

BRUNA MAFFEI BOSSI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

GIOVANA FREDERICO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

HAMIDA ABDUL BASSET MALAT

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

MAURÍCIO TAKAO IDE

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

RAQUEL MORALES PUPP

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

REBECA DOS SANTOS

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ROBERTO CESAR NOGUEIRA JUNIOR

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em agosto de 2020.
Aprovado em dezembro de 2020.*

ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO GINECOLÓGICO NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO MASCULINA

RESUMO

Objetivo: Avaliar protocolos e especificidades do atendimento primário e ginecológico do homem transgênero no Brasil e compará-los aos norte-americanos. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados MedLine, Scielo, PubMed, Up To Date e Cochrane via método Advanced; ao final, foram analisados 19 artigos. **Resultados:** Os artigos analisados mostram que 76,45% dos médicos não questionam a identidade de gênero e 70% relata desconhecimento das recomendações de triagem para câncer de colo de útero em transgênero, sendo que estes possuem uma taxa de rastreamento de 51%, contra 81 % dos cisgênero ($p < 0,05$). Além disso, 77% dos estudantes de medicina concordam que a saúde transgênero deve ser incluída como parte do currículo. **Conclusões:** O Brasil está aquém dos países norte-americanos no atendimento de homens transgênero, necessitando implementar políticas públicas inclusivas.

Palavras-Chave: homem transgênero, ginecologia, atenção primária à saúde.

SPECIFICITIES OF GYNECOLOGICAL CARE IN TRANSGENDER MALE POPULATION

ABSTRACT

Objective: To evaluate protocols and specificities of primary and gynecological care for transgender men in Brazil and compare them to North Americans. **Methods:** A bibliographic review was performed in MedLine, Scielo, PubMed, Up To Date and Cochrane databases via Advanced method; at the end, 19 articles were analyzed. **Results:** The articles reviewed show that 76.45% of physicians do not question gender identity and 70% report ignorance of screening recommendations for transgender cervical cancer, which have a screening rate of 51% compared to 81% for cisgender ($p < 0.05$). In addition, 77% of medical students agree that transgender health should be included as part of the curriculum. **Conclusions:** Brazil is lagging behind U.S. countries in serving transgender men, and needs to implement inclusive public policies.

Keywords: transgender man, gynecology, primary health care.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a medicina foi avançando em todos os âmbitos; de mudanças em técnicas cirúrgicas até a descoberta de medicamentos que mudaram a qualidade de vida do ser humano, as novidades que foram implementadas com o passar do tempo fizeram com que o trabalho do médico pudesse ser o melhor possível. No Brasil, porém, ainda há defasagem no avanço de algumas áreas do conhecimento, se comparado a países de primeiro mundo. Um exemplo dessa afirmação é o atendimento à população transgênero, e mais especificamente, o entendimento das particularidades no atendimento ginecológico a essa população.

“Uma pessoa transgênero é aquela que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer”. (LANZ, 2019, p. 34).¹ Nesse âmbito, pesquisas realizadas em diversas populações ao redor do mundo, em busca de dados estatísticos, encontrou que há entre 0,5 e 1,3 % de pessoas transgênero pelo globo.² No Brasil, há aproximadamente 1,38% de indivíduos transgênero.³ Apesar destes dados, que possuem questionamentos quanto à abrangência e parecem subestimar quantitativamente esta população, ainda não foi realizado um censo das pessoas transgênero no Brasil, sendo essencial que todos os serviços de saúde considerem as necessidades e particularidades desses pacientes em específico.

O indivíduo transgênero necessita de um atendimento clínico diferenciado, principalmente no ramo da Ginecologia. Dessa forma, é essencial preparar os médicos para tal atendimento, fornecendo orientação clínica para que os profissionais de saúde possam prover opções seguras e eficazes visando ao conforto pessoal com o próprio gênero, saúde geral, bem estar psicológico e autorrealização. A assistência médica, portanto, deve englobar diversas esferas, como cuidados primários, atendimento ginecológico, opções reprodutivas, saúde mental e tratamentos hormonais e cirúrgicos.⁴ O governo brasileiro, bem como outras entidades públicas e privadas, deve investir em educação pública nos assuntos de incongruência de gênero e temáticas LGBTQ+. Além de ampliar a formação dentro dos cursos formais, é necessário oferecer treinamento para profissionais que já se encontram em serviço. “O acolhimento inicial das pessoas no serviço, seja ela quem for, mas em especial a pessoa transgênero, é fator determinante e deve ser foco das capacitações” (COLEMAN, 2012, p. 168).⁵

