

Contraceção em Pessoas Trans

Vasco Guerra de Figueiredo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientadora: Dra. Fernanda Taliberti Pereto Meyer

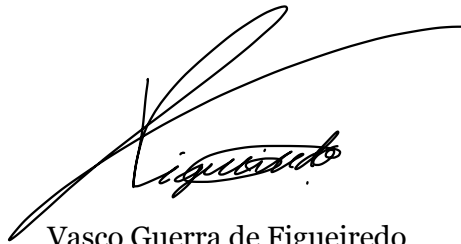
abril de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Vasco Guerra de Figueiredo, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição a39193 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 3 de abril de 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Guerra de Figueiredo', with a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Vasco Guerra de Figueiredo

(a39193)

Dedicatória

À comunidade LGBTQI+ e, em particular, a todas as pessoas *trans* e *gender diverse*.

Agradecimentos

Terminar esta dissertação é o culminar de um longo percurso que agora vejo a chegar ao fim. Foram seis anos de muito estudo, trabalho e dedicação, mas também de muita felicidade e de inesquecíveis momentos, que passei junto de pessoas muito especiais, a quem, em seguida, endereço um enorme agradecimento.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Dra. Fernanda Pereto Meyer, pelo apoio na elaboração deste trabalho, mas sobretudo pelo ânimo que partilhamos relativamente ao tema desenvolvido.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e nunca me deixaram desanimar, mesmo nas horas de maior aperto. Obrigado pelo orgulho que sempre demonstraram. Termino este percurso também por vocês. À minha mãe, um carinho especial, por todas as vezes que me mostra o que é lutar diariamente para atingir um objetivo e por me ensinar os verdadeiros valores da vida. Sou quem sou graças a ti.

Ao Zé, que tanto nos bons como nos maus momentos esteve incondicionalmente comigo. Não há palavras para agradecer toda a ajuda, partilha, carinho e amor que sinto diariamente. Obrigado por nunca teres largado a minha mão, por seres o meu suporte, o meu porto de abrigo, mesmo estando longe.

À Sofia e à Mariana, as amigas com quem partilhei muito mais que uma casa ao longo destes 6 anos. Obrigado por me terem acolhido nos vossos corações, por me terem feito crescer, por me fazerem sentir em casa, todos os dias. Vivi, cresci, aprendi muito convosco e, por isso, hoje são também parte de quem sou. Família.

A todas as minhas amigas e amigos, obrigado pelos momentos vividos e memórias criadas. Não teria sido tão fantástico sem vocês.

Ao Entre Mundos e à Beira Aproxima que me proporcionaram os maiores desafios e os mais sábios ensinamentos, deixo uma palavra de esperança e carinho. Agora, fico deste lado a ver-vos crescer e a mudar o mundo.

Resumo

As pessoas da Comunidade LGBTQI+ e, em particular indivíduos trans e *gender diverse*, recorrem com menor frequência aos cuidados de saúde, incorrendo em piores *outcomes* em todas as áreas da saúde, nelas incluídas a contraceção e o planeamento familiar. Nesta dissertação são explanadas as especificidades da contraceção nos homens trans, não-binários e *gender fluid/queer* cujo sexo feminino lhes foi designado à nascença. Assim, pretende-se aumentar a literacia dos prestadores de cuidados de saúde nesta temática, de forma a tornar esta área da saúde mais global e igualitária para todas as pessoas, independentemente da sua identidade de género.

Para a elaboração desta revisão da literatura foram, maioritariamente, pesquisados artigos na base de dados *PubMed* com recurso às palavras-chave *Trans; Transgender; Contraception; Contraceptive Use; Family Planning*.

A falta de literacia por parte dos prestadores de cuidados de saúde é um dos fatores mais preponderantes na relutância das pessoas trans e *gender diverse* em procurar ajuda profissional quando necessitam. Neste sentido, é premente adotar estratégias de inclusão desta temática no percurso formativo dos profissionais de saúde. É essencial conhecer o papel da terapia hormonal com testosterona nas suas várias vertentes, nomeadamente no que diz respeito aos seus efeitos desejados, mas também à sua ação na hemorragia uterina e na fertilidade das pessoas trans. Por outro lado, independentemente da identidade de género, desejos de fertilidade e parentalidade devem ser discutidos com os utentes de forma a evitar conceções indesejadas, mas também auxiliar e acompanhar quem deseja engravidar. Neste sentido, o aconselhamento contracetivo individualizado e baseado nas necessidades particulares de cada indivíduo deve ser promovido, sem negligenciar achados clínicos anormais que devem ser sempre investigados.

Em suma, o mais importante no aconselhamento contracetivo desta comunidade é perceber quais os fatores causadores de disforia de género, tentando colmatá-los usando as propriedades de cada fármaco/método como forma de a minimizar. Em última análise, o melhor contracetivo é aquele que a pessoa preferir e melhor se adequar à sua situação.

Palavras-chave

Trans; Transgender; Contraception; Contraceptive Use; Family Planning.

Abstract

LGBTQI+ community, and in particular trans and gender diverse individuals, access health care less frequently, incurring worse outcomes in all areas of health, including contraception and family planning. In this dissertation, the specificities of contraception in trans, non-binary and gender fluid/queer men whose female sex was assigned at birth are discussed. Thus, it is intended to increase the literacy of health care providers on this topic, in order to make this area of health more global and equal for all people, regardless of their gender identity.

For this literature review, articles were mostly searched in the PubMed database using the keywords *Trans; Transgender; Contraception; Contraceptive Use; Family Planning*.

The lack of literacy on the part of healthcare providers is one of the most prevalent factors in the reluctance of trans and gender diverse people to seek professional help when they need it. Therefore, it is urgent to adopt strategies to include this issue in the training of health professionals. It is essential to know the role of testosterone hormone therapy in its various aspects, particularly regarding its desired effects, but also its action on uterine bleeding and fertility in transgender people. On the other hand, regardless of gender identity, fertility and parenthood desires should be discussed with users in order to avoid unwanted conceptions, but also to assist and monitor those who wish to become pregnant. Thus, individualized contraceptive counseling based on the particular needs of each individual should be promoted, without neglecting abnormal clinical findings that should always be investigated.

In summary, the most important thing in contraceptive counseling in this community is to understand what factors cause gender dysphoria, trying to overcome them using the properties of each drug/method as a way to minimize it. Ultimately, the best contraceptive is the one the person prefers and best fits their situation.

Keywords

Trans; Transgender; Contraception; Contraceptive Use; Family Planning.

Índice

Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	5
Resultados e Discussão	6
Acesso aos Cuidados de Saúde por Pessoas Trans e Gender Diverse	6
Terapia Hormonal com Testosterona	10
Fertilidade e Gravidez	11
Hemorragia Uterina em Pessoas TGD.....	14
Aconselhamento Contraceutivo	16
Métodos Contraceptivos Hormonais com Progesterona.....	19
Métodos Contraceptivos Hormonais Combinados	20
Métodos Contraceptivos Não Hormonais.....	21
Métodos Contraceptivos de Emergência.....	22
Conclusão	24
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos	29

Lista de Figuras

- Figura 1** - Fluxograma para avaliação das necessidades contracepcionais com base na anatomia 16
- Figura 2** - Modelo de prescrição de métodos contraceptivos para pessoas TGD 23

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Sugestão de Linguagem Inclusiva em Saúde Sexual e Reprodutiva	7
Tabela 2 - Sugestão de Guião Inclusivo na Recolha da História Sexual	8

Lista de Acrónimos

LGBTQI+	Lésbica, Gay, Bi, Trans, Queer, Intersexo +
IG	Identidade de Género
EG	Expressão de Género
PG	Papéis de Género
FTM	Female to Male
MTF	Male to Female
Cis	Cisgénero
EUA	Estado Unidos da América
SIU	Sistema Intrauterino
DIU	Dispositivo Intrauterino de Cobre
TGD	Trans and Gender Diverse
FSH	Hormona Folículo-Estimulante
LH	Hormona Luteinizante
ISTs	Infeções Sexualmente Transmissíveis

Introdução

A comunidade LGBTQI+, que engloba um vasto conjunto de pessoas com um leque imenso de particularidades, é histórica e sistematicamente discriminada na sociedade. Na verdade, as pessoas trans e não-binárias são, também elas, alvo de segregação social sendo que, no âmbito da ciência e da saúde, o paradigma não difere.

Por outro lado, a contraceção é um dos temas mais centrais e importantes do planeamento em saúde em Portugal. Atendendo aos diversos métodos, à sua prescrição e distribuição é preciso ter em conta, de forma individualizada, a que doente nos estamos a dirigir.

Antes de proceder à análise e discussão dos artigos recolhidos, considero crucial esclarecer primeiramente alguns conceitos muitas vezes usados como sinónimos ou de forma errónea.

O sexo/sexo biológico é atribuído à nascença quando se objetivam os órgãos sexuais (fenótipo) da criança, atribuindo-se desta forma a nomenclatura de macho ou fêmea. Na maiorias das vezes, com base nas características sexuais, atribui-se também um género tornando sinónimos os termos “sexo” e “género”.⁽¹⁻⁴⁾

O género, por sua vez, é uma construção social que engloba atitudes, comportamentos, sentimentos que podem ou não relacionar-se com o seu sexo biológico. É uma vivência pessoal e intrínseca do indivíduo. O género, ao ter inerente a si uma componente cultural, pode variar consoante a cultura do indivíduo. Ao género também estão conotadas certas características, papéis e normas pré-definidas de forma a enquadrar-se no binarismo feminino/masculino, sendo que os indivíduos podem ou não cumpri-las.⁽¹⁻⁶⁾

A identidade de género (IG) é a perceção pessoal do género, que pode corresponder aos géneros masculino, feminino, ambos, nenhum, ou qualquer outro género alternativo. A IG pode também ela estar ou não em conformidade com o sexo biológico.⁽¹⁻⁵⁾

A expressão de género (EG) é caracterizada pela forma como cada indivíduo expressa o seu género através, por exemplo do seu vestuário, penteado, adereços ou através da linguagem e forma de comunicar-se sobre si (por exemplo através do uso de pronomes) ou para com os outros (expressões e/ou maneirismos). É importante referir que o mesmo género pode não estar contemplado de igual modo em todas as formas de expressão. A EG pode também ela estar ou não de acordo com o género ou sexo.⁽¹⁻⁵⁾

Os papéis de género (PG) são atitudes, comportamentos, atividades e traços de

personalidade que uma sociedade, num contexto histórico e temporal, atribui a um determinado género. Normalmente os PG são unicamente classificados como masculinos e femininos. A IG e os PG muitas vezes não são correspondentes.⁽¹⁻³⁾

