Consultório ginecológico: Principais características para um atendimento humanizado à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde

Tiago José de Oliveira Gomes[1]

RESUMO

Este capítulo analisa as condições conceituais, clínicas e institucionais necessárias à humanização do atendimento ginecológico à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde. Sustenta que a cisheteronormatividade incorporada às rotinas assistenciais compromete a produção da informação clínica, a pertinência das intervenções e a continuidade do cuidado. À luz da Política Nacional de Humanização, examina o preparo profissional em sua relação com a organização do trabalho, evitando restringir a qualidade assistencial à disposição individual de acolher. A exposição articula quatro dimensões: distinções entre sexo designado, identidade e expressão de gênero e orientação sexual; condução da anamnese, do exame físico e do registro; marcos normativos e disputas em torno das políticas públicas; e organização dos percursos assistenciais, do território à rede de referência. Despatologização, injustiça epistêmica, estresse de minoria e humildade cultural constituem os eixos interpretativos da análise. Conclui que a efetivação do acesso depende da integração entre competência clínica, reconhecimento da autonomia e responsabilidade institucional, expressa em protocolos, sistemas de informação, educação permanente e mecanismos de avaliação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Ginecologia; Minorias Sexuais e de Gênero; Humanização da Assistência; Equidade em Saúde.

1 Introdução

A organização histórica do consultório ginecológico pressupõe uma correspondência entre identidade de gênero, anatomia reprodutiva e práticas sexuais: mulher cisgênero, heterossexual, com útero, colo uterino, vagina e mamas, potencialmente gestante. Essa figura de referência orienta o mobiliário, os instrumentos, os formulários e as perguntas da consulta. À luz da análise foucaultiana da regulação da se-

[1] Ginecologista e obstetra. Preceptor na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

xualidade e da reprodução, tal configuração pode ser compreendida como expressão de um regime de normalidade, cujos pressupostos persistem nas práticas e nos dispositivos institucionais (Foucault, 1988). A presença de mulheres lésbicas e bissexuais, homens trans, travestis, pessoas não binaries e pessoas intersexo evidencia os limites desse enquadramento: necessidades não previstas pelo serviço tendem a ser tratadas como excepcionalidades individuais.

Essa inadequação compromete a qualidade técnica da assistência. A omissão de rastreamentos, a interpretação inadequada de amostras citológicas, a ausência de investigação das práticas sexuais, a contracepção não oferecida diante de possibilidade gestacional e a violência não reconhecida constituem falhas clínicas associadas a pressupostos normativos. A humanização, portanto, é examinada em sua dimensão organizacional. Na Política Nacional de Humanização (PNH), o conceito remete à transformação dos modos de produzir cuidado, das relações de trabalho e da gestão dos serviços (Brasil, 2010a).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), essas falhas comprometem atributos que ultrapassam o encontro isolado. Como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento territorial, a APS depende da construção de vínculos e da continuidade assistencial (Brasil, 2017; Starfield, 2002). Estudos brasileiros documentam experiências de recusa, humilhação e afastamento dos serviços entre pessoas trans e travestis (Rocon *et al.*, 2016; Rocon *et al.*, 2019). Entre mulheres lésbicas e bissexuais, descrevem-se consultas orientadas por pressupostos heterossexuais e barreiras à procura de atendimento ginecológico (Barbosa; Facchini, 2009; Valadão; Gomes, 2011). A interrupção do vínculo fragiliza a longitudinalidade e a coordenação, cuja recomposição não se resolve pelo encaminhamento à atenção especializada.

O texto explicita sua posição de enunciação: a de um ginecologista e obstetra cisgênero pansexual que atua na assistência, no ensino e na direção de serviço público em São Paulo. Reconhecer o caráter situado do conhecimento (Haraway, 1995) implica examinar os limites dessa perspectiva. O ponto de vista profissional pode privilegiar necessidades legíveis para a instituição e subestimar experiências que não chegam a ser verbalizadas, como os efeitos subjetivos de intervenções corporais precoces e o trabalho emocional exigido de quem precisa administrar o

desconforto da equipe. A experiência clínica, portanto, não substitui o testemunho das pessoas LGBTQIA+ nem assegura acesso aos sentidos que atribuem ao cuidado. Esse limite incide especialmente na discussão das vivências intersexo e das assimetrias relacionais, nas quais a interpretação institucional não pode ser tomada como descrição suficiente da experiência.

2 Aspectos conceituais

2.1 Sexo, gênero, orientação sexual e a sigla

A anamnese requer a distinção entre quatro eixos frequentemente sobrepostos. O sexo designado ao nascimento corresponde à atribuição realizada, em geral, mediante inspeção da genitália externa e inscrita no registro civil. A identidade de gênero diz respeito à experiência individual do gênero: a correspondência com o gênero designado a partir do sexo caracteriza a cisgeneridade; sua não correspondência compreende vivências trans. A expressão de gênero refere-se às formas de apresentação social, que podem envolver nome, vestuário, voz, gestualidade e modificações corporais. A orientação sexual designa a direção da atração afetiva e sexual, que pode envolver pessoas do mesmo gênero, de outro gênero, de mais de um gênero ou a ausência dessa atração (Princípios de Yogyakarta, 2007; Jesus, 2012).

Essas dimensões não são intercambiáveis. Identidade de gênero e orientação sexual não permitem inferir a anatomia, assim como características anatômicas não determinam identidade ou desejo. Um homem trans pode ser gay; uma travesti pode relacionar-se com mulheres; uma mulher lésbica pode ter vivenciado uma gestação decorrente de relação com um homem. Deduzir uma dimensão a partir de outra substitui informação clínica por presunção: pode excluir do rastreamento alguém com colo uterino ou dispensar indevidamente a investigação da possibilidade gestacional.

A sigla LGBTQIA+ expressa uma articulação política entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, *queer*, intersexo e assexuais; o sinal de adição assinala a abertura dessa composição. No contexto brasileiro, a identidade travesti possui uma história política própria, atravessada por processos de marginalização e por experiências descritas nas etnografias de Kulick (2008) e Pelúcio

(2009). Seu reconhecimento exige respeitar a autodenominação, sem substituí-la por *“mulher trans”* segundo a preferência do profissional. O termo intersexo, por sua vez, refere-se a variações congênitas das características sexuais, cromossômicas, gonadais ou anatômicas, que não correspondem às configurações convencionalmente classificadas em dois padrões sexuais. Não designa, por si, identidade de gênero ou orientação sexual. Sua inclusão na sigla relaciona-se à história compartilhada de patologização e de intervenções corporais sem consentimento.

A nomeação da cisgeneridade torna visível a posição que costuma permanecer como referência universal. Cisnormatividade e heteronormatividade designam presunções institucionalizadas de correspondência entre sexo designado e gênero e de orientação heterossexual. Na ginecologia, manifestam-se na associação automática entre presença de útero e identidade de mulher, ou entre ser mulher e relacionar-se sexualmente com homens. A matriz de inteligibilidade discutida por Butler (2003) ajuda a compreender como a exigência de coerência entre sexo, gênero e desejo define quais experiências se tornam reconhecíveis. Sua tradução administrativa pode ser observada no formulário que reúne informações distintas em um único campo *“sexo”*, na agenda restrita à *“saúde da mulher”* e na requisição de citologia incompatível com determinado registro cadastral.

2.2 Despatologização e enquadramento psiquiátrico

As classificações diagnósticas registram mudanças históricas no estatuto médico da sexualidade e do gênero. A homossexualidade foi retirada do DSM em 1973 e da CID em 1990; a CID-10, entretanto, incluiu a transexualidade no agrupamento F64, situado entre os transtornos mentais. A CID-11, aprovada em 2019 e em vigor internacionalmente desde 2022, deslocou a incongruência de gênero para o capítulo de condições relacionadas à saúde sexual, incluindo a categoria HA60 (Organização Mundial da Saúde, 2019). O DSM-5 preservou o diagnóstico de *“disforia de gênero”*, associado ao debate sobre sofrimento e acesso aos cuidados (American Psychiatric Association, 2014). No Brasil, as resoluções do Conselho Federal de Psicologia de 1999 e 2018 vedaram práticas de conversão da orientação sexual e abordagens patologizantes das vivências trans (Conselho Federal de Psicologia, 1999; 2018).

A distinção clínica é decisiva: reconhecer a autodeclaração não equivale a produzir um diagnóstico sobre a legitimidade da identidade. O objeto da assistência compreende as necessidades de saúde, as condições corporais e os objetivos de cuidado expressos pela pessoa. A mudança classificatória, contudo, não elimina os mecanismos pelos quais o acesso depende da validação profissional de uma narrativa identitária. Bento (2006) analisou a produção médica da figura do *"transexual verdadeiro"* e a adaptação dos relatos às expectativas institucionais para obtenção de hormônios e cirurgias. Nessa relação, os critérios de reconhecimento podem induzir o discurso que posteriormente será tomado como confirmação diagnóstica.

A Resolução CFM nº 2.427/2025, que revogou a Resolução nº 2.265/2019, recolocou o acompanhamento psiquiátrico prévio entre as condições de acesso à hormonização de pessoas adultas (Conselho Federal de Medicina, 2025). Para a APS, importa distinguir o reconhecimento da identidade, a avaliação das necessidades e os requisitos normativos relativos às intervenções, sem converter dúvidas sobre esses requisitos em recusa do cuidado.

2.3 Humanização e acolhimento na organização do cuidado

Instituída em 2003, a PNH associa a humanização à valorização dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, à transversalidade, à cogestão e à transformação dos processos de trabalho (Brasil, 2010a). O acolhimento corresponde à reorganização da escuta, da análise da demanda e da responsabilidade pelas respostas do serviço (Brasil, 2010b). A clínica ampliada (Cunha, 2005) e a noção de trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) conferem centralidade ao encontro e às tecnologias relacionais na produção do cuidado. Ayres (2004) situa o êxito técnico em diálogo com os projetos de vida e de felicidade da pessoa, questionando a suficiência de resultados definidos exclusivamente pelo profissional.

A redução da humanização à cordialidade individual mantém intocados os mecanismos que restringem o acesso. Quando a agenda, o formulário, o protocolo e o sistema de informação permanecem cisheteronormativos, o acolhimento depende de iniciativas pessoais e torna-se vulnerável à rotatividade da equipe. A reorganização do consultório exige que o compromisso relacional seja incorporado às normas de funcionamento, às possibilidades de registro e à formação dos trabalhadores. A

responsabilidade institucional confere continuidade às práticas que, de outro modo, permaneceriam contingentes.

2.4 Estresse de minoria, injustiça epistêmica e humildade cultural

O modelo de estresse de minoria descreve a exposição adicional de populações estigmatizadas a estressores distais, como violência, discriminação e rejeição, e proximais, como expectativa de rejeição, ocultamento e estigma internalizado (Meyer, 2003). Na consulta, esse referencial permite interpretar a reserva sobre identidade de gênero ou orientação sexual como possível estratégia de proteção diante de experiências discriminatórias. A produção de informação clínica depende, portanto, das condições de confiança estabelecidas pelo serviço; a ausência de revelação não pode ser atribuída exclusivamente à disposição individual de colaborar.

A injustiça epistêmica oferece outra chave de análise. Na injustiça testemunhal, o preconceito reduz indevidamente a credibilidade atribuída a quem relata uma experiência (Fricker, 2007). São exemplos a desqualificação da dor de uma travesti como manipulação ou a leitura do sangramento de um homem trans como expressão de *"confusão"* sobre o próprio corpo. A injustiça hermenêutica envolve restrições dos recursos compartilhados de interpretação, pelas quais determinadas experiências permanecem pouco inteligíveis. No campo assistencial, roteiros e registros incapazes de acolher vivências marginalizadas podem reproduzir esse mecanismo: dor em neovagina, sangramento durante o uso de testosterona ou experiências assexuais deixam de receber uma elaboração clínica adequada. Em ambos os casos, a desigualdade de reconhecimento interfere na constituição do dado e no raciocínio diagnóstico.

A humildade cultural desloca a formação da pretensão de domínio definitivo sobre o outro para uma disposição contínua de aprendizagem, autocrítica e análise das assimetrias de poder (Tervalon; Murray-García, 1998). Na prática, implica perguntar sem presumir, acolher correções e reconhecer a autoridade da pessoa sobre sua experiência. A noção de trabalho emocional de Hochschild (1983) também permite examinar a gestão profissional do constrangimento, da curiosidade e do desconforto. Hesitações diante do nome, olhares prolongados e perguntas sem finalidade assistencial comunicam avaliações que podem comprometer o vínculo. O

preparo profissional reduz a transferência desse trabalho emocional para quem procura atendimento.

3 Aspectos comportamentais: condução da consulta ginecológica

3.1 Reconhecimento e ambiência antes da anamnese

A consulta inicia-se pela apresentação e pela forma de identificação da pessoa. Perguntar o nome pelo qual deseja ser chamada e os pronomes que utiliza permite estabelecer uma referência compartilhada, a ser respeitada nas interações e na comunicação com a equipe. O nome social encontra respaldo na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e no Decreto nº 8.727/2016, observados os respectivos âmbitos de aplicação (Brasil, 2009; Brasil, 2016). A decisão na ADI 4.275 e o Provimento CNJ nº 73/2018 constituem marcos da retificação registral sem exigência de cirurgia, laudo ou autorização judicial (Brasil, 2018; Conselho Nacional de Justiça, 2018). Quando o registro civil já foi retificado, a divergência no cadastro deve ser reconhecida como problema administrativo do serviço. A apresentação do profissional com seu nome e pronome pode favorecer a reciprocidade dessa comunicação.

A ambiência também comunica expectativas sobre quem pode ocupar o espaço. Vestimentas de exame, cartazes anatômicos, sinalização de *“saúde da mulher”* e exposição dos instrumentos participam dessa comunicação. Sua análise exige considerar os sentidos que assumem para diferentes pessoas, sem atribuir a objetos isolados o poder de definir toda a experiência assistencial. A sinalização, a linguagem e a condução do exame precisam tornar explícito que o cuidado se orienta pelas necessidades anatômicas e pelo consentimento de quem está na sala.

3.2 Anamnese sem pressuposições

A história sexual deve ser construída por perguntas abertas, acompanhadas da explicação de sua finalidade clínica. *“Com quem você se relaciona sexualmente?”*, *“quais práticas fazem parte da sua vida sexual?”* e *“usa alguma proteção, e qual?”* oferecem informações que perguntas centradas em estado conjugal ou contracepção não alcançam. As práticas, em articulação com a anatomia e as exposições relatadas, orientam a avaliação dos sítios pertinentes à investigação de infecções sexualmente transmissíveis — orofaringe, ânus, vagina ou neovagina e uretra —,

da possibilidade gestacional, da contracepção, da vacinação contra HPV e hepatites A e B e das profilaxias pré e pós-exposição ao HIV. Perguntas sobre genitália, cirurgias ou práticas precisam ter pertinência assistencial justificável. A recusa em responder deve ser respeitada, com registro da informação não obtida e possibilidade de retomada, sem condicionar o atendimento à revelação.

O planejamento reprodutivo requer investigação própria. Desejo de ter filhos, possibilidade gestacional e necessidade de contracepção não podem ser deduzidos de identidade ou orientação sexual. Mulheres lésbicas e bissexuais podem desejar gestar, e as normas brasileiras de reprodução assistida reconhecem casais homoafetivos. Homens trans e pessoas transmasculinas com útero também podem vivenciar uma gestação (Light *et al.*, 2014). A testosterona não constitui método contraceptivo: a amenorreia não assegura ausência de ovulação, e a gestação durante seu uso envolve exposição fetal a androgênios. Cabe oferecer aconselhamento contraceptivo e reprodutivo conforme as necessidades, incluindo a discussão sobre preservação de gametas antes de gonadectomia.

A identificação da parceria atual tampouco permite redefinir a orientação da pessoa. Mulheres bissexuais podem ser indevidamente classificadas como heterossexuais ou lésbicas segundo o gênero de quem as acompanha, apagando uma informação autodeclarada. Em pessoas assexuais, a ausência de atividade ou de interesse sexual não deve ser automaticamente convertida em sintoma, assim como a atividade sexual não pode ser presumida. A anamnese precisa distinguir experiência, comportamento e significado atribuído pela própria pessoa.

A investigação da violência integra a consulta ginecológica e abrange situações familiares, institucionais e sexuais, inclusive o estupro denominado *“corretivo”* contra mulheres lésbicas. O dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, publicado em janeiro de 2026 com dados referentes a 2025, documentou 80 assassinatos de pessoas trans no Brasil, dos quais 77 atingiram travestis e mulheres trans; a publicação também situa o país na liderança dos registros internacionais por quase duas décadas (Benevides, 2026). A redução em relação aos 122 casos de 2024 deve ser interpretada considerando a subnotificação e as limitações das fontes disponíveis, sem equiparar diminuição dos registros à demonstração de menor violência. No atendimento, a escuta deve articular-se à notificação e ao encaminhamento, conforme as obrigações aplicáveis.

O rigor metodológico também se aplica à comunicação desses dados. A cifra frequentemente apresentada como *"expectativa de vida de 35 anos"* não pode ser sustentada pela idade média de vítimas de homicídio: os dois indicadores correspondem a medidas distintas. A crítica à violência perde consistência quando associa conceitos demográficos sem a base necessária para essa inferência.

O raciocínio clínico precisa evitar tanto a atribuição indiscriminada das queixas à identidade quanto a desconsideração dos efeitos da hormonização. Dor pélvica em um homem trans exige investigação que contemple, entre outras hipóteses, endometriose e infecção, sem atribuição antecipada à testosterona. Em contrapartida, alterações do sangramento e do trofismo vaginal, risco tromboembólico associado ao uso de estrogênios e interações medicamentosas precisam integrar a avaliação. Na saúde mental, o estresse de minoria contextualiza o sofrimento sem transformar a identidade em diagnóstico. A investigação de depressão e risco de suicídio deve seguir critérios clínicos, com encaminhamento quando indicado.

3.3 Exame físico, consentimento contínuo e diversidade corporal

O exame pélvico exige atenção à possibilidade de dor, constrangimento e reativação de experiências traumáticas. O cuidado informado pelo trauma pressupõe explicação prévia de cada etapa, permissão para o toque e possibilidade de interrupção. A condução pode incluir posições alternativas, introdução do espéculo pela própria pessoa, escolha de menor calibre, lubrificação e avaliação de anestésico tópico diante de dor associada à atrofia. Essas possibilidades devem ser discutidas segundo as necessidades e preferências individuais. A presença de acompanhante depende da escolha da pessoa; a participação de estudantes requer consentimento explícito, cuja recusa não pode prejudicar o atendimento. Comentários sobre formato corporal, cicatrizes ou conformidade com expectativas de gênero são incompatíveis com a finalidade do exame.

Em pessoas com colo uterino que utilizam testosterona, as alterações atróficas podem tornar o exame doloroso e comprometer a adequação da citologia. Peitzmeier *et al.* (2014) encontraram uma frequência de amostras insatisfatórias aproximadamente dez vezes maior em comparação ao grupo de mulheres cisgênero estudado. A atrofia também pode dificultar a interpretação citopatológica e ser confundida com displasia quando o contexto hormonal é desconhecido (Potter *et al.*,

2015). A requisição deve informar o uso de testosterona, sua dose e duração, permitindo a correlação entre achados e exposição hormonal.

As diretrizes brasileiras de 2025 introduziram o teste de DNA-HPV como estratégia de rastreamento primário, com intervalo de cinco anos após resultado negativo na população elegível de 25 a 64 anos, e admitiram a autocoleta em situações de barreira à coleta profissional (Brasil, 2025b). Para testes validados baseados em reação em cadeia da polimerase (PCR), a diretriz descreve desempenho comparável entre amostras vaginais autocoletadas e amostras obtidas por profissionais; Reisner *et al.* (2018) documentaram elevada aceitabilidade da autocoleta entre pessoas transmasculinas. A dificuldade de tolerar o exame especular constitui uma barreira relevante a ser considerada na oferta dessa estratégia. É necessário esclarecer, previamente, que a detecção de genótipos oncogênicos distintos de 16 e 18 em amostra autocoletada exige nova coleta profissional para citologia reflexa. A escolha informada depende do conhecimento do percurso posterior ao teste.

A avaliação mamária deve considerar o tecido presente, o histórico cirúrgico e a exposição hormonal. Antes da mastectomia, aplicam-se os critérios de rastreamento pertinentes às pessoas com tecido mamário, com atenção adicional a lesões cutâneas associadas ao uso prolongado de *binder*. Após a cirurgia, a possibilidade de tecido residual mantém a relevância da avaliação clínica, sem autorizar a transposição automática de todos os procedimentos de rastreamento. Em mulheres trans e travestis, a indicação mamográfica deve considerar idade, risco e duração da exposição estrogênica, conforme os critérios discutidos por Coleman *et al.* (2022).

O uso de silicone industrial requer abordagem orientada pela redução de danos. Migração do material, infecção e granulomas precisam ser avaliados sem culpabilização, reconhecendo a relação entre tais práticas e as restrições de acesso a procedimentos seguros (Pelúcio, 2009). Após vaginoplastia, o acompanhamento envolve orientação sobre dilatação e investigação de granulação, estenose e corrimento. Na ausência de colo uterino, não se aplica citologia cervical; a investigação de infecções acompanha as práticas e a anatomia. A próstata permanece como órgão a ser considerado no cuidado, com articulação com a urologia. Queixas urinárias após metoidioplastia ou faloplastia também exigem acolhimento, avaliação e encaminhamento pertinente.

Pessoas intersexo podem chegar à vida adulta com antecedentes de intervenções realizadas na infância sem sua participação decisória, em contextos normativos que estimularam a definição precoce do sexo (Conselho Federal de Medicina, 2003). Cicatrizes, gonadectomias, necessidade de reposição hormonal, agenesia vaginal e infertilidade podem integrar uma história sobre a qual a própria pessoa recebeu informações incompletas. O atendimento deve investigar o que ela conhece, o que deseja compreender e quais são suas prioridades. O reconhecimento da autoridade sobre a própria experiência orienta a recuperação da história clínica e impede que a singularidade corporal seja convertida em exposição didática.

3.4 Registro clínico e confidencialidade

A documentação do encontro clínico prolonga as exigências de reconhecimento, consentimento e pertinência que orientam o exame. Para sustentar a continuidade assistencial, o prontuário precisa distinguir informações de identificação pessoal e dados relevantes à decisão clínica. Nome, pronomes e identidade de gênero, quando pertinente, devem coexistir com a descrição dos órgãos presentes, das intervenções realizadas e dos hormônios utilizados, incluindo substância, dose, via e duração. A presença de útero e colo, o antecedente de mastectomia e o uso de cipionato de testosterona há três anos orientam condutas que a expressão *“homem trans”*, isoladamente, não define. A descrição anatômica e terapêutica complementa o reconhecimento da pessoa; nenhuma dessas dimensões substitui a outra.

O registro deve excluir curiosidades sem pertinência assistencial e evitar que termos ou códigos historicamente patologizantes, como *“transexualismo”* e F64, sejam utilizados para caracterizar a identidade. A orientação sexual e a identidade de gênero exigem proteção de sigilo, com atenção ao consentimento e à pertinência das informações compartilhadas. Familiares, acompanhantes e serviços de referência não constituem destinatários indistintos desses dados. A carta de encaminhamento precisa comunicar o necessário à continuidade do cuidado, considerando os riscos de exposição indevida e a possibilidade de leitura por profissionais sem preparo para acolher essas informações.

O modelo RESOAP responde a esse diagnóstico por meio de uma reorganização do registro clínico e do encontro de cuidado. Enquanto dispositivo genealógico, explicita que as categorias que organizam o cuidado são históricas, contingentes e

transformáveis. Enquanto instrumento hermenêutico, redistribui autoridade epistêmica, reconhecendo a narrativa da pessoa como conhecimento clínico primário. Enquanto tecnologia institucional, inscreve reconhecimento, escuta letrada, subjetividade das narrativas, objetividade situada, avaliação compartilhada e pactuação em campos operacionais verificáveis.

3.5 Erro, responsabilização e reparação

Diante de equívoco no nome ou pronome, a reparação deve ser breve: corrigir a identificação, reconhecer o erro e prosseguir respeitosamente. Justificativas extensas ou pedidos reiterados de desculpa podem deslocar o foco da consulta e exigir que a pessoa administre o desconforto do profissional. Aprender sobre diversidade sexual e de gênero é responsabilidade da equipe; a disponibilidade de alguém para explicar sua experiência não constitui obrigação de educar o serviço.

A pertinência de uma pergunta depende de sua contribuição para a avaliação ou para o planejamento compartilhado do cuidado. Perguntar sobre uma cirurgia pode ser necessário para compreender a anatomia e conduzir o exame, desde que essa finalidade seja explicitada. Sem tal relação, a investigação atende à curiosidade de quem pergunta e amplia a exposição de quem procura assistência.

3.6 Formação profissional e responsabilidade da preceptoria

A presença do ensino na APS exige preservar a autonomia de quem participa da consulta. O art. 110 do Código de Ética Médica condiciona o exercício da docência ao consentimento, à proteção da dignidade e da privacidade e à ausência de discriminação diante da recusa (Conselho Federal de Medicina, 2019). Desse parâmetro decorre que a participação de estudantes deve ser previamente esclarecida e consentida. O interesse pedagógico em determinada condição corporal não justifica exposição nem repetição de exames sem indicação e concordância da pessoa. Cabe à preceptoria organizar oportunidades de aprendizagem compatíveis com esses limites, sem transferir ao paciente o custo de uma experiência didática não escolhida.

Os estudos citados ajudam a dimensionar lacunas formativas. Obedin-Maliver *et al.* (2011) identificaram mediana de cinco horas dedicadas à saúde de pessoas LGBT ao longo da graduação médica nas instituições norte-americanas investiga-

das. No Brasil, Rufino, Madeiro e Girão (2014) descreveram um ensino de sexualidade fragmentado e predominantemente biologizante. Paulino, Rasera e Teixeira (2019) encontraram, entre profissionais da Estratégia Saúde da Família, discursos que reduzem as necessidades dessa população ao HIV ou negam suas particularidades sob a afirmação *"atendo todo mundo igual"*. A igualdade declarada torna-se insuficiente quando preserva um modelo de atendimento que não contempla necessidades distintas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de 2014 constituem um marco histórico para examinar a distância entre o reconhecimento da diversidade e sua tradução em aprendizagem clínica (Brasil, 2014). A Resolução CNE/CES nº 3/2025 revogou esse texto e explicitou, no art. 8º, XI, competências relativas à diversidade de gênero e de orientação sexual, incluindo atenção às populações LGBTQIAPN+; estabeleceu também prazos para implantação curricular (Brasil, 2025a). Essa mudança impede que a insuficiência formativa seja atribuída, sem distinções temporais, à ausência de reconhecimento normativo. O problema passa a exigir análise de implementação: quais competências são ensinadas, como o desempenho é avaliado e que suporte acompanha a prática supervisionada? A existência da diretriz não demonstra, por si, que essas competências tenham sido incorporadas ao atendimento.

4 Políticas públicas: marcos normativos e implementação

A assistência à população LGBTQIA+ insere-se no marco de universalidade e integralidade do SUS e no compromisso de enfrentar desigualdades de acesso (Brasil, 1990). A equidade orienta a adequação das respostas a necessidades distintas, em contraste com a padronização que desconsidera barreiras socialmente produzidas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconheceu, em 2004, demandas de mulheres lésbicas (Brasil, 2004). O Processo Transexualizador, instituído em 2008 e redefinido em 2013, incorporou travestis e homens trans, estabeleceu os parâmetros etários então previstos para hormonização e cirurgias — respectivamente, 18 e 21 anos — e atribuiu à APS a função de porta de entrada e acompanhamento (Brasil, 2008; Brasil, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais estabeleceu objetivos de qualificação da rede, garantia do nome soci-

al, inclusão de orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação e enfrentamento da discriminação institucional (Brasil, 2011). A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e o Decreto nº 8.727/2016 integram os marcos de reconhecimento do nome social, enquanto a Política Nacional de Atenção Básica reafirma a responsabilidade territorial e a equidade (Brasil, 2009; Brasil, 2016; Brasil, 2017). O desafio analítico consiste em compreender como esses compromissos se traduzem em condições efetivas de atendimento.

No campo jurídico, a ADI 4.275 e o Provimento CNJ nº 73/2018 marcaram o reconhecimento da retificação registral sem cirurgia ou laudo (Brasil, 2018; Conselho Nacional de Justiça, 2018). A ADO 26 e o MI 4.733 enquadraram a homofobia e a transfobia na Lei nº 7.716/1989, alcançando práticas discriminatórias em serviços públicos (Brasil, 2019). As resoluções do Conselho Federal de Psicologia vedaram práticas de conversão (Conselho Federal de Psicologia, 1999; 2018). Internacionalmente, a retirada da incongruência de gênero do capítulo de transtornos mentais da CID-11 e os *Standards of Care*, versão 8, compõem o debate sobre despatologização, autonomia e consentimento informado no cuidado de pessoas adultas (Organização Mundial da Saúde, 2019; Coleman *et al.*, 2022).

Esses marcos convivem com disputas sobre o acesso às intervenções. A Resolução CFM nº 2.427/2025 vedou a prescrição de bloqueadores para incongruência ou disforia de gênero em crianças e adolescentes, estabeleceu idade mínima de 18 anos para hormonização e de 21 anos para cirurgias com potencial efeito esterilizador, e exigiu acompanhamento médico prévio, com ênfase psiquiátrica e endocrinológica, por ao menos um ano antes do início da terapia hormonal. A própria resolução ressalvou, em seu art. 10, as pessoas que já estavam em uso de terapia hormonal ou bloqueadores (Conselho Federal de Medicina, 2025).[2] Sua constitucionalidade foi questionada no Supremo Tribunal Federal por meio da ADI 7.806 e da ADPF 1.221. O exame desses conflitos exige distinguir conteúdo da norma, controvérsia judicial e efeitos sobre os percursos assistenciais.

No período de 2024–2025, o anúncio do Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans, concebido como revisão e ampliação do Processo Transexualizador, foi acompanhado por adiamentos de sua regulamentação, sob

[2] Nota de conferência normativa: o art. 6º, § 3º, I, menciona acompanhamento psiquiátrico e endocrinológico; o art. 10 ressalva tratamentos já iniciados. Esses dispositivos foram conferidos no texto oficial da Resolução CFM nº 2.427/2025. A situação processual requer atualização própria.

cobrança do Ministério Público Federal e das Defensorias Públicas. O dossiê de Benevides (2026) registra a tramitação de centenas de proposições legislativas contrárias aos direitos de pessoas trans. Esse contexto permite analisar como a instabilidade normativa amplia a insegurança profissional. A controvérsia sobre determinadas intervenções não suspende a responsabilidade de acolher, esclarecer e atender às demais necessidades de saúde.

Lionço (2008) fundamenta a necessidade de políticas voltadas à população GLBT na articulação entre direitos humanos, sexuais e reprodutivos e enfrentamento das desigualdades que limitam a universalidade do SUS. Mello *et al.* (2011), por sua vez, analisam documentos e entrevistas com representantes governamentais e da sociedade civil: reconhecem o caráter pioneiro das ações de saúde, mas identificam obstáculos à sua efetivação, entre eles limitações orçamentárias, discriminação institucional e dificuldades de articulação entre esferas de governo. A convergência entre os trabalhos está na insuficiência do reconhecimento formal; suas contribuições diferem pela ênfase, respectivamente, na justificação político-normativa e na análise das condições de implementação.

No Processo Transexualizador, Lionço (2009) examina os limites da redução do cuidado às intervenções de transformação corporal, enquanto Rocon *et al.* (2019) identificam barreiras geográficas, discriminação e exigências diagnósticas no acesso aos serviços. Essas análises ajudam a questionar o encaminhamento indiscriminado de demandas que a APS pode acompanhar. Remeter uma pessoa à atenção especializada não resolve, por si, necessidades de rastreamento, contracepção ou tratamento de infecções. A implementação requer atribuições compartilhadas, suporte técnico e fluxos que preservem a responsabilidade longitudinal da equipe.

A experiência municipal de São Paulo apresenta uma estratégia de aproximação entre protocolo e formação. O documento publicado em 2020 pelo Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI definiu fluxos nas unidades básicas, responsabilidades por categoria e critérios de hormonização na APS, vinculando a preparação das unidades à constituição de uma rede de referência (São Paulo, 2020). O modelo aproxima o acompanhamento do território e reserva aos serviços de referência o apoio matricial e as situações de maior complexidade. A oferta de citologia, contracepção e acompanhamento hormonal depende, nessa organização, de equipe habilitada, respaldo institucional e observância dos marcos aplicáveis. A

formação deixa de ser uma iniciativa isolada e passa a integrar a capacidade de resposta da rede.

5 Estrutura do serviço: percurso e continuidade assistencial

5.1 Território e chegada

O acesso ao consultório é antecedido por contatos com agentes comunitários, recepção e informações sobre o serviço. Rocon *et al.* (2016) documentam desrespeito ao nome social e discriminação como barreiras de acesso; em outro estudo, relatos analisados por Rocon *et al.* (2019) associam o receio de discriminação à evitação dos serviços. Esses achados permitem compreender a confiança institucional como uma condição que precede a consulta. A circulação territorial dessas experiências constitui uma hipótese explicativa da reputação do serviço, cujo alcance não pode ser quantificado a partir das pesquisas citadas.

O agente comunitário de saúde ocupa a intersecção entre vínculo territorial e responsabilidade assistencial. Em estudo exploratório realizado em duas unidades de São Paulo, Fortes e Spinetti (2004) identificaram dilemas sobre a confidencialidade das informações recebidas por agentes que também integram a comunidade. Embora a pesquisa não tenha como foco a população LGBTQIA+, ela explicita uma tensão pertinente a este capítulo: a proximidade pode facilitar a confiança e, simultaneamente, tornar mais delicada a separação entre relações profissionais e comunitárias. A formação precisa incluir a discussão de valores, preconceitos e conflitos de sigilo, sem presumir acolhimento ou discriminação a partir do vínculo territorial. Como consequência organizacional, propõe-se pactuar formas seguras de contato e de compartilhamento das informações, evitando que visitas ou convites revelem identidades e relações que a pessoa não deseja tornar públicas.

5.2 Recepção, cadastro e sala de espera

A recepção articula reconhecimento e acesso administrativo. O nome social deve estar registrado no Cartão Nacional de Saúde e no cadastro da unidade e ser utilizado na chamada, sem exposição pública do nome anterior. Quando existe retificação civil, a atualização cadastral deve assegurar o uso do nome vigente. O cadastro individual do e-SUS APS inclui campos relativos à orientação sexual e à identidade de gênero; sua abordagem precisa preservar a decisão da pessoa sobre

o fornecimento dessas informações. A equipe deve criar condições para o registro, evitando tanto a omissão da pergunta quanto o preenchimento por inferência.

O campo *"sexo"* requer atenção quando utilizado como filtro de autorização. A incompatibilidade entre categoria cadastral e procedimento pode bloquear citologia, mamografia ou ultrassonografia pélvica para determinados registros, assim como exames prostáticos para outros. Cabe ao serviço conhecer previamente os mecanismos de resolução dessas inconsistências, impedindo que a pessoa seja responsabilizada por uma limitação do sistema.

Banheiros acessíveis, sinalização de acolhimento à população LGBTQIA+, representação de diferentes configurações familiares e formação de vigilantes e porteiros antecedem o encontro clínico. À luz do modelo de estresse de minoria (Meyer, 2003), esses elementos podem ser interpretados como sinais institucionais que participam da expectativa de acolhimento e da decisão de compartilhar informações sensíveis. Essa aplicação do referencial não demonstra um efeito causal de cada recurso sobre o acesso. A coerência entre sinalização, privacidade e conduta da equipe é o critério proposto para avaliar a ambiência, evitando que a comunicação inclusiva encubra práticas excludentes.

5.3 Agenda e acesso

A nomenclatura das agendas pode favorecer ou restringir o reconhecimento de quem é elegível ao atendimento. Denominações como *"saúde da mulher"* ou *"dia do preventivo"*, quando utilizadas como critérios excludentes, dificultam o acesso de homens trans com colo uterino ao rastreamento. A coleta, frequentemente realizada pela enfermagem na APS, exige protocolo orientado pela necessidade anatômica e pelos critérios clínicos. A sala de coleta compartilha, assim, as mesmas exigências de reconhecimento, consentimento e confidencialidade atribuídas à consulta médica.

A Política Nacional de Atenção Básica orienta a articulação entre demanda programada e espontânea e o acolhimento conforme necessidades, riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2017). No percurso aqui examinado, propõe-se que a duração das consultas admita ajustes para recuperar histórias fragmentadas, negociar o exame e estabelecer decisões compartilhadas. Trata-se de uma recomendação organizacional: a literatura citada não estabelece um acréscimo padronizado de tempo para

esses atendimentos. A complexidade identificada, e não a identidade LGBTQIA+, deve orientar a adequação da agenda. Quando necessário e pactuado, encontros subsequentes podem dar continuidade à avaliação. O planejamento precisa compatibilizar tempo clínico, capacidade da equipe e seguimento, sem converter a previsão de consultas ampliadas em nova barreira ao agendamento.

5.4 Laboratório, farmácia, diagnóstico por imagem e rede

A continuidade do cuidado depende da circulação adequada das informações após a consulta. Requisições e laudos que vinculam automaticamente os intervalos de referência ao sexo cadastral podem produzir sinalizações pouco pertinentes ao contexto hormonal: valores de testosterona em homens trans podem ser comparados a faixas não correspondentes ao tratamento, assim como resultados de hematócrito em mulheres trans. O registro da hormonização favorece a interpretação contextualizada, sem dispensar a avaliação clínica de cada resultado. A identificação correta da pessoa deve acompanhar todas as etapas, da solicitação à entrega do laudo.

Os filtros administrativos também podem dificultar a realização de ultrassonografia transvaginal, mamografia ou densitometria, conforme o cadastro e a indicação. A antecipação desses obstáculos evita retornos improdutivos e atrasos. A dispensação de hormônios, nos locais em que integra os protocolos da APS, precisa seguir os mesmos critérios de identificação e respeito. Na referência e contrarreferência, a seleção das informações deve conciliar continuidade assistencial e proteção contra exposição desnecessária de identidade ou orientação sexual.

A rede de apoio compreende ambulatórios de referência, equipes multiprofissionais, serviços de atenção à violência e especialidades como urologia, endocrinologia e mastologia. O apoio matricial e a telessaúde podem ampliar a capacidade da APS para discutir condutas sem transferir integralmente a responsabilidade pelo acompanhamento. O retorno deve ser organizado antes da saída da pessoa, preservando a continuidade entre o que foi proposto e sua execução.

Os indicadores de acompanhamento devem responder às barreiras examinadas: a cobertura do rastreamento entre pessoas elegíveis com colo uterino, inclusive aquelas cadastradas como homens, verifica a oferta discutida na seção 3.3; a adequação do nome utilizado às informações da pessoa examina o reconhecimento

cadastral da seção 5.2; e o tempo até a primeira consulta acompanha as condições de agenda da seção 5.3. Manifestações à ouvidoria complementam essas medidas com relatos sobre o percurso assistencial. Propõe-se interpretar os resultados em conjunto com a população elegível, a completude dos registros e as mudanças de fluxo. Poucas reclamações, isoladamente, não demonstram ausência de barreiras: também podem refletir dificuldade de acesso aos canais de manifestação. O monitoramento deve subsidiar a revisão dos processos, evitando que o cumprimento formal de metas substitua a avaliação do cuidado.

5.5 Educação permanente e responsabilidade institucional

A educação permanente deve abranger recepção, vigilância, agentes comunitários, enfermagem, medicina, farmácia e gestão. As lacunas da formação inicial demandam respostas do serviço que alcancem todas as etapas do percurso, conforme a orientação da PNH e da política nacional de 2011. A experiência paulistana associa a formação das unidades à sua participação na rede de referência, tornando mais reconhecível para a população a oferta de cuidado preparada para suas necessidades (São Paulo, 2020).

O conteúdo formativo articula os conceitos, as condutas, os marcos normativos e os fluxos discutidos neste capítulo. Sua institucionalização requer que o aprendizado seja incorporado a protocolos, responsabilidades e rotinas, com continuidade diante das mudanças de equipe. O resultado esperado é a redução da dependência de iniciativas individuais e a consolidação de uma capacidade assistencial compartilhada.

6 Considerações finais

A humanização do consultório ginecológico para a população LGBTQIA+ na APS exige coerência entre reconhecimento, decisão clínica e organização institucional. A análise desenvolvida permite compreender a cisheteronormatividade como um problema de qualidade assistencial: quando categorias identitárias substituem informações sobre práticas, anatomia e necessidades, o serviço compromete o próprio raciocínio que orienta suas intervenções. A resposta proposta articula escuta, consentimento, registro e acesso, atribuindo responsabilidades tanto à equipe quanto à gestão.

As dificuldades de financiamento e articulação descritas por Mello *et al.* (2011) mostram por que compromissos normativos precisam ser examinados em suas condições de execução. Onde a capacidade assistencial é insuficiente, ampliar o tempo de consulta sem reorganizar a oferta pode prolongar filas; a resposta exige planejamento de equipe, acesso a insumos e pactuação de prioridades. A escassez não autoriza critérios discriminatórios, mas torna indispensável explicitar como recursos e responsabilidades serão distribuídos. Transferir essa contradição ao empenho individual do profissional preservaria o problema institucional que o capítulo procura enfrentar.

Outra tensão envolve a proteção da autonomia em um campo de controvérsias regulatórias. Os conflitos examinados não encerram o debate científico e ético. É necessário distinguir os requisitos relativos a determinada intervenção das demais necessidades de saúde e da obrigação de continuidade assistencial. Também os protocolos inclusivos exigem revisão: ao estabilizar diversidade em um catálogo fechado de identidades ou condicionarem o acesso à exposição de informações dispensáveis.

A participação das pessoas atendidas na revisão dos fluxos é coerente com a cogestão defendida pela PNH (Brasil, 2010a) e impede que a instituição seja a única intérprete de seus resultados. A qualidade do consultório se expressa na possibilidade de procurar atendimento sem antecipar desqualificação, participar das decisões e encontrar continuidade para o cuidado necessário.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009.

BENEVIDES, Bruna G. *Dossiê*: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2025. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2026.

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo*: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.275/DF*. Relator: Min. Marco Aurélio; redator do acórdão: Min. Edson Fachin. Julgamento em 1º mar. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26/DF e Mandado de Injunção nº 4.733/DF*. Relatores: Min. Celso de Mello e Min. Edson Fachin. Julgamento em 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 187, p. 35, 1 out. 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero*: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COLEMAN, Eli et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, v. 23, supl. 1, p. S1-S259, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.664, de 13 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF: CFM, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: CFM, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.427, de 8 de abril de 2025. Revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 73, p. 174, 16 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 1, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, DF: CFP, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais. Brasília, DF: CNJ, 2018.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328–1333, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500027.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I*: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRICKER, Miranda. *Epistemic injustice*: power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press, 2007.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HOCHSCHILD, Arlie Russell. *The managed heart*: commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press, 1983.

JESUS, Jaqueline Gomes de. *Orientações sobre identidade de gênero*: conceitos e termos. 2. ed. Brasília, DF: [s. n.], 2012.

KULICK, Don. *Travesti*: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LIGHT, Alexis D.; OBEDIN-MALIVER, Juno; SEVELIUS, Jae M.; KERNS, Jennifer L. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, v. 124, n. 6, p. 1120-1127, 2014.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, Ilan H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

OBEDIN-MALIVER, Juno; GOLDSMITH, Elizabeth S.; STEWART, Leslie et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, v. 306, n. 9, p. 971-977, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. Genebra: WHO, 2019.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e180279, 2019.

PEITZMEIER, Sarah M.; REISNER, Sari L.; HARIGOPAL, Padmini; POTTER, Jennifer. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, v. 29, n. 5, p. 778-784, 2014.

PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e desejo*: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009.

POTTER, Jennifer; PEITZMEIER, Sarah M.; BERNSTEIN, Ida et al. Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: a narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, v. 30, n. 12, p. 1857-1864, 2015.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Yogyakarta: [s. n.], 2007.

REISNER, Sari L.; DEUTSCH, Madeline B.; PEITZMEIER, Sarah M. et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS ONE*, v. 13, n. 3, e0190172, 2018.

ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alexsandro; ZAMBONI, Jésio; PEDRINI, Mateus Dias. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.

ROCON, Pablo Cardozo; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Alexsandro; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e180633, 2019.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. Sexuality education in Brazilian medical schools. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 11, n. 5, p. 1110-1117, 2014.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI. *Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo*. São Paulo: SMS, 2020.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TERVALON, Melanie; MURRAY-GARCÍA, Jann. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.