

Aconselhamento contraceptivo para o paciente transgênero designado mulher ao nascimento

Sérgio Henrique Pires Okano^{1,2}, Giovanna Giulia Milan Pellicciotta¹, Giordana Campos Braga^{1,2}

RESUMO

Apesar de 0,7% da população brasileira se identificar como transgênero, não existe treinamento para que o profissional de saúde realize um acolhimento de maneira integral a esse paciente, incluindo a discussão do planejamento reprodutivo. O uso de testosterona promove amenorreia nos primeiros meses de uso, entretanto esse efeito não garante eficácia contraceptiva e, conseqüentemente, aumenta os riscos de uma gravidez não planejada. Trata-se de uma revisão integrativa com o objetivo de avaliar e organizar uma abordagem do aconselhamento contraceptivo na população transgênero que foi designada mulher ao nascimento. Realizou-se busca estratégica em PubMed e Embase, bem como em *guidelines* internacionais, sobre cuidados à população transgênera. De 88 artigos, 11 foram utilizados para desenvolver o modelo de aconselhamento contraceptivo. O modelo segue as seguintes etapas: (1) Abordagem das informações relacionadas à necessidade de contracepção; (2) Avaliação das contra-indicações ao uso dos métodos contraceptivos (hormonais e não hormonais); (3) Efeitos colaterais e possíveis desconfortos associados ao uso do contraceptivo. O modelo de aconselhamento contraceptivo é composto de 20 questões que abordam as indicações e contra-indicações ao uso desses métodos e um fluxograma que auxilia na escolha entre os métodos permitidos ao paciente de acordo com a sua necessidade.

INTRODUÇÃO

Transgênero é o indivíduo cuja identidade de gênero difere de seu sexo atribuído no nascimento, independentemente de realização de procedimentos corporais de afirmação de gênero.⁽¹⁾ No Brasil, a prescrição de hormônios para a aquisição de caracteres sexuais do gênero vivenciado (hormonização cruzada) deve ser realizada segundo as orientações do Processo Transexualizador regulamentado pela Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, e pela Resolução nº 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina.^(2,3)

Segundo Spizzirri *et al.* (2021)⁽⁴⁾ 0,69% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 0,48-0,90) da população brasileira se identifica como trans e 1,19% (IC de 95%: 0,92-1,47), como não binária e estão em idade reprodutiva (32,8 ± 14,2 anos; IC de 95%: 28,5-37,1). Apesar desses números, a população enfrenta diversas barreiras de acesso às redes de saúde devido a sua invisibilidade. O cuidado integral,

Descritores

Transgênero; Contracepção; Testosterona

1. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Sérgio Henrique Pires Okano
Av. Costábile Romano, 2.201, 14096-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil
sergio.okano@usp.br

Como citar:

Okano SH, Pellicciotta GG, Braga GC. Aconselhamento contraceptivo para o paciente transgênero designado mulher ao nascimento. *Femina*. 2022;50(9):518-26.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do artigo "Contraceptive Counseling for the Transgender Patient Assigned Female at Birth", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(9):884-90.

que deve se pautar na promoção de saúde, prevenção de doenças, rastreamento de condições clínicas e eventuais tratamentos, geralmente, é negado ou negligenciado a essa população, assim como a atenção à saúde reprodutiva e, conseqüentemente, a contracepção.⁽⁵⁾

Pessoas que são designadas como mulheres no nascimento podem se identificar como homens ou com qualquer outra expressão do gênero não binária diferente do feminino. Entende-se como transexual masculino (TMs) os indivíduos que possuem uma identidade de gênero masculino, mas foram designados como mulheres no nascimento. A orientação sexual das pessoas transgênero independe da sua identidade de gênero, ou seja, TMs podem se relacionar com pessoas de identidade masculina, feminina e/ou não binária, e, dessa forma, estar sujeitos à gestação quando ainda possuem útero e ovários e sua parceria sexual fértil possui pênis.⁽⁶⁾ Uma coorte identificou que pessoas trans estão em potencial risco de gravidez; nela, apenas 20% dos homens trans usavam contracepção, e mais da metade não eram orientados quanto ao uso de contracepção após o início do tratamento hormonal.⁽⁷⁾ Outro levantamento americano demonstrou que 24% das gestações em TMs ocorrem sem planejamento, sobretudo devido à não orientação sobre os métodos contraceptivos e à falsa concepção de que a testosterona possui esse efeito.⁽⁸⁾

