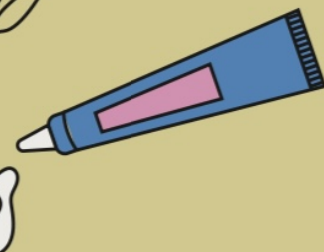


CARTILHA

CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO DE PACIENTES TRANSGÊNERO E DE GÊNERO DIVERSO



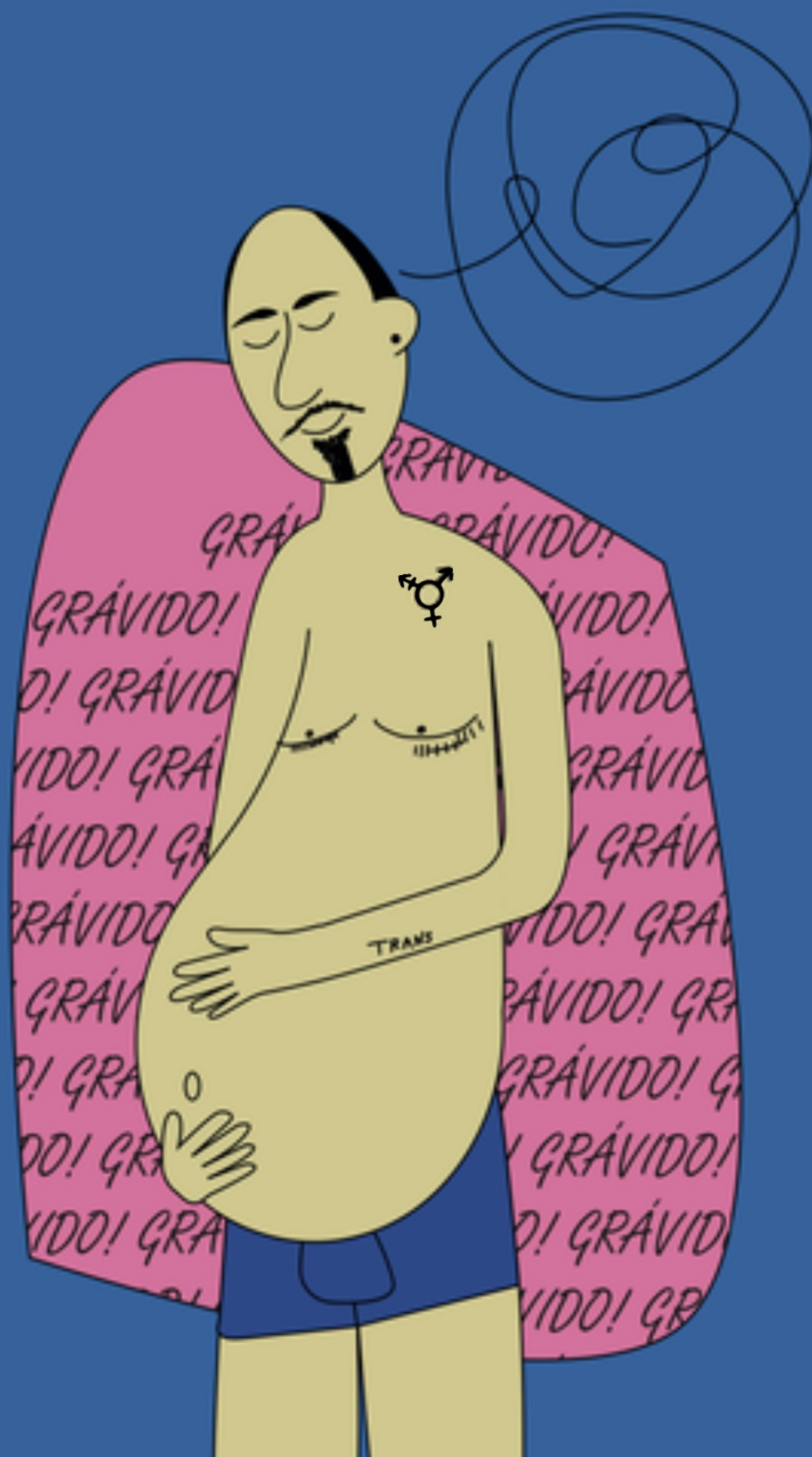


INDÍCE

Apresentação	3
Parte I - Conceitos e terminologias	4
Parte II - Disforia de gênero	9
Parte III - Como funciona a transição de gênero e o aconselhamento reprodutivo?	12
Parte IV - Cuidados em saúde mental na gestação	17
Parte V - Quanto à lactação	21
Parte VI - Mensagem final	22

APRESENTAÇÃO

A gestação é um período de transformações físicas, emocionais e sociais que pode gerar desafios únicos para pessoas transgênero, não-binárias e de gênero diverso. Os profissionais de saúde mental têm um papel fundamental no **acolhimento, apoio e promoção do bem-estar** dos pacientes. Por esse motivo, esta cartilha visa orientar sobre práticas voltadas às necessidades específicas desse público.



