

■ Relato de experiência

Relato de casos em saúde sexual e reprodutiva e HIV/Aids em homens trans

Cases report on sexual and reproductive health and HIV/Aids among transgender men

Carué Contreiras^{ID}, Samantha Lamastro^{ID}, Elvira Filipe^{ID}

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/AidS-SP, São Paulo, São Paulo, Brasil

Autor para correspondência

Carué Contreiras

E-mail: carue.contreiras@crt.saude.sp.gov.br

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Endereço: Rua Santa Cruz, 81, CEP: 04121-000. São Paulo, São Paulo, Brasil

Como citar

Contreiras C, Lamastro SM, Filipe E. Relato de casos em saúde sexual e reprodutiva e HIV/Aids em homens trans. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2023; 20: e38898. doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.38898>

Primeira submissão: 25/11/2022 • Aceito para publicação: 27/12/2022 • Publicação: 27/06/2023

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

Resumo

O artigo relata e discute alguns casos recentes e desafiadores entre homens trans adolescentes e jovens atendidos no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT DST/Aids) de São Paulo. O avanço em direitos e visibilidade de pessoas trans tem lhes propiciado novas possibilidades de existência social que, por sua vez, têm repercutido nos âmbitos de relacionamentos e sexualidade. Tais mudanças implicam em pelo menos duas responsabilidades para os profissionais de saúde: a possibilidade de gestação por pessoas transmasculinas e sua inserção em redes sexuais de alta circulação do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Os casos abordados são: 1. contracepção e profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) para um adolescente trans pansexual se relacionando com uma mulher trans; 2. uma gestação não planejada e vulnerabilidade ao HIV e IST em um jovem homem trans gay se relacionando com um homem cis; 3. cervicite gonocócica recorrente em um jovem homem trans pansexual vivendo com HIV que se relaciona com uma mulher cis; 4. o processo de transição de gênero, social e médica, em um homem trans com aids que adquiriu o HIV por transmissão vertical; e 5. o planejamento pré-concepcional em um casal formado por homem trans e mulher trans. Os casos chamam a atenção para o fato de que três campos distintos da rede de saúde – saúde sexual, saúde reprodutiva e cuidados às pessoas vivendo com HIV/Aids – precisam se renovar e incluir as necessidades específicas de homens trans e pessoas transmasculinas em geral.

Palavras-chave: homens trans, HIV/Aids, saúde sexual, saúde reprodutiva, adolescentes, jovens.

Introdução

Neste relato, serão discutidos alguns casos recentes e desafiadores entre homens trans adolescentes e jovens atendidos no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT DST/Aids) de São Paulo. Sobretudo desde 2020, as equipes têm precisado atender a novas demandas em saúde sexual e reprodutiva e em HIV/Aids nessa população. O fenômeno atravessa diferentes setores da instituição. Este relato se refere à experiência no Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT) e no Ambulatório de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids.

Estar em uma instituição que é referência para pessoas trans nos permite estar em contato com pessoas que têm algo de pioneiro em suas necessidades de saúde. Porém, acreditamos que estes casos serão cada vez mais frequentes em serviços de saúde de todo o Brasil. Compartilhar nossa experiência pode ser útil para equipes e gestores, sobretudo considerando que essa população é frequentemente ignorada pelos protocolos médicos e políticas públicas.

Contexto

Movimentos sociais organizados de pessoas trans vêm atuando no Brasil pelo menos desde os anos 1990, inicialmente formados sobretudo por mulheres trans e travestis.¹ Os consequentes avanços em seus direitos civis a partir dos anos 2010 – como o direito ao nome e o reconhecimento da necessidade de políticas afirmativas específicas – vêm impulsionando a conquista de espaço em setores como cultura, política, ciência e esporte.

Em um processo mais recente do que o ocorrido com mulheres trans e travestis, homens trans – e pessoas transmasculinas em geral – vêm se organizando e tornando-se cada vez mais visíveis na sociedade.² No dia a dia de nossos serviços se nota que essa ampliação de possibilidades de existência social tem repercutido no âmbito de relacionamentos e sexualidade. Alternativas a um modelo tradicional heteronormativo passam a ser exploradas, como orientações sexuais não heterossexuais e relacionamentos não monogâmicos.

Observa-se maior frequência de relacionamentos envolvendo duas pessoas trans – os chamados relacionamentos transcentrados –, como, por exemplo, entre um homem trans e uma mulher trans. Há ainda maior frequência de homens trans abertamente gays, bissexuais ou pansexuais. Tais arranjos implicam em pelo menos duas novas responsabilidades para os profissionais de saúde: a possibilidade de gestação por pessoas transmasculinas e a sua inserção em uma rede sexual de alta circulação do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Além disso, a visibilidade e a conquista de direitos têm propiciado que homens trans que já vivem com HIV/Aids, seja por transmissão vertical, seja sexual, possam efetivar sua transição e viver plenamente o gênero com que se identificam.