Procedimentos cirúrgicos e contracepção

A pan-histerectomia e a ooforectomia são procedimentos indicados nos pacientes que desejam a afirmação cirúrgica do gênero. Como ocorre a retirada desses órgãos, essenciais ao processo reprodutivo, não há necessidade de discutir contracepção com os TMs que realizaram essas cirurgias.^(9,10) Entretanto, o planejamento familiar por meio do congelamento de gametas ou embriões é uma possibilidade pré-tratamento de fertilidade e deve ser oferecido a todos os TMs previamente ao início da terapêutica hormonal e cirúrgica.⁽⁵⁾

Métodos contraceptivos

A contracepção deve ser discutida com todas as pessoas que apresentam risco de gestações não planejadas.^(7,9-11) No Brasil, há maior prevalência do uso de pílulas orais (29,7%) por mulheres cis, seguido pela laqueadura tubária (14%) e preservativo externo (10%).⁽¹²⁾

Os métodos hormonais são divididos em dois grupos: contraceptivos combinados e de progestagênio isolado.^(13,14) Métodos hormonais atuam inibindo o pico de hormônio luteinizante (LH), responsável pela ovulação; alteram o muco cervical, impedindo a ascensão dos espermatozoides à cavidade uterina; prejudicam a motilidade tubária das trompas de Falópio, impedindo que o óvulo se desloque para a cavidade uterina; e altera as características endometriais, tornando o útero hostil à implantação.^(15,16)

Os contraceptivos combinados são compostos por uma associação de estrogênios (seja etinilestradiol ou

valerato de estradiol) e progestagênios, o que garante maior previsibilidade do sangramento e controle da acne e do hirsutismo.⁽¹⁶⁾ Entretanto, a presença do estrogênio, sobretudo o etinilestradiol, aumenta as chances do desenvolvimento de doenças tromboembólicas, o que limita o seu uso a um grupo restrito de pessoas.⁽¹⁷⁾ Pessoas portadoras ou tratadas de câncer de mama não devem utilizar nenhuma contracepção hormonal devido ao aumento de risco de recidiva.^(18,19)

Os dispositivos intrauterinos (DIU) não atuam por mecanismos baseados na alteração do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Os que possuem cobre liberam íons desse metal, que são espermicidas e impedem a capacitação espermática,^(20,21) enquanto os sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel (SIU-LNG) contemplam os mesmos mecanismos dos métodos combinados, exceto pela inibição do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano na maioria das usuárias.⁽²²⁾

Uso da testosterona e contracepção

O uso da testosterona promove a aquisição dos caracteres sexuais secundários masculinos, como ganho de massa magra, hipertrofia muscular, engrossamento do timbre da voz e aparecimento e crescimento de pelos.⁽²³⁾ Embora não seja um método contraceptivo, o seu uso está associado à amenorreia em uma parcela significativa de TMs.⁽⁹⁾ E, por esse motivo, erroneamente, 16,4% a 31% dos homens trans acreditam que a testosterona seja um contraceptivo.^(7,10,24)

A presença de estrogênio nos métodos contraceptivos é um dos fatores que leva os TMs em hormonização ao uso de métodos não hormonais ou de progestagênio isolado.^(9,10,25,26) Atualmente, não há estudos que demonstrem um impacto do uso da testosterona sobre a contracepção nem que a associação dessa medicação com a contracepção combinada aumente os riscos do desenvolvimento de tromboembolismo venoso.^(9,26) E, portanto, recomenda-se cautela na prescrição do estrogênio por falta de dados relativos à sua segurança e aos efeitos colaterais nessa população.⁽²⁷⁾ A prescrição de métodos contraceptivos deve, portanto, seguir as mesmas diretrizes propostas pelo *Center for Disease Control* (CDC) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relacionadas à contracepção em mulheres cis.^(13,14,28)

Sendo assim, o objetivo desta revisão é avaliar e organizar uma abordagem do aconselhamento contraceptivo na população transgênero que foi designada mulher ao nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja finalidade foi organizar o que existe de evidência sobre os cuidados e as particularidades do aconselhamento contraceptivo em TMs e o desenvolvimento de um modelo de abordagem para essa discussão. A busca foi estruturada em quatro eixos: indicações e contraindicações ao uso de

contraceptivos, uso de tratamento hormonal com testosterona e interferências com o uso da contracepção, efeitos colaterais do uso de contracepção em homens trans com uso ou não de tratamento hormonal cruzado e possíveis desconfortos relacionados ao método e exacerbação da disforia de gênero. Foram utilizadas as bases de dados do PubMed e Embase, incluindo também *guidelines* internacionais sobre cuidados à população transgênero da Universidade da Califórnia, da Sociedade Internacional de Endocrinologia, da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) e da Sociedade de Planejamento Familiar.^(23,25,27,29,30) As palavras-chave “*transgender*” e “*contraceptive*” foram utilizadas para busca nas bases de dados (Apêndice com a estratégia de busca). Foram considerados artigos publicados nos últimos 10 anos que avaliaram a contracepção em TMs, publicados em língua inglesa e portuguesa, quantitativos e qualitativos, cujos desenhos eram ensaios clínicos, coortes, transversais, revisões sistemáticas e metanálises, que avaliavam pelo menos um dos desfechos relacionados à contracepção nessa população. Foram avaliados artigos que pertenciam a referências bibliográficas encontradas nesses artigos, quando pertinentes.