No escopo global, a população transgênero e suas necessidades ainda constituem um ponto de pouco conhecimento na sociedade. A falta de conhecimento sobre o assunto, aliada à desinformação, preconceito e discriminação, trazem sérias consequências para o bem estar e a saúde dessas pessoas. No entanto, países como os Estados Unidos e Canadá possuem iniciativas que procuram mudar esse cenário, as quais têm início nos primórdios da formação dos profissionais da saúde.⁶

Se comparado a esses países, o Brasil muito tem que avançar para poder disponibilizar um atendimento humano, digno, inclusivo e gênero afirmativo para o paciente transgênero. Em um panorama geral, são poucas as pesquisas feitas sobre as particularidades do atendimento ginecológico à população transgênero. Sendo a maioria dessas pesquisas norte-americanas e europeias, é necessário ter a ampliação de conhecimento dos médicos brasileiros, bem como a adaptação de guidelines e capacitação aos profissionais de saúde do Brasil, a fim de melhorar o atendimento clínico à população transgênero.⁶

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica baseada em 69 artigos, que incluíam uma população de homens transgênero - tanto aqueles que não iniciaram tratamento, seja ele hormonal ou cirúrgico, quanto aqueles que já haviam iniciado algum tipo de intervenção - com o objetivo de avaliar o atendimento clínico ginecológico desse público - alvo a partir das bases de dados MedLine, Scielo, PubMed, Up To Date e Cochrane. Estes

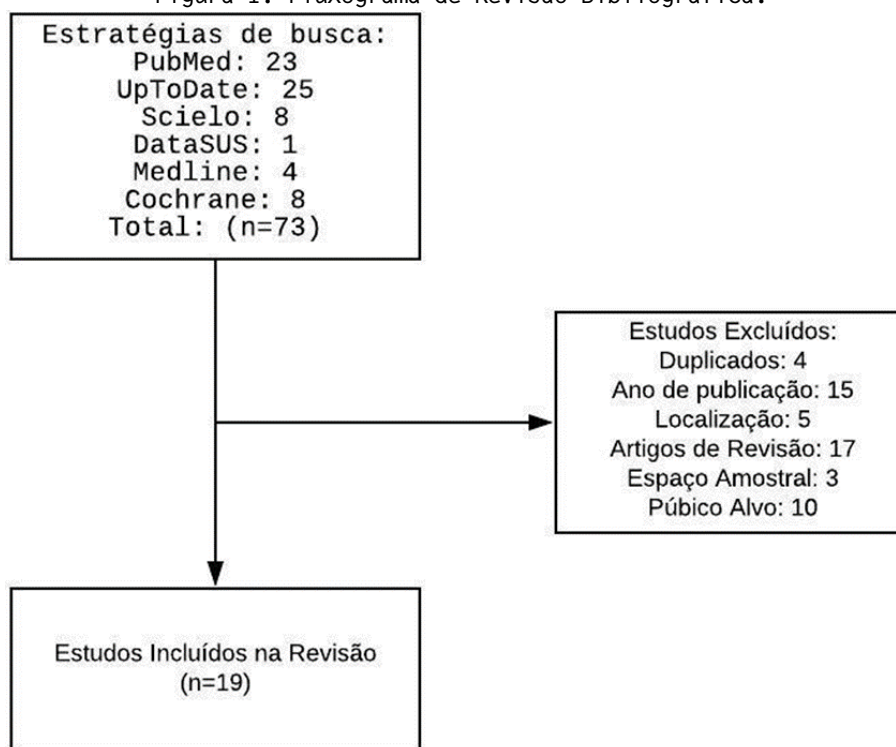
artigos foram selecionados utilizando-se o método Advanced, através de filtros incluindo os termos (palavras-chave): transgênero; atendimento médico; assistência médica; exame ginecológico; ginecologia; atendimento básico; qualidade de vida; disforia; liberdade sexual; saúde integral; violência institucional; ginecologia; transgênero; gynecology; transgender; healthcare, health providers; care; guidelines; primary care.

Os artigos considerados ideais foram metanálises e estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados) com avaliações estatísticas consideradas confiáveis a partir de um espaço amostral mínimo exigido para tais cálculos.

Inicialmente foram avaliados 69 artigos e 50 artigos foram descartados devido aos critérios de exclusão utilizados: publicações anteriores ao ano de 2015 (15 excluídos); publicações fora do território norte-americano ou brasileiro (5 excluídos); estudos cuja metodologia diferia de meta análise ou ensaio clínico randomizado (17 excluídos); artigos com espaço amostral insuficiente (3 excluídos); trabalhos cujo público alvo divergia do analisado neste estudo (10 excluídos).

Ao final da seleção metodológica foram mantidos 19 artigos que serão analisados no decorrer deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Figura 1. Fluxograma de Revisão Bibliográfica.



