

Artigo especial

## Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?

Sérgio Henrique Pires Okano

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)

### Introdução

Por muito tempo acreditou-se que o sexo anatômico, aquele que é designado ao nascimento e definido pelas características sexuais primárias, fosse o responsável pelo desenvolvimento de comportamentos binários conhecidos como masculinos e femininos. Ainda hoje é comum a confusão dos termos sexo e gênero, entretanto, é importante pontuar que pertencer ao sexo masculino ou feminino não define identidades de homem e de mulher, respectivamente. Abaixo encontram-se algumas definições que serão utilizadas neste artigo.

### Box 1: Terminologia e definições

**Sexo anatômico:** termo utilizado para classificar uma pessoa de acordo com a expressão fenotípica da sua genitália, influenciada na vida intrauterina pela interação cromossômica e hormonal.

**Identidade de gênero:** termo utilizado para classificar papéis tipificados em uma sociedade de acordo com o entendimento do masculino e feminino, ou do não binarismo.

**Cisgênero:** termo utilizado para se referir à pessoa cuja identidade de gênero é congruente com o atribuído ao seu nascimento.

**Transgênero:** termo utilizado para se referir à pessoa cuja identidade de gênero é incongruente com o sexo atribuído ao seu nascimento, independentemente de ter ou desejar afirmação do gênero hormonal ou cirúrgica. A Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª edição (CID-11), considera a transgeneridade como incongruência de gênero.<sup>1</sup>

**Trans masculino (TM):** termo utilizado para se referir às pessoas de identidade do espectro masculino designada mulher ao nascimento.

**Trans feminina (TF):** termo utilizado para se referir às pessoas de identidade do espectro feminino designada homem ao nascimento.

**Travesti:** termo utilizado para se referir às pessoas de identidade do espectro feminino designada homem ao nascimento, em ressignificação da marginalização atribuída à identidade no passado.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.<sup>2</sup> Poucos projetos e protocolos, entretanto, foram implementados para que essa população recebesse uma atenção à saúde pública adequada às suas particularidades. A questão da diversidade sexual, além de ser relativamente nova para a medicina baseada em evidências (MBE), é pouco discutida na graduação e na residência médica, tornando os generalistas, muitas vezes, inseguros com relação aos seus cuidados específicos.

No Brasil, das pessoas em idade reprodutiva, 0,69% (IC95% = 0,48–0,90) se identificam como transgêneras e 1,19% (CI95%= 0,92–1,47) como não binárias.<sup>3</sup> Apesar dos números, elas e eles enfrentam diversas barreiras de acesso às redes de saúde devido

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

à sua invisibilidade. Os profissionais de saúde não têm formação sobre como acolher e desconhecem quais cuidados devem ser oferecidos a essas pessoas, o que impossibilita um acesso de qualidade e equitativo.<sup>4,5</sup>

Considerando que a percepção da identidade de gênero ocorre ainda na infância, o atendimento a essa população deve estar disponível em todas as esferas da saúde pública.<sup>6</sup> O conhecimento dessa diversidade de corpos é essencial para a discussão de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST); contracepção, planejamento gestacional e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal; promoção de saúde, prevenção de doenças cardiovasculares e oncológicas; e avaliação de comportamentos de risco e saúde mental.

### Políticas públicas da população trans

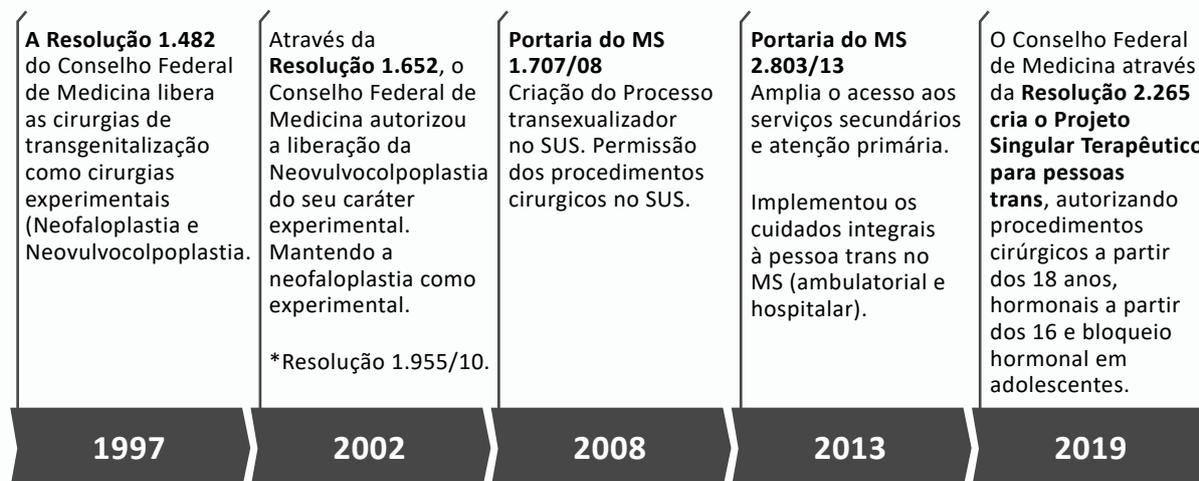
A Resolução nº 1.482/1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM) foi responsável pela liberação das cirurgias de transgenitalização com experimentais no âmbito da pesquisa. Até então, procedimentos cirúrgicos que envolviam a remoção ou afirmação de algum órgão genital em população transgênera poderiam ser entendidos como mutilação e passíveis de sanções jurídicas. No Brasil, o primeiro procedimento desse tipo foi realizado na paciente Waldyrene, em 1971, sendo o médico responsável julgado por lesão corporal.<sup>7</sup>

Em 2008, houve a aprovação para início dos tratamentos cirúrgicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Hospitais credenciados foram autorizados a realizar, mesmo que experimentalmente, a neovulvovaginoplastia e neofaloplastia.<sup>8</sup> Somente em 2010, por meio da Resolução CFM nº 1.955, a neovulvovaginoplastia deixou de ser considerada uma prática cirúrgica experimental.<sup>9</sup>

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o processo transexualizador no SUS, aumentando a integralidade do cuidado desde a atenção básica até os serviços terciários responsáveis pelas intervenções hormonais e cirúrgicas. Assim, assegurou a possibilidade de hormonização a partir dos 18 anos de idade e a realização de cirurgias a partir dos 21.<sup>2</sup>

Em 2019, O CFM, por meio da Resolução nº 2.265, instituiu o Projeto Singular Terapêutico (PST) para pessoa trans, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar com o indivíduo. Abrangendo toda a rede assistencial na qual ela está inserida, a resolução contempla suas demandas e necessidades independentemente da idade. Além disso,

**Figura 1.** Cronologia das políticas relacionadas ao acolhimento da população trans no Brasil



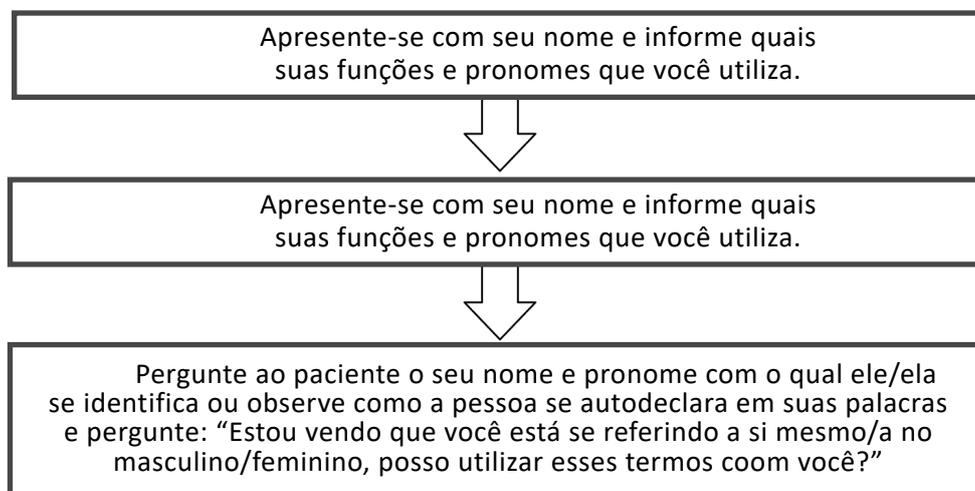
autoriza o início do tratamento hormonal a partir dos 16 anos e o cirúrgico dos 18 anos, bem como a possibilidade de bloqueio do eixo hormonal a partir do estágio de Tanner II.<sup>10</sup> A Figura 1 contempla essa linha histórica.

### O acolhimento inicial

O Decreto presidencial n.º 8.727/2016 determinou o uso do nome social<sup>a</sup> pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta.<sup>11</sup> A medida tornou essencial oferecer essa opção no prontuário da/do paciente e a sua utilização por toda a equipe do serviço de saúde (recepção, limpeza, segurança, triagem, pré-consulta, consulta e pós-consulta). Além do nome social, é fundamental para o bom relacionamento com a/o paciente que os pronomes utilizados sejam preferencialmente os que se relacionam com o seu gênero. Portanto, quem atende a trans feminina e travesti deve usar pronomes e artigos no feminino; enquanto quem atende o trans masculino deve usar pronomes e artigos no masculino. A Figura 2 contempla um modelo de sugestão para essa abordagem.

<sup>a</sup>Para retificação do nome e/ou de gênero na certidão de nascimento é necessário levar todos os documentos (de nascimento, casamento, RG, CPF, título de eleitor e comprovante de endereço) e certidões, emitidos pelo distribuidor do local de residência dos últimos cinco anos (da justiça eleitoral, civil e criminal, de execução criminal, da justiça do trabalho e militar e dos tabelionatos de protesto), a um cartório de registro. O site <https://www.poupatrans.org.br/> fornece um passo a passo de como realizar essas alterações.