PARTE I

CONCEITOS E TERMINOLOGIAS

A identidade de gênero é a compreensão que cada sujeito constrói sobre si em relação às definições socioculturais de gênero. É, portanto, autoatribuível e pode, ou não, corresponder ao gênero designado no nascimento.

No Brasil, aproximadamente 2% da população, ou seja, cerca de 3 milhões de pessoas, se declaram como indivíduos não-cisgênero. Essa população pode passar por situações de julgamento, estigmatização e preconceito por apenas vivenciar ou expressar sua identidade de gênero. O estresse minoritário decorre em sofrimento psíquico e aumenta o risco para desenvolver alguns transtornos psiquiátricos.

Dito isso, podemos concluir que o sofrimento não é um processo intrínseco da transgeneridade ou da não-binariedade e sim uma resposta às suas vivências. As tabelas a seguir visam demonstrar os termos utilizados e seu significado, a fim de promover um alinhamento conceitual.

TERMO	SIGNIFICADO
INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO	Termo que descreve a diferença entre identidade de gênero e gênero designado ao nascimento. Trata-se de diagnóstico do CID 11 que não requer qualquer transtorno mental.
DISFORIA DE GÊNERO	Sufrimento resultante de incongruência entre a identidade de gênero e o gênero designado ao nascimento.
ASSEXUAL	Indivíduo que tem pouca ou nenhuma atração sexual por outras pessoas.
HOMOSSEXUAL	Indivíduo que sente atração física e afetiva por pessoa do mesmo gênero.
HETEROSSEXUAL	Indivíduo que sente atração física e afetiva por pessoa de outro gênero.
BISSEXUAL	Indivíduo que sente atração física e afetiva por pessoas de mais de um gênero.
PANSEXUAL	Indivíduo que sente atração física e afetiva por pessoas, independente de seu gênero.

TERMO	SIGNIFICADO
ORIENTAÇÃO SEXUAL	Se refere à atração/desejo (ou não) física, afetiva, romântica ou emocional por outras pessoas.
TRAVESTI	Identidade histórico-política, construída sócio culturalmente. Travesti é uma identidade de gênero feminina tipicamente brasileira, que foi marginalizada por décadas e que vem ganhando força atualmente. Não tem relação com a vontade de realizar ou não modificações corporais.
GÊNERO	Estrutura social e construção histórica do que é ser homem/masculino ou mulher/feminino nas diferentes épocas e sociedades.
SEXO	Definido de acordo com cromossomos sexuais, gônadas, genitália, características sexuais secundárias e níveis hormonais. O sexo de nascimento costuma ser baseado na anatomia da genitália.
IDENTIDADE DE GÊNERO	Percepção que cada pessoa tem em relação ao seu gênero, que pode estar de acordo ou não com aquele que lhe foi designado ao nascimento.

TERMO	SIGNIFICADO
EXPRESSÃO DE GÊNERO	Característica de gênero expressas através de comportamentos, imagem corporal, roupas e adornos, voz e gestos.
CISGÊNERO	Pessoa que se identifica com o gênero designado no nascimento.
TRANSGÊNERO	Pessoa que não se identifica com o gênero designado ao nascimento. É um termo guarda-chuva que engloba várias identidades: homens e mulheres transexuais, pessoas não binárias, travestis e outras.
CROSS DRESSING	Uso de roupas tipicamente associadas a outro gênero, independente da identidade de gênero.
AGÊNERO	Indivíduo que se identifica como sem gênero ou fora do espectro de gênero.
GÊNERO FLUIDO	Indivíduo que apresenta fluidez no espectro de gênero, variando sua identidade de gênero com o tempo.