RESULTADOS

Foram analisados 19 artigos entre guidelines, protocolos e pesquisas de campo de origem brasileira e norte americana, os quais abordavam o atendimento ginecológico do homem transgênero em toda sua complexidade, pela visão do profissional de saúde e pela visão do paciente. Os resultados obtidos foram descritos abaixo.

Devido ao receio da discriminação, indivíduos transexuais atrasam os cuidados em saúde e têm pior estado geral comparado àqueles que não atrasaram ou atrasaram os cuidados por outros motivos ($p < 0,05$)⁵. Um terço dos pacientes relatou não ser tratado de forma adequada quando o profissional de saúde tomou conta do fato destes serem transgênero ou não binários, sendo que 31,20% dos transgênero masculinos precisaram explicar sobre atendimento transgênero ao médico.⁷ Além disso, 76,45% dos profissionais

presumem na primeira consulta que o paciente não é transgênero e, portanto, não questionam acerca de sua identidade de gênero na entrevista médica.⁸

A transfobia por parte dos profissionais de saúde descrita incluía humilhação e negação de atendimento. Os principais erros relatados pelos pacientes são: uso incorreto de pronome; ser chamado pelo nome de registro, não social; suposição de qual genitália possuem, pelo nome; médicos que ignoraram formulários preenchidos que já diziam o gênero do paciente e como preferiam ser chamado; suposição que os pacientes deveriam ter certa conexão com seu corpo; discutir identidade de gênero como se fosse equivalente a orientação sexual.⁹

Profissionais de saúde homens têm percepções negativas em relação à comunidade transgênero significativamente maiores que as mulheres ou outros gêneros ($p < 0.0001$), o que parece ser corroborado pela literatura, especialmente em relação a homens heterossexuais.⁸ Outro fator que influencia nessa experiência negativa é a região geográfica, pois em áreas rurais geralmente há aumento dessa estigmatização por parte dos prestadores de serviços de saúde. Contudo, mesmo nessas áreas, a utilização de serviço privado não garante melhor nível de atenção.¹⁰

Para os pacientes, o exame ginecológico pode resultar em um conflito entre autopercepções e corpo físico.¹⁰ Portanto, a avaliação médica deve ser feita com base nas necessidades, anatomia e queixa do paciente; levando em consideração potenciais experiências negativas anteriores dentro do ambiente de saúde. Especificamente, para homens trans, a consulta ginecológica deve atentar-se a algumas particularidades, como: amarração das mamas, com suas possíveis complicações, e desconfortos relacionados ao exame pélvico. De forma geral, também deve ser abordada eventual necessidade de intervenção cirúrgica para afirmação do gênero do paciente.⁶

Embora a maioria dos médicos tenha a percepção de que os indivíduos transgênero precisam de uma rotina médica voltada para suas necessidades específicas, este conceito ainda não é universal. Médicos mais jovens são mais propensos a fornecer uma rotina médica para os transgêneros, tendência que diminui quanto maior a idade do médico (aOR = 0.89, $P = 0.019$). Os dois principais fatores influentes nas condutas e avaliações médicas são: as experiências pessoais do profissional da saúde (como “ter conhecido um indivíduo transgênero em algum momento da vida”) e os aspectos transfóbicos que o médico implica no atendimento ao transgênero. Os profissionais que pontuaram mais na escala de transfobia têm menor chance de realizar o Papanicolau nos transgêneros masculinos (aOR=0.54, $P = 0.020$). Da mesma forma, os que já tinham conhecido um indivíduo transgênero tem maior chance de realizá-lo (aOR=4.11, $P = 0.032$). Porém, a disposição em fornecer atendimento e realizar Papanicolau nos pacientes transgênero masculinos não necessariamente reflete nas habilidades ou capacidade de realizar um atendimento adequado a essa população.¹¹

Cerca de 40% dos profissionais de saúde acredita que não foram devidamente preparados quanto às necessidades específicas dos indivíduos transgênero para que possam fornecer atendimento adequado a essa população.⁸ Até 70% da classe médica relata desconhecimento das recomendações de triagem para câncer de colo de útero em transgênero.¹² 59% dos indivíduos trans se classificaram como conscientes sobre o HPV, mas não bem informados. 88% já fez algum tipo de rastreamento para HPV, sendo que 53% descreve como uma experiência natural e 40% como uma experiência positiva. Dos que nunca fizeram Papanicolau, 57% estaria disposto a realizar o teste se um profissional da saúde recomendasse e fornecesse mais informações sobre o assunto.¹³ Indivíduos trans têm menores taxas de rastreamento, sendo 51% dos pacientes transgênero contra 81% dos pacientes cisgênero ($p < 0,05$). Homens trans têm seu teste Papanicolau menos atualizado em relação a mulher cisgênero e apenas 20% deles têm atualizada a vacina contra HPV.¹⁰ Foram constatados como facilitadores para realização do teste: a relação e o papel estabelecido pelo profissional de saúde, que seria central à tomada de decisão em fazer ou não o Papanicolau. Os fatores inibidores são: disponibilidade de um cuidado competente

no atendimento transgênero; ansiedade ao buscar atendimento de saúde sexual; características do modelo do cuidado à saúde.¹³