**Figura 2.** Como iniciar a abordagem da/do paciente trans?



A coleta de sinais vitais na pré-consulta independe do sexo e do gênero da pessoa que busca atendimento. Para seguimento no tratamento hormonal é necessário aferir a pressão arterial e pesar o/a paciente; no caso dos homens trans, perguntar sobre a data do último sangramento, caso essa pessoa não tenha realizado histerectomia (retirada cirúrgica do útero).

### Atendimento na atenção primária à saúde (APS)

A centralização do cuidado e a falta de preparo dos profissionais da atenção primária à saúde dessa população afetam diretamente os princípios de universalidade, integralidade e descentralização do Sistema Único de Saúde. Embora esse atendimento não exija habilidade específica além do que é oferecido à população cis, muitas vezes ele é negligenciado ou mesmo indisponível em algumas unidades de APS.

### Intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições crônicas de saúde

Há evidências de que os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes das condições crônicas. A presença de hábitos nocivos à saúde, como tabagismo, etilismo em excesso e sedentarismo, são fatores de risco para o aumento de doenças crônicas metabólicas, cardiovasculares e oncológicas. Na América Latina, o aumento da pressão arterial, o sobrepeso, o consumo de álcool e tabaco e o aumento dos níveis de colesterol estão associados aos principais fatores de risco atribuídos à mortalidade.<sup>12</sup>

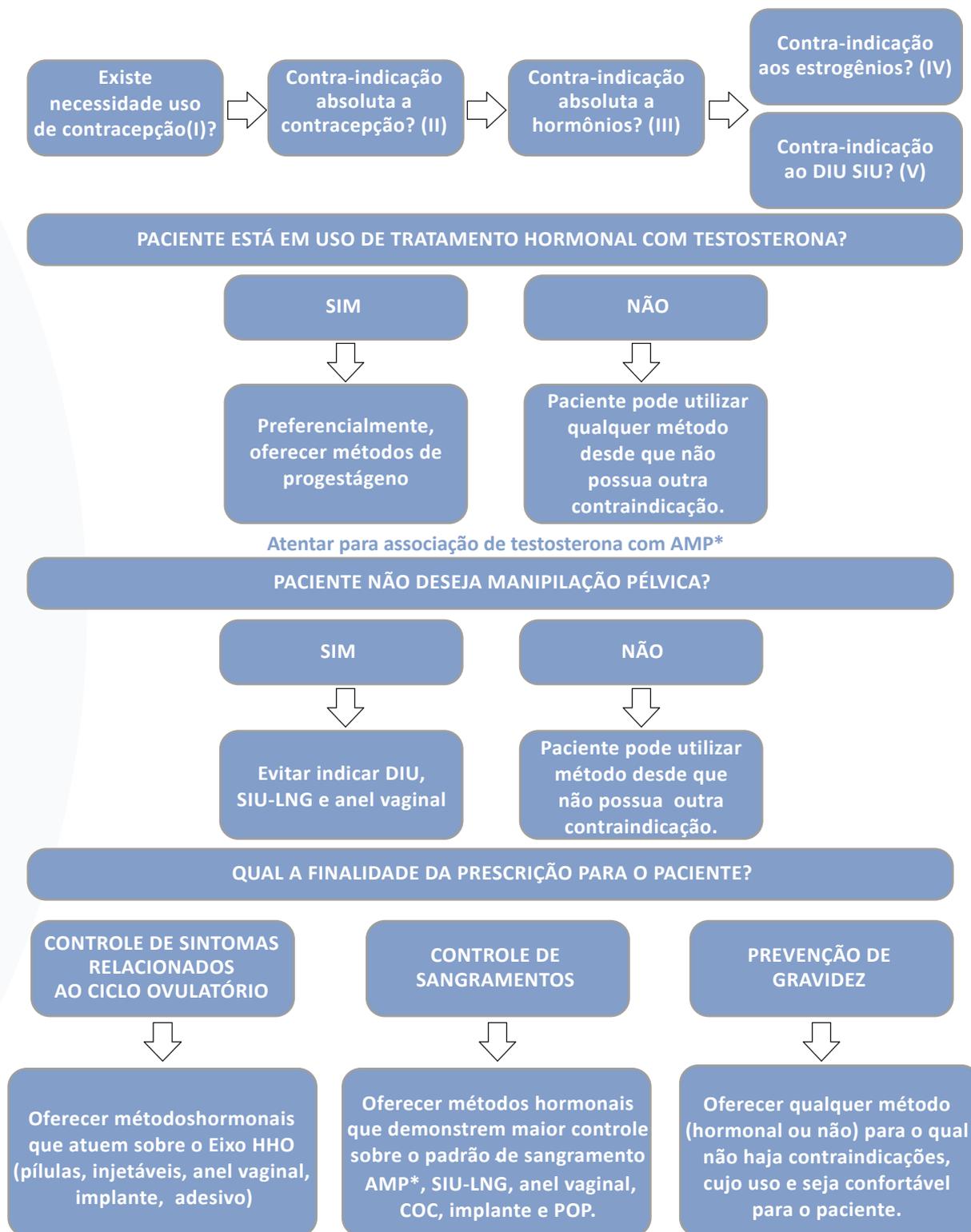
O tabagismo entre pessoas trans parece ser maior do que em pessoas cis, estando associado ao aumento do risco do desenvolvimento de trombozes.<sup>13,14</sup> Por essa razão, a investigação desse hábito deve ser mandatória previamente à prescrição de hormônios, sobretudo nas mulheres trans, devido ao risco cardiovascular secundário da via oral do estrogênio.<sup>15</sup>

O uso do tabaco também está relacionado ao desenvolvimento de osteoporose em pessoas na menopausa ou gonadectomizadas sem uso de hormônios há mais de cinco anos.<sup>15,16</sup> O uso de corticoide, baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup>) e histórico familiar de osteoporose ou pessoal de fratura de baixo impacto também são fatores de risco para o seu desenvolvimento. As orientações quanto à manutenção do tratamento hormonal, quando possível, à prática de exercícios físicos de impacto, à dieta rica em cálcio e à exposição solar e abandono de vícios são essenciais para redução desse risco em pacientes que apresentem tais pré-requisitos.<sup>17</sup>

De acordo com a OMS, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, bem como de acidentes e exposição a vulnerabilidades envolvendo violências.<sup>18</sup> Um estudo brasileiro evidenciou que o uso abusivo do álcool é alto entre travestis e está associado a maior risco de relações sexuais desprotegidas, consumo de substâncias psicoativas (SPA) e, conseqüentemente, maior prevalência de infecção pelo HIV.<sup>19</sup> Segundo Day (2017), a prevalência do consumo de SPA entre a população trans chega a ser de 2,5 a 4 vezes maior do que na cisgênera, sendo os mais jovens os mais vulneráveis ao consumo precoce dessas substâncias.<sup>20</sup>

Trans masculinos que têm relações com pessoas com pênis podem engravidar e, por isso, necessitam de aconselhamento contraceptivo. As orientações e contra-indicações podem seguir as mesmas propostas pelos critérios de elegibilidade da Organização Mundial

Figura 3. Modelo de aconselhamento contraceptivo<sup>13</sup>



\*Atentar para os efeitos sobre o HDL da associação da testosterona com AMP

AMP: acetato de medroxiprogesterona, SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, COC: contraceptivo oral combinado, POP: pílula oral de progestágeno.

de Saúde para uso de contraceptivos ou do Center for Disease Control and Prevention (CDC) e para as mulheres cis.<sup>21,22</sup> Naquelas que não possuem risco de gravidez espontânea, o uso de contraceptivos pode se associar à redução do volume de sangramento vaginal, das cólicas menstruais e dos sintomas da síndrome de tensão pré-menstrual (STPM). Portanto, a contracepção também deve ser oferecida para o trans masculino adolescente ou para adultos cujas características da síndrome pré-menstrual e sangramento uterino possam desencadear piora dos sentimentos disfóricos. Okano et al. (2022) propõem um modelo de discussão de contracepção para esse grupo<sup>13</sup> (Figura 3).

As orientações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis devem ser voltadas às práticas sexuais vivenciadas pela/o paciente. Embora comumente as orientações de prevenção de IST se limitem ao uso do preservativo externo (antigamente chamado de masculino), o uso do preservativo interno (outrora chamado de vaginal) e de calcinhas ou placas de látex (obtidas através da abertura do preservativo masculino ou *dental dams*) pode auxiliar na proteção externa da vulva.<sup>23</sup> Ainda que pouco difundidas e aplicáveis, as luvas e dedeiras de látex, associadas à adequada higiene das mãos e unhas, também podem ser aliadas nesse cuidado.<sup>23</sup> Em situações nas quais a penetração possa ocorrer por pênis ou objetos sexuais (vibrador, por exemplo), é importante a utilização do preservativo externo e a sua troca, caso haja compartilhamento do objeto com a parceria ou a alternância de orifícios. Trans masculinos devem ser orientados sobre o risco potencial de transmissão de infecções no período menstrual devido à exteriorização de sangramento.<sup>24-26</sup>

Além dos métodos de barreira, é importante checar o calendário vacinal. Vacinas contra hepatite A, hepatite B e HPV são eficazes na prevenção dessas infecções. A vacinação contra o HPV está disponível no SUS para todas as meninas dos 9 aos 14 anos e mulheres cis imunossuprimidas até os 45 anos, bem como para os meninos entre 11 e 14 anos e homens cis imunossuprimidos até os 26 anos.<sup>27</sup> Nas pessoas que praticam sexo ororal, é importante orientar sobre a necessidade de vacinação contra a hepatite A devido ao risco de transmissão através dessa prática.<sup>28,29</sup> Pessoas que apresentam comportamento de risco ou se relacionam com pessoas com comportamento de risco para HIV também podem fazer uso da profilaxia pré-exposição do HIV (PrEP).<sup>30</sup> Tanto esta medida quanto a profilaxia pós-exposição (PEP) são eficazes para evitar a transmissibilidade do HIV. Atualmente, a PrEP está disponível sob a forma de comprimidos de uso diário e injeções bimensais (não disponível no Brasil, até o presente momento), ambas as formas capazes de prevenir mais de 95% das infecções.<sup>31</sup> Para informações sobre os serviços que fazem distribuição da PrEP acesse: [http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/servicos-de-saude/prep](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude/prep).