Depois de definidos o sexo, o género, a identidade de género e de se compreender que, apesar de relacionadas, são esferas diferentes, é essencial perceber o conceito de transgénero ou trans. Uma pessoa trans experiência uma incongruência entre a sua IG e o sexo atribuído ao nascer. Este termo pode também ser usado para descrever as pessoas que não se identificam com o binarismo tradicional masculino/feminino e que, como tal, têm outras designações de género como *não-binário* ou *gender fluid/queer*.⁽¹⁻⁵⁾ As pessoas trans podem optar ou não por recorrer ao tratamento de redesignação sexual, que engloba psicoterapia, bem como um conjunto de procedimentos médicos (terapêutica hormonal masculinizante ou feminizante) e cirúrgicos (alterações de características físicas) para aproximar o seu corpo e EG da sua IG.⁽²⁾ Antes de iniciarem este processo é crucial que o médico assistente transmita à pessoa o devido aconselhamento no que concerne às alterações reversíveis e não reversíveis que irão ocorrer e que podem, conseqüentemente, afetar a conceção e a fertilidade.⁽⁷⁾ Optando ou não por passar por todas as fases do processo de transição, genericamente podemos afirmar que um homem trans é uma pessoa que tem um IG masculina (independentemente da EG e PG que assuma) mas que o sexo atribuído à nascença foi o feminino - *Female to Male (FTM)*. O inverso verifica-se também, isto é, uma mulher trans identifica-se com o género feminino ainda que lhe tenha sido atribuído o sexo masculino à nascença - *Male to Female (MTF)*.^(4,4) Ao contrário de uma pessoa trans, uma pessoa cisgénero (cis) vive em conformidade com a sua IG e o sexo biológico.^(1-3,5,6)

Em acrescento, as pessoas trans podem ou não sofrer disforia de género, caracterizada pelo sofrimento físico e/ou psicológico experienciado pelo indivíduo, decorrente da discrepância entre a sua IG e o seu sexo atribuído à nascença. Porém, nem todas as pessoa trans sofrem disforia de género.^(1,3,6)

Um conceito independente, mas que é comumente confundido com IG é a orientação sexual, motivo pelo qual é essencial perceber as suas diferenças. A orientação sexual manifesta-se através da atração física, emocional e sexual que um indivíduo sente perante outros. Assim, um qualquer indivíduo com uma qualquer IG pode sentir-se atraído por pessoas do mesmo género, do género oposto (incluindo o género não-binário/*queer*), ou nenhum género.^(1,3)

A comunidade trans sofre, historicamente, de marginalização e estigma social que, inevitavelmente levam a uma diminuição da procura de cuidados de saúde, resultando em piores indicadores de saúde, bem como a um aumento significativo da taxa de suicídio, quando comparada com a população em geral. Deste modo, apenas uma

pequena parte desta população recorre aos cuidados de saúde, reportando o medo de sofrer qualquer tipo de estigmatização, com base na sua IG, sendo este o principal motivo apontado para a recusa de ajuda médica.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Com efeito, este medo é justificável, já que, quando comparável com pares cis, a população trans tem uma maior probabilidade de sofrer discriminação associada aos cuidados de saúde.⁽⁸⁾

Por outro lado, naquilo que se refere aos profissionais de saúde, é também alarmante a desinformação e a falta de prática para com a saúde trans e todas as suas particularidades, que levam inevitavelmente a uma inadequada prestação de cuidados, constituindo por isso uma barreira. Num estudo realizado mostrou-se que apenas um terço dos ginecologistas dos Estado Unidos da América (EUA) se sentiam confortáveis quanto aos cuidados de saúde trans⁽⁹⁾ e que 80% destes identificaram a falta de treino nesta temática durante o internato.⁽⁸⁾ É imprescindível que os profissionais saibam identificar as especificidades e os riscos da terapia hormonal de longa duração, nomeadamente com o uso de testosterona, bem como quais os rastreios adequados à população com base nos seus órgãos genitais de forma a poderem prestar os melhores cuidados a este grupo.⁽⁸⁾

Aliando a discriminação ao próprio desafio de abordar os órgãos genitais com que um indivíduo trans nasceu, a experiência de recorrer aos serviços médicos torna-se particularmente complexa para estas pessoas. Assim, a sensibilidade do profissional para a tentativa de criar um espaço seguro e um ambiente de confiança é crucial para que se estabeleça uma boa relação médico-doente. Algumas técnicas que podem e devem ser adotadas são, por exemplo, questionar o doente quais os seus pronomes, referir-se ao mesmo pelo nome com que este se refere a si próprio (evitando usar o nome de nascença que, muitas vezes, ainda se encontra nos registos clínicos - *dead name*), esclarecer que algumas questões, nomeadamente referentes ao comportamento sexual, fazem parte rotineira da consulta e ainda utilizar terminologia neutra.^(8,9)

Apesar da falta de evidência, estudos demonstram que existem taxas consideráveis (cerca de 32%)⁽¹¹⁾ de gravidezes indesejadas em homens trans sob terapia hormonal prolongada com testosterona. Inclusivamente, muitos destes indivíduos, por estarem amenorreicos, consideram esta terapêutica um método contraceptivo. Foi também demonstrado que esta crença é perpetuada pelos seus médicos assistentes.^(7,9) Neste sentido, e porque a testosterona pode ser teratogénica no primeiro trimestre da gravidez, é importante ter em consideração que, para um indivíduo trans ou não-binário, após excluídas comorbilidades ou fatores de risco que contra indiquem um determinado anticoncepcional, devem ser oferecidas as mesmas opções e métodos que são rotineiramente prescritos a pessoas cis.^(8,9) Ainda assim, há que ter em conta as especificidades desta comunidade de modo a fazer uma seleção criteriosa que se adegue

aos desejos individuais da pessoa, uma vez que, condições como a gravidez ou a menstruação podem ter consequências nefastas na disforia de género sentida por este grupo de pessoas.^(8,9) De uma forma geral, podemos dividir os anticoncepcionais em métodos hormonais combinados (que contêm na sua composição estrogénios e progesterona), pertencendo a esta classe os contraceptivos orais combinados, transdérmicos e anel vaginal. Existem ainda os contraceptivos que possuem unicamente progesterona, nomeadamente a contraceção oral progestativa, o implante subcutâneo e o sistema intrauterino (SIU). Quanto aos métodos não hormonais, incluem-se o preservativo, o dispositivo intrauterino de cobre (DIU), a laqueação das trompas de falópio e vasectomia (estes últimos de carácter definitivo).⁽¹²⁾ Existem também os contraceptivos de emergência que, não sendo preventivos, podem ser usados nas situações em que, por algum motivo, há risco de uma gravidez indesejada na sequência de uma relação sexual penetrativa entre indivíduos que produzem óvulos e espermatozoides.^(8,12)

Deste modo, pela pertinência deste tema tanto para a comunidade científica como para as pessoas trans, nesta dissertação serão explanadas as especificidades da contraceção nos homens trans, não-binários ou *gender fluid/queer* cujo sexo feminino lhes foi designado à nascença que, doravante serão designados por pessoas *trans and gender diverse* (TGD). Desta forma, procuramos aumentar a literacia dos prestadores de cuidados de saúde nesta temática, por forma a tornar a saúde global e igualitária para todas as pessoas, independentemente da sua identidade de género.

Materiais e Métodos

A elaboração desta revisão narrativa da literatura teve início com uma pesquisa do *estado da arte* nos repositórios das universidades portuguesas que incluem o Mestrado Integrado em Medicina. Com esta busca inicial pretendia-se inferir se existiam dissertações com esta temática e, uma vez que não foram obtidos resultados nesse sentido, procedeu-se à análise de outros trabalhos cujo foco fosse a comunidade trans e pessoas TGD.

A principal fonte de pesquisa bibliográfica foi a plataforma *PubMed*, de onde foram retiradas a maioria das referências. Foram também utilizadas outras fontes pertinentes encontradas noutras dissertações de Mestrado com temáticas relacionadas.

Incluíram-se artigos redigidos unicamente em português e inglês, entre os anos 2011 e 2022. Para efetuar a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Trans”; “Transgender”; “Contraception”; “Contraceptive Use”; “Family Planning”.

A pesquisa elaborada para a redação desta dissertação terminou em janeiro de 2023, pelo que não foram incluídos artigos escritos posteriormente a esta data.

Resultados e Discussão

Acesso aos Cuidados de Saúde por Pessoas Trans e *Gender Diverse*

As pessoas TGD têm dificuldades colossais no acesso aos cuidados de saúde, seja por barreiras intrínsecas ou extrínsecas a si. O reduzido acompanhamento médico deste grupo é amplamente distribuído pelas várias áreas em que beneficiariam de um seguimento regular, sejam elas a hormonoterapia, cirurgias de afirmação de género ou psicoterapia.⁽¹³⁾ Segundo James-Abra et al., 2015,⁽¹⁴⁾ e Agénor et al., 2020⁽¹⁵⁾ naquilo que se refere à contraceção e fertilidade, o panorama não difere substancialmente. Tanto a falta de formação dos profissionais no que se refere às necessidades particulares desta população, como o reduzido investimento científico nesta área e para com as pessoas TGD, levam a mau resultado de saúde.^(14,16) Por estes motivos, são erguidas barreiras que dificultam o acesso e a procura de cuidados de saúde por esta comunidade.^(10,13,17) Estes entraves podem ser de várias índoles como a inexperiência de profissionais na área da saúde trans, a falta de profissionalismo, o reduzido número de instituições verdadeiramente inclusivas e com profissionais capacitados nesta temática, o estigma e a discriminação social ou até mesmo a carência financeira.⁽¹⁶⁾ Como seria expectável, as consequências do afastamento dos cuidados de saúde por parte deste grupo populacional, são extremamente prejudiciais, pelo que é essencial trabalhar na criação e implementação de ambientes inclusivos na área da saúde, bem como combater a transfobia, por parte dos profissionais, a que estes indivíduos estão expostos.⁽¹³⁾ Em acrescento, um estudo realizado nos EUA demonstrou que pessoas TGD grávidas têm uma maior tendência para recorrer a serviços de *midwifery* (cuja tradução aproximada à língua portuguesa é “serviços prestados por parteiras”), ao invés de cuidados de saúde convencionais, quando comparados às grávidas cis.⁽¹⁸⁾ Este facto merece ser alvo de mais estudos, de forma a que se compreenda o padrão de migração para este tipo de serviços, o seu modo de atuação e o impacto que tem na vida dos pacientes TGD.⁽¹⁶⁾