TERMO	SIGNIFICADO
GÊNERO NÃO BINÁRIO	Pessoa que não se identifica no binômio homem-mulher. Pode se descrever como nem homem, nem mulher, algo entre os dois ou nenhum deles.
GENDER QUEER	Termo guarda-chuva usado para designar identidade de gênero por pessoa que não se reconhece como cis e questiona os padrões existentes.
INTERSEXO (DDS)	Termo usado para uma variedade de condições em que a pessoa nasce com divergências hormonais, de característica secundárias ou de anatomia sexual, não se enquadrando assim nas definições binárias do sexo masculino ou feminino.



Para um **atendimento acolhedor e inclusivo**, é interessante perguntar na anamnese:



- Como você prefere que eu te chame?
- Como devo me referir a você em relação aos pronomes e artigos?

PARTE II

DISFORIA DE GÊNERO

A disforia de gênero é quando:

A. Há incongruência significativa entre o gênero experimentado/expresso, por um período de pelo menos 6 meses, manifestada por pelo menos 2 dos seguintes:

- 1.** Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundária;
- 2.** Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso;
- 3.** Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero;
- 4.** Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado);
- 5.** Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado);
- 6.** Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado);

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(Ref: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V-TR, 2013; APA, 2014, p. 452-453)



Para um **atendimento acolhedor e inclusivo**, é interessante perguntar na anamnese:



- Como está sua satisfação em relação a suas características corporais?
- Você gostaria de transformar algo em seu corpo?

IMPORTANTE

A vivência de disforia de gênero é de natureza subjetiva. Logo, podemos concluir também que **nem toda pessoa transgênero, não-binária ou de gênero diverso experiencia a disforia** ou deseja receber hormonioterapia e cirurgias de redesignação sexual.

DISFORIA DE GÊNERO E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Os 3 transtornos psiquiátricos mais frequentes co-ocorrentes com a disforia de gênero, em ordem decrescente, são:

1. Transtornos do Humor (em especial o Transtorno Depressivo Maior)
2. Transtornos Ansiosos
3. Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas

Outras quadros que são comuns e devemos ficar atentos: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtornos de Personalidade, comportamentos autolesivos e ideação suicida.

A população transgênero é **mais susceptível a sofrer agressões físicas ou sexuais** em decorrência da sua identidade de gênero, o que é um preditor independente de risco para tentativas de suicídio.