As pessoas que praticam sexo anal receptivo devem ser orientadas quanto ao uso

de lubrificantes e cuidados de higiene anal. O uso de enemas para evitar a eliminação de fezes durante o ato sexual está associado à maior susceptibilidade à infecção pelo HPV e pelo HIV.<sup>32</sup> A utilização de frascos descartáveis e de uso individual para a realização da prática minimizam a transmissão dessas infecções.

#### **Box 2: Promoção de saúde**

- Atentar para a prática de atividade física regular e dieta balanceada, sobretudo de pacientes com maior risco de osteoporose.
- Orientar quanto à cessação de hábitos nocivos (tabagismo, etilismo e consumo de SPA).
- Orientar sobre a prevenção de gravidez não planejada e discutir contracepção, mesmo paciente sem risco de gravidez devido aos benefícios não contraceptivos.
- Orientar quanto à prevenção de IST (métodos de barreira, PrEP, PEP e vacinas).

### **Rastreios oncológicos**

Nuliparidade, tabagismo, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool são fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias.<sup>33</sup> Em 2001, Marrazzo observou que mulheres lésbicas sexualmente ativas poderiam apresentar lesões precursoras do câncer de colo de útero, mesmo sem penetração pênis-vagina prévia.<sup>34</sup> Segundo uma meta-análise de 2017, há uma chance maior de mulheres bissexuais apresentarem diagnóstico de câncer de colo do útero comparado com mulheres heterossexuais (OR 1,94 [IC 95% 1,46-2,59]).<sup>35</sup> Embora esses dados tenham como população de estudo mulheres cis, é possível inferir igual importância do exame ginecológico e a coleta de citologia em homens trans de 25 a 65 anos de idade, que já tiveram relações receptivas penetrativas vaginais, devido ao potencial risco de contato com o HPV e, conseqüentemente, desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Em homens trans, o uso da testosterona promove atrofia vaginal, sendo, por vezes, necessário estrogenização prévia ao exame ginecológico para coleta de colpocitologia.<sup>36</sup> Para aquelas pessoas que se sentem constrangidas e desconfortáveis com o exame ginecológico, é possível discutir a possibilidade de realização do autoteste para detecção do HPV.<sup>37</sup>

A incidência do câncer anorretal é muito pequena, embora sua incidência e mortalidade continuem a subir.<sup>38</sup> Ainda faltam dados que sustentem o seu rastreio universal; entretanto, em alguns grupos, devido à incidência parecer aumentada, a sua

discussão pode ser necessária. Em indivíduos que convivem com o HIV e que tiveram doenças clínicas relacionadas ao HPV, bem como entre homens que fazem sexo com homens (HSH), parece haver uma maior incidência do câncer anorretal.<sup>38,39</sup> A baixa qualidade das evidências e a falta de dados demonstrando que a identificação de precursoras pode, de fato, mudar o prognóstico e a mortalidade dessa condição levantam questionamento sobre esse rastreamento. E, por isso, cabe a discussão de risco e benefícios para a/o paciente, assim como avaliação da disponibilidade de recurso para essa investigação.

O diagnóstico de câncer de mama parece ocorrer, em média, mais precocemente na população trans do que na população geral (aos 51,5 anos nas trans femininas; 44,5 anos, nos trans masculinos).<sup>40,41</sup> A maior exposição ao estrogênio em trans femininas, sobretudo pelo uso de fontes exógenas, pode estar associada a esse aumento de risco.<sup>42,43</sup> Apesar disso, não existem dados que confirmem uma maior incidência dessa neoplasia na população trans feminina em relação à população geral.<sup>44,45</sup>

Baseado na opinião de especialista, recomenda-se que trans femininas que realizam ou realizaram o tratamento hormonal com estrogênio por pelo menos cinco anos, assim como homens trans não mastectomizados, sejam orientados a investigar neoplasia mamária conforme as diretrizes para as mulheres cis,<sup>37</sup> sendo a mastectomia um procedimento que reduz esse risco.<sup>46</sup> Por esse motivo, atualmente não existem evidências de que homens trans assintomáticos que realizaram a mastectomia necessitem de rastreamento mamário.<sup>41</sup>

Há relatos de câncer de próstata em trans femininas, entretanto a maior parte desses diagnósticos ocorreu em pacientes que iniciaram o tratamento hormonal após os 50 anos, possivelmente portadores de neoplasias ainda não diagnosticadas.<sup>47</sup> O Instituto Nacional de Câncer (Inca) não recomenda que o rastreamento seja universal para a população de homens cis em razão de estudos não demonstrarem que a investigação reduza a mortalidade pelo câncer de próstata.<sup>48</sup> Em pacientes com baixos níveis de testosterona, por supressão medicamentosa ou por gonadectomia, é recomendado considerar os níveis de normalidade de antígeno específico prostático (PSA), quando inferiores a <1,0ng/ml.<sup>47,49</sup>

Embora não haja recomendação universal, a presença de fatores de risco para determinadas situações, como tabagismo de longa data e obesidade, pode levar à maior atenção para o desenvolvimento de condições oncológicas, além de doenças cardiovasculares. Por isso, a orientação quanto à mudança de estilo de vida, já mencionada, deve ser reforçada e o rastreamento dessas outras condições oncológicas individualizado pelos fatores de risco de cada paciente.

### Box 3: Rastreamentos oncológicos

#### 1. Rastreamento do HPV

##### a. Câncer de Colo do útero

- Alvo: pessoas com vulva, vagina e útero e que já tenham tido relação sexual.
- Colpocitologia:
  - iniciar aos 25 anos, encerrar aos 65 anos;
  - estrogênio em uso de testosterona com estriol ou promestrieno tópico previamente à coleta de colpocitologia; e
  - após dois exames negativos, espaçar coleta para trienal, se baixo risco.

##### HPV-DNA:

- iniciar aos 30 anos;
- oferecer auto-coleta do PCR-HPV para as pessoas que não desejam exame físico; e
- se negativo, oferecer nova coleta de 3 a 5 anos, de acordo com os fatores de risco da/o paciente.

##### b. Câncer anorretal

- Alvo: pessoas que convivem com HIV e que mantêm relação sexual anal receptiva; pessoas imunossuprimidas; e pessoas que tiveram câncer de colo do útero, vulva e vagina secundário ao HPV.
- Coleta de citologia anal ou HPV-DNA (não disponível no SUS).

#### 2. Rastreamento do câncer de mama

##### a. Trans masculino

- Sem mastectomia: exame físico após os 40 anos; mamografia após os 50.
- Com mastectomia: não existe evidência de necessidade de rastreamento. Individualizar o caso.

##### b. Trans feminino

- Sem uso de hormônio: não existe evidência de necessidade de rastreamento. Individualizar o caso.
- Com pelo menos cinco anos de uso de estrogênio: exame físico após os 40 anos; mamografia após os 50.
- Demais casos: individualizar de acordo com os riscos e idade.

#### 3. Rastreamento de câncer de próstata

- Alvo: todas as mulheres trans, mesmo redesignadas.
- Não existe evidência de que o rastreamento tenha benefícios. Oferecer para pessoas com fatores de risco ou sintomatologia.
- Atentar para valores de PSA superiores a 1 ng/ml em usuárias de estrogênio ou gonadectomizadas, com baixos níveis de testosterona.

## Saúde mental e redes de apoio

Embora não haja relação de causalidade entre entender-se como uma pessoa LGBTQIA+ (lésbica, gay, bissexual, transgênera, *queer*, intersexo, assexual...) e desenvolver transtornos de ansiedade e/ou depressão, a chance dela apresentar esses agravos é maior do que na população geral (OR = 2,94; IC 95% 2,27-3,80,  $p < 0,001$ ).<sup>50</sup> O transtorno de ansiedade social, fobia específica e depressão são os diagnósticos em saúde mental mais comuns nesses grupos.<sup>51</sup>

Segundo o modelo de estresse da minoria, a estigmatização e o preconceito internalizado impactam a construção da autopercepção, do autocuidado e as relações interpessoais dessa população. Apesar da legalização das vivências LGBTQIA+ no Brasil, as/os transgêneros ainda enfrentam diversas barreiras de acesso às redes de saúde e desafios à saúde mental.<sup>51</sup> Pessoas trans também apresentam alto risco para depressão e ansiedade, além de maiores taxas de ideação suicida e suicídio. Um estudo europeu demonstrou uma prevalência de depressão entre trans de 38%,<sup>52</sup> enquanto a taxa de ideação/tentativa de suicídio nessa população é até 20 vezes maior do que na população geral.<sup>53</sup>

### Box 4: Saúde mental

- Avaliar sintomas de ansiedade e depressão.
- Avaliar redes de apoio.
- Investigar situação de vulnerabilidade social e violência.