Em vários estudos realizados, foi demonstrado que uma grande percentagem dos indivíduos TGD já sofreu pelo menos um episódio negativo associado aos cuidados de saúde, motivando a sua evicção dos mesmos. Assim, formas de negligência relatadas foram, por exemplo, a recusa de tratamento com base nas suas IG, agressão verbal e a necessidade de explicar ao próprio profissional especificidades sobre a saúde trans. Foram também flagrantes os testemunhos de abuso físico e sexual.^(13,14) Em acréscimo, estão relatados dados na literatura que apontam para o facto de utentes TGD preferirem

omitir a sua IG ou mesmo recusar ajuda médica (incluindo o Serviço de Urgência) por medo de sofrer estigmatização ou maus-tratos associados aos cuidados de saúde.⁽¹⁴⁾

Por outro lado, apesar de incomuns, também são relatadas algumas experiências positivas no acesso aos cuidados de saúde por pessoas TGD, que se prenderam principalmente pelo uso de vocabulário inclusivo e apropriado quanto ao género.⁽¹⁵⁾ Na grande maioria dos casos, verificou-se que os profissionais envolvidos ter-se-iam formado de forma independente e voluntária em temáticas relacionadas à saúde trans, o que lhes proporcionou uma sensibilidade aumentada e resultou numa atitude empática e compreensiva aquando do contacto com os utentes.^(14,18)

Neste sentido e pelos motivos já enunciados, ficou evidente que recorrer aos cuidados de saúde pode ser causa de grande stress e ansiedade para as pessoas TGD. Assim, os estudos apoiam a evidência de que é essencial reunir esforços para a criação de espaços seguros e inclusivos, de forma a que estes pacientes sejam encorajados a recorrer a ajuda médica quando necessário sabendo que vão receber os cuidados apropriados e de que necessitam.^(13,14) Este trabalho começa pela incrementação ativa da literacia em saúde trans nos próprios profissionais de saúde, bem como em todos os técnicos e operacionais que interagem com os utentes, de forma a que compreendam as pessoas TGD em todas as suas esferas, sejam elas o género, a identidade e o corpo.⁽¹⁶⁾ O uso de de linguagem inclusiva sem suposições sobre a IG e os órgãos sexuais das pessoas é crucial para recolher uma história clínica e, por conseguinte sexual, completa de forma eficaz. É também fulcral, aplicar esta linguagem de forma sistemática e não apenas perante pessoas assumidamente TGD.^(9,14,16) Exemplos de linguagem inclusiva a utilizar em contexto de consulta e durante a recolha de informação sobre a saúde sexual e reprodutiva serão expostos nas tabelas 1 e 2.⁽⁹⁾ No entanto, é de reforçar que devem ser feitas apenas as questões absolutamente necessárias ao caso, para que a entrevista clínica não se torne invasiva e possa deixar o paciente desconfortável.⁽¹⁰⁾ Esta temática deve ser preferencialmente questionada às pessoas, de forma individualizada, por forma a ser clarificada a forma como preferem ser tratadas, naquilo que ao seu corpo diz respeito, até porque existem termos menos adaptáveis à linguagem inclusiva ou palavras que existem na língua inglesa mas não na portuguesa.^(9,16,19)

Tabela 1 - Sugestão de Linguagem Inclusiva em Saúde Sexual e Reprodutiva (adaptada).⁽⁹⁾

Linguagem Inclusiva (sem género)	Linguagem a evitar
Pessoa que menstrua/que está grávida	Mulher; Mulher Grávida
Pessoa que produz esperma	Homem
Cisgénero	Mulher/Homem Biológico
Designado homem à nascença	Homem Biológico

Designada mulher à nascença	Mulher Biológica
Saúde Sexual/Genital	Saúde Ginecológica/da Mulher
Genitais Externos/Área Pélvica Externa	Vulva; Clitóris
Partes Externas	Pénis; Testículos
Abertura Genital/Frontal; Canal Interno	Vagina
Órgãos Reprodutivos Internos	Órgão Reprodutores Femininos
Órgãos Internos	Útero; Ovários
Glândula Interna	Próstata
Peito	Seios/Mamas
Produtos Absorventes	Pensos; Tampões
Preservativo Interno	Preservativo Feminino
Hemorragia Uterina	Período/Menstruação
Eixo Hipotálamo-Hipófise-Gónadas (ovários/testículos)	Eixo Hipotálamo-Hipófise-Gónadas Masculino/Feminino

Tabela 2 - Sugestão de Guião Inclusivo na Recolha da História Sexual (adaptada).⁽⁹⁾

<i>“Com que género se identifica? Qual o género que lhe foi atribuído à nascença?”</i>
<i>“Quais são os seus pronomes?”</i>
<i>“Fez alguma cirurgia?” (inventário anatómico)</i>
<i>“Tem relações sexuais?” (não assumir sexualidade do utente - inclusivo para pessoas assexuais)</i>
se não: <i>“Por escolha ou por outro motivo? Deseja ter sexo?”</i>
<i>“Quais são os géneros e órgãos sexuais das pessoas com quem tem relações?” (não assumir monogamia)</i>
<i>“Nas relações sexuais, que partes do corpo utiliza?”</i>
<i>“Costuma recorrer ao uso de brinquedos sexuais?”</i>
<i>“Usa métodos de barreira para prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis?”</i>
<i>“Utiliza algum método contraceutivo? Deseja engravidar agora ou no futuro?”</i>
<i>“Quais as suas expectativas relativamente à construção da sua família?”</i>
<i>“Alguém alguma vez forçou uma relação sexual contra a sua vontade?”</i>
<i>“Que outras questões considera que temos de abordar quanto à sua saúde sexual e reprodutiva?”</i>

Outras técnicas que podem fazer a diferença na interação dos prestadores de cuidados de saúde e pessoas TGD são, por exemplo, a colocação de um sinal ou símbolo de inclusividade (uma bandeira, por exemplo) e retirar ou substituir pósteres dispostos nos gabinetes que possam ser discriminatórios, (um cartaz em tons de cor de rosa que faça referência ao rastreio do cancro do colo do útero e que use termos como “saúde da mulher”, por exemplo).^(13,15,16) Colocar visivelmente cartazes alusivos às várias

configurações familiares e que demonstrem temas relevantes da saúde trans é também um sinal de inclusividade.^(15,19,20) É imperativo que todos os formulários de admissão, bem como os programas informáticos utilizados distingam género de sexo e ainda que providenciem multiplicidade de respostas, evitando o binarismo feminino/masculino.^(19,20) Garantir a existência de, pelo menos, uma casa de banho de género neutro, se possível com indicação de qual contém urinóis, é crucial para que as pessoas não-binárias ou *gender fluid/queer* se sintam confortáveis.⁽¹⁹⁾ É também de extrema importância questionar quais os pronomes pelos quais a pessoa se identifica (Ele/Ela; Dele/Dela; outros) ou o seu nome escolhido, (caso apenas se tenha informação relativamente ao nome atribuído à nascença, que muitas vezes é o que se encontra registado nos processos clínicos) de forma a que seja possível dirigir-se à mesma da forma mais correta possível, evitando o *misgendering* (que diz respeito à utilização errada dos nomes ou pronomes escolhidos para a IG do indivíduo).^(13,16,19) É essencial que todos os profissionais saibam reconhecer os seus erros e pedir desculpa quando, eventualmente, estes ocorrerem.^(13,16) Por outro lado, a nomenclatura das próprias clínicas pode ter impacto negativo na procura de cuidados por pessoas TGD, sendo preferível que estas adotem nomes sem género (*Centro de Medicina Reprodutiva* ao invés de *Centro de Saúde da Mulher*).⁽¹⁹⁾ Por último, a contratação de pessoas TGD pelas instituições de saúde pode, não só torná-las mais inclusivas, como também aumentar a diversidade e visibilidade desta comunidade diminuindo as desigualdades e o estigma social.^(17,19)

É importante considerar os indivíduos TGD enquanto pessoas com desejos e aspirações, tal como as pessoas cis,⁽¹⁶⁾ deixando de parte as suposições de género, sexo e orientação sexual - que muitas vezes pode ser fluida.⁽¹⁷⁾ É fundamental entender as suas diferenças e que o planeamento familiar, a contraceção e a própria gravidez não devem ser descuradas no momento da prestação de cuidados a pessoas TGD assumindo que, por terem IG menos frequentes, não desejam ou necessitam desse tipo de cuidados e conhecimentos.^(10,16,17) Assim, é premente que os profissionais ofereçam, de forma rotineira, informações sobre planeamento familiar, fertilidade e anticonceção (com informação detalhada sobre os métodos contraceptivos disponíveis em cada caso)⁽¹⁵⁾ para que as pessoas TGD se sintam confortáveis e tenham a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas bem como de ter o acompanhamento de que necessitam e merecem, tentando minimizar a possível disforia de género associada a esta temática.^(17,19,21)

Terapia Hormonal com Testosterona

Apesar de nem todas as pessoas TGD requererem terapia hormonal masculinizante para aproximarem o seu corpo da sua IG, uma grande parte recorre a este tratamento com testosterona, com vista a diminuir a disforia de género sentida.^(2,7)

Os principais objetivos do tratamento hormonal com testosterona são o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários tipicamente masculinos e minimização ou supressão das características femininas.^(8,19) Por outro lado, indivíduos não-binários podem requerer esta terapia para atingirem uma aparência mais andrógena.⁽⁸⁾ Neste sentido, antes de iniciar este tipo de tratamento, é importante explicar ao utente quais os efeitos esperados no seu corpo, entre os quais podemos destacar o engrossamento da voz e da cartilagem tiroideia, o crescimento de pelo facial e corporal, bem como, o aumento da massa muscular. É induzida também a redistribuição da gordura corporal e a recessão da linha do cabelo com possível calvície. Ao nível dos órgãos sexuais e reprodutivos, a testosterona pode induzir amenorreia, atrofia vaginal, crescimento do clitóris e aumento da libido.^(7,13,19)

Estudos a decorrer atualmente sugerem, até ao momento, que este tratamento não acarreta efeitos colaterais *major*, no entanto, recomenda-se que indivíduos sob testosterona realizem estudos analíticos frequentes ao metabolismo dos lípidos, tensão arterial, retenção salina/hídrica e ainda que seja despistada apneia obstrutiva do sono.^(19,22)

Existem apenas três contraindicações absolutas ao uso da testosterona, entre as quais policitemia (hematócrito acima de 55%), doença coronária instável e gravidez.^(13,23) Na verdade, a terapêutica masculinizante é teratogénica^(16,21,22) causando defeitos no feto como fusão labial, crescimento anormal da vagina, clitoromegalia e patência do seio urogenital. Estas anomalias ocorrem principalmente no primeiro trimestre da gravidez, momento em que esta mais facilmente passa despercebida, principalmente se a pessoa estiver anteriormente em amenorreia.⁽⁹⁾