RESULTADOS

Foram encontrados 88 artigos, dos quais sete foram excluídos por duplicidade. Dos 81 artigos restantes, 56 foram excluídos por não conterem informações no resumo sobre as perguntas do estudo, ou cujo resumo estava indisponível no idioma inglês ou português. Vinte e cinco artigos foram lidos na íntegra e 11 foram incluídos para síntese e elaboração do modelo de abordagem (Figura 1). Os artigos incluídos encontram-se tabelados resumidamente no quadro 1.

DISCUSSÃO

A discussão e construção do modelo de acolhimento contraceptivo foi organizada em três etapas: (1) acesso

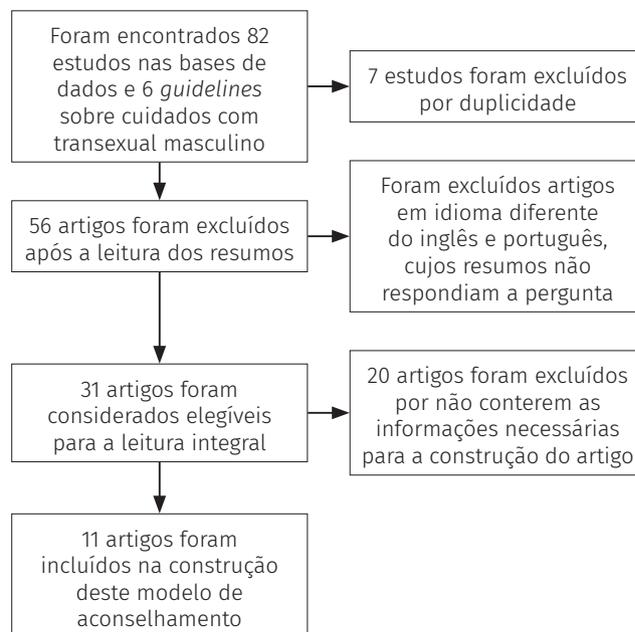


Figura 1. Fluxograma

às informações relacionadas à necessidade de contracepção e benefícios não contraceptivos dos métodos hormonais; (2) avaliação das contraindicações ao uso dos métodos contraceptivos (hormonais e não hormonais); (3) efeitos colaterais e possíveis desconfortos associados ao uso do método.

Acessando informações relacionadas à necessidade de contracepção e benefícios não contraceptivos dos métodos hormonais

TM em idade fértil que não realizaram a histerectomia ou a ooforectomia e que se relacionam com pessoas que possuem pênis possuem risco de gravidez, inclusive se em amenorreia em uso de testosterona.⁽⁸⁾ A escolha do método contraceptivo também deve incluir abordagem

Quadro 1. Artigos usados para a revisão de literatura

| Autores | Ano de publicação | País | Principais resultados |
|--|-------------------|------|--|
| Krempasky <i>et al.</i> ⁽⁹⁾ | 2020 | EUA | Trans masculinos (TMs) merecem o mesmo acesso abrangente ao cuidado que seus pares cisgênero. O contraceptivo mais adequado é, em última análise, o escolhido pelo paciente. Após fornecer informações introdutórias, o aconselhamento contraceptivo detalhado subsequente deve ser adaptado às opções de seu interesse. Àqueles que desejam contracepção, deve ser oferecida uma consulta de planejamento familiar na qual médicos qualificados possam prestar o serviço. |
| Montoya <i>et al.</i> ⁽³¹⁾ | 2021 | EUA | A compreensão da contracepção, da construção familiar e dos cuidados de afirmação de gênero são importantes preocupações de saúde reprodutiva para os indivíduos LGBTQI. O aconselhamento adequado de afirmação de gênero permite que os provedores se envolvam em decisões compartilhadas e solidárias sobre contracepção com seus pacientes TMs. A terapia de testosterona não substitui a contracepção, mesmo quando a amenorreia é alcançada. |