## Situações que merecem encaminhamento para o acolhimento de nível secundário e terciário

Todas/os as/os pacientes que apresentam demandas relacionadas ao processo transexualizador devem ser encaminhados aos serviços de referência,<sup>10</sup> por meio de guia de referência solicitando o procedimento indicado: cirurgia ou hormonização. O Anexo I traz os serviços de referência disponíveis no Brasil pelo Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o CFM considera possível a realização de cirurgias após os 18 anos de idade. O processo transexualizador do SUS, entretanto, autoriza a realização de cirurgias apenas a partir de 21 anos, após dois anos de acompanhamento com equipe multiprofissional.<sup>10</sup> Pacientes que realizam o seguimento parcial em alguma unidade (hormonização e saúde mental) necessitam de relatório confirmando esse seguimento para autorização cirúrgica.

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

Apesar da transexualização não ser realizada comumente na APS, o conhecimento das possibilidades cirúrgicas e de encaminhamento pode evitar que a/o paciente recorra a procedimentos paralelos, como uso de silicone industrial, de faixas compressoras (*binders*) e de hormônios sem supervisão.<sup>2,37</sup> Altamente difundido entre mulheres trans e travestis, o silicone está associado a infecções e eventos tromboembólicos.<sup>54</sup>

As técnicas de reprodução assistida não estão disponíveis universalmente no sistema público. Pessoas transgêneras que demandem gestação ou preservação de fertilidade e necessitem de procedimentos de alta complexidade devem ser orientadas a procurar o serviço no sistema privado ou, quando disponível, ser referenciadas pelo SUS em locais onde haja parcerias de treinamento em reprodução assistida, sobretudo em serviços vinculados a universidades.<sup>55</sup>

A gestação e o pré-natal da pessoa trans, no geral, não têm demandas específicas nem são considerados de alto risco. Durante o seu ciclo gravídico-puerperal, contudo, a referência e o acolhimento em serviços mais bem preparados podem mitigar eventuais desconfortos, preconceitos e condutas equivocadas.<sup>37</sup>

#### Box 5: Quando encaminhar?

##### 1. Demanda de processo transexualizador

- Referenciar ao serviço regional ou estadual para avaliação e seguimento.
- Caso o paciente esteja em tratamento hormonal e seguimento psicológico, encaminhar relatório junto com o encaminhamento.
- Requisitos: ter pelo menos 18 anos para início do tratamento hormonal e 21 para o tratamento cirúrgico. Observação: alguns serviços já reclassificaram seus atendimentos para a nova Resolução do CFM (nº 2.265/2019), permitindo o início do tratamento hormonal aos 16 anos e cirúrgico após os 18.

##### 2. Reprodução assistida

- Indicação: preservação de fertilidade, técnicas de reprodução assistida para gestação.
- Não está disponível universalmente no SUS. Individualizar com referência regional ou estadual.

##### 3. Pré-natal e parto

- Embora não seja uma gestação de alto risco, conhecer os serviços com melhores condições de acolhimento mitiga o preconceito e a desinformação.

## Conclusões

O atendimento das pessoas transgêneras, embora tenha suas particularidades, é totalmente possível de ser realizado na atenção primária à saúde.

A abordagem referente à saúde reprodutiva, prevenção e rastreios de doenças crônicas e avaliação de saúde mental faz parte das matrizes básicas de qualquer médico, e, na maioria das vezes, segue as mesmas orientações propostas para as pessoas cis. Adequar o ambiente, treinar equipes e conhecer vias de referência são medidas importantes para melhorar o acesso dessa população, extremamente negligenciada do cuidado integral.

---

## REFERÊNCIAS

1. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision [internet]. 2018 [acesso em: 9 maio 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>
2. 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 (DF); 2013.
3. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, de Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Sci Rep. 26 de janeiro de 2021;11(1):2240.
4. Besse M, Lampe NM, Mann ES. Experiences with Achieving pregnancy and giving birth among transgender men: a narrative literature review. Yale J Biol Med. set. 2020;93(4):517-28.
5. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: a review of the literature. Maturitas. 1out. 2019;128:17-21.
6. Okano SHP, Franceschini SA, Lerri MR, Poli-Neto OB, Brito LGO, Lara LA da S. Characteristics of a population with gender incongruence assisted at a specialized outpatient service in the city of Ribeirão Preto. Rev Bras Ginecol Obstet. 9 fev. de 2022;44(3):258-263.
7. Pinto MJC, Bruns MA de T. Vivência transexual: o corpo desvela seu drama. Campinas(SP): Átomo; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades

- federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília (DF); 2018.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002. Diário Oficial da União. 3 set 2010.
  10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União. 9 jan 2020; Seção I:96.
  11. Brasil. Decreto no 8727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [internet]. Diário Oficial da União. 29 abr 2016 [acesso em: 24 abr 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm)
  12. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil [relatório no 32576-BR]. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil; 2005.
  13. Okano SHP, Pellicciotta GGM, Braga GC. Contraceptive Counseling for the transgender patient assigned female at birth. RBGO. abr 2022. No prelo.
  14. Buchting FO, Emory KT, Scout null, Kim Y, Fagan P, Vera LE et al. Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. Am J Prev Med. jul 2017;53(1):e1-7.
  15. 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. J Clin Endocrinol Metab. 1 nov 2017;102(11):3869-903.
  16. Figuera TM, da Silva E, Lindenau JDR, Spritzer PM. Impact of cross-sex hormone therapy on bone mineral density and body composition in transwomen. Clin Endocrinol. 1 jun 2018;88(6):856-62.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
  18. World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions [internet]. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2020 [acesso em: 24 abr 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336178>
  19. Kerr-Corrêa F, Pinheiro FML, Martins TA, Costa DL da C, Macena RHM, Mota RMS, et al. Hazardous alcohol use among transwomen in a Brazilian city [internet]. Cad Saúde Pública. 3 abr 2017;33(3):e00008815 [acesso em: 19 set 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/>

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

[QdGzrX8jQFyByzD6wKhHXbr/?lang=en](https://doi.org/10.11606/issn1982-6253.v19n01a000217)

20. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender youth substance use disparities: results from a population-based sample. *J Adolesc Health*. dez 2017;61(6):729-35.
21. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. 5o ed. WHO; 2015.
22. Curtis KM. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016 [internet]. *MMWR Recomm Rep*. 2016; 65(3);1-104 [acesso em: 9 maio 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>
23. Vieira RC, Borret RH. Mulheres cis lésbicas. In: *Saúde LGBTQIA+ - Práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana do Parnaíba (SP): Malone; 2021. p. 211.
24. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clin Infect Dis*. dez 2011;53 Suppl 3:S84-91.
25. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. 2005 Oct;19 Suppl 4:S64-9.
26. Wang XF, Norris JL, Liu YJ, Reilly KH, Wang N. Health-related attitudes and risk factors for sexually transmitted infections of Chinese women who have sex with women. *Chin Med J*. ago 2012;125(16):2819-25.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício nº 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS Brasília; 3 mar 2021.
28. Leentvaar-Kuijpers A, Kool J, Veugelers P, Coutinho R, Van Griensven G. An outbreak of hepatitis a among homosexual men in amsterdam, 1991-1993. *Int J Epidemiol*. 1995 Feb;24(1):218-22.
29. Brook MG. Sexual transmission and prevention of the hepatitis viruses A-E and G. *Sex Transm Infect*. 1998 Dec;74(6):395-8.
30. Cáceres CF, O'Reilly KR, Mayer KH, Baggaley R. PrEP implementation: moving from trials to policy and practice. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(4S3):20222.
31. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010 Dec;363(27):2587-99.
32. Li P, Yuan T, Fitzpatrick T, Smith K, Zhao J, Wu G et al. Association between rectal douching and HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2019;95(6):428-36.

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

33. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding [internet]. Washington (DC): The National Academies Press; 2011 [acesso em: 12 maio 2021]. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/13128/the-health-of-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-people-building>
34. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(6):947-52.
35. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG*. 2017;124(3):381-92.
36. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med*. 2014;47(6):808-12.
37. ACOG. Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*. 2021 Mar;137(3):e75-e88.
38. Chen CC, Chou YY. Predictive value of the anal cytology for detecting anal intraepithelial neoplasia or worse: A systematic review and meta-analysis. *Diagn Cytopathol*. 2019;47(4):307-14.
39. Albuquerque A, Rios E, Schmitt F. Recommendations favoring anal cytology as a method for anal cancer screening: a systematic review. *Cancers (Basel)*. 2019 Dec 4;11(12):1942.
40. Hartley RL, Stone JP, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 1: Male to female. *Eur J Surg Oncol*. 2018 Oct;44(10):1455-62.
41. Stone JP, Hartley RL, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 2: Female to male. *Eur J Surg Oncol*. 2018 Oct;44(10):1463-8.
42. Brown GR, Jones KT. Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;149(1):191-8.
43. Maglione KD, Margolies L, Jaffer S, Szabo J, Schmidt H, Weltz C et al. Breast cancer in male-to-female transsexuals: use of breast imaging for detection. *AJR Am J Roentgenol*. 2014 Dec;203(6):W735-40.
44. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ, de Ronde WP, van Trotsenburg MAA, Gooren LJG. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*. 2011 Apr;164(4):635-42.
45. van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol*. 1997 Sept;47(3):337-42.

46. Jakub JW, Peled AW, Gray RJ, Greenup RA, Kiluk JV, Sacchini V et al. Oncologic safety of prophylactic nipple-sparing mastectomy in a population with BRCA mutations: a multi-institutional study. *JAMA Surg.* 2018;153(2):123-9.
47. Trum HW, Hoebeke P, Gooren LJ. Sex reassignment of transsexual people from a gynecologist's and urologist's perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(6):563-7.
48. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro; 2021.
49. Trum HW, Hoebeke P, Gooren LJ. Sex reassignment of transsexual people from a gynecologist's and urologist's perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Jun;94(6):563-7.
50. Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, Frampton CM, Merry SN. Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;51(8):774-87.
51. Branquinho B, Benedito L, Ciasca S. Síndrome depressivas e ansiosas. iN: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana da Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 390.
52. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry.* 2014;204(2):151-6.
53. Blosnich JR, Brown GR, Shipherd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *Am J Public Health.* 2013;103(10):e27-e32.
54. Brancaleoni APL, Amorim SMG, Oliveira RR de. Na construção dos corpos: tecendo saberes sobre a redução de danos junto a travestis. *Revista Periódicus.* 6 jun 2018;1(9):456-78.
55. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 2.168/2017. *Diário Oficial da União,* 5 jun 2021;Seção 1:602021.