A testosterona induz amenorreia na grande maioria das pessoas TGD no espaço de um a seis meses após início do tratamento.⁽²²⁾ Este fenómeno deve-se a mecanismos de supressão parcial da ovulação⁽⁹⁾ ou atrofia endometrial.^(8,19,22) Em acrescento, é crucial alertar os utentes que iniciam este tratamento para este facto, por forma a desmistificar a premissa errónea de que uma pessoa em amenorreia não consegue engravidar.⁽²⁴⁾ Em caso de permanência de hemorragia vaginal, os utentes devem ser educados para a procura de aconselhamento, pois pode ser necessário realizar um ajuste terapêutico,⁽¹³⁾ que poderá ser feito, por exemplo, com recurso a métodos contraceptivos progestativos em concomitância com a testosterona.⁽⁸⁾ Alertar para outros efeitos, como a atrofia vaginal, que podem resultar num maior risco de infeções do trato urinário, cervicite e

dispareunia também é deveras importante, uma vez que, com o devido acompanhamento, são problemas facilmente ultrapassáveis.⁽¹³⁾

Apesar de alguns estudos referirem que a testosterona diminui a probabilidade de fecundação em pessoas TGD,^(15,22) é ainda incerto o papel do tratamento na fertilidade destes indivíduos. Ainda assim, está comprovado que a ovulação continua a existir (mesmo que esporadicamente) e, que por isso, existe a possibilidade de ocorrer uma gravidez.^(13,15,22) Em termos fisiológicos, o aumento dos níveis de testosterona inicia um mecanismo de *feedback* negativo sobre o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas, com consequente diminuição da secreção da hormona folículo-estimulante (FSH) e da hormona luteinizante (LH), mas sem a sua completa supressão.⁽⁷⁻⁹⁾ Pensa-se que este é um dos motivos para a ocorrência de ovulação esporádica e de diferentes estádios de evolução histológica dos folículos. Os níveis de estradiol não completamente suprimidos, bem como a aromatização periférica (conversão de androstenediona em estrona pela enzima aromatase) sugerem atividade residual dos ovários.⁽⁷⁾ Neste sentido, e apesar de causar amenorreia, está estabelecido que a testosterona não deve, por si só, ser utilizada como método contraceutivo.^(7,8,19)

Apesar do supracitado, existem ainda muitos profissionais que prescrevem este fármaco, erroneamente, enquanto anticoncepcional.^(15,16,19) Este facto foi comprovado num estudo realizado em 2020, em que 16% dos 197 indivíduos TGD que responderam ao questionário se encontravam a usar testosterona enquanto método contraceutivo, por aconselhamento de um prestador de cuidados de saúde.⁽¹⁹⁾ Por outro lado, existem relatos de pessoas TGD que reconhecem que a testosterona não funciona como método contraceutivo e, que por isso, tomam medidas preventivas relativamente à gravidez.⁽²⁰⁾ Uma vez mais, consideramos que é crucial que os profissionais de saúde se eduquem nesta temática, de forma a providenciar o acompanhamento e aconselhamento a todas as pessoas que tenham comportamentos sexuais que possam resultar em fecundação, bem como fornecer todas as restantes informações necessárias sobre os efeitos deste tratamento.^(8,13,19)

Fertilidade e Gravidez

Tal como referido anteriormente, apesar da possível diminuição da fertilidade e interação com o desenvolvimento fetal, a gravidez é possível após o início do processo de transição hormonal nas pessoas TGD.⁽²⁴⁾ Assim, o aconselhamento contraceutivo é essencial.⁽²⁵⁾ No entanto, os desejos de fertilidade e parentalidade não devem ser descurados e devem ser discutidos precocemente e, preferencialmente, antes do início do processo de transição hormonal ou da realização de cirurgias de afirmação de género.⁽¹³⁾

No início do presente século, vários foram os estudos desenvolvidos sobre a ética de prestar apoio às pessoas TGD nos serviços de Medicina Reprodutiva, tendo-se discutido motivos como a inadequação e instabilidade mental. Ainda assim, ao longo dos últimos anos, o paradigma foi-se alterando pela falta de evidência que comprovasse que o bem-estar de crianças com pais trans fosse comprometido, simplesmente com base nas suas IG. Com efeito, por estar provado que o desejo da parentalidade está presente em percentagem elevada nas pessoas TGD,⁽¹⁹⁾ a *World Professional Association for Transgender Health* recomenda que todas as pessoas TGD recebam aconselhamento na área da fertilidade antes de iniciarem qualquer tipo de tratamento,⁽¹⁴⁾ sendo esta recomendação a atual *standard of care*.⁽¹¹⁾ De acordo com um estudo realizado por Wierckx et al., 2012,⁽²⁶⁾ que avaliou as expectativas de parentalidade nas pessoas TGD, verificou-se que mais de metade (54%) dos homens trans manifestaram vontade de parentalidade futura e cerca de 22% referiram já ter filhos,⁽²⁶⁾ confirmando, deste modo, que de facto a população TGD deseja ter descendência.⁽¹⁶⁾ O padrão repete-se num estudo realizado por Defreyne et al., 2020,⁽²⁷⁾ em que se investigaram os desejos relacionados à preservação da fertilidade e parentalidade em que, num universo de 172 pessoas TGD (116 homens trans e 56 pessoas *gender fluid/queer*), 39% expressaram desejo atual ou futuro de parentalidade, mas apenas 9% tinham criopreservado células ou tecidos reprodutivos.⁽²⁷⁾ Assim, verificou-se que o aconselhamento reprodutivo é essencial para esta população e que, apesar de ser uma temática que frequentemente é omitida por parte dos profissionais de saúde, deve ser reforçada a importância da sua abordagem.⁽¹¹⁾

Outro fator a ter em consideração é a relação entre a afirmação de género e as expectativas de parentalidade. Foi descoberto que pessoas TGD muitas vezes associam a gravidez a emoções negativas devido à sua relação ao género feminino e que, após a transição passaram a encarar a experiência da parentalidade de uma nova perspetiva antes não considerada (enquanto “pais” ao invés de “mães”). Por outro lado, segundo Stark et al., 2019,⁽²⁴⁾ ter uma IG definida enquanto homens trans diminui a probabilidade de ambicionar a parentalidade ao passo que IG fluídas (*gender fluid/queer*) estavam mais associadas a planos de gravidez futura. Tal pode prender-se, uma vez mais, à incongruência entre o papel de género normalmente feminino a que a gravidez está relacionada. Seria importante ver esclarecidas estas hipóteses pois, elas ressaltam a importância de os profissionais de saúde perceberem a IG dos utentes, bem como as suas motivações e receios em relação à transição. É também fulcral entender qual é o papel da transição naquilo que são os papéis de género para a pessoa TGD e como esta pode diminuir a sua disforia de género, caso exista.⁽¹⁶⁾

As opções de preservação da fertilidade para pessoas TGD são semelhantes às de pessoas cis e, entre estas possibilidades estão a preservação de espermatozoides em

banco de espermatozoides, preservação de oócitos, conservação de embriões e ainda criopreservação de tecido testicular ou ovárico.^(13,14,25) A taxa de sucesso destes procedimentos é maior se realizados antes do início do processo de transição hormonal.⁽²⁵⁾ A literatura disponível ainda destaca a criopreservação de embriões como a melhor técnica a realizar, no entanto pode ser inexecutável para a grande maioria das pessoas TGD uma vez que exige a formação dos embriões antes do indivíduo desejar a parentalidade, principalmente se este iniciou o processo de transição na adolescência ou início da idade adulta.⁽¹⁴⁾ Neste sentido é recomendado que na adolescência sejam feitas intervenções de afirmação de gênero com mínimo efeito sobre a fertilidade, com vista à melhoria da disforia, de forma a aumentar a janela temporal que estes indivíduos têm para explorar os desejos de parentalidade.⁽¹⁶⁾

Pessoas TGD em tratamento hormonal com testosterona, que desejem parentalidade biológica, têm a possibilidade de prosseguir com uma gravidez segura e facilitada após interrupção deste fármaco, independentemente da forma como optem por fazê-lo. Podem por exemplo escolher entre a realização de inseminação com espermatozoides da pessoa com quem têm uma relação ou de um dador; é possível ainda escolher se pretendem fertilização *in vitro* com transferência do embrião para outra pessoa ou prosseguir a própria gravidez.⁽¹³⁾ É evidente que a possibilidade de parentalidade biológica por parte de pessoas TGD está intimamente relacionada com cirurgias de afirmação (histerectomia e/ou ooforectomia, por exemplo) que tenham ou não executado, bem como outros tratamentos que optem por realizar.⁽²⁵⁾

Quer seja desejada ou acidental, a gravidez pode ser uma experiência causadora de disforia de gênero e isolamento, por ser extremamente associada ao gênero feminino^(13,24,25) e/ou pelas alterações corporais inerentes.⁽¹⁶⁾ Num estudo realizado por Ellis et al., 2015,⁽²⁸⁾ com uma amostra de oito homens trans que levaram uma gravidez a termo, verificou-se que os participantes experienciaram solidão mantida e que o processo de fluidez de identidade lhes requeria muita energia e atenção, principalmente por não existirem referências ao que deveria ser o papel ativo e integrado de um parente/progenitor TGD.⁽²⁸⁾ Neste sentido é imprescindível que os profissionais, principalmente ginecologistas-obstetras e outros que acompanhem pessoas TGD durante a gravidez e no pós-parto/puerpério, tenham este fator em consideração e que estejam preparados para auxiliar estes indivíduos a ultrapassar quaisquer dificuldades associadas a esta condição.^(13,28) A referência para serviços de saúde mental com experiência nesta área pode ser benéfica.^(13,28) É ainda crucial que os profissionais considerem a possibilidade de que muitos utentes TGD, após o término da gravidez, não se consideram “mães” e que por isso é necessário ter especial cuidado com a linguagem

utilizada, devendo ser sempre inclusivos e priorizando a termos neutros como por exemplo “parente”^(13,16) (tradução mais aproximada do inglês *parent*).