| | | | |
|---|------|-----|---|
| Nisly <i>et al.</i> ⁽³²⁾ | 2018 | EUA | Dispositivos intrauterinos (DIUs) não hormonais são frequentemente usados para evitar o efeito hormonal das contracepções hormonais. A percepção do efeito hormonal também pode ser assustadora para um homem transgênero que não gostaria de ter efeito de estrogênio ou progesterona. Os efeitos associados aos métodos de contracepção mais temidos pelos contraceptivos hormonais incluem redução do tamanho clitoriano ou aumento da mama (reversão da masculinização). |
| Gorton e Erickson-Schroth ⁽³³⁾ | 2017 | EUA | A hormonioterapia proporciona benefícios significativos, permitindo que muitos pacientes vivam como homens na sociedade após dois anos de tratamento. Nenhum risco aumentado de malignidade ou desfechos cardiovasculares com terapia hormonal foi demonstrado na literatura, embora pequenos aumentos possam não ser detectáveis no nível atual de evidência. |
| Obedin-Maliver e de Haan ⁽³⁴⁾ | 2017 | EUA | Se não houver contra-indicações à contracepção oral combinada (COC), um regime contínuo de baixa dose pode ser prescrito. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) também é uma opção, especialmente para pacientes que têm contra-indicação ou aversão conceitual a compostos contendo estrogênio. O acetato de medroxiprogesterona injetável ou a progestina oral diária também podem ser considerados para sangramentos menstruais persistentes. |
| Mehringer e Dowshen ⁽³⁵⁾ | 2019 | EUA | A COC pode ser usada tanto para contracepção quanto para supressão menstrual. As COCs são menos eficazes do que os métodos de longa duração para a contracepção. O estrogênio pode ser percebido como um hormônio “feminino”. O anel pode ser uma opção menos desejável para alguns indivíduos transmasculinos, que podem não se acostumar com a manipulação vaginal durante a inserção/retirada. O acetato de medroxiprogesterona (DMPA) é frequentemente uma opção popular para a regulação menstrual entre os jovens transmasculinos, porque a progestina tem um efeito mais androgênico, em comparação com outras progestinas. O DIU não contém hormônios e, como resultado, não fornece supressão menstrual. Padrões de sangramento com o DIU hormonal são variáveis. Padrões sanguíneos de implantes de etonogestrel são muito imprevisíveis e podem incluir sangramento prolongado irregular ou manchas, amenorreia ou aumento da frequência de sangramento. |
| Wilczynski e Emanuele ⁽³⁶⁾ | 2014 | EUA | Progestinas orais podem diminuir a secreção andrógena. Contraceptivos orais podem ser usados para parar a menstruação. |

sobre o impacto do ciclo ovulatório na qualidade de vida do TM. Queixas como sangramento, cólicas, sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual (TPM) e dor associada a ovulação podem resultar em desconforto físico e psicológico.⁽⁵⁾ Sintomas relacionados ao período que antecede o sangramento vaginal podem exacerbar características disfóricas e devem ser observados e tratados sobretudo em pacientes que não podem ainda fazer uso da testosterona, como os pacientes menores de 16 anos.

Avaliação das contra-indicações ao uso dos métodos contraceptivos (hormonais e não hormonais)

Todos os contraceptivos hormonais são contra-indicados na presença de história de câncer de mama e hepatocarcinoma; nessas condições, DIU de cobre, métodos comportamentais, espermicidas e métodos de barreira são opções contraceptivas aceitáveis.^(18,19) O uso de métodos combinados aumenta o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, doença biliar litíase e hipertrigliceridemia. O anexo I traz um modelo de anamnese

para guiar as contra-indicações desses métodos contraceptivos com base nos *guidelines* para uso de métodos contraceptivos do CDC e OMS para mulheres cis.^(13,14)

O modelo de investigação é composto de cinco núcleos de perguntas que contêm 20 questões no total, sendo permitida a resposta dicotômica “sim” ou “não”. O primeiro núcleo busca avaliar a necessidade de contracepção do TM em atendimento, e qualquer resposta positiva indica a discussão. Os demais núcleos avaliam as contra-indicações absolutas à contracepção, aos métodos contraceptivos hormonais, aos métodos contraceptivos hormonais combinados e ao uso de DIU, respectivamente. A resposta positiva contra-indica o seu uso de acordo com a condição avaliada.

Para a confecção do anexo 1, foram consideradas como possibilidades para a prescrição as condições clínicas que se apresentaram como categorias 1 e 2 pelo manual da OMS; enquanto os critérios classificados como categorias 3 e 4 foram considerados como contra-indicação ao uso dos métodos. Não foram consideradas condições como o pós-parto, nem serão discutidos métodos

comportamentais e definitivos (cirúrgicos) neste artigo, embora eles possam ser orientados a essa população.