## ANEXO I

Hospital	Cidade
UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Goiânia/GO
UFRGS – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre/RS
UFP – Hospital das Clínicas	Recife/PE
UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro/RJ
FMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina	São Paulo/SP

## Ambulatórios do SUS:

Ambulatório	Cidade
CPATT – Centro de Pesquisa e Apoio a Travestis e Transexuais	Curitiba/PR
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Rio de Janeiro/RJ
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador/BA
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS	São Paulo/SP
Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia	Uberlândia/MG
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Vitória/ES

Ambulatório Transexualizador da Unidade Especializada em Doenças Infectoparasitárias e Especiais	Belém/PA
Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes	Belo Horizonte/MG
Ambulatório Trans do Hospital Dia	Brasília/DF
Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli	Camargibe/PE
Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário Maria Pedrossian	Campo Grande/MS
Centro de Saúde Campeche	Florianópolis/SC
Centro de Saúde Estreito	Florianópolis/SC
Centro de Saúde Saco Grande	Florianópolis/SC
Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto	Fortaleza/CE
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi	Goiânia/GO
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	João Pessoa/PB
Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe	Lagarto/SE
Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade	Recife/PE
UPE, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Recife/PE
Ambulatório LBT do Hospital da Mulher	Recife/PE
Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HCRP	Ribeirão Preto/SP

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

Ambulatório do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	Salvador/BA
Ambulatório trans do Hospital Guilherme Álvaro	Santos/SP
Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais	São José do Rio Preto/SP
Ambulatório AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas	São Paulo/SP
Ambulatório Roberto Farina, UNIFESP	São Paulo/SP
UBS Santa Cecília	São Paulo/SP
Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais João W. Nery	Niterói/RJ

Cuidados integrais à população trans: o que cabe ao atendimento na atenção primária à saúde (APS)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

Special article

## Full care for the transgender population: what is the role of primary health care (PHC)?

**Sérgio Henrique Pires Okano**

University of São Paulo (USP). Physician assistant at the Gynecology and Obstetrics Department of the Ribeirão Preto Medical School (FMRP-USP)

### Introduction

For a long time, anatomical sex—the one assigned in birth and established by primary sexual characteristics—was believed to be responsible for developing binary behaviors known as male and female. Even today, it is a widespread mistake to confuse the terms sex and gender; however, we must point out that belonging to male or female sex does not define male and female identities, respectively. Below there are some definitions to be used in this article.

**Box 1: Terminology and definitions**

**Anatomical sex:** a term used to classify a person according to the phenotypic expression of their genitalia, with the influence of chromosomal and hormonal interaction in intrauterine life.

**Gender identity:** a term used to classify typified roles in a society according to what they understand as male and female, or non-binarism.

**Cisgender:** a term used to refer to a person whose gender identity conforms to the sex they were assigned to at birth.

**Transgender:** a term used to refer to a person whose gender identity does not conform to the sex they were assigned to at birth, regardless of their having or desiring hormonal or surgical gender affirmation. The International Classification of Diseases, in its 11th edition (ICD-11), considers transgenderism to be gender incongruence.<sup>1</sup>

**Male trans (MT):** a term used to refer to people of the male spectrum identity who were designated as a woman at birth.

**Female trans (FT):** a term used to refer to people of the female spectrum identity who were designated as a man at birth.

**Transvestite:** a term used to refer to people of the female spectrum identity who were designated as a man at birth, redefining the marginalization assigned to their identity in the past.

In 2011, the Brazilian Department of Health established, through Decree No. 2,836, of December 1<sup>st</sup>, the National Policy for Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals.<sup>2</sup> Few bills and protocols, however, were implemented so that the population would be provided with appropriate public healthcare to their particularities. The issue of sexual diversity, aside from being relatively new to evidence-based medicine (EBM), is not a fully discussed topic in graduation and medical residency, making generalist physicians oftentimes insecure regarding their specific care.

Out of the Brazilian people of child-bearing age, 0.69% (95%CI = 0.48-0.90) identify as transgender, and 1.19% (95%CI = 0.92-1.47) as non-binary.<sup>3</sup> Despite of those numbers, they face many barriers to accessing healthcare networks due to their invisibility. Health workers have no training on how to receive those people and ignore what kind of care should be offered to them, making quality and equitable access impossible.<sup>4,5</sup> Considering the gender identity perception happens during childhood, service to that population must be available in all public health scopes.<sup>6</sup> Acknowledging the diversity of bodies is essential for discussing on how to prevent sexually transmitted infections (STI); on contraception, pregnancy planning, and pregnancy and postpartum cycle monitoring; on health promotion, cardiovascular and oncological diseases prevention; and on how to assess risk behaviors and mental health.

## Public policies for transgender population

Resolution No. 1,482/1997 of the Brazilian Federal Council of Medicine (CFM), allowed experimental sex reassignment surgeries for research purposes. Until then, surgical procedures involving the removal or confirmation of any genital organ in transgender population would be interpreted as mutilation, thus being subject to legal sanctions. The first procedure of that kind in Brazil was performed on patient Waldyrene, in 1971, and the attending physician was tried for battery.<sup>6</sup>

In 2008, the Brazilian Unified Health System (SUS) approved surgical treatment. Accredited hospitals were authorized to perform neovaginoplasty and neophalloplasty, even experimentally.<sup>8</sup> Only in 2010, through CFM Resolution No. 1,955, neovaginoplasty was no longer considered an experimental surgical practice.<sup>9</sup>

The Department of Health Decree No. 2,803, of November 19<sup>th</sup>, 2013, redefined and expanded the trans-sexualization process in SUS, increasing care integrality—from primary to tertiary care, responsible for hormonal and surgical interventions. Thus, it has ensured the possibility of hormonal therapy starting at the age of 18 years, and surgery performance from the age of 21.<sup>2</sup>

In 2019, the CFM, through Resolution No. 2,265, instituted the Therapeutic Singular Project (PST) for the transgender person, a set of proposals for coordinated therapeutic conducts, resulting from discussions of a multiprofessional, interdisciplinary team with the individual. Comprising all the assistance network including that person, the Resolution meets their needs and demands, regardless of their age. Furthermore, it authorizes hormonal therapy starting from the age of 16 years, and surgery from 18, as well as the possibility of blocking the hormone axis from Tanner II stadium.<sup>2</sup> Figure 1 shows that historical timeline.

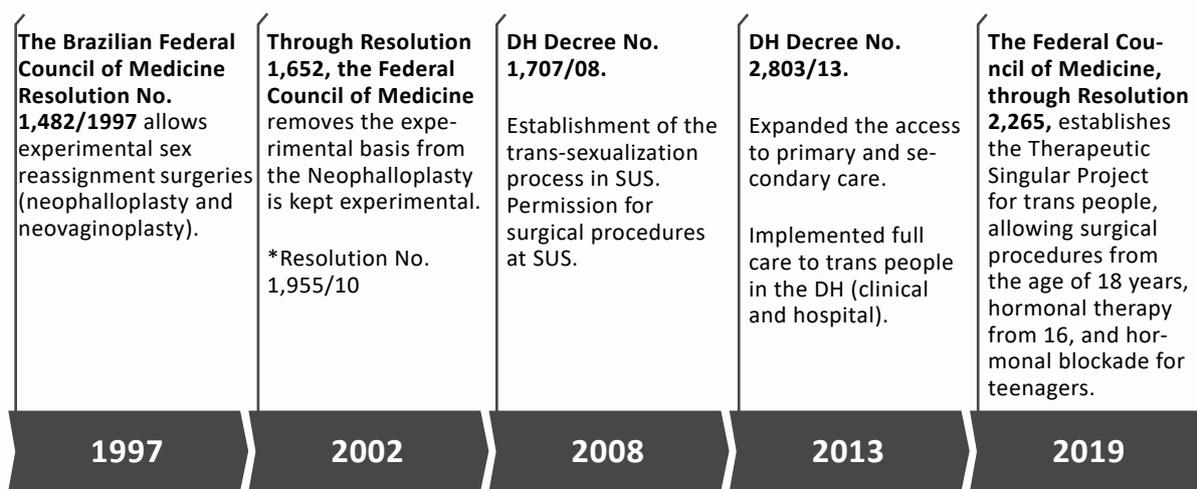
## Reception

Presidential Decree No. 8,727/2016 appointed that direct federal public administration bodies and entities will use the preferred name<sup>a</sup> of transgender people. Such a measure made essential to offer that option in the patient's records, and established that all the health service team (reception, cleaning, security, triage, pre-consultation, consultation, and post-