Caso 1. Contraceção e PrEP

L., 19 anos, é adolescente, homem trans pansexual HIV-negativo, estando em uso de terapia hormonal de afirmação de gênero com testosterona^{3,4} desde os 18 anos. Em um primeiro momento, referiu estar em relacionamento poliamoroso do tipo trisal com outro homem trans e com uma mulher cis. A relação era aberta, e ele eventualmente praticava sexo com mulheres trans ou travestis, com pouca adaptação a preservativo.

Foram propostas como principal estratégia de prevenção de IST dentro do trisal a testagem e a vacinação. Para o sexo fora do relacionamento feito com pessoas com pênis, as condutas foram: aconselhamento sobre preservativo e autoteste de parcerias; orientação sobre profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP); e prescrição de anticoncepção de emergência. O usuário achou que não valiam a pena a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) ou outro método contraceptivo porque as relações com pessoas com pênis eram raras.

Em um segundo momento, L. havia iniciado uma nova relação com N., uma pessoa transfeminina não hormonizada HIV-negativa, com quem praticava sexo vaginal e anal receptivo, com má adaptação a preservativo. A relação era aberta. Foram aconselhados o uso de preservativo e o autoteste para parcerias eventuais. Foi prescrita para ele PrEP contínua. Como método contraceptivo, diante de dificuldades de acesso a métodos reversíveis de longa ação, foi prescrito medroxiprogesterona intramuscular trimestral.

Em um terceiro momento, L. volta bem-adaptado à PrEP, mas com efeitos adversos da medroxiprogesterona (incômodo mamário e náusea). Disse que, naquele momento, renunciaria ao sexo vaginal e manteria somente sexo anal. Foi mantida a PrEP e prescrita anticoncepção de emergência.

Por fim, retorna afirmando que acabou praticando sexo vaginal receptivo com a companheira e usou o contraceptivo de emergência, testando posteriormente negativo para gravidez. J., a companheira, tinha iniciado hormonização feminizante. Já não estavam mais praticando sexo com outras pessoas. Foi prescrita "minipílula" (noretisterona ou desogestrel) e suspensa a PrEP a pedido de L. Como ele ainda tinha um frasco de PrEP em casa, foi orientado que o uso de PrEP sob demanda, por ausência de estudos, não é validado para homens trans, mas que, caso decidisse usar dessa forma, o fizesse somente para sexo

anal, e nunca vaginal. Atualmente, está se discutindo no serviço a possibilidade de implante subdérmico de etogestrel.

Discussão

A prevenção de IST entre pessoas com vagina é frequentemente negligenciada pelos serviços e programas. A ênfase muitas vezes recai em métodos de barreira para sexo orovaginal, como “dental dam”, ou para práticas penetrativas digitais. Porém, esses métodos raramente são sugeridos para as práticas orais ou digitais de casais cis héteros, por exemplo, justamente por serem de baixa aceitação, além de não estarem disponíveis no SUS. A ênfase, portanto, deve ser colocada em ações protetoras mais realistas: testagem regular e vacinação das parcerias; uso de autoteste para HIV para novas parcerias; evitar contato com sangue menstrual e indicar PEP, se necessário; uso de preservativo em brinquedos sexuais; e visitas regulares a ginecologista e proctologista. A prevenção de IST envolvendo pessoas com pênis é mais amplamente discutida. Uma cartilha sobre prevenção de IST entre homens trans foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2018.⁵

Sobre contracepção, o primeiro ponto é que a testosterona, ainda que reduza a fertilidade, não é considerada um método contraceptivo. Ovulação e fecundação podem ocorrer mesmo em vigência de amenorreia, e, como há potencial teratogênico, torna-se fundamental a garantia de um método contraceptivo eficaz.

Para pessoas transmasculinas que estejam usando testosterona, são indicados métodos de barreira ou métodos hormonais somente com progestágenos, já que os estrógenos (presentes nos anticoncepcionais combinados orais, por exemplo) não seriam indicados.⁶ Portanto, são opções de métodos hormonais: anticoncepcional de emergência com levonorgestrel; sistema intrauterino (SIU) com levonorgestrel; injeções trimestrais de medroxiprogesterona; anticoncepcional oral com noretisterona ou desogestrel (minipílula); e implante subdérmico com etogestrel.

O fato de terem menos opções contraceptivas do que mulheres cis e o fato de fazerem uso de uma medicação potencialmente teratogênica são razões para se facilitar o acesso de homens trans a métodos reversíveis de longa ação (DIU de cobre, SIU com levonorgestrel e implante de etogestrel). Em nossa instituição, estamos discutindo disponibilizar o implante subdérmico, que já é acessado por mulheres cis vivendo com HIV/Aids.

É digno de nota que a parceira, a partir do momento em que começou hormonização, tornou-se subfértil.