A decisão de retomar o tratamento hormonal com testosterona deve ser ponderada após o parto. Para pessoas TGD que desejem amamentar, esta decisão deve ser adiada até ao término da amamentação, uma vez que, apesar de não existir evidência sólida de que esta substância atravesse para o leite, a testosterona pode inibir a lactação por meio de bloqueio hormonal.^(13,25) Indivíduos que tenham sido intervencionados com cirurgia mamária permanecem aptos à amamentação, com auxílio de dispositivos específicos para o efeito.⁽²⁵⁾ Por outro lado, para aqueles que consideram a lactação um fator stressor e de disforia, a sua supressão deve ser uma opção.⁽¹³⁾

Uma vez mais se reforça a necessidade de profissionais treinados nesta temática, para que todo este leque de possibilidades seja discutido de forma consciente com os utentes, pois só assim é possível garantir escolhas conscientes e informadas sobre fertilidade, planeamento familiar e anticonceção.^(9,16)

Hemorragia Uterina em Pessoas TGD

No momento em que uma pessoa TGD se dirige ao seu ginecologista-obstetra, é essencial, que este recolha uma história clínica completa que inclua as suas comorbilidades, medicação habitual, tratamento hormonal e sua duração, passado cirúrgico e história sexual de relevo,^(8,19) usando as técnicas de comunicação inclusiva apropriadas. A maioria destes indivíduos, se estiverem sob tratamento hormonal com testosterona há pelo menos seis meses, irão apresentar-se em amenorreia.⁽²⁹⁾ Exatamente por este motivo, a recolha da história clínica deve ser ampla, visto que pessoas TGD que se encontrem em transição hormonal há mais de seis meses mas que mantenham hemorragia uterina ativa ou esporádica, devem realizar uma avaliação complementar de forma a que se perceba a causa da hemorragia.^(19,29,30) A avaliação das concentrações de testosterona e estradiol para os intervalos de referência masculinos deve ser realizada, assim como um teste de gravidez nos casos em que os indivíduos tenham relações sexuais em que exista a possibilidade de contacto entre espermatozoides e óvulos.⁽³¹⁾ Devem ainda ser pesquisadas outras causas de hemorragia uterina anormal como adenomiose, leiomiomatose, hiperplasia/neoplasias do endométrio, defeitos da coagulação, disfunção ovulatória ou endometrial e ainda causas iatrogénicas.⁽³²⁾ A pesquisa, diagnóstico e tratamento do problema é mandatório, já que hemorragia vaginal pode ser um importante fator desencadeante de disforia nestes doentes.

Apesar dos estudos não associarem o uso de testosterona a um maior risco de carcinoma do endométrio, ainda não se conhecem os efeitos a longo prazo desta terapêutica relativamente às neoplasias malignas. Assim, perante uma hemorragia

uterina anormal, numa pessoa TGD não hysterectomizada, é essencial a pesquisa de neoplasias uterinas, nomeadamente do endométrio.⁽³³⁾ Sendo esta a principal causa a descartar, pela sua gravidade, outras causas de hemorragia uterina anormal, nomeadamente de etiologia infecciosa, devem ser também excluídas. De acordo com um estudo, concluiu-se que o risco de vulvovaginites em pessoas TGD é semelhante ao de mulheres cis, no entanto o uso da testosterona propicia a atrofia vaginal, que por sua vez condiciona um fator de risco para hemorragia desta etiologia. Por este mesmo motivo, os rastreios às infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) são também essenciais na marcha diagnóstica da hemorragia uterina anormal.⁽³⁴⁾

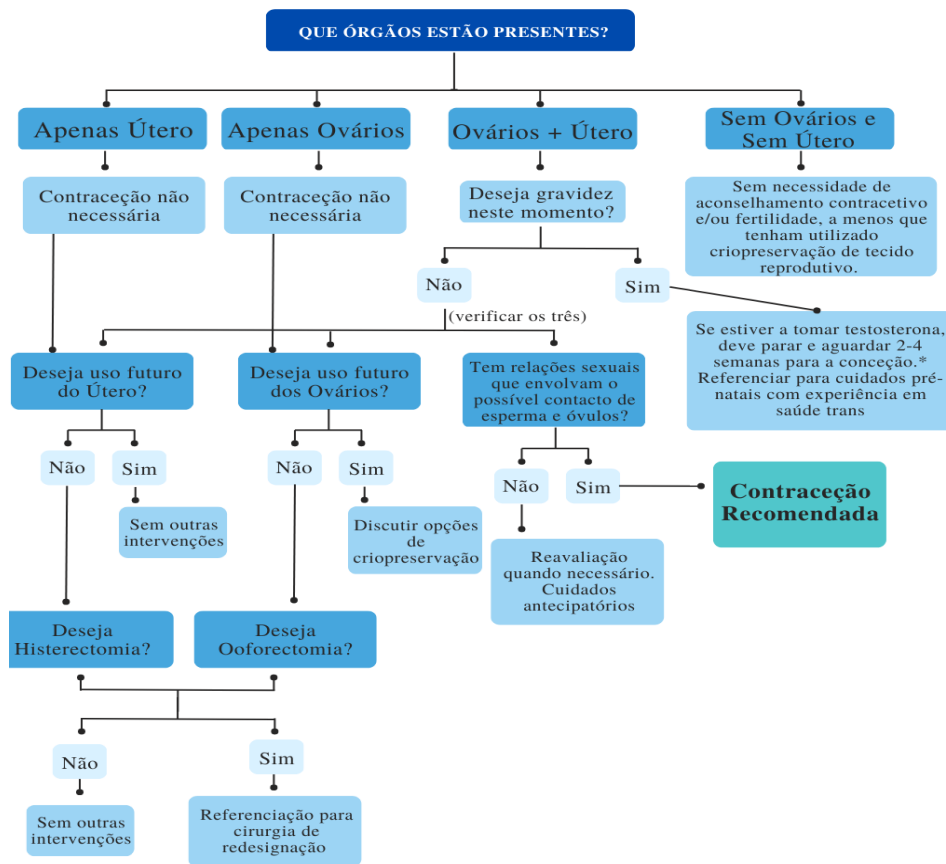
Perante um padrão hemorrágico sugestivo, podem ser consideradas causas estruturais como a miomatose, cujo melhor tratamento é o cirúrgico. Assim, e caso a pessoa deseje também uma cirurgia de afirmação de género, a hysterectomia é a melhor opção visto tratar-se de uma opção que possibilita amenorreia definitiva. No caso do indivíduo não desejar ser submetido a uma cirurgia e não tiver desejos de parentalidade futura, a ablação endometrial é também uma opção.⁽⁸⁾ Outra alternativa a considerar no tratamento da hemorragia uterina anormal é o uso de meios contraceptivos, que poderão não só cessar a hemorragia associada, por exemplo, ao uso de testosterona como ainda prevenir uma gravidez indesejada.⁽⁹⁾

Na medicina, perante um problema, é boa prática seguir-se a evidência mais atualizada e os respetivos algoritmos de diagnóstico e tratamento, no entanto quando estamos perante indivíduos TGD é importante que os profissionais consigam fazer as devidas adaptações às particularidades desta população. Por exemplo, na presença de uma hemorragia uterina anormal, o mais correto seria a realização de uma ecografia endocavitária transvaginal, no entanto este é um exame que pode causar extremo desconforto e disforia de género nestes utentes.⁽⁸⁾ Assim, neste caso, seria apropriado realizar uma ecografia pela via abdominal se fosse possível avaliar o útero adequadamente. No caso do exame transvaginal ser indispensável, além da necessidade de ser realizado por um profissional com experiência em saúde trans, podem ser tomadas medidas para atenuar o sofrimento do utente aquando da realização da técnica, nomeadamente a administração de uma pequena dose de ansiolítico oral concomitante com lidocaína tópica vaginal, ou ainda dar a possibilidade à pessoa de colocar a sonda a si própria, caso assim prefira.⁽³⁵⁾ Neste sentido, perante uma hemorragia uterina anormal, pode ser benéfico optar-se por um trial terapêutico com métodos contraceptivos com função de supressão menstrual, visto que a restante abordagem do problema pode ser invasiva e extremamente desconfortável para o indivíduo.⁽⁹⁾

Aconselhamento Contraceutivo

Todas as pessoas TGD que mantenham os seus órgãos reprodutivos e que tenham atividade sexual que possa resultar em gravidez (em que haja possível contacto entre espermatozoides e óvulos) devem receber aconselhamento contraceutivo,^(13,22) de forma a evitar tanto a gravidez indesejada como exposição fetal à testosterona.⁽⁷⁾ Este acompanhamento passa também pela clarificação de que o tratamento hormonal com testosterona, por si só não funciona como método contraceutivo⁽⁸⁾ e ainda, que amenorreia não significa infertilidade.⁽¹³⁾ Só através deste acompanhamento e seguimento é possível balancear as necessidades contraceutivas de cada indivíduo de acordo com os seus valores e intenções de planeamento familiar.⁽¹⁹⁾

Uma vez mais, para uma correta orientação das pessoas TGD nesta temática é crucial que o profissional de saúde, assegurando a utilização de linguagem inclusiva na recolha da história clínica, realize um inventário anatómico do utente. Só assim é possível apurar verdadeiramente quais as necessidades do indivíduo, já que a sua anatomia terá estreita relação com as suas necessidades de contraceção. Este passo perentório pode seguir o modelo em seguida apresentado na figura 1.



*- Não existem dados suficientes para determinar um período seguro de *washout* da testosterona. Estimativa baseada na duração de ação das injeções intramusculares deste fármaco.

Figura 1 - Fluxograma para avaliação das necessidades contracepcionais com base na anatomia. (Adaptada)⁽⁹⁾

Atualmente, por não existirem estudos que comprovem diretamente a ação da hormonoterapia na contraceção, considera-se que os métodos convencionais mantêm o seu típico modo de atuação, e que a testosterona circula em direção aos tecidos periféricos. Até à atualidade não existem linhas orientadoras baseadas na evidência em que se baseie a prescrição de contraceptivos a pessoas TGD,^(7,16) no entanto, com base na fisiologia e mecanismo de ação supra descritos, deduz-se empiricamente que todos os métodos prescritos rotineiramente a mulheres cis, podem também ser utilizados nesta população.⁽²²⁾

Nunca foi comprovado que o efeito do tratamento com testosterona tivesse interações indesejáveis com outros fármacos contraceptivos, nomeadamente aqueles que contêm hormonas.^(19,22) Assim, aquando do aconselhamento individualizado e apropriado ao utente, todas as opções contraceptivas devem ser equacionadas.^(19,22) Neste sentido, à semelhança do que acontece com mulheres cis, outros fatores de risco e/ou comorbilidades devem ser tidas em conta na prescrição da contraceção,⁽¹⁹⁾ ainda que esta população possa ter necessidades particulares.⁽⁹⁾ A primeira e mais importante consideração é a disforia de género. Este desconforto pode ser despoletado pelas mais diversas razões e pode variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo.⁽⁹⁾ Neste sentido, alguns métodos contraceptivos, por um ou outro motivo, podem desencadear reações de *distress* nas pessoas TGD, pelos que os seus efeitos devem ser explicados e discutidos, de forma a proporcionar cuidados antecipatórios e ser parte ativa do processo de afirmação de género do utente.⁽¹⁵⁾ Neste processo é crucial a escuta ativa e compreender que muitas vezes a eficácia do método não é o fator mais importante para as pessoas TGD.⁽¹⁹⁾ Em última instância, a preferência do utente é o que deve guiar a ação e prescrição do prestador de cuidados de saúde.⁽²²⁾