Efeitos colaterais e possíveis desconfortos associados ao uso do contraceptivo

A escolha do método contraceptivo também deve levar em consideração condições associadas a possíveis desconfortos relacionados ao uso ou inserção/retirada do método escolhido.⁽³¹⁻³³⁾ A exposição e a manipulação pélvica podem gerar desconforto físico, psicológico e/ou emocional.^(6,34)

Em alguns protocolos, a associação da testosterona a um método de progestagênio isolado no início da terapêutica é recomendada, a fim de reduzir possíveis padrões desfavoráveis de sangramento.^(8,35,36) Krempasky *et al.* (2020)⁽⁹⁾ identificaram que a redução ou cessação dos sangramentos vaginais ocorre principalmente em usuários de progestagênios isolados e em usuários de métodos combinados de forma estendida (sem pausas).

Algumas medicações como a injeção trimestral, implante subdérmico liberador de etonogestrel e SIU-LNG podem estar associados a maior risco de *spotting* e sangramento.^(37,38) O SIU-LNG, apesar de promover alta eficácia contraceptiva e diminuição de sangramento uterino a longo prazo,^(39,40) não bloqueia a ovulação na maioria dos ciclos,⁽²²⁾ promovendo, portanto, poucos benefícios relacionados à síndrome da TPM. Com relação aos sintomas relacionados com o sangramento vaginal e cólicas, com exceção dos DIUs de cobre, todos os outros métodos hormonais reduzem a cólica durante o período de sangramento vaginal.

TMs podem apresentar resistência ao uso do estrogênio na contracepção.^(26,39) Em mulheres cis, o uso do etinilestradiol ou do valerato de estradiol aumenta a produção da proteína carreadora dos hormônios sexuais (SHBG), levando à redução da biodisponibilidade da testosterona; entretanto, não existem estudos que avaliem esse efeito em pessoas trans nem sobre outros possíveis efeitos deletérios durante a transição hormonal.^(9,32) Alguns levantamentos relatam que o uso de estrogênio exógeno por essa população pode, ocasionalmente, causar aumento e desenvolvimento das glândulas mamárias.⁽²⁷⁾

Como não existem estudos que contraindicam o uso de estrogênios associados a testosterona em TMs e o risco de desenvolvimento de trombose é desconhecido nessa situação, é prudente oferecer inicialmente a prescrição de progestagênios isolados aos usuários de testosterona.^(10,26,27) Os contraceptivos combinados podem ser oferecidos quando houver desejo ou benefício da associação desse hormônio para o paciente usuário da testosterona, como, por exemplo, controle de padrão de sangramento, acne ou queda de cabelo.^(9,41,42) Em pacientes TMs que não estão em hormonização cruzada, a prescrição de pílulas combinadas com 30 mcg de etinilestradiol ou anel vaginal de forma estendida (sem pausas) pode promover um controle de sangramento não programado de 5% a 25%,

enquanto a prescrição da medroxiprogesterona de depósito pode promover amenorreia em até 80% dos usuários.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ Por outro lado, o uso de pílulas orais também pode remeter ao corpo e ao cuidado feminino e resultar em maior dificuldade com o uso, sobretudo das composições que possuem estrogênio.⁽²⁷⁾

O acetato de medroxiprogesterona de depósito afeta o metabolismo lipídico, reduzindo todas as suas frações.^(14,46) Duas metanálises evidenciaram que o uso de testosterona por TMs também reduz frações de HDL-colesterol.^(47,48) Apesar desse efeito colateral, os dados ainda são insuficientes para avaliar se tal modificação nas lípides desencadearia mais morte, infarto, acidente vascular cerebral ou trombose venosa em TMs.⁽⁴⁷⁾ Por esse motivo, a associação da testosterona ao acetato de medroxiprogesterona de depósito deve ser realizada com cautela em pacientes que apresentem redução significativa do HDL.

O anexo 2 contempla um fluxograma para auxiliar na escolha dos métodos contraceptivos, com base no desejo do paciente, em três níveis. Em um primeiro momento, aborda a necessidade de contracepção: controle de sintomas da síndrome da TPM, controle de sangramento vaginal ou prevenção de gravidez. Em um segundo momento, avalia os riscos e benefícios dessa associação à testosterona. E, por fim, avalia o desconforto com a avaliação ou manipulação genitopélvica do paciente.