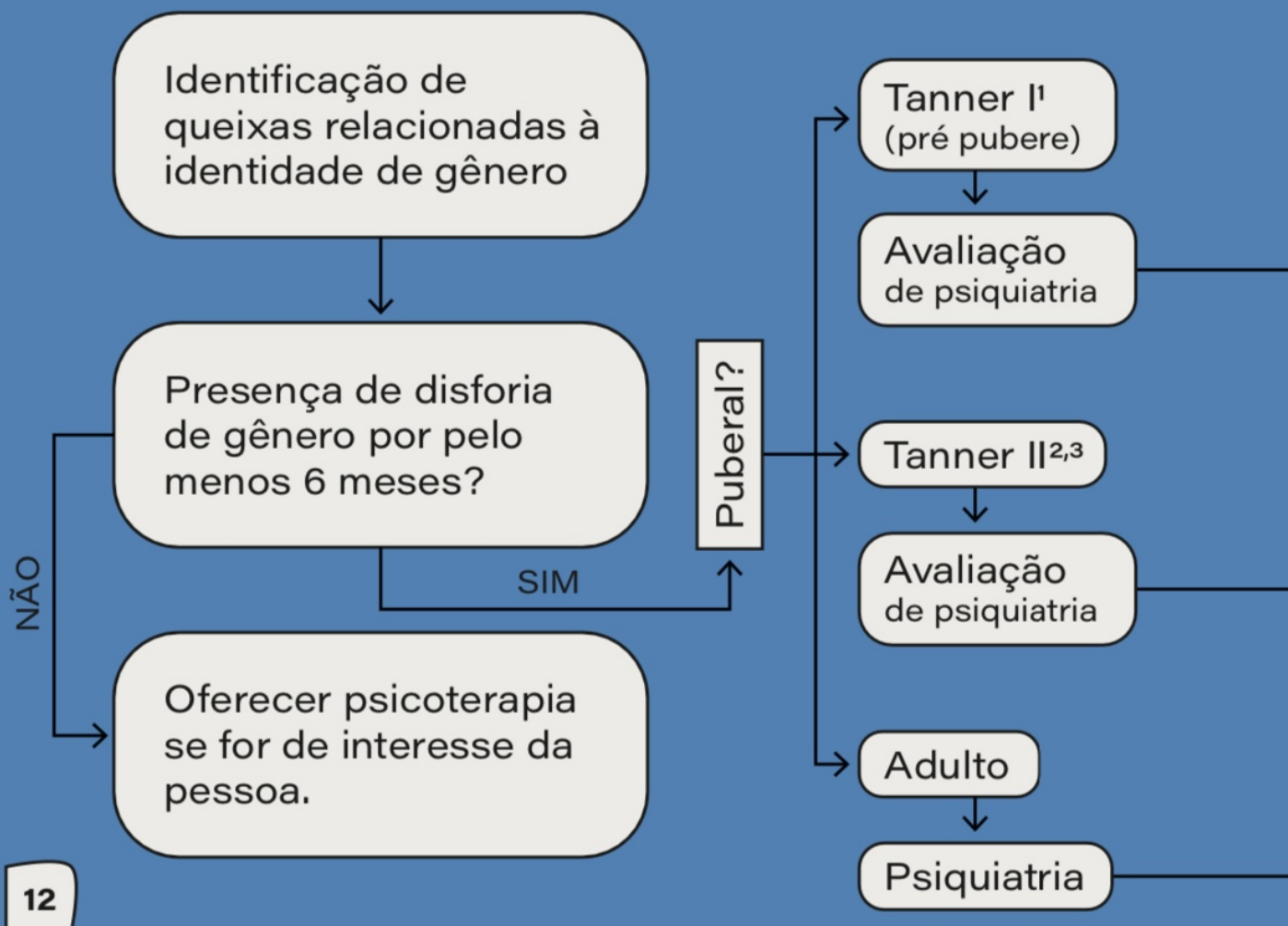


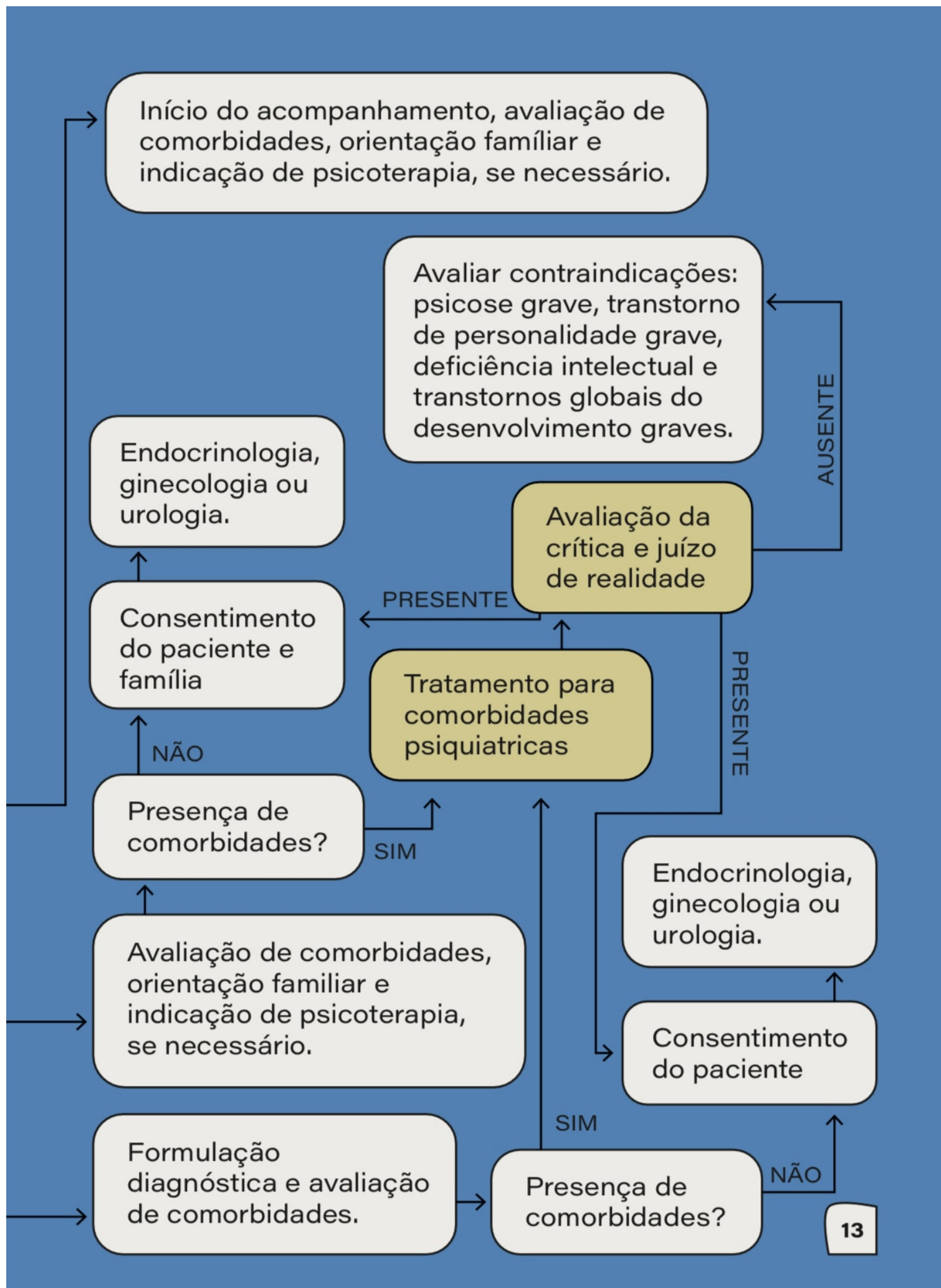
As taxas de prevalências dessas comorbidades **cai significativamente após início das terapias afirmativas de gênero**, como a terapia hormonal e procedimentos cirúrgicos.