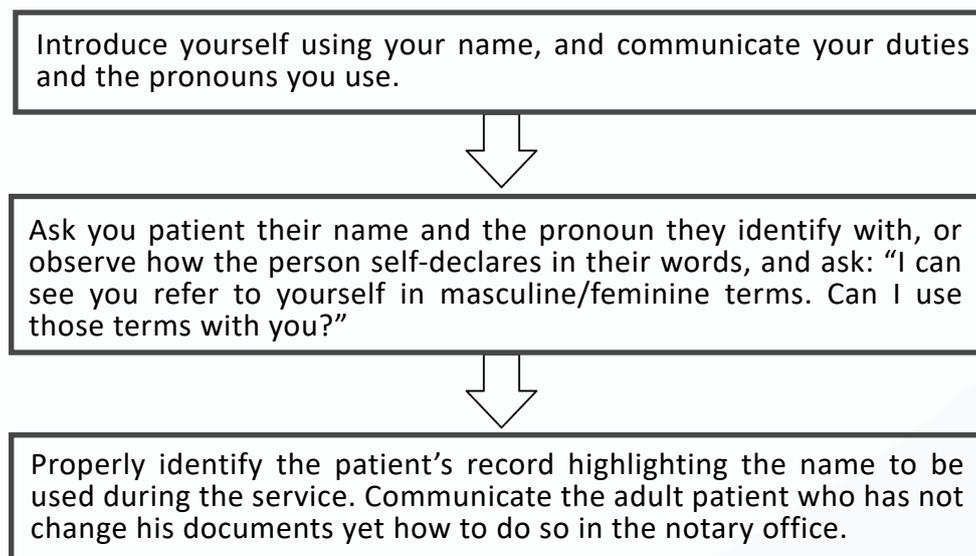
<sup>a</sup>In order to change the name and/or gender on the birth certificate, the person needs to take to a vital records office all their documents and certificates (birth, marriage, ID, CPF [the Brazilian SSN], voter ID, and proof of address) issued in their home location for the last five years (electoral, civil and criminal justice, criminal execution, labor and military justice, and protest notary offices). The home page <https://www.poupatrans.org.br/>

consultation) should use it. Besides the preferred name, in order to begin a good relationship with the patient, they should use the preferred pronouns relating to their gender. Therefore, whoever receptions female trans and transvestites will use feminine articles and pronouns; while whoever receptions male trans will use masculine articles and pronouns. Figure 2 shows a suggested template for that approach.

**Figure 1.** Chronology of policies regarding health services to trans population in Brazil



**Figure 2.** How to approach the trans patient?



Taking vital signs during pre-consultations depends on neither the sex nor the gender of the person who seeks medical services. In order to follow up hormonal therapy, checking blood pressure and weighing the patient are necessary measures; for male trans, it is also required to ask them about their last menstrual period in case they have not undergone hysterectomy (surgical removal of the uterus).

### Assistance at primary health care (PHC)

Centralized assistance and the lack of professional training in primary health care for that population directly affect the Brazilian Unified Health System (SUS) principles of universality, integrality, and decentralization. While that kind of care does not demand specific skills beyond what cis populations are offered, it has often been neglected or even unavailable in some PHC units.

### Interventions for promoting health and preventing chronic health conditions

Some evidences point out that behaviors and lifestyles are significant social determinants of chronic conditions. Unhealthy habits like smoking, excessive alcohol use, and physical inactivity are risk factors for increasing chronic metabolic, cardiovascular, and oncological diseases. Increased blood pressure, overweight, alcohol and tobacco use, and increased cholesterol levels are associated with the main risk factors attributed to mortality in Latin America.<sup>12</sup>

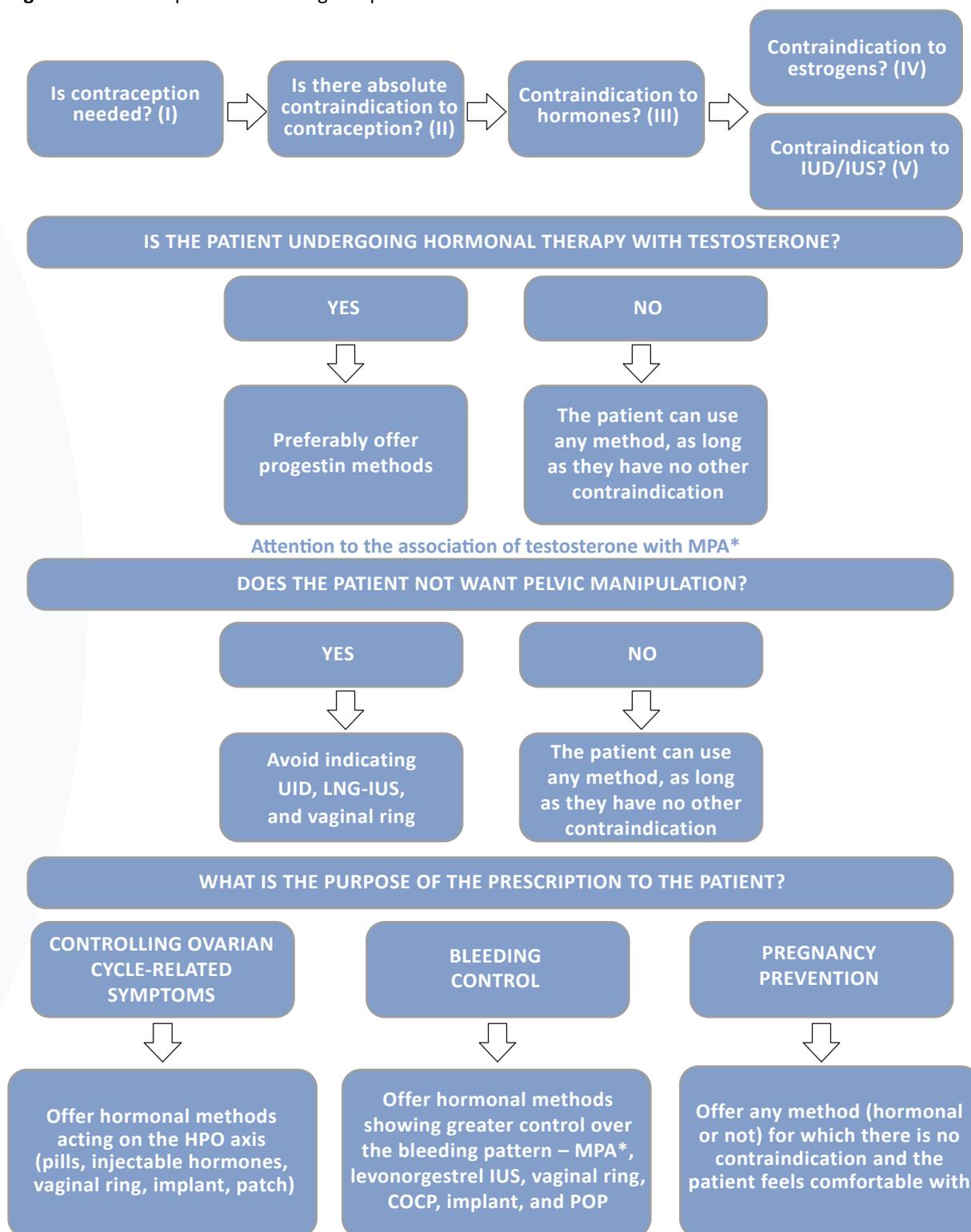
Smoking seems to be more frequent among transgender people than cis people, and it associates with an increased risk of developing thrombosis.<sup>13,14</sup> For that reason, investigating such a habit is mandatory before prescribing hormones, especially in female trans, due to the secondary cardiovascular risk of oral administered estrogen.<sup>15</sup>

Tobacco use is also related to osteoporosis development in menopausal or gonadectomized people who have not used hormones for more than five years.<sup>15,16</sup> Corticoid users, underweight people (BMI < 18.5 Kg/m<sup>2</sup>), and those with family history of osteoporosis or personal history of low-impact fracture also have risk factors for its development. Medical advice regarding the possible continuity of hormonal therapy, the practice of high-impact physical activities, a calcium-rich diet, sun exposure, and quitting addictions are essential for reducing that risk in patients with such preconditions.<sup>17</sup>

According to the World Health Organization (WHO), alcohol abuse is a risk factor for non-communicable chronic diseases, as well as for accidents and exposure to vulnerabilities involving violence.<sup>18</sup> A Brazilian study has shown alcohol abuse is high among transvestites, and it is associated with a higher risk of unprotected sex, psychoactive substances use, and therefore, higher prevalence of HIV infection.<sup>19</sup> According to Day (2017), the prevalence of psychoactive drugs use is up to 2.5 to 4 times higher among the transgender population than in cisgender population, and the younger ones are the most susceptible to precociously using those substances.<sup>20</sup>

Male trans who have sex with people with penis may get pregnant, therefore they need contraceptive counselling. Advice and contraindication may be the same as proposed by the WHO medical eligibility criteria for contraceptive use—or the Center for Disease Control and Prevention (CDC) criteria—and for cis women.<sup>21,22</sup> For those who have no risk of spontaneous pregnancy, contraceptive use may associate with decreased vaginal bleeding volume, menstrual cramps, and premenstrual syndrome (PMS) symptoms. Thus, teenage male trans or to adults whose PMS and uterine bleeding characteristics may worsen dysphoric moods should also be offered contraception. Okano et al. (2022) suggest a board template for discussing contraception for that group<sup>13</sup> (Figure 3).