A escolha de métodos comportamentais, de barreira ou cirúrgicos também não deve ser privada a essa população. TMs que não se importam com o padrão de sangramentos, queixas relacionadas ao ciclo ovulatório ou que simplesmente não desejam o uso de contracepção combinada podem ser candidatos a outros métodos contraceptivos para prevenir uma gestação não planejada.

Apesar de existirem outros estudos que avaliam a necessidade de contracepção na população de TMs,⁽²⁸⁾ este artigo traz como sugestão um modelo de abordagem ainda não testado. Uma limitação para o tema é a pequena quantidade de estudos prospectivos e randomizados para avaliar a segurança dessas medicações em TMs. Os estudos sobre o uso de contracepção e as contraindicações aos métodos para a população cisgênero podem ter validade para a população trans, incluindo aqueles em uso de hormonização cruzada com testosterona, embora a maioria deles sejam estudos observacionais, o que limita o grau de evidência dos resultados.

CONCLUSÃO

Tanto ginecologistas quanto médicos generalistas possuem dúvidas sobre as particularidades da prescrição contraceptiva para a população de TMs. A utilização desse instrumento objetivo, semiestruturado e de fácil aplicação pode auxiliar na discussão e oferta de métodos contraceptivos para os pacientes transexuais e, dessa forma, melhorar sintomas associados ao ciclo ovulatório e atuar na prevenção de gravidez não planejada.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V. 5th ed. Washington (DC): APA; 2013.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.283/2020. Altera a redação do item 2 do inciso II, "Pacientes das técnicas de RA", da Resolução CFM nº 2.168/2017, aprimorando o texto do regulamento de forma a tornar a norma mais abrangente e evitar interpretações contrárias ao ordenamento jurídico. Diário Oficial da União. 2020 Nov 27;Seç. 1:391.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MC, Nunes HR, Kreukels BP, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*. 2021;11(1):2240. doi: 10.1038/s41598-021-81411-4
- Okano SH, Braga GC. Quando encaminhar o paciente da diversidade sexual para o serviço especializado? 2021. (Recomendações Sogesp, não publicada)
- Boudreau D, Mukerjee R. Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(4):395-402. doi: 10.1111/jmwh.12962
- Abern L, Maguire K. Contraception knowledge in transgender individuals: are we doing enough? [9F]. *Obstet Gynecol*. 2018;131:65S. doi: 10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e
- Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*. 2014;124(6):1120-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000000540
- Krepasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):134-43. doi: 10.1016/j.ajog.2019.07.043
- Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266-9. doi: 10.1016/j.contraception.2018.06.006
- Kanj RV, Conard LA, Corathers SD, Trotman GE. Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *Int J Transgenderism*. 2019;20(4):413-20. doi: 10.1080/15532739.2019.1631929
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Estimates and projections of family planning indicators 2019. New York: United Nations; 2019.
- Curtis KM. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
- Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD007541. doi: 10.1002/14651858.CD007541.pub3
- Speroff L. The formulation of oral contraceptives: does the amount of estrogen make any clinical difference? *Johns Hopkins Med J*. 1982;150(5):170-6.
- Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ*. 2011;343:d6423. doi: 10.1136/bmj.d6423
- Gompel A, Ramirez I, Bitzer J. Contraception in cancer survivors – an expert review Part I. Breast and gynaecological cancers. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(3):167-74. doi: 10.1080/13625187.2019.1602721
- Cagnacci A, Ramirez I, Bitzer J, Gompel A. Contraception in cancer survivors – an expert review Part II. Skin, gastrointestinal, haematological and endocrine cancers. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(4):299-304. doi: 10.1080/13625187.2019.1604947
- Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception*. 2007;75(6 Suppl):S16-30. doi: 10.1016/j.contraception.2007.01.020
- Petta CA, McPheeters M, Chi IC. Intrauterine devices: learning from the past and looking to the future. *J Biosoc Sci*. 1996;28(2):241-52. doi: 10.1017/s0021932000022276
- Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(1):68-74. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.045
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903. doi: 10.1210/jc.2017-01658
- Gomez A, Walters PC, Dao LT. "Testosterone in a way is birth control": contraceptive attitudes and experiences among transmasculine and genderqueer young adults. *Contraception*. 2016;94(4):422-3. doi: 10.1016/j.contraception.2016.07.145
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*. 2021;137(3):e75-88. doi: 10.1097/AOG.0000000000004294
- Cucka B, Waldman RA. Letter in reply: understanding pregnancy risk and contraception options for transmasculine individuals on gender-affirming testosterone therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(3):e175-6. doi: 10.1016/j.jaad.2021.03.113
- 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*. 2020;102(2):70-82. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.001
- Mancini I, Alvisi S, Gava G, Seracchioli R, Meriggiola MC. Contraception across transgender. *Int J Impot Res*. 2020;33(7):710-9. doi: 10.1038/s41443-021-00412-z
- Deutsch MB. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. 2nd ed. San Francisco: Center of Excellence for Transgender Health/Department of Family & Community Medicine. University of California; 2016.
- Coleman E, Bocking W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. East Dundee: WPATH; 2012. Saúde Mental; p. 24-37.
- Montoya MN, Peipert BJ, Whicker D, Gray B. Reproductive considerations for the LGBTQ+ Community. *Prim Care*. 2021;48(2):283-97. doi: 10.1016/j.pop.2021.02.010
- Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique primary care needs of transgender and gender non-binary people. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(4):674-86. doi: 10.1097/GRF.0000000000000404
- Gorton RN, Erickson-Schroth L. Hormonal and surgical treatment options for transgender men (Female-to-male). *Psychiatr Clin*. 2017;40(1):79-97. doi: 10.1016/j.psc.2016.10.005
- Obedin-Maliver J, de Haan G. Gynecologic care for transgender adults. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2017;6(2):140-8. doi: 10.1007/s13669-017-0204-4
- Mehring J, Dowshen NL. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2019;49(9):100684. doi: 10.1016/j.cppeds.2019.100684
- Wilczynski C, Emanuele MA. Treating a transgender patient: overview of the guidelines. *Postgrad Med*. 2014;126(7):121-8. doi: 10.3810/pgm.2014.11.2840
- Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2683-702. doi: 10.1007/s10508-020-01707-w
- Thornton KG, Mattatall F. Pregnancy in transgender men. *CMAJ*. 2021;193(33):E1303. doi: 10.1503/cmaj.210013

39. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214-31. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

40. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13 Suppl 1:13-28. doi: 10.1080/13625180801959931

41. Mansour D, Fraser IS, Edelman A, Vieira CS, Kaunitz AM, Korver T, et al. Can initial vaginal bleeding patterns in etonogestrel implant users predict subsequent bleeding in the first 2 years of use? *Contraception*. 2019;100(4):264-8. doi: 10.1016/j.contraception.2019.05.017

42. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021

43. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD003989. doi: 10.1002/14651858.CD003989.pub5

44. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD003552. doi: 10.1002/14651858.CD003552.pub3

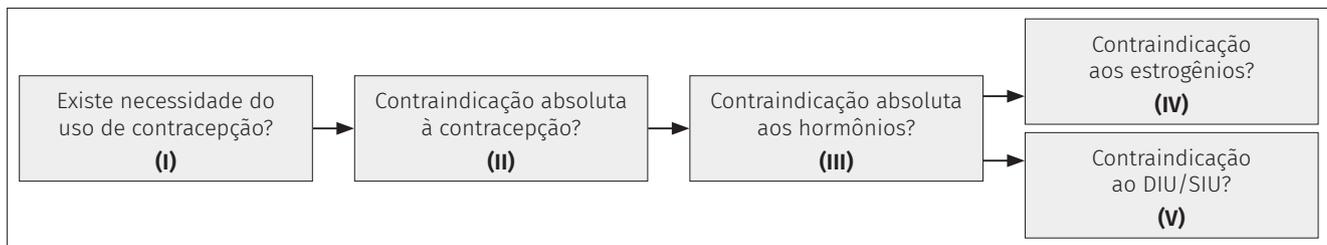
45. Hubacher D, Lopez L, Steiner MJ, Dorflinger L. Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons. *Contraception*. 2009;80(2):113-8. doi: 10.1016/j.contraception.2009.02.008

46. Sacks FM, Gerhard M, Walsh BW. Sex hormones, lipoproteins, and vascular reactivity. *Curr Opin Lipidol*. 1995;6(3):161-6. doi: 10.1097/00041433-199506000-00008

47. Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(1):1-10. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x

48. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3914-23. doi: 10.1210/jc.2017-01643

ANEXO 1. Abordagem das contraindicações dos métodos contraceptivos para pessoa que foi designada mulher ao nascimento



I. Caracterização da necessidade de uso de contracepção (“sim” indica a discussão de contracepção):

- Você tem relação sexual penetrativa vaginal com pessoas que têm pênis?
 SIM NÃO
- Você tem sintomas de TPM e incomoda-se com o volume ou duração do seu sangramento ou com a cólica associada ao sangramento vaginal?
 SIM NÃO
- No momento, você deseja prevenir gravidez?
 SIM NÃO