Indivíduos que relataram experiências positivas buscaram atendimento em locais mais inclusivos, já que consideram o sistema de saúde muito binário e isso só se exacerba quando está relacionado à saúde sexual.¹⁴ Clínicas e profissionais voltados ao atendimento da saúde da mulher, por vezes, parecem indispostos a tratar pacientes transgênero masculinos, principalmente, as clínicas ginecológicas. Muitos lugares não realizam o agendamento de suas consultas por atender apenas mulheres.¹⁵ Os componentes-chave para criar um ambiente apropriado para o cuidado de transgênero são: humildade cultural, treinamento da equipe, área de espera acolhedora para gêneros diversos, disponibilização de pelo menos um banheiro neutro, fluência da terminologia que abrange a comunidade trans e dados de identidade de gênero, respeitando as preferências do indivíduo.^{16,17,18}

Na avaliação do atendimento do homem transgênero durante a gravidez, se observou que profissionais realizam exames aparentemente desnecessários, principalmente exames pélvicos, e fazem perguntas que soam lascivas e supérfluas para a saúde do paciente. Além disso, um desconhecimento e falta de informação dos médicos quanto às consequências a curto e longo prazo do uso de testosterona nos órgãos reprodutores, diminuição de concepção, prognósticos na gravidez, saúde mental e amamentação.⁹

Quando se trata de terapia hormonal, cerca de 1-2% dos pacientes se arrependem de suas transições. De acordo com o protocolo do SHC, a iniciativa para terapia hormonal deve ser colaborativa, centrada no paciente, focando em sua disponibilidade psicossocial e no consentimento informado.¹⁹ O Centro de Saúde Comunitário Callen-Lorde indica abordagem semelhante, enfatizando a parceria, a educação e a autodeterminação. Contudo, enfoca que os protocolos são apenas para informação geral e não devem ser considerados como aconselhamento médico, mas sim um ponto de partida. Cada caso é individual e deve estar sujeito à revisão dos profissionais envolvidos.²⁰ No caso de homens transgênero, questões sobre a fertilidade devem ser discutidas antes do uso de hormônios e o profissional deve estar atento as contraindicações absolutas a terapia hormonal.²¹

Não há testes de diagnóstico para avaliar a eficácia de intervenções médicas em transgênero e nenhuma evidência científica para apoiar as diretrizes conhecidas. Em entrevistas detalhadas com uma amostra intencional de 23 profissionais de saúde, foi concluído que os profissionais se utilizavam de duas estratégias para conciliar as diretrizes: alguns usaram a retórica da medicina baseada em evidência e seguiram à risca as diretrizes clínicas para reduzir a incerteza; outros interpretaram com flexibilidade as diretrizes para abraçar a incerteza.²²

Atualmente, a educação médica transgênero é composta em grande parte por atitudes únicas e intervenções baseadas na conscientização, que mostram melhorias significativas em curto prazo, mas sofrem metodologicamente. As barreiras ao aumento da exposição à saúde de transgênero incluem tempo curricular limitado, falta de competência em tópicos específicos entre os professores e de apoio institucional. O consenso na literatura existente apoia os esforços educacionais na mudança para intervenções pedagógicas longitudinalmente integradas e baseadas em habilidades clínicas, já que todas as intervenções publicadas provaram ser eficazes na melhoria de atitudes, conhecimentos e/ou habilidades necessárias para obter competência clínica com pacientes trans.⁴

Em estudo, percebeu-se que, após meio período de conteúdo educacional sobre a saúde do transgênero para estudantes de primeiro e segundo ano de medicina, o conforto dos alunos com pacientes trans e o conhecimento sobre os padrões de cuidados médicos para os transgêneros aumentaram. Entretanto, a compreensão dos alunos sobre a expressão de gênero não mudou. Após 2 meses do conteúdo educativo, 78% dos alunos sentiu-se à vontade em perguntar aos pacientes sobre sua identidade de gênero, 72% considerou apropriado fornecer hormônios para pacientes trans e 77% concordou que a saúde

transgênero deve ser incluída como parte do currículo geral do estudante de medicina. Ao final, 21% dos estudantes procuraram informações ou treinamento sobre saúde transgênero.²³