Em relação à PrEP, vale destacar que homens trans estão previstos como público-alvo potencial desde o primeiro protocolo nacional de 2018. No entanto, pesquisas mostram que o uso ainda é muito mais baixo nessa população do que o necessário.⁷ Um estudo mostrou que não há interação significativa entre a testosterona e a PrEP.⁸

O novo protocolo brasileiro de PrEP, de 2022, orienta que se inicie o esquema de PrEP contínua com uma primeira dose de ataque de dois comprimidos (pelo menos duas horas antes da relação sexual), seguida da dose habitual de um comprimido diário.⁹ Esse esquema é considerado suficiente para garantir uma proteção imediata no caso de homens cis. Porém, essa proteção imediata não foi estudada para homens trans, que, portanto, devem ser informados de que só podem se considerar protegidos a partir do 7º dia, no caso de sexo anal receptivo, ou do 20º dia, para sexo vaginal receptivo.

Além da PrEP contínua, existe a PrEP sob demanda, que é o uso de 2 comprimidos antes do sexo, seguido de 1 comprimido a cada 24 horas por 2 dias (esquema 2 + 1 + 1).¹⁰ Esse esquema, embora recomendando pela OMS para homens cis, não foi incluído no protocolo brasileiro. No entanto, muitas vezes o público já ouviu falar da PrEP sob demanda, portanto é importante orientar os homens trans de que o esquema ainda não foi validado para eles, por ausência de estudos. De qualquer forma, é pouco plausível que ela funcione para sexo vaginal receptivo (pela maior dificuldade em se conseguir níveis teciduais protetores).

Caso 2. Gestação não planejada e vulnerabilidade a IST e HIV

A., 24 anos, homem trans, engravidou sem planejar de seu companheiro homem cis, com quem mantinha um relacionamento aberto recente. Ele havia interrompido recentemente o uso de testosterona injetável clandestina por falta de fornecedor. Inicialmente, pensaram em interrupção da gestação, mas, por terem referências na m dia de homens trans gestantes, acabaram aceitando a gravidez.

Durante a gestação, A. experimentou intenso sofrimento psíquico em virtude das transformações corporais feminizantes decorrentes da própria gestação (como o aumento mamário, já que ele não se submetera   mamoplastia masculinizadora) e da interrupção da testosterona (como o retorno da silhueta feminina pela redistribuição de gordura para quadris). Também passou a sofrer discriminação. Precisou deixar seu emprego, onde não sabiam que era trans, e se encerrou em casa a maior parte da gestação, saindo com casacos para que não percebessem sua gravidez. Ao longo do processo, desenvolveu humor depressivo.

Como o companheiro estava tendo relações sexuais com outros parceiros, A. estava sob o risco de contrair HIV e outras IST e, ainda, de sífilis congênita e transmissão vertical de HIV na gestação, parto ou aleitamento.

Foi oferecido acompanhamento psicológico ao longo da gestação. Foi programado o retorno da testosterona para após o puerpério ou, se fosse o caso, depois do aleitamento. Foi oferecida a PrEP, que chegou a ser prescrita, mas o paciente optou por não começar e manter abstinência sexual. Na ocasião, o ASITT, em conjunto com o Ambulatório de Pré-Natal, participou de uma ampla articulação interinstitucional que promoveu, entre outras atividades, treinamento sobre transgeneridade para as equipes da maternidade da Santa Casa de São Paulo.

O usuário avaliou os prós e os contras do aleitamento: necessidade de adiar o retorno da testosterona; possibilidade de transmissão vertical caso se infectasse pelo HIV; sobrecarga com a tarefa de nutrição considerando que o parceiro não estava oferecendo apoio adequado.

Por fim, teve parto cesáreo por indicações obstétricas, sem intercorrências. O usuário optou por não aleitar e lhe foi oferecida cabergolina para inibição farmacológica da lactação. Após o puerpério, foi retomada a hormonização.

Discussão

Ainda que a testosterona não seja considerada método anticoncepcional, reduz a fertilidade; portanto, vale ressaltar que a falta de acesso a um acompanhamento médico consistente para a hormonização é fator para a ocorrência de gravidez não planejada.

Quase nada se sabe sobre gravidez indesejada e aborto em homens trans no Brasil. Mas é razoável pensar que essa população tenha mais incentivo para interromper a gravidez. E que um alto índice de abortos – clandestinos e muitas vezes inseguros – provavelmente seja uma das razões pelas quais homens trans não eram vistos nos serviços de pré-natal até há pouco tempo.

Diante de uma gestação indesejada, tanto em homens trans como em mulheres cis, é importante sondar se há desejo de interrupção e verificar se o caso se enquadra em uma das situações previstas para aborto legal. Caso não se enquadre, recomenda-se uma abordagem imparcial de redução de danos, garantindo o sigilo, oferecendo esclarecimentos legais – incluindo alternativas, como a entrega de recém-nascido para adoção –, e orientação sobre os métodos considerados inseguros e seguros pela Organização Mundial da Saúde.¹¹

Quanto à lactação, o uso de testosterona é contraindicado. No caso do paciente, foi sugerida a inibição farmacológica com a cabergolina, a mesma droga oferecida a mulheres cis vivendo com HIV/Aids.

Caso 3. HIV e cervicite gonocócica

F., 24 anos, homem trans, contraiu HIV em uma relação casual com um