Figure 3. Contraceptive counselling template<sup>13</sup>



\*Attention to the association of testosterone with MPA

MPA: medroxyprogesterone acetate; LNG-IUS: levonorgestrel intrauterine system; COCP: combined oral contraceptive pill; POP: progestin-only pill

Advice for preventing sexually transmitted infections (STI) should be in accordance to the patient's sexual experiences. While advice for preventing STI is usually limited to using external preservative (formerly known as male condom), the use of internal preservative (formerly known as vaginal or female condom) and latex panties or dental dams (plates made by cutting the male preservative) can help in the vulva external protection.<sup>23</sup> Though they are less widespread and applicable, latex gloves and finger cots associated with proper hands and nails hygiene can also be allies in that cautious conduct.<sup>23</sup> If penetration occurs by penis or sexual devices (a vibrator, for example), it is important to use the external preservative and change it when sharing the device with the partner, or when switching orifices. Male trans should be advised against potential risks of transmitting infections during the menstrual period, due to external bleeding.<sup>24-26</sup>

Apart from barrier methods, the vaccination schedule must be checked. Vaccines against hepatitis A, hepatitis B, and HPV infection are effective in preventing those infections. HPV vaccination is available at SUS for all girls aged 9 to 14, and for immunosuppressed cisgender women up to 45 years old, as well as for boys aged 11 to 14 and immunosuppressed cisgender men up to 26 years old.<sup>27</sup> People who engage in oral and anal sex should be advised of their need of hepatitis A vaccination, due to transmission risk from that practice.<sup>28,29</sup>

People who show sexual risk behavior, or who have sex with HIV risk behavior people, can also make use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP). Both PrEP and post-exposure prophylaxis (PEP) are effective drugs to prevent HIV transmission. PrEP is available as daily pills and bimonthly injections (the latter is not currently available in Brazil), and both options can prevent over 95% of infections.<sup>31</sup> For information about services offering PrEP in Brazil, access: [http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/servicos-de-saude/prep](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude/prep)

People who have receptive anal sex should be advised of lubricant use and anal hygiene. Using enemas to prevent stool discharge during the sexual act associates with a higher susceptibility to HPV and HIV infection.<sup>32</sup> Using disposable, personal-use flasks minimizes the risk of infection transmission.

### Box 2: Health promotion

- Advise on practicing regular physical activities and a balanced diet, especially of patients with a higher risk of osteoporosis.
- Advise on quitting unhealthy habits (smoking, drinking and psychoactive substances use).
- Advise on preventing unplanned pregnancy, and talk about contraception, even with patients with no risk of pregnancy due to non-contraceptive benefits.
- Advise on STI prevention (barrier methods, PrEP, PEP, and vaccines).

## Oncology screening

Nulliparity, smoking, obesity, physical inactivity, and alcohol abuse are risk factors for the development of neoplasia.<sup>33</sup> In 2001, Marrazzo noted that sexually active lesbian women could have cervical cancer precursor lesions even without prior penis-vagina penetration.<sup>34</sup> According to a 2017 meta-analysis, bisexual women have higher odds of being diagnosed with cervical cancer compared to heterosexual women (OR 1.94 [95% CI 1.46-2.59]).<sup>35</sup> While those data have cisgender women as study population, we might infer equal importance of gynecological testing and cytology collecting in transgender man aged 25 to 65 years who have had receptive penetrative vaginal relations, due to the potential risk of contact with HPV and hence cervical cancer development.

In trans men, testosterone use promotes vaginal atrophy, sometimes requiring estrogenization prior to gynecological testing for colposcopy collection.<sup>36</sup> For those who feel embarrassed and uncomfortable with gynecological examination, self-testing for HPV detection is a possibility to be considered.<sup>37</sup>

Anal rectal cancer incidence is quite low, although both its incidence and mortality are increasing.<sup>38</sup> We lack data sustaining its universal screening; however, due to a seemingly increased incidence in some groups, we might still need to discuss it. In individuals living with HIV who had HPV-related diseases, as well as in men who have sex with men (MSM), there seems to be higher anal rectal cancer incidence.<sup>38,39</sup> The low quality of evidences, and the lack of data showing that precursors identification can indeed change the prognostics and the mortality of that condition, raise questions about such screening. Therefore, it is worth discussing risks and benefits with the patient, as well as considering the availability of resources for that investigation.

On average, breast cancer diagnosis seems to occur earlier in the trans populations than in the population at large (51.5 years old in female trans; 44.5 years old in male

trans).<sup>40,41</sup> The higher exposure to estrogen in female trans, especially for the use of exogenous sources, may be associated with that increased risk.<sup>42,43</sup> Nevertheless, there is no data confirming a higher incidence of that neoplasia in the female trans population compared to the population at large.<sup>44,45</sup>

Based on expert opinion, female trans who are, or were, under estrogen therapy for at least five years, as well as non-mastectomized male trans, are recommended to be investigated for breast neoplasia according to the guidelines for cis women;<sup>37</sup> mastectomy is a risk-reducing procedure.<sup>46</sup> Therefore, there are no current evidences of asymptomatic mastectomized male trans who need breast screening.<sup>41</sup>

There are some reports on prostate cancer in female trans, however most of the diagnosis were confirmed in patients who had started hormonal therapy after 50 years old, possibly already having an undiagnosed neoplasia.<sup>47</sup> The Brazilian Cancer National Institute (Inca) does not recommend universal screening to cisgender men, since there are no studies showing that kind of investigation can reduce prostate cancer mortality.<sup>48</sup> Patients with low testosterone levels—due to drug suppression or gonadectomy—are recommended to consider prostate specific antigen (PSA) normality levels when lower than <1.0ng/ml.<sup>47,49</sup>

While there is no universal recommendation, when risk factors such as long-standing smoking and obesity are taken into account, they require closer attention to developing oncological conditions, as well as cardiovascular diseases. Therefore, advice regarding lifestyle changes should be reinforced, and the screening of those other oncological conditions should be individualized for each patient's risk factors.

### Box 3: Oncology screenings

#### 1. HPV screening

##### a. Cervic cancer

- Target: people with vulva, vagina e uterus who have already had sexual relations.

##### - Colpocytology:

- Start at age 25, end at age 65;
- Estrogenize patient taking testosterone with estriol or topic promestriene prior to colpocytology collection;
- After two negative testing, space out to triennial collection, if low risk.

##### - HPV-DNA:

- Start at age 30;
- Offer PCR-HPV self-collection for people who do not want a physical examination;
- If negative, offer a new collection every 3 to 5 years, according to the patient's risk factors.

##### b. Anal rectal cancer

- Target: people living with HIV who have receptive anal sexual relations; immunosuppressed people; and people who have had cervical, vulvar and vaginal cancer secondary to HPV.
- Collecting anal or HPV-DNA cytology (not available at SUS).

#### 2. Breast cancer screening

##### a. Male trans

- With no mastectomy: physical examination after age 40; mammography after age 50;
- With mastectomy: there is no evidence of a need for screening. Individualize the case.

##### b. Female trans

- With no hormone use: there is no evidence of a need for screening. Individualize the case.
- With at least five years of estrogen use: physical examination after age 40; mammography after age 50;
- Other cases: individualize according to risks and age.

#### 3. Prostate cancer screening

- Target: all trans women, even if redesigned.
- There is no evidence of benefits from screening. Offer it to people with risk factors or symptomatology.
- Mind PSA values above 1 ng/ml in estrogen users or gonadectomized women with low testosterone levels.

## Mental health and support networks

Although there is no causal link between understanding oneself as a LGBTQIA+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, asexual...) person and developing anxiety and/or depression, the odds of their showing those disorders is higher than in the population at large (OR = 2.94; 95% CI 2.27-3.80,  $p < 0.001$ ).<sup>50</sup> Social anxiety disorder, specific phobia, and depression are the most usual mental health diagnoses in those groups.<sup>51</sup>

According to minorities stress standards, stigmatization and internalized prejudice impact that population's building of self-perception, self-care, and interpersonal relationships in that population. Despite LGBTQIA+ experiences being legalized in Brazil, transgenders still face several barriers to accessing healthcare networks, and mental health challenges.<sup>51</sup> Trans people also have a high risk of depression and anxiety, as well as higher rates of suicidal ideation and suicide. A European research has shown a 38% prevalence of depression among trans,<sup>52</sup> while suicide ideation/attempt rate in that population is up to 20 times higher than in the population at large.<sup>53</sup>

### Box 4: Mental health

- Assess symptoms of anxiety and depression.
- Assess support networks.
- Investigate cases of social vulnerability and violence.

## Cases suggested to be referred to secondary and tertiary care

All patients presenting demands regarding the trans-sexualization process must be referred to referral services,<sup>10</sup> through a reference guides requesting the proper procedure: surgery or hormonal therapy. Annex I shows the available referral services in the Brazilian Unified Health System (SUS).

CFM currently considers surgeries possible after the age of 18 years. The trans-sexualization process in SUS, however, allows surgery only after 21 years old, and after a two-year monitoring of a multi-professional team.<sup>10</sup> Patients undergoing partial follow-up in a SUS unity (hormonal and mental health therapies) need a report confirming such follow-up to get surgery authorization.

Despite trans-sexualization not being commonly performed in PHC, being aware of surgery possibility, and the correct referring may prevent patients from resorting to parallel procedures such as unsupervised use of industrial silicone, binders, and hormones.<sup>2,37</sup> Widely spread among trans women and transvestites, silicone associates with infections and thromboembolic events.<sup>54</sup>

Assisted reproductive technology is not yet universally available in the Brazilian public system. Transgender people demanding pregnancy or fertility preservation, in need of highly complex procedures, should be advised to seek services in the private system, or be referred by SUS to places where training collaborations in assisted reproduction are available, especially the ones linked to universities.<sup>55</sup>

Trans people's pregnancy and prenatal care rarely have specific demands nor are they considered as high-risk. During the pregnancy and postpartum cycle, however, reference and reception in better prepared places can mitigate discomforts, prejudice, and misconduct.<sup>37</sup>

#### Box 5: When to refer?

##### 1. Trans-sexualization process demand

- Refer to regional or state services for assessment and follow-up
- If the patient is undergoing hormonal therapy and psychological follow-up, send a report with the referral.
- Requirements: being at least 18 years old to begin hormonal therapy, and 21 for surgery. Note: some places have already reclassified their services to the new CFM Resolution (no. 2.265/2019) allowing hormonal therapy to begin at age 16 and surgery after 18.

##### 2. Assisted reproduction

- Indication: fertility preservation; assisted reproductive technology for pregnancy.
- Not universally available at SUS. Individualize with regional or state reference.

##### 3. Prenatal care and childbirth

- Although it is not a high-risk pregnancy, awareness of places with the best reception conditions mitigates prejudice and misinformation

## Conclusions

Health services for transgender people, while having their particularities, are perfectly possible in primary health care.