O treinamento médico provou ser limitado para atender às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das LGBT e não são identificáveis elementos no treinamento médico que ajudam no cuidado à saúde LGBTQ. Estereótipos sociais de imoralidade transgênero, pouca vivência com o tema LGBT e carência de capacitação profissional contribuem para o despreparo. Observou-se a importância da implementação da política de pessoas LGBTQ na Saúde Nacional no Sistema Nacional de Saúde como uma ferramenta eficaz para promover os direitos humanos e também para promover uma mudança considerável na relação estigmatizante entre médicos e população LGBTQ.²⁴

DISCUSSÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2010), “saúde é o completo bem estar físico, mental e social, e não a simples ausência da doença”.²⁵ Dessa forma, o conceito mais amplo de saúde é resultado do acesso das pessoas e coletividades às políticas, bens e serviços sociais que promovem qualidade de vida para o indivíduo. O objetivo do SUS (Sistema Único de Saúde) é a promoção da saúde em sua totalidade, através de princípios regedores: universalização, integralidade, descentralização e equidade. Em relação à esfera de saúde de pessoas transgênero e transsexuais, a maior parte destes princípios não são cumpridos, seja via equipe médica ou violência institucional.

A pessoa transgênero sofre violência dentro do lar, no espaço escolar, no local de trabalho, no atendimento médico, em locais sociais e muitos outros. O Brasil é o país com o maior número de assassinatos de pessoas transgênero, tendo confirmados e divulgados 124 assassinatos em 2019, além de uma média de 11 notificações de pessoas transexuais e transgênero agredidas por dia.¹⁹ Este cenário de violência, somado ao desamparo de políticas públicas, à exclusão do mercado de trabalho e a demais sofrimentos em todos os campos da sociedade, reverbera em maiores taxas de adoecimentos mentais, tabagismo, abuso de álcool e de substâncias ilícitas, infecção por HIV e outras IST, afastamento dos serviços de saúde e uso de hormônios inadequados, quando comparados à população cisgênero.¹⁹

“Todo indivíduo possui direito de igualdade e liberdade no exercício da sexualidade; estes são: autonomia sexual, integridade sexual e segurança corpórea, privacidade, prazer, expressão, associação, escolhas reprodutivas e informação sexual livre de discriminação”(ÁVILA, p. 466, 2003)²⁶ Atualmente, no Brasil, há alguns avanços quanto à população LGBT dentro do SUS, os quais abordam essa citação: a criação do nome social, o processo transexualizador e a vigilância em saúde.

Conforme a Portaria 1820 do Ministério da Saúde (13 de agosto de 2009)²⁷, há inclusão apenas deste nome social no cartão SUS; também o Supremo Tribunal Federal possui normativa na qual se estabelece a alteração do nome civil como direito das pessoas transgênero e transexual. Apesar destas conquistas, ainda há desrespeito do transgênero por meio da violência institucional, através da expulsão do indivíduo do serviço de saúde ou referência ao mesmo pelo nome civil, corroborando para o descumprimento da equidade e integralidade do SUS.

A Vigilância em Saúde permeia a fiscalização da inclusão do nome social, orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência LGBT através da VIVA (Ficha de Notificação de Violência). Este avanço permite o auxílio de indivíduos que sofrem violência constante, seja em seu ambiente pessoal, profissional ou médico; porém muitas vezes a pessoa transgênero possui medo de notificar ou, mesmo com a notificação, o SUS veta auxílio.

Quanto ao processo transexualizador, a Portaria 457 do Ministério da Saúde (19 de agosto de 2008)²⁸ instituiu sua regulamentação pela primeira vez; já a Portaria 2803 (19 de novembro de 2013)²⁹ redefiniu e ampliou o processo no SUS. Atualmente há apenas 5 serviços credenciados para realização do processo, via SUS, localizados em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Pernambuco, que realizam o processo transexualizador de forma completa (incluindo a cirurgia de redesignação de sexo). Além destes, outras sedes ambulatoriais localizadas em Uberlândia, Curitiba, João Pessoa, Belém e São Paulo, oferecem atendimentos em áreas específicas para um cuidado integrativo, como endocrinologia, Proctologia e saúde mental. A escassez destes centros restringe o acesso dessa população a esses serviços, prejudicando os princípios de equidade e universalização do SUS.²⁹