Tendo em conta as particularidades mencionadas, podem dar-se vários exemplo como, métodos de toma diária que tenham uma conotação social predominantemente feminina e que relembram as pessoas da sua anatomia, nomeadamente os contraceptivos orais, podem ser causa de disforia.^(7,9,36) Por outro lado, algumas pessoas podem preferir um método em que não seja necessária a realização de um exame pélvico com auxílio de espéculo, pelo facto da sua disforia estar associada aos órgãos genitais pélvicos.^(9,22,36) Já os anticoncepcionais que contenham hormonas como o estrogénio e a progesterona podem ser percebidos como feminizantes ou como neutralizadores do efeito da testosterona^(7,19,36) (efeitos estes não demonstrados⁽¹¹⁾), pelo que o aconselhamento baseado na evidência e a gestão de medos e expectativas da pessoa se torna preponderante nestes casos. Existem, por outro lado, pessoas para as quais, métodos hormonais que contenham apenas progestativos são uma opção viável.⁽¹⁹⁾ Outro motivo de intensa disforia pode ser a hemorragia uterina, pelo que uma grande parte das pessoas

TGD procura a amenorreia. Assim, para aqueles que assim o desejem, devem ser priorizados os métodos com maiores taxas de amenorreia, como por exemplo o acetato de medroxiprogesterona injetável ou o SIU^(8,19) (ainda que estes possam não ser imediatamente eficazes), e evitados os que causem hemorragia ou *spotting*⁽¹⁹⁾. Em casos em que se opte por exemplo pelo implante subcutâneo ou pelo SIU, em que seja necessário fazer uma abordagem temporária com outros métodos imediatos na cessação da hemorragia uterina, esta pode realizar-se, por exemplo, com contraceção oral combinada com toma contínua.⁽¹⁹⁾ Relativamente à amenorreia é ainda crucial fazer uma adequada gestão de expectativas do utente, alertando-o que a amenorreia completa pode não ser possível e que, por vezes, pode ser necessário experimentar vários tratamentos até que se encontre o mais adequado a si.⁽⁹⁾ Em contrapartida, quando o utente já se encontra em amenorreia apenas pela ação da testosterona, é pouco provável que exista nova hemorragia após introdução de um método contracetivo.⁽²²⁾ Outro exemplo de intensa disforia, para algumas pessoas TGD pode ser o peito, pelo que muitas vezes estes indivíduos usam *chest binders* de forma a criarem a aparência de um peito mais liso. Nestes casos, métodos que aumentem a sensibilidade dessa região podem, não só acentuar a disforia, como também provocar dor ou desconforto.⁽¹⁶⁾ A privacidade e periodicidades dos próprios métodos é outro fator que pode ser relevante para alguns utentes, pelo que há quem opte por aqueles em que não é necessária a sua compra, por exemplo em farmácias comunitárias, ou que tenham uma maior duração de ação,^(9,22) de forma a reduzir a necessidade de recorrer aos serviços de saúde.⁽¹⁹⁾

Os métodos contraceptivos cirúrgicos definitivos também devem ser abordados e discutidos com o utente, uma vez que nestes casos, podem ser úteis não só na prevenção da gravidez indesejada, como também fazerem parte do próprio processo de afirmação de género,⁽¹⁹⁾ por exemplo através da histerectomia. Esta cirurgia pode ser procurada para eliminar a necessidade de exames pélvicos ou para resolução de hemorragias uterinas anormais. Ainda assim, os profissionais de saúde não devem assumir que todas as pessoas TGD desejam ser histerectomizadas. É crucial que seja realizado um registo rigoroso de quais as cirurgias realizadas e os órgãos reprodutivos que se mantiveram de forma a providenciar um correto seguimento de rastreio no futuro.⁽¹⁹⁾ Já naquilo que se refere à contraceção de emergência, também deve ser dado o devido aconselhamento e salientar que não existe qualquer contraindicação a nenhum dos fármacos, independentemente do uso ou não de testosterona.⁽⁹⁾

De forma a perceber os padrões atuais de utilização de contraceptivos por pessoas TGD, foram realizados alguns estudos em que se avaliaram quais os métodos mais utilizados e as suas razões. Segundo Reynolds et al., 2021,⁽³⁶⁾ pessoas TGD têm menor probabilidade de recorrer à contraceção de emergência no último ano e menor uso

consistente de métodos de barreira nos últimos 30 dias, quando comparadas com pessoas cis. Neste estudo, estudantes TGD, quando comparados com estudantes cis, demonstraram uma menor taxa de utilização de métodos hormonais combinados, preservativos internos, espermicida e coito interrompido, ao passo que manifestaram maior probabilidade de recorrer a métodos como o implante subcutâneo, SIU, métodos definitivos e preservativos externos. Verificou-se então que este grupo tem uma maior tendência na procura de métodos reversíveis de longa duração e métodos de barreira. Apesar de raros em ambos os grupos estudados (estudantes TGD e cis), os métodos definitivos eram substancialmente mais frequentes em indivíduos TGD. Neste estudo, a prevalência do uso de contraceptivos por estudantes TGD foi superior (87%) à registada em estudos anteriores com amostras de adultos TGD (37-77%).⁽³⁶⁾ Noutro estudo, conduzido por Light et al., 2018,⁽¹¹⁾ os preservativos externos eram os métodos mais utilizados pelas pessoas TGD, seguidos dos SIU, sendo que os motivos mais apontados para a interrupção de qualquer método referiam-se à descontinuação de relações sexuais que pudessem resultar em gravidez ou realização de histerectomia. Das 197 respostas recolhidas na amostra, 62 participantes reportaram já ter usado algum tipo de contraceptivo oral, sendo que desses, 36 referem ter recorrido a contraceção oral combinada. Cerca de metade destes indivíduos descontinuaram esta medicação pelos seus efeitos colaterais e por receio de possíveis efeitos feminizantes. Neste mesmo estudo concluiu-se que a percentagem de utilização de contraceção em pessoas TGD era semelhante à da população cis. Por outro lado, percebeu-se que os contraceptivos reversíveis de longa duração, apesar de não serem os de uso mais comum neste grupo, eram substancialmente mais frequentes quando comparados com a população em geral.⁽¹¹⁾

Em seguida, de forma a sistematizar quais as principais vantagens e desvantagens dos métodos mais comuns, na perspetiva de uma pessoa TGD, estas serão abordadas individualmente para cada uma das opções.

Métodos Contraceptivos Hormonais com Progesterona

De entre estes métodos, devem ser preferidos aqueles com progestativos com maior atividade androgénica como o levonorgestrel e o norgestrel. O efeito destes fármacos vai auxiliar o papel da testosterona no desenvolvimento de caracteres sexuais secundários tipicamente masculinos como hirsutismo, alopecia e redistribuição de gordura com padrão masculino.⁽⁸⁾

Sistema Intra Uterino (SIU)

Este é um dos métodos contraceptivos de longa duração, que pode durar entre 3 e 7 anos. Além disso, não requer nenhum ato repetido ou qualquer esforço de utilização,

após a sua introdução. É também um dos métodos mais eficazes para alcançar a amenorreia, casos os indivíduos não estejam ainda amenorreicos pelo efeito da hormonoterapia. A sua principal desvantagem é a necessidade de realização de um exame pélvico para a colocação e a possível hemorragia/*spotting* subsequente.⁽²²⁾ De forma a minimizar os efeitos disfóricos da sua aplicação, podem ser fornecidos cuidados antecipatórios ao utente, como a explicação do procedimento, aplicação de lubrificantes e/ou anestésicos locais, prescrição de ansiolíticos de curta duração, inserção sob sedação e realizar todo o procedimento mantendo uma atitude empática.⁽¹⁹⁾

Progestativo Injetável (Acetato de Medroxiprogesterona)

Este anticoncepcional é também de longa duração (cerca de 3 meses⁽¹⁹⁾) e é administrado por via injetável, o que pode ser vantajoso para pessoas TGD, a realizar tratamento hormonal também injetável, pela semelhança na forma de ministração. É ainda vantajoso por não requerer exame genital e por ter uma forma de administração que não relembra a pessoa do seu género atribuído à nascença. É também uma excelente forma de cessação completa da menstruação.⁽⁷⁾ As suas desvantagens estão relacionadas ao possível ganho de peso⁽¹⁹⁾ (com possível efeito sinérgico com a testosterona), perda de densidade mineral óssea⁽⁷⁾ e o atraso no retorno da fertilidade após a suspensão.⁽²²⁾

Implante Subcutâneo

Este método hormonal de longa duração (com aprovação de utilização até 3 anos⁽¹²⁾) contém etonogestrel, é altamente eficaz no seu efeito contraceptivo, e é muito discreto.⁽⁷⁾ Não requer visitas periódicas aos cuidados de saúde a par do momento de colocação e remoção.^(19,22) A sua principal desvantagem concerne ao possível aumento do *spotting* em indivíduos que não estejam previamente em amenorreia.⁽²²⁾

Contraceptivos Oraís com Progestativos

Dos acima descritos, este método é o menos invasivo, o que pode ser benéfico para indivíduos que assim o desejem. Contudo, a necessidade de ingestão diária e com um certo rigor horário é uma limitação na medida em pode ser uma lembrança frequente da não conformidade de género da pessoa. Este método, além de mais associado ao género feminino,⁽¹⁹⁾ é também menos eficaz na prevenção da gravidez, comparativamente aos supramencionados. Por outro lado, em caso de supressão incompleta da hemorragia uterina, este método é eficaz para atingir a amenorreia.⁽²²⁾

Métodos Contraceptivos Hormonais Combinados

Contraceptivos Oraís Combinados

Estes fármacos são uma forma de contraceção eficaz, segura e não invasiva. Contudo têm algumas desvantagens que podem diminuir a adesão por parte de pessoas TGD, nomeadamente a sua composição com estrogénios (percecionada por estes

indivíduos como hormona feminina),⁽²²⁾ necessidade de toma diária e a sensibilização da região glandular mamária.^(7,19) Existe também um risco teórico de fenómenos tromboembólicos quando associados à testosterona, apesar de não estarem descritos casos na literatura.⁽²²⁾ Ainda assim, deve ser ponderada a sua prescrição, tendo em conta a falta de evidência, equilibrando os riscos e benefícios.^(7,19)

Adesivo Transdérmico

As vantagens do adesivo transdérmico são semelhantes às dos restantes métodos hormonais combinados. Este, por sua vez, necessita apenas de troca semanal, no entanto tem um risco teórico superior de tromboembolismo quando comparado com os contraceptivos orais combinados ou anel vaginal,⁽²²⁾ e risco de despigmentação da pele na região em que é colocado.⁽¹⁹⁾