II. Avaliação das contraindicações absolutas à contracepção:

- Você está gestante ou com suspeita de gravidez?
 SIM NÃO

III. Avaliação das contraindicações absolutas ao uso de hormônios:

- Você tem ou teve câncer de mama ou hepatocarcinoma (câncer no fígado)?
 SIM NÃO

IV. Avaliação das contraindicações relativas: Você possui algumas destas condições (“sim” contraindica o uso de métodos combinados):

- Mais de 35 anos e fuma?*
- Mais de 35 anos e diagnóstico de enxaqueca?
- Diagnóstico de enxaqueca com aura?
- Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular?
- Diabetes mellitus com lesão de órgão-alvo?
- Diabetes mellitus diagnosticada há mais de 20 anos?
- Diagnóstico ou suspeita de hipertensão arterial?
- Antecedentes de trombose e trombofilias?

i. Diagnóstico de doença valvar complicada?

SIM NÃO

j. Faz uso de anticonvulsivante que não seja valproato?***

SIM NÃO

k. Adenoma hepático?

SIM NÃO

* Pacientes com carga tabágica menor do que 15 cigarros/dia podem utilizar injeção mensal.

** Pacientes podem fazer uso da injeção mensal, com exceção dos usuários de lamotrigina (que não podem utilizar nenhum estrogênio).

V. Avaliação das contraindicações ao uso de DIU: Você possui (“sim” contraindica o uso de DIU):

l. Diagnóstico de HIV com CD4 < 250?

SIM NÃO

m. Doença que distorce a anatomia do endométrio?

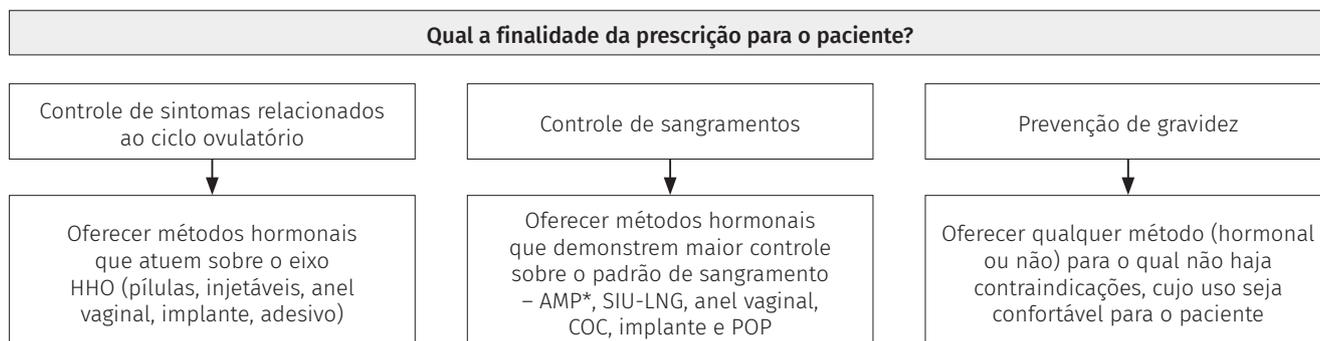
SIM NÃO

n. Alteração anatômica ou infecção uterina?****

SIM NÃO

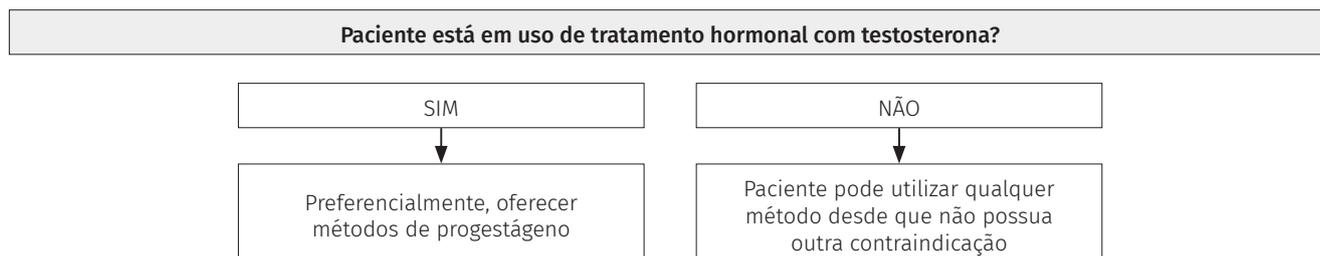
**** Informação obtida pelo exame físico, em complemento à anamnese.

ANEXO 2. Tomada de decisão com relação aos pontos positivos e negativos de cada método



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

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



* Atentar para a associação de testosterona com AMP.