Ademais, o processo de agendamento e realização do processo transexualizador é longo e oneroso, podendo levar até 3 anos, com acompanhamentos semanais e avaliações psicológicas e psiquiátricas, que inclusive podem encaminhar ou não a pessoa para a realização do procedimento. Estas especificidades dizem respeito apenas às cirurgias realizadas em mulheres transgênero e transexuais, uma vez que a faloplastia, cirurgia de transgenitalização para homens transexuais e transgênero, atualmente só é feita em Goiânia e em caráter experimental.¹²

Além da modalidade hospitalar, que abrange a realização das cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, há a modalidade ambulatorial, que inclui o acompanhamento psicoterápico e a hormonioterapia. Aqui, faz-se necessário comentar que o Ministério da Saúde ainda não possui um protocolo específico para a realização de hormonização no Brasil, embora alguns municípios e alguns serviços tenham desenvolvido protocolos próprios com base em pesquisas e documentos internacionais.¹²

Todo esse processo é somado à falta de preparo dos profissionais da saúde, que gera desconforto e discriminação durante todo o atendimento de pessoas transexuais e transgênero. Isso ocorre em total contrapartida à Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011¹², e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT.

Esta política tem como alguns dos objetivos específicos a garantia do uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde³⁰, a promoção do respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS e a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades.

Na contramão do Brasil, muitos protocolos internacionais foram desenvolvidos para o atendimento de pessoas trans, especialmente em países norte americanos e europeus. Estes possuem alto nível de resolutividade, sempre com foco no respeito e manutenção do sentimento de pertencimento e segurança dos pacientes transexuais, transgênero e gênero não conformante. A WPATH (em inglês, Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero) produziu um documento de SOC (em inglês, Padrão de Cuidado), para ser usado mundialmente como guia em todas as etapas do atendimento a pessoas trans⁵.

Além deste documento, muitos outros podem ser citados, como por exemplo, o artigo produzido por profissionais da APS (em inglês, Escolas Públicas de Albuquerque), feito com a intenção de servir como guia para professores e profissionais da área da saúde no aprendizado durante os anos de treinamento durante a faculdade. Os Protocolos do Uruguai³¹, do Canadá¹⁵, da Argentina¹⁴ e de Nova Iorque³² também são bastante utilizados para consultas.

Acerca do exame físico ginecológico em homens transgênero, os protocolos internacionais¹⁸ postulam que este deve ser relevante para a anatomia que está presente, independentemente da apresentação de gênero, e sem suposições quanto à anatomia ou identidade.

É necessário um exame histórico sensível para compreender as inúmeras mudanças e características individualizadas no contexto da administração hormonal e da intervenção cirúrgica. Deve-se levar em consideração, durante toda a visita, potenciais experiências negativas anteriores dentro do ambiente de saúde, incluindo discriminação, assim como abuso físico ou emocional.¹⁸

Ao realizar um exame físico, os provedores devem utilizar uma abordagem de afirmação de gênero. A afirmação de gênero é quando um indivíduo é afirmado em sua identidade de gênero através de interações sociais. Isto inclui ser referido pelo nome e pronomes corretos durante toda a visita. Isto também pode incluir o uso de terminologia geral para partes do corpo, ou perguntar aos pacientes se eles têm um termo preferido a ser usado.¹⁸

As características sexuais secundárias podem se apresentar em um espectro de desenvolvimento em pacientes submetidos à terapia hormonal, até certo ponto dependendo da duração do uso de hormônios e da idade de início. Os homens transexuais podem ter crescimento de pelos faciais e corporais, clitoromegalia, aumento da massa muscular, redistribuição de gordura masculina, alopecia androgênica e acne.¹⁸

O exame pélvico pode ser um procedimento traumático e um gatilho de ansiedade para homens transgênero e outras pessoas trans masculinas. É essencial deixar claro ao laboratório que a amostra fornecida é de fato um esfregaço de Papanicolau cervical (especialmente se o marcador de gênero listado for "masculino") para evitar que a amostra seja executada incorretamente como Papanicolau anal, ou descartada. O uso de testosterona ou a presença de amenorreia deve ser indicado na requisição.¹⁸

Se o indivíduo expressar angústia ou preocupação com o exame, ele poderá ser adiado para uma data posterior, uma vez que uma relação de confiança tenha sido desenvolvida. Várias técnicas podem ser usadas para tornar-se um exame pélvico (incluindo exame bimanual e/ou especular) menos desconfortável.¹⁸