Anel Vaginal

Relativamente ao anel vaginal, este método apesar de ter uma periodicidade mensal, necessita de inserção na região genital da pessoa⁽²²⁾ e pode provocar leucorreia nalguns casos.⁽¹⁹⁾ As restantes desvantagens são semelhantes aos demais métodos que contêm estrogénios.⁽²²⁾ Este método não requer prescrição e pode ajudar em casos de atrofia vaginal decorrente do tratamento com testosterona.⁽¹⁹⁾

Métodos Contraceptivos Não Hormonais

Métodos de Barreira

Os preservativos externos são o método contraceptivo de uso mais prevalente no seio da população TGD.⁽⁷⁾ Apesar de serem menos eficazes na prevenção da gravidez quando comparados com outros métodos, por exemplo hormonais,⁽¹⁹⁾ têm uma elevada taxa de sucesso, se usados corretamente. Têm também a facilidade de serem acessíveis e gratuitos⁽¹⁹⁾ e de não estarem associados ao género feminino.⁽¹⁵⁾ Uma possível desvantagem é a necessidade de uso em cada relação sexual e a necessidade de cooperação por parte da outra pessoa/as.⁽¹⁹⁾ Tanto os preservativos internos como os externos possuem a grande vantagem de serem protetores contra as ISTs.⁽²²⁾ Pelos motivos descritos, este método deve ser aconselhado em concomitância com outras opções contraceptivas.⁽¹⁹⁾

Já outros métodos desta classe, como o diafragma, podem ser menos apelativos pela atrofia do canal vaginal associado à hormonoterapia, que pode causar dor ou desconforto na sua aplicação.⁽²²⁾

Dispositivo Intra Uterino de Cobre (DIU)

O DIU é um método não hormonal, de longa duração, que é eficaz na contraceção durante até 12 anos e que funciona também como contraceção de emergência. À parte da necessidade de exame pélvico para a sua colocação, uma desvantagem desta forma de

contraceção é o aumento da hemorragia uterina associada à menstruação.⁽⁷⁾ Contudo, acredita-se que em pessoas previamente amenorreicas, o DIU não tem este efeito, pelo que pode ser muito útil para pessoas que queiram evitar hormonas e que tenham a sua menstruação completamente suprimida pela testosterona.^(19,22)

Métodos Definitivos

Cirurgias como a histerectomia com ou sem ooforectomia/salpingectomia, além de funcionarem como métodos contraceptivos definitivos, podem ainda ser parte integrante do processo de afirmação de género de pessoas TGD.⁽¹⁹⁾ Têm também a vantagem de eliminar hemorragias uterinas anormais e diminuir a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde específicos, como é o caso da ginecologia-obstetrícia. Nestes casos, e tal como já foi referido, é mandatório fornecer aconselhamento no âmbito das opções de manutenção da fertilidade.⁽²²⁾

Métodos Contraceptivos de Emergência

Para esta forma de contraceção estão disponíveis as opções do DIU de cobre e os comprimidos de levonorgestrel ou de acetato de ulipristal, os mesmo oferecidos a mulheres cis.⁽⁸⁾ O DIU é o mais eficaz dos três e pode ser colocado até 5 dias após uma relação sexual que possa resultar em gravidez.^(8,19) Por outro lado, a opção com levonorgestrel é a menos efetiva, podendo ser utilizada até 120 horas após a relação (mas com maior taxa de sucesso quanto mais próxima for a administração, da relação desprotegida). Esta opção esta disponível sem prescrição médica. Em caso de gravidez já instalada, a contraceção de emergência não resultará, mas também não será prejudicial à gestação. A terapia hormonal com testosterona não contraindica nenhuma das opções.⁽¹⁹⁾

Após realizada uma descrição pormenorizada dos métodos contraceptivos, e tendo por base algumas das principais preocupações levantadas pelas pessoas TGD, podemos, de forma simplificada, observar uma visão geral dos anticoncepcionais e as suas características na tabela correspondente ao Anexo 1.

Tendo em consideração todos os fatores e particularidades abordadas ao longo deste estudo, e de forma a sistematizar a abordagem, sugerimos um modelo de prescrição de métodos contraceptivos para pessoas TGD, proposto por Okano et al., 2022,⁽³⁷⁾ baseado em três questões essenciais: “Qual o motivo de prescrição do contraceptivo?”; “A pessoa TGD está sob terapia hormonal com testosterona?” e “O exame pélvico causará disforia/desconforto ao utente?”. (Figura 2)

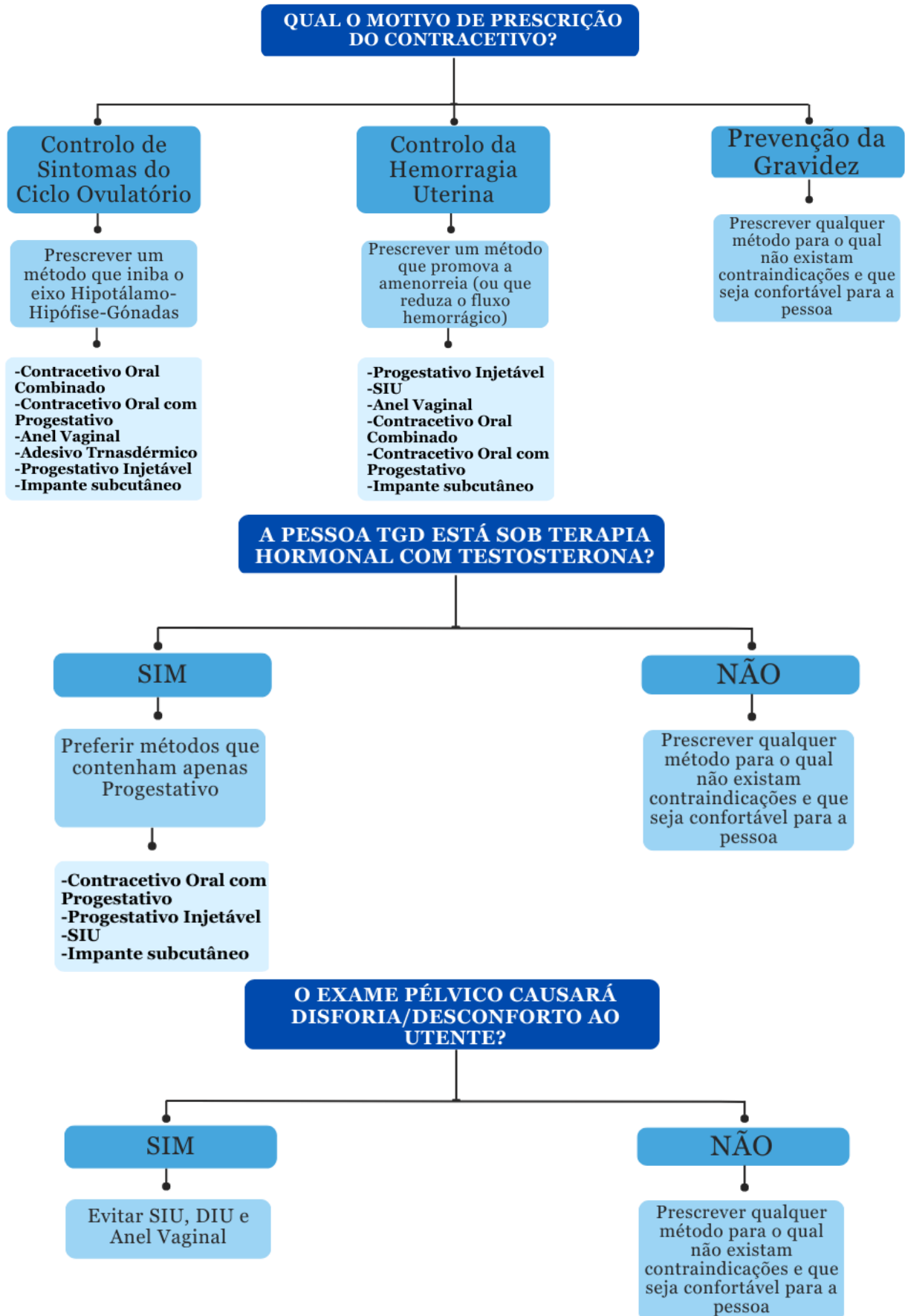


Figura 2 - Modelo de prescrição de métodos contraceptivos para pessoas TGD (adaptado)⁽³⁷⁾

Conclusão

As pessoas da Comunidade LGBTQI+ e em particular os indivíduos TGD recorrem com menor frequência aos cuidados de saúde, pelos mais diversos motivos. Tal leva a piores *outcomes* em indicadores de todas as áreas da saúde, nelas incluída a contraceção e o planeamento familiar.⁽⁸⁻¹⁰⁾

A falta de literacia por parte dos prestadores de cuidados de saúde é um dos fatores mais preponderantes na relutância das pessoas TGD em procurar ajuda quando necessitam. À parte do esforço coletivo para a inserção de temáticas da área da sexualidade e, em particular da saúde trans, no currículo das Escolas Médicas, é premente melhorar a forma como se aborda e cuida desta comunidade nos cuidados de saúde. Há muito por onde melhorar e, atitudes simples como adotar uma conduta empática, humilde e inclusiva, através do uso correto dos nomes, pronomes e nomenclatura preferida pela pessoa, podem melhorar substancialmente as interações médico-doente e promover a sensação de segurança desta relação que se pretende terapêutica. Por outro lado, iniciativas formativas devem ser desenvolvidas e promovidas no seio dos profissionais de saúde das várias áreas, de forma que todos aqueles que trabalhem nas instituições prestadoras estejam melhor preparados. Tornar as próprias instalações inclusivas e desvinculá-las de estereótipos de género, é também crucial para que todos a quem a elas recorre se sintam confortáveis.

O tratamento hormonal com testosterona faz parte do processo de afirmação de género de muitas pessoas TGD. Assim, o profissional que as acompanha deve perceber quais as expectativas do utente quanto a esta terapia e explicar detalhadamente quais os efeitos esperados, bem como as possíveis implicações secundárias. A noção de que a terapia com testosterona, por si só, não funciona como método contracetivo,^(7,8,19) ainda que induza a amenorreia, é de esclarecimento absolutamente fundamental para evitar gravidezes indesejadas e possível exposição fetal a este fármaco teratogénico.

Apesar das suas IG, os desejos de fertilidade e parentalidade de uma pessoa TGD não devem ser descurados e devem ser discutidos precocemente e, de preferência, antes do início do processo de transição hormonal ou da realização de cirurgias de afirmação de género. Opções de manutenção da fertilidade, como a criopreservação de embriões, devem ser oferecidas visto que existe uma percentagem significativa de pessoas desta comunidade com desejo de parentalidade biológica.⁽²⁶⁾ Durante o processo de preconceção, gravidez e puerpério é deveras importante manter um estreito acompanhamento das pessoas TGD de forma a evitar consequências desfavoráveis na sua saúde mental, por esta se encontrar mais vulnerável durante este período.

A hemorragia uterina é frequentemente fonte de stress e disforia de género nas pessoas TGD. Neste sentido, este é um dos fatores pelos quais estes indivíduos recorrem com mais frequência aos serviços de saúde. É função dos profissionais fornecer aconselhamento e disponibilizar formas de atingir a amenorreia, ainda que seja importante avaliar a presença de hemorragia uterina anormal, de forma a despistar possíveis complicações, tendo sempre por base os princípios da inclusividade e empatia na gestão e adaptação das práticas e procedimentos a estes utentes.

O aconselhamento contraceptivo das pessoas TGD é de relevância notória, não só pelas consideráveis taxas de gravidez indesejada no seio desta comunidade⁽¹¹⁾, como também pelas consequências acrescidas dessa condição nestes indivíduos. Antes de enveredar na prescrição é crucial realizar uma história clínica e sexual completa, incluindo um inventário anatómico, uma vez que estes dados guiarão os passos seguintes do aconselhamento. Mesmo que em terapia hormonal com testosterona, devem ser oferecidos e discutidos todos os métodos disponíveis em caso de ausência de outras comorbilidades que assim o impeça. O método preferido por uma grande parte das pessoas TGD é o preservativo externo⁽⁷⁾, que protege contra as ISTs, ainda que não apresente taxas de eficácia anticoncepcional tão elevadas como outros.⁽¹⁹⁾ Ficou também claro que não é possível responder à questão “Qual o método contraceptivo mais indicado para pessoas TGD” pela impossibilidade de generalizar e a premência de se escutar quais as necessidades particulares de cada indivíduo. O mais importante do aconselhamento contraceptivo desta comunidade é perceber quais os fatores causadores de disforia, tentando colmatá-los, usando as propriedades e características de cada fármaco/método como forma de minimizar este *distress* associado à incongruência entre o género e o corpo do indivíduo. Em última análise, o melhor contraceptivo é aquele que o doente preferir e melhor se adequar à sua situação.⁽²²⁾

Uma grande limitação deste estudo prendeu-se pela falta de literatura, incluindo ensaios clínicos, tendo a população trans como centro do estudo. A grande maioria da investigação nesta população foca comportamentos sexuais de risco e incidência de ISTs. Assim, sugiro que futuramente se desenvolvam estudos que colmatem questões às quais não se tem resposta, de forma a converter o conhecimento empírico em dados apoiados pela evidência. Por exemplo, os efeitos concretos da terapia hormonal com testosterona na fertilidade de pessoas TGD e a sua interação com outros métodos contraceptivos seria de extrema importância de forma a possibilitar uma orientação ainda mais correta e eficaz.

Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Psicólogos. Linhas de Orientação para a Prática Profissional no Âmbito da Intervenção Psicológica com Pessoas LGBTQ [Internet]. 2020 [citado 30 de novembro de 2022]. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf
2. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Revista Portuguesa Psiquiatria E Saúde Mental*. 30 de dezembro de 2020;6(3):98–108.
3. Simons LK, Leibowitz SF, Hidalgo MA. Understanding Gender Variance in Children and Adolescents. *Pediatr Ann* [Internet]. junho de 2014 [citado 29 de novembro de 2022];43(6). Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00904481-20140522-07>
4. Committee Opinion No. 512: Health Care for Transgender Individuals. *Obstetric Gynecology*. dezembro de 2011;118(6):1454–8.
5. Unger CA. Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. *J Womens Health*. fevereiro de 2015;24(2):114–8.
6. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*. outubro de 2019;128:17–21.
7. Mancini I, Alvisi S, Gava G, Seracchioli R, Meriggiola MC. Contraception across transgender. *Int J Impot Res*. novembro de 2021;33(7):710–9.
8. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstet Gynecol*. julho de 2019;134(1):81–90.
9. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. fevereiro de 2020;222(2):134–43.
10. Gomez AM, Dõ L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive Beliefs, Needs, and Care Experiences Among Transgender and Nonbinary Young Adults. *J Adolesc Health*. outubro de 2020;67(4):597–602.
11. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. outubro de 2018;98(4):266–9.
12. Sociedades Portuguesas da Contraceção, de Ginecologia e de Medicina de Reprodução. Consenso sobre Contraceção 2020 [Internet]. 2020 [citado 30 de novembro de 2022]. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_1

ivro_digital.pdf

13. Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals. 2021;137(3).
14. James-Abra S, Tarasoff LA, green d., Epstein R, Anderson S, Marvel S, et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Hum Reprod.* 1 de junho de 2015;30(6):1365–74.
15. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive Beliefs, Decision Making and Care Experiences Among Transmasculine Young Adults: A Qualitative Analysis. *Perspect Sex Reprod Health.* março de 2020;52(1):7–14.
16. MacLean LRD. Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men. *Nurs Womens Health.* abril de 2021;25(2):129–38.
17. Forsberg H, Eliason MJ. Healthcare Providers' Pregnancy Prevention Counseling of Trans and Non-Binary Assigned Female at Birth (TNB/AFAB) Patients. *J Homosex.* 28 de janeiro de 2022;69(2):356–83.
18. Richardson B, Price S, Campbell-Yeo M. Redefining perinatal experience: A philosophical exploration of a hypothetical case of gender diversity in labour and birth. *J Clin Nurs.* fevereiro de 2019;28(3–4):703–10.
19. Bonnington A, Dianat S, Kerns J, Hastings J, Hawkins M, De Haan G, et al. Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception.* agosto de 2020;102(2):70–82.
20. Gomez AM, Đõ L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive Beliefs, Needs, and Care Experiences Among Transgender and Nonbinary Young Adults. *J Adolesc Health.* outubro de 2020;67(4):597–602.
21. Cipres D, Seidman D, Cloniger C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception.* fevereiro de 2017;95(2):186–9.
22. Boudreau D, Mukerjee R. Contraception Care for Transmasculine Individuals on Testosterone Therapy. *J Midwifery Womens Health.* julho de 2019;64(4):395–402.
23. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health.* 19 de agosto de 2022;23(sup1):S1–259.
24. Stark B, Hughto JMW, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception.* dezembro de 2019;100(6):468–73.
25. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med.* março de 2016;9(1):4–8.

26. Wierckx K, Van Caenegem E, Pennings G, Elaut E, Dedecker D, Van de Peer F, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod.* 1 de fevereiro de 2012;27(2):483–7.
27. Defreyne J, Van Schuylenbergh J, Motmans J, Tilleman KL, Rik T'Sjoen GG. Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertil Steril.* janeiro de 2020;113(1):149–157.e2.
28. Ellis SA, Wojnar DM, Pettinato M. Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family. *J Midwifery Womens Health.* janeiro de 2015;60(1):62–9.
29. Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Transgender Women and Men. *Obstet Gynecol.* março de 2015;125(3):605–10.
30. Nakamura A, Watanabe M, Sugimoto M, Sako T, Mahmood S, Kaku H, et al. Dose-response analysis of testosterone replacement therapy in patients with female to male gender identity disorder. *Endocr J.* 2013;60(3):275–81.
31. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 44, July 2003: (Replaces Committee Opinion Number 252, March 2001). *Obstet Gynecol.* julho de 2012;102(1):203–13.
32. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet.* abril de 2011;113(1):3–13.
33. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-Term Evaluation of Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. *J Sex Med.* outubro de 2012;9(10):2641–51.
34. Braun H, Nash R, Tangpricha V, Brockman J, Ward K, Goodman M. Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. *Epidemiol Rev.* 1 de janeiro de 2017;39(1):93–107.
35. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People | Gender Affirming Health Program [Internet]. [citado 28 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
36. Reynolds CA, Charlton BM. Sexual Behavior and Contraceptive Use Among Cisgender and Gender Minority College Students Who Were Assigned Female at Birth. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* agosto de 2021;34(4):477–83.
37. Okano SHP, Pellicciotta GGM, Braga GC. Contraceptive Counseling for the Transgender Patient Assigned Female at Birth. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* setembro de 2022;44(09):884–90.

Anexos

Anexo 1 - Visão geral dos métodos contraceptivos, tendo em conta considerações específicas de pessoas TGD⁽⁹⁾

	Procedimento Invasivo/Pélvico	Contém Estrogénios	Contém Progesterona	Risco de Sangramento / Spotting	Reduz/ Cessa a Hemorragia	Efeito nas cólicas	Sensibilidade do Peito	Privacidade/ Ocultabilidade	Requer Repetição	Necessidade de Avaliação Clínica para Descontinuar	Eficácia (uso perfeito/uso típico)
Contraceptivo Oral Combinado	N	S	S	baixo	se usado continuamente	reduz	no princípio	moderada	S	N	99/91
Contraceptivo Oral Progestativo	N	N	S	baixo	S	reduz	-	moderada	S	N	99/91
Adesivo	N	S	S	baixo	se usado continuamente	reduz	no princípio	moderada	S	N	99/91
Anel	inserção frontal	S	S	baixo	se usado continuamente	reduz	no princípio	moderada	S	N	99/91
Progesterona Injetável (Acetato de Medroxiprogesterona)	N	N	S	alto	S	reduz	infrequente	alta	S	N	99/94
Implante Subcutâneo	inserção subcutânea	N	S	alto	S	reduz	possível	alta	N	S	99/99
DIU	S	N	N	baixo	sangramento intenso	aumenta	N	alta	N	S	99/99
SIU	S	N	S	alto	S	aumenta após inserção, depois reduz	possível	alta	N	S	99/99
Laqueação das Trompas	requer cirurgia	N	N	N	N	sem efeito	N	alta	N	n/a	99/99
Diafragma	inserção frontal	N	N	N	N	sem efeito	N	moderada	N	N	94/88

Contraceção em Pessoas Trans

Preservativo Interno	inserção frontal	N	N	N	N	sem efeito	N	baixa	n/a	N	95/79
Preservativo Externo	N	N	N	N	N	sem efeito	N	baixa	n/a	N	98/82
Contraceptivo de Emergência: Acetato de Ulipristal	N	N	N	S	N	aumenta (autolimitado)	possível	dose única	n/a	N	85/85
Contraceptivo de Emergência: Levonorgestrel	N	N	S	S	N	aumenta (autolimitado)	possível	dose única	n/a	N	75-89

N - não; S - sim; n/a - não aplicável

Tabela 3 - Visão geral dos métodos contraceptivos, tendo em conta considerações específicas de pessoas TGD