Approaches regarding reproductive health, chronic disease prevention and screening, and mental health assessment are part of any doctor's basis, by and large following the same guidelines proposed for cisgender people. Preparing the environment, training teams, and knowing the ways of referring are important measures to improve health access for that population, who are extremely neglected of full care.

The approach regarding reproductive health, chronic disease prevention and screening, and mental health evaluation is part of the basic matrices of any doctor, and most of the time, it follows the same guidelines proposed for cis-people. Adjusting the environment, training teams, and knowing referral routes are important measures to improve the access of this population, extremely neglected from comprehensive care.

---

## REFERÊNCIAS

1. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision [internet]. 2018 [acesso em: 9 maio 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>
2. 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 (DF); 2013.
3. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, de Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Sci Rep. 26 de janeiro de 2021;11(1):2240.
4. Besse M, Lampe NM, Mann ES. Experiences with Achieving pregnancy and giving birth among transgender men: a narrative literature review. Yale J Biol Med. set. 2020;93(4):517-28.
5. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: a review of the literature. Maturitas. 1out. 2019;128:17-21.
6. Okano SHP, Franceschini SA, Lerri MR, Poli-Neto OB, Brito LGO, Lara LA da S. Characteristics of a population with gender incongruence assisted at a specialized outpatient service in the city of Ribeirão Preto. Rev Bras Ginecol Obstet. 9 fev. de 2022;44(3):258-263.

7. Pinto MJC, Bruns MA de T. Vivência transexual: o corpo desvela seu drama. Campinas(SP): Átomo; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília (DF); 2018.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002. Diário Oficial da União. 3 set 2010.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União. 9 jan 2020; Seção I:96.
11. Brasil. Decreto no 8727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [internet]. Diário Oficial da União. 29 abr 2016 [acesso em: 24 abr 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm)
12. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil [relatório no 32576-BR]. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil; 2005.
13. Okano SHP, Pellicciotta GGM, Braga GC. Contraceptive Counseling for the transgender patient assigned female at birth. RBGO. abr 2022. No prelo.
14. Buchting FO, Emory KT, Scout null, Kim Y, Fagan P, Vera LE et al. Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. Am J Prev Med. jul 2017;53(1):e1-7.
15. 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. J Clin Endocrinol Metab. 1 nov 2017;102(11):3869-903.
16. Figuera TM, da Silva E, Lindenau JDR, Spritzer PM. Impact of cross-sex hormone therapy on bone mineral density and body composition in transwomen. Clin Endocrinol. 1 jun 2018;88(6):856-62.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
18. World Heal

19. Kerr-Corrêa F, Pinheiro FML, Martins TA, Costa DL da C, Macena RHM, Mota RMS, et al. Hazardous alcohol use among transwomen in a Brazilian city [internet]. Cad Saúde Pública. 3 abr 2017;33(3):e00008815 [acesso em: 19 set 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/QdGzrX8jQFyByzD6wKhHXbr/?lang=en>
20. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender youth substance use disparities: results from a population-based sample. J Adolesc Health. dez 2017;61(6):729-35.
21. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. 5o ed. WHO; 2015.
22. Curtis KM. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016 [internet]. MMWR Recomm Rep. 2016; 65(3);1-104 [acesso em: 9 maio 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>
23. Vieira RC, Borret RH. Mulheres cis lésbicas. In: Saúde LGBTQIA+ - Práticas de cuidado transdisciplinar. Santana do Parnaíba (SP): Malone; 2021. p. 211.
24. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. Clin Infect Dis. dez 2011;53 Suppl 3:S84-91.
25. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. AIDS. 2005 Oct;19 Suppl 4:S64-9.
26. Wang XF, Norris JL, Liu YJ, Reilly KH, Wang N. Health-related attitudes and risk factors for sexually transmitted infections of Chinese women who have sex with women. Chin Med J. ago 2012;125(16):2819-25.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício nº 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS Brasília; 3 mar 2021.
28. Leentvaar-Kuijpers A, Kool J, Veugelers P, Coutinho R, Van Griensven G. An outbreak of hepatitis a among homosexual men in amsterdam, 1991-1993. Int J Epidemiol. 1995 Feb;24(1):218-22.
29. Brook MG. Sexual transmission and prevention of the hepatitis viruses A-E and G. Sex Transm Infect. 1998 Dec;74(6):395-8.
30. Cáceres CF, O'Reilly KR, Mayer KH, Baggaley R. PrEP implementation: moving from trials to policy and practice. J Int AIDS Soc. 2015;18(4S3):20222.
31. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010 Dec;363(27):2587-99.

Full care for the transgender population: what is the role of primary health care (PHC)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

32. Li P, Yuan T, Fitzpatrick T, Smith K, Zhao J, Wu G et al. Association between rectal douching and HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2019;95(6):428-36.
33. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding [internet]. Washington (DC): The National Academies Press; 2011 [acesso em: 12 maio 2021]. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/13128/the-health-of-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-people-building>
34. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* 2001;91(6):947-52.
35. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG.* 2017;124(3):381-92.
36. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med.* 2014;47(6):808-12.
37. ACOG. Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol.* 2021 Mar;137(3):e75-e88.
38. Chen CC, Chou YY. Predictive value of the anal cytology for detecting anal intraepithelial neoplasia or worse: A systematic review and meta-analysis. *Diagn Cytopathol.* 2019;47(4):307-14.
39. Albuquerque A, Rios E, Schmitt F. Recommendations favoring anal cytology as a method for anal cancer screening: a systematic review. *Cancers (Basel).* 2019 Dec 4;11(12):1942.
40. Hartley RL, Stone JP, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 1: Male to female. *Eur J Surg Oncol.* 2018 Oct;44(10):1455-62.
41. Stone JP, Hartley RL, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: a systematic review. Part 2: Female to male. *Eur J Surg Oncol.* 2018 Oct;44(10):1463-8.
42. Brown GR, Jones KT. Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Res Treat.* 2015;149(1):191-8.
43. Maglione KD, Margolies L, Jaffer S, Szabo J, Schmidt H, Weltz C et al. Breast cancer in male-to-female transsexuals: use of breast imaging for detection. *AJR Am J Roentgenol.* 2014 Dec;203(6):W735-40.
44. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ, de Ronde WP, van Trotsenburg MAA, Gooren LJG. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol.* 2011 Apr;164(4):635-42.

Full care for the transgender population: what is the role of primary health care (PHC)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

45. van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol.* 1997 Sept;47(3):337-42.
46. Jakub JW, Peled AW, Gray RJ, Greenup RA, Kiluk JV, Sacchini V et al. Oncologic safety of prophylactic nipple-sparing mastectomy in a population with BRCA mutations: a multi-institutional study. *JAMA Surg.* 2018;153(2):123-9.
47. Trum HW, Hoebeke P, Gooren LJ. Sex reassignment of transsexual people from a gynecologist's and urologist's perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(6):563-7.
48. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro; 2021.
49. Trum HW, Hoebeke P, Gooren LJ. Sex reassignment of transsexual people from a gynecologist's and urologist's perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Jun;94(6):563-7.
50. Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, Frampton CM, Merry SN. Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;51(8):774-87.
51. Branquinho B, Benedito L, Ciasca S. Síndrome depressivas e ansiosas. in: Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana da Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 390.
52. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry.* 2014;204(2):151-6.
53. Blosnich JR, Brown GR, Shipherd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *Am J Public Health.* 2013;103(10):e27-e32.
54. Brancaloni APL, Amorim SMG, Oliveira RR de. Na construção dos corpos: tecendo saberes sobre a redução de danos junto a travestis. *Revista Periódicus.* 6 jun 2018;1(9):456-78.
55. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida e revoga a Resolução CFM nº 2.168/2017. *Diário Oficial da União,* 5 jun 2021;Seção 1:602021.

## ANNEX I

Hospital	City
UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Goiânia/GO
UFRGS – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre/RS
UFP – Hospital das Clínicas	Recife/PE
UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro/RJ
FMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina	São Paulo/SP

## SUS walk-in clinics:

Clinic	City
CPATT – Centro de Pesquisa e Apoio a Travestis e Transexuais	Curitiba/PR
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Rio de Janeiro/RJ
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador/BA
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS	São Paulo/SP
Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia	Uberlândia/MG
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Vitória/ES

Ambulatório Transexualizador da Unidade Especializada em Doenças Infectoparasitárias e Especiais	Belém/PA
Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes	Belo Horizonte/MG
Ambulatório Trans do Hospital Dia	Brasília/DF
Ambulatório LGBT Darlen Gasparelli	Camargibe/PE
Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário Maria Pedrossian	Campo Grande/MS
Centro de Saúde Campeche	Florianópolis/SC
Centro de Saúde Estreito	Florianópolis/SC
Centro de Saúde Saco Grande	Florianópolis/SC
Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto	Fortaleza/CE
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi	Goiânia/GO
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	João Pessoa/PB
Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe	Lagarto/SE
Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade	Recife/PE
UPE, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Recife/PE
Ambulatório LBT do Hospital da Mulher	Recife/PE
Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HCRP	Ribeirão Preto/SP
Ambulatório do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	Salvador/BA

Full care for the transgender population: what is the role of primary health care (PHC)?  
Sérgio Henrique Pires Okano

Ambulatório trans do Hospital Guilherme Álvaro	Santos/SP
Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais	São José do Rio Preto/SP
Ambulatório AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas	São Paulo/SP
Ambulatório Roberto Farina, UNIFESP	São Paulo/SP
UBS Santa Cecília	São Paulo/SP
Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais João W. Nery	Niterói/RJ

Full care for the transgender population: what is the role of primary health care (PHC)?  
Sérgio Henrique Pires Okano