Algumas especificidades do exame ginecológico incluem: discutir previamente os procedimentos com o paciente, incluindo a ordem em que as etapas ocorrerão; dar tempo ao paciente para expressar qualquer preocupação antes de iniciar o exame; permitir que o paciente tenha uma pessoa de apoio na sala, ouça música nos fones de ouvido, ou utilize qualquer outra estratégia que ele possa ter para proporcionar distração durante o exame; ofereça o uso de um espelho para permitir que a paciente observe diretamente o exame; administrar estrogênios vaginais comumente usados no manejo da menopausa durante 1-2 semanas antes do exame, o que pode diminuir a atrofia vaginal frequentemente observada com a terapia de testosterona; permitir a auto recolha de alguns testes, o que pode excluir a necessidade de um exame de espécuro em certos cenários, tais como um esfregaço para preparação úmida para analisar corrimento vaginal anormal.¹⁸

No caso de recusa de um exame de espécuro, considere oferecer um exame externo e/ou bimanual como um passo inicial para estabelecer conforto e confiança. Uma experiência positiva pode levar o paciente a considerar a realização de outros exames no futuro. O *binding* (amarração dos seios) para criar uma aparência masculina pode levar à ruptura da pele ou a outras complicações da pele. Os pacientes podem hesitar em remover o *binder* para um exame físico. Além disso, o *tucking* dos testículos e do pênis (ato de mover o pênis e o escroto entre as nádegas ou mover os testículos para os canais inguinais, para simular uma vagina) pode levar a hérnias ou outras complicações no anel inguinal externo ou ruptura da pele no períneo.¹⁸

Diante do cenário de grande desfalque em relação à saúde médica aos transgêneros, algumas medidas visando à melhoria do atendimento desta população no Brasil podem ser pontuadas.

“Para se estabelecer o contexto adequado para estas, são determinados fatores que influenciam na experiência deste indivíduo no sistema de saúde, como a percepção médica de “humildade cultural”, ou seja, entender que suas experiências pessoais não devem ser projetadas no outro e que cada paciente é um ser único que deve ser abordado

sem preconceitos e de acordo com as terminologias e identidade/complexidade de gênero que ele expressa desejo” (DEUTSCH, p. 46, 2016).⁶ Além disso, todos os profissionais envolvidos no atendimento deste indivíduo, além daqueles da área saúde, como os recepcionistas, auxiliares de laboratório e exames de imagem e profissionais da limpeza, devem ser devidamente treinados para oferecer seus serviços com inclusão das necessidades específicas desta população.⁶ Demais aspectos do contexto deste atendimento, como o ambiente de espera ou banheiros, devem refletir a inclusão do indivíduo transgênero; exemplos disso seriam disponibilizar revistas, panfletos e artes relacionadas a população transgênero e designar os sanitários como gênero-neutro ou ainda, que o paciente escolha “feminino” ou “masculino” de acordo com sua preferência.

CONCLUSÃO

Acerca das medidas públicas discutidas neste Trabalho de Conclusão de Curso, que fazem parte de um protocolo internacional e não brasileiro, é possível ver que o Brasil, no que tange à aplicação de políticas públicas voltadas à população LGBT, fica muito aquém do esperado. Profissionais da saúde, durante a faculdade, não aprendem sobre as especificidades ginecológicas do atendimento dessa população; recepcionistas e equipes de atendimento de unidades básicas de saúde e hospitais também não recebem o devido treinamento, e acabam, portanto, prejudicando a experiência do paciente e afastando a população transgênero ainda mais da saúde básica.

São necessárias, nesse âmbito, mudanças estruturais no cerne do atendimento e no cuidado dessa população, à exemplo do que países norte-americanos estabelecem como protocolo, a fim de que possamos ter de fato a inclusão que pretende a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, honrando e respeitando assim, o princípio de Equidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. LANZ, L. Dicionário Transgênero. Transgente, vol. 1, jan. 2019. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/e5x8e0>>. Acesso em: 7 jun. 2020.
2. WINTER, S. et al. Transgender people: health at the margins of society. The Lancet, vol. 388, p. 390-400, jan. 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00683-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00683-8/fulltext)>. Acesso em: 1 jul. 2020.
3. PEREIRA, L.B.C.; CHAZAN, A.C.S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, vol. 14(41), p.1795, 14 maio 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795/985>>. Acesso em: 1 jul. 2020.
4. DUBIN, S. N. et al. Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. Adv Med Educ Pract, v. 9, p. 377-391, 21 maio 2018. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/transgender-health-care-improving-medical-students-and-residents-train-peer-reviewed-article-AMEP>>. Acesso em: 1 jul. 2020.
5. COLEMAN, E. et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. International Journal of Transgenderism, vol. 7, p. 165-232, ago. 2012.
6. DEUTSCH, M. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. University of California San Francisco Transgender Care, ed. 2, 17 jun. 2016. Disponível em: <<https://transcare.ucsf.edu/guidelines>>. Acesso em: 1 jul. 2020.