PARTE III

COMO FUNCIONA A TRANSIÇÃO DE GÊNERO E O ACONSELHAMENTO REPRODUTIVO?

Caso a disforia de gênero ocorra, podemos seguir o fluxograma a seguir:





¹ É importante permitir que a criança vivencie a sua identidade e que se expresse da forma com a qual sinta-se mais confortável.

² Há necessidade de protocolo de pesquisa com aprovação de CEP para a realização do bloqueio puberal.

³ Entre e 16 e 18 anos, pode-se iniciar a hormonização, de acordo com a Resolução CFM nº 2.265/2019, publicada em janeiro de 2020. Assim como para o bloqueio puberal, o profissional de saúde mental deve fornecer laudos e relatórios que se façam necessários para o seguimento do processo, caso seja esse o interesse do adolescente e com anuência dos pais/responsáveis.

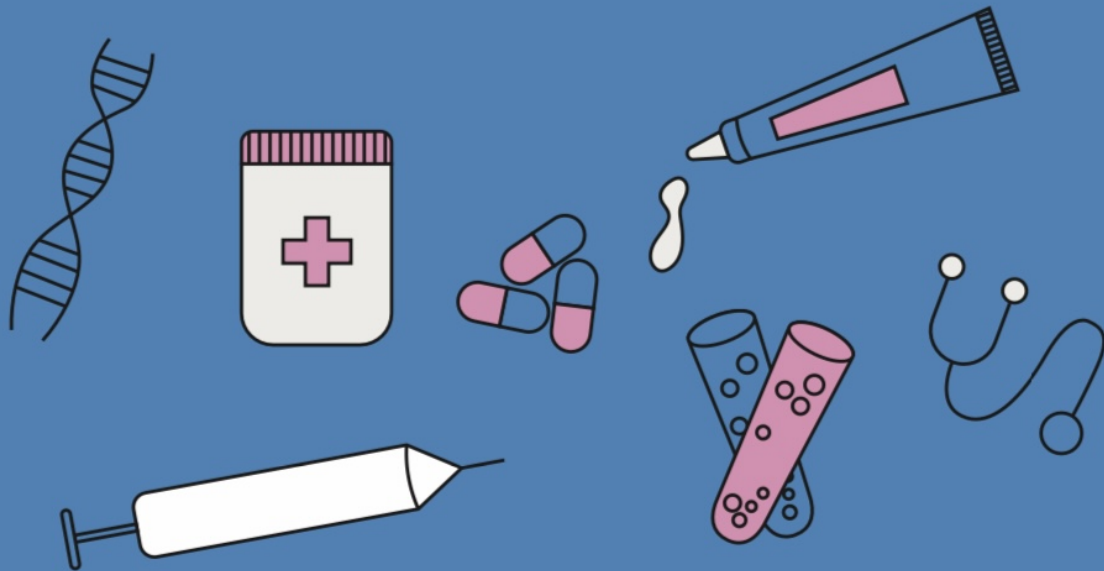
Antes de instituir as terapias hormonais e cirúrgicas, é primordial que sejam discutidos os impactos e as consequências dessas medidas na fertilidade do indivíduo que deseja iniciá-las = aconselhamento reprodutivo = geralmente realizado pela equipe multidisciplinar que acompanha (Endocrinologista, Ginecologista, etc).

Exemplos de dúvidas comuns em relação às terapias hormonais x fertilidade:

Pergunta: A terapia hormonal masculinizante, com o uso de testosterona, pode levar a amenorreia dentro de 1 a 12 meses após a primeira administração. Isso pode ser considerado um método contraceptivo?

Resposta: a cessação da menstruação não é sinônimo de anovulação. Nesse sentido, a testosterona não elimina totalmente o potencial de gravidez e, portanto, **não** se configura como um método contraceptivo.

Portanto, se o paciente está em uso de testosterona, possui parceira sexual capaz de engravidar mas não deseja ter filhos no momento, deve-se realizar encaminhamento para discutir método contraceptivo.



Pergunta: em relação a terapia hormonal para induzir características fenotípicas femininas (o estrogênio, progestágenos, fármacos antiandrogênicos), quais são os possíveis impactos na fertilidade?

Resposta: geralmente essas terapias levam a regulação negativa das gonadotrofinas, resultando em efeitos variáveis na estrutura e na função testicular. Por exemplo, a exposição prolongada ao estrogênio induz a supressão do esperma além de levar à alterações morfológicas dos espermatozoides. Contudo, o quanto isso pode evitar uma gestação ainda não é claro, são necessários mais estudos. De todo modo, deve-se alinhar com o paciente os desejos reprodutivos e orientar sobre esses possíveis impactos.



CURIOSIDADE

Na última década, houve uma redução da quantidade de procedimentos cirúrgicos e hormonais para afirmação de gênero e um aumento da busca por opções reprodutivas e de preservação da fertilidade.

Embora muitos indivíduos de gênero diverso queiram se tornar pais, com taxas comparáveis a população cisgênero, suas necessidades reprodutivas são frequentemente negligenciadas.

Esse desejo gestacional pode ser retido por receio de que possa atrasar a transição de gênero ou até mesmo impedi-la além de haver receio de julgamentos e falta de apoio.

Por isso, se houver relato de desejo gestacional, deve-se encaminhar para profissionais aptos a orientar sobre métodos de preservação de fertilidade antes de instituir as terapias de afirmação de gênero.

PARTE IV

CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO

Em que devo prestar atenção?

1. A gestação em pessoas trans, não-binárias e de gênero diverso pode ser um período de risco para exacerbação da disforia de gênero. Os fatores que costumam desencadear ou piorar a disforia são:

1.1 A associação "automática" entre gestação e feminilidade. Por mais que a gestação possa ser vivenciada de formas diversas e por outras identidades de gênero, a ideia normativa de que a gravidez é um processo exclusivo de "ser mulher" é disseminada socioculturalmente e pelas mídias. O setting e itens que são disponibilizados em maternidades e locais de assistência à gestantes são um exemplo disso pois, na maioria das vezes, reforçam estereótipos de "feminilidade", o que traz a ideia da gestação como sendo exclusiva de corpos femininos -> Isso está associado a maiores chances de aumentar a disforia de gênero, levar à discriminação e à exclusão social -> fatores de risco para comorbidades psiquiátricas.

1.2 A suspensão da terapia hormonal de afirmação de gênero com testosterona devido seus potenciais efeitos teratogênicos,

especialmente pelo risco de induzir anomalias estruturais nos tecidos reprodutivos da prole. A testosterona é classificada como uma medicação pertencente à categoria X na gestação pela Food and Drugs Administration (FDA). Após a descontinuação da terapia hormonal:

- Características fenotípicas incongruentes com o gênero costumam retornar. Aumenta disforia e sofrimento psíquico.
- Logo ao suspender a terapia hormonal, características fenotípicas mistas tornam-se comuns, o que aumenta a vulnerabilidade para situações de assédio.

Dentre as mudanças físicas decorrentes da suspensão, uma das que mais geram disforia é o aumento das mamas (pode ocorrer inclusive nos pós-mastectomizados). Mudanças de humor associadas às oscilações de hormônios femininos, redistribuição feminina de tecido adiposo e sangramentos vaginais pós-parto também foram associados à incremento da disforia. A saliência da barriga, por sua vez, tende a causar menos disforia, pois é relatado como algo mais compartimentalizado, associado à criança e é mais facilmente contornada com o uso de roupas largas.

AS EVIDÊNCIAS APONTAM

A exposição a testosterona e a realização de mastectomia previamente à gestação **melhoram a aceitação da concepção e do parto vaginal** por aumentarem a congruência de gênero e a satisfação corporal. Portanto, ambas as intervenções são recomendáveis durante um processo de planejamento reprodutivo.



Por um lado, há um grupo que concilia bem as mudanças corporais, o retorno de características fenotípicas incongruentes com o gênero (decorrentes da descontinuação da terapia hormonal) e a realização de exames que envolvem a região íntima no pré-natal. Por outro lado, outros vão vivenciar um aumento da disforia de gênero, exacerbação do sofrimento psíquico e aumento de chances de apresentar quadros psiquiátricos.

2. Quanto ao parto: o parto vaginal pode ser gatilho para disforia de gênero. Ainda que na cesárea existam riscos cirúrgicos, deve-se levar em consideração que o parto vaginal pode ter um impacto negativo na saúde mental dos pais gestacionais e pode até mesmo ter um impacto negativo na vinculação entre pai-filho. Quando isso não é pactuado abertamente com o paciente ao longo do seguimento, há um índice maior de experiências negativas na sala de parto, como por exemplo: eventos dissociativos.

3. O risco de transtornos mentais em indivíduos de gênero diverso é aumentado quando comparado a população geral fora do período de gestação. Na gestação e pós-parto, estudos estimam que essa tendência se mantém.

Os fatores de risco são: estresse minoritário, suspensão da terapia hormonal, histórico prévio de transtorno psiquiátrico, baixa autoestima, solidão e rede de suporte social escassa.

- Sensação de solidão e isolamento são os mais relatados por essa população na fase gestacional. Buscar fortalecer redes de apoio incluindo amigos e familiares é um pilar fundamental para a saúde mental dessas pessoas.
- Sugere-se a realização de triagem para quadros como a Depressão Pós-Parto (DPP) no período perinatal, dada a sua prevalência. Se feito o diagnóstico, tratar adequadamente.

Para um manejo adequado, é fortemente recomendável que se antecipe as orientações sobre essas possíveis mudanças no corpo, sobre as preferências quanto a via de parto e quanto aos sintomas psiquiátricos mais comuns no período perinatal para que o paciente desenvolva estratégias de coping para lidar com esses desafios em vez de ser "pego de surpresa". Essa orientação deve ser feita de forma tranquila e sem evidenciar apenas riscos, buscando não adotar um "tom alarmante", o que está associado a um distanciamento entre o paciente e o profissional.



PARTE V

QUANTO A LACTAÇÃO

Os benefícios para o recém-nato são bem compreendidos, contudo, alguns pacientes não vão conseguir ou querer amamentar. Mesmo após a cirurgia de mastectomia, é possível que ocorra crescimento mamário indesejado ou lactação. Nesses casos é possível encaminhar o paciente para que seja feita a supressão da lactação, se for desejada.

Sobre a retomada das terapias hormonais durante a lactação: até o momento sabe-se que há a possibilidade de níveis elevados de testosterona suprimirem a lactogênese, bem como o uso de binder.

Embora a testosterona não passe de forma significativa para o leite materno humano e não haja efeitos de curto prazo em recém-nascidos, os efeitos de longo prazo permanecem desconhecidos .

Deve-se encaminhar o paciente para orientação, em geral pelo Ginecologista e Obstetra, para esclarecer esses pontos e realizar a tomada de decisão.

PARTE VI

MENSAGEM FINAL

É essencial que profissionais de saúde estejam preparados para acolher as demandas específicas das pessoas de gênero diverso durante a gravidez, promovendo um ambiente seguro e respeitoso.

As principais barreiras referidas pelas pessoas de gênero diverso nos estudos utilizados para elaboração dessa cartilha são: dúvidas sobre o impacto da transição de gênero nas capacidades reprodutivas, reconhecimento legal da identidade de gênero no contexto da paternidade, cruzar a estrutura cisnormativa para acessar os cuidados gestacionais, lidar com o uso de um vocabulário nem sempre sensível culturalmente e inclusivo por parte dos profissionais da saúde.

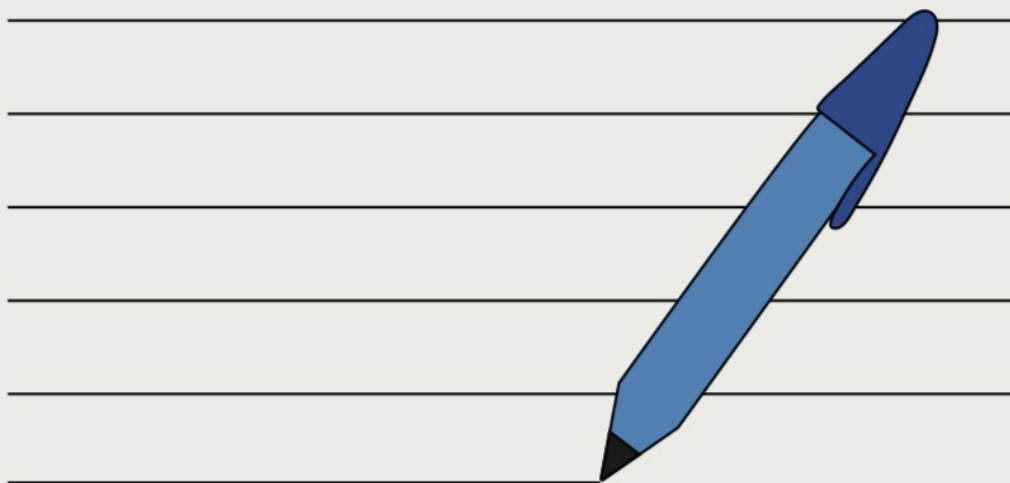
Além disso, devido as mudanças próprias da gravidez, a disforia de gênero costuma acentuar-se, o que representa um fator de risco relevante para comorbidades psiquiátricas (em especial Transtornos do Humor, Transtornos Ansiosos, Quadros dissociativos, comportamentos autolesivos e ideação suicida).

Práticas simples que podem ser anexadas no atendimento podem refletir em melhorias significativas na assistência em saúde mental para esse público.

Essa cartilha tem como objetivo ser uma ferramenta de apoio para que os profissionais de saúde mental naveguem pelas opções e os potenciais desafios em torno da saúde reprodutiva e da gestação juntamente com os pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1.** Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021).
- 2.** Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018 Oct;98(4):266-269. doi: 10.1016/j.contraception.2018.06.006. Epub 2018 Jun 23. PMID: 29944875.
- 3.** van Leerdam TR, Zajac JD, Cheung AS. The Effect of Gender-Affirming Hormones on Gender Dysphoria, Quality of Life, and Psychological Functioning in Transgender Individuals: A Systematic Review. *Transgend Health*. 2023 Feb 8;8(1):6-21. doi: 10.1089/trgh.2020.0094. PMID: 36895312; PMCID: PMC9991433.
- 4.** Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*. 2014 Dec;124(6):1120-1127. doi: 10.1097/AOG.0000000000000540. PMID: 25415163.
- 5.** Falck FAOK, Dhejne CMU, Frisén LMM, Armuand GM. Subjective Experiences of Pregnancy, Delivery, and Nursing in Transgender Men and Non-Binary Individuals: A Qualitative Analysis of Gender and Mental Health Concerns. *Arch Sex Behav*. 2024 May;53(5):1981-2002. doi: 10.1007/s10508-023-02787-0. Epub 2024 Jan 16. PMID: 38228983; PMCID: PMC11106200.
- 6.** van Amesfoort JE, van Rooij FB, Painter RC, Valkenburg-van den Berg AW, Kreukels BPC, Steensma TD, Huirne JAF, de Groot CJM, Van Mello NM. The barriers and needs of transgender men in pregnancy and childbirth: A qualitative interview study. *Midwifery*. 2023 May;120:103620. doi: 10.1016/j.midw.2023.103620. Epub 2023 Feb 16. PMID: 36893550.
- 7.** Luiz Gustavo Vala Zoldan, Andrea Hercowitz. Cuidados em Saúde Mental para Pessoas Trans, Travestis e Não Binárias - Guia do Episódio de Cuidado, 2022.



Autoria:

Viviane Midori Fugimoto Stonoga

Médica Residente em Psiquiatria - Hospital de Clínicas -
Unicamp

Co-autoria:

Artur Cintra

Psicólogo Clínico - participou do treinamento em serviço
em Arteterapia no Hospital de Clínicas - Unicamp

Orientação:

Prof. Dr. Amilton dos Santos Júnior

Docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade
de Ciencias Medicas da Unicamp

Co-orientação:

Prof. Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli

Docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade
de Ciencias Medicas da Unicamp

Ilustração e diagramação:

Mai Bilenki

