 49- Herman H. Physical therapy and gender affirmation. *Advancing Excellence for Transgender Health*; 2020.
- 50- GOIS, I (organizadora). Guia ambulatorial de acolhimento e cuidado nutricional de pessoas trans e travestis adultas. 2021. No prelo.
- 51- Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society [internet]. *Lancet*. 2016; 388(10042): 390-400 [acesso em 11 abr 2023]. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/161890920?utm_source=linkout
- 52- Percídio RS. Educação, saúde e diversidade: dicas para boas práticas em saúde bucal. Porto Alegre: UFRGS; 2020.
- 53- MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, Walks M, Biener M, Kibbe A, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):1-7.
- 54- Wahlert L, Fiester A. Induced lactation for the nongestating mother in a lesbian couple. *Virtual Mentor*. 2013;15(9):753-6.
- 55- Goldfarb L, Newman J. Newman-Goldfarb protocols for induced lactation decision tool. *J Human Lactation*. 2008;24

- 56- Perrin MT, Wilson E, Chetwynd E, Fogleman A. A pilot study on the protein composition of induced nonpuerperal human milk. *J Hum Lact.* 2015;31:166-71.
- 57- Reisman T, Goldstein Z. *Transgender Health.* 2018;24-26.
- 58- Brasil. Ministério da Justiça. Lei n. 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). *Diário Oficial da União.* 25 Set 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm
- 59- Brasil. Código Penal – Artigo 128 ADPF nº 54, STF
- 60- 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/politicanacional_sau_deintegral_lgbt.pdf
- 61- Malta DC, Silva MMA (coord.). *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada – 2ª ed.*[recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 Acesso em 11 ABR 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

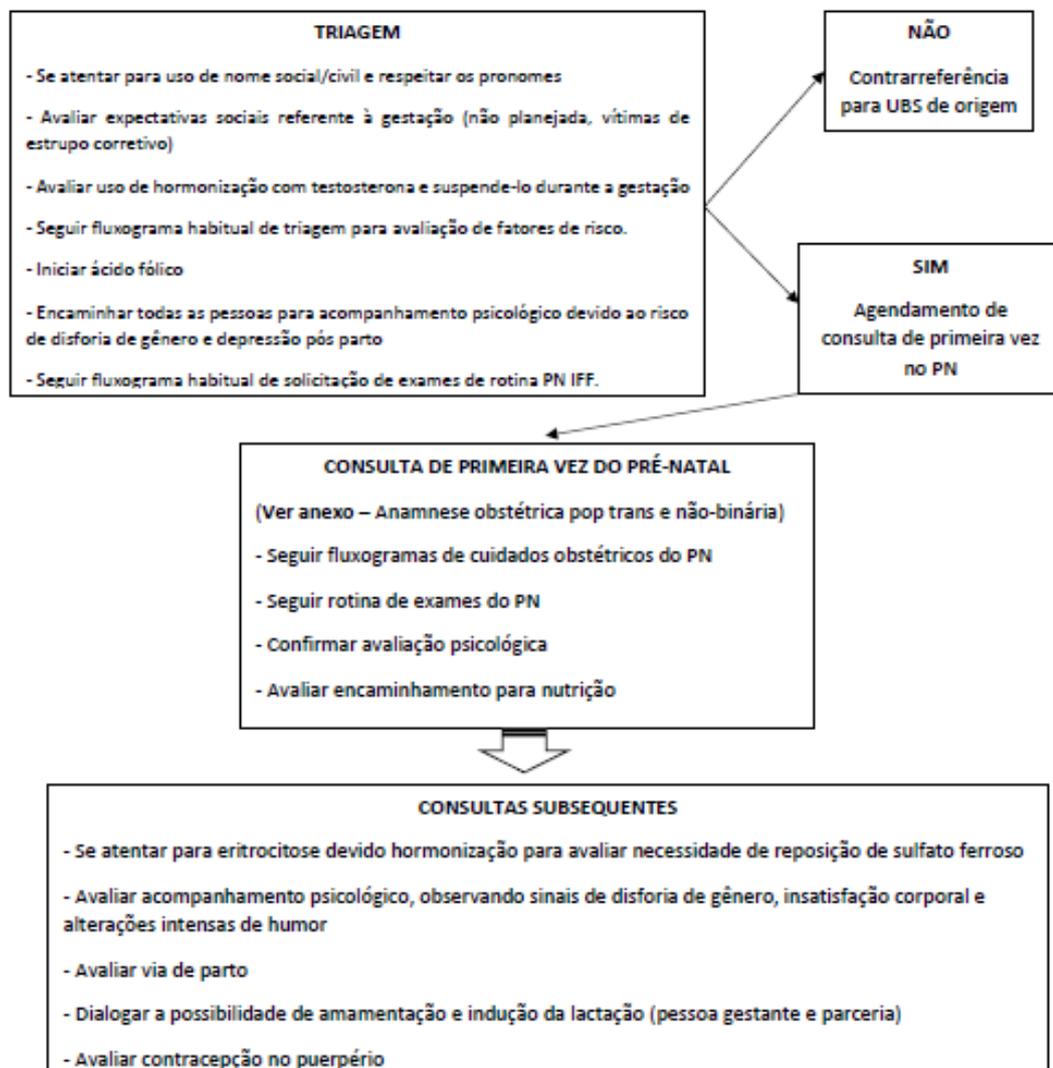
APÊNDICES

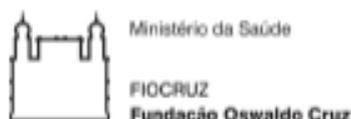
APÊNDICE I – Fluxograma



AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO TRANSEXUAL E NÃO-BINÁRIA NA OBSTETRÍCIA





Hormonização: (Por quanto tempo? Supervisionada? Qual hormônio? Data de término?)

Transformações corporais: (Avaliar temporários e Irreversíveis, expectativas)

Faz acompanhamento psicológico/psiquiátrico? (Avaliar sinais de disforia, LGBTifobia Internalizada)

ANTECEDENTES GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO: (Ter cautela nas perguntas devido a possibilidade de disforia)

Menarca: _____ Paridade: _____

Contraceção: _____

Meio da concepção: Natural FIV Inseminação intrauterina

EXAME FÍSICO

Altura: _____ Peso Atual: _____ Peso inicial: _____ IMC inicial: _____

PA: _____ FC: _____

Estado nutricional: _____ Mucosas: _____ Cavidade oral: _____

Tireóide: _____

AR: _____

ACV: _____

MAMAS: _____

_____ () Mamoplastia masculinizadora: _____

ABDOME: _____

FUNDO UTERINO: _____ BCF: _____

ÁREA PÉLVICA EXTERNA: _____

EX. ESPECULAR: _____

TOQUE: _____

MMII: _____

DEFICIÊNCIA: _____