7. KATTARI, S. K. et al. Correlations between healthcare provider interactions and mental health among transgender and nonbinary adults. *Ann Arbor*, 29 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6909214/>>. Acesso em: 4 jun. 2020
8. ROWAN, S. P. et al. Knowledge and Attitudes of Health Care Providers Toward Transgender Patients Within a Rural Tertiary Care Center, v. 4 (1), 4 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6424157/>>. Acesso em: 4 jun. 2020
9. HOFFKLING, A.; OBEDIN-MALIVER, J.; SEVELIUS, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers, v. 17, 8 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688401/>>. Acesso em: 4 jun. 2020
10. STEWART, T.; ANGIE, L. Y.; ELLA, A. D. Do Transgender and Gender Diverse Individuals Receive Adequate Gynecologic Care? An Analysis of a Rural Academic Center. v. 5, 16 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/trgh.2019.0037>>. Acesso em: 4 jun. 2020
11. SHIRES, D.A. et al. Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. In: THE ANNALS OF FAMILY MEDICINE, V. 16(6), NOV. 2018. Anais, 2018. Disponível em: <<https://www.annfam.org/content/16/6/555.long>>. Acesso em: 4 jun. 2020.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836, 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. Brasília, 2 dez. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
13. HARB, C. Y. W. et al. Motivators and Barriers to Accessing Sexual Health Care Services for Transgender/Genderqueer Individuals Assigned Female Sex at Birth. *Transgender Health*, v. 4, n 1, p. 58-67, 17 jan. 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2018.0022>>. Acesso em: 6 jun. 2020
14. MINISTERIO DE SALUD. Atención de la salud integral de personas tran: Guía para equipos de salud. Buenos Aires, Argentina, jun. 2015. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/33110/6108112_353278.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.
15. BOURNS, Amy. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients. 4. ed. atual. Sherbourne, Canadá, 2019. Disponível em: <https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2019/12/Guidelines-FINAL-Dec-2019-iw2oti.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.
16. LINDBERG, B.M. et al. Steps to Improving Sexual and Gender Diversity Curricula in Undergraduate Medical Education. *Military medicine*, n.1, p. 184(1-2) e190-e194, mar. 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/milmed/article/184/1-2/e190/5076400>>. Acesso em: 1 jul. 2020.
17. SEELMAN, K.L. et al. Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. *Transgender Health* Vol. 2, No. 1, fev. 2017. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/trgh.2016.0024>>. Acesso em: 30 mai.2020.

18. MCKENZIE, M.L. et al. Fostering Inclusive Approaches to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Healthcare on the Obstetrics and Gynecology Clerkship. *Medical Science Educator*, vol. 30, p. 523-527, dez. 2019.
19. TRANSGENDER EUROPE (TGEU). Nota de Imprensa, 30 março 2016. Dia Internacional da Visibilidade Trans. 31 mar. 2016. Disponível em: <<https://tgeu.org/transgender-day-of-visibility-2016-trans-murder-monitoring-update/>>. Acesso em: 10 jul. 2020.
20. BARUCO, R. et al. Protocols For The Provision Of Hormone Therapy. Callen Lorde Community Health Center, abr. 2018. Disponível em: <<https://callenlorde.org/graphics/2018/04/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols.pdf>>..Acesso em: 3 jun. 2020.
21. BOURNS, A. compiler. Guidelines and Protocols For Hormone Therapy and Primary Health Care for Trans Clients. Sherbourne Health Centre, vol. 4, jun. 2015. Disponível em: <<http://sherbourne.on.ca/wp-content/uploads/2014/02/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2020.
22. SHUSTER, S.M. Uncertain Expertise and the Limitations of Clinical Guidelines in Transgender Healthcare. *J Health Soc Behav*, v. 57, ed. 3, 6 set. 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146516660343>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
23. CLICK, I.A. et al. Transgender health education for medical students. *Johnson City*, p. 1-5, ago. 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tct.13074>>. Acesso em: 4 jun. 2020.
24. FREITAS, F.R. Saúde da População LGBT: da formação médica à atuação profissional. Universidade Federal do Piauí, jun. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/754>>. Acesso em: 30 mai. 2020.
25. RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde. Organização Mundial da Saúde, mai. 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em: 6 jun. 2020.
26. ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2020.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 14 ago. 2009. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 457, 19 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.803, 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 nov. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.

30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.
31. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guía Clínica para la Hormonización en personas trans. Uruguai, 2016. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica-para-personas-trans-hormonizacion>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
32. RADIX, Asa et al. Callen-Lorde Protocols for the provision of hormone therapy. New York: [s. n.], 2014. Disponível em: <<https://callen-lorde.org/graphics/2018/04/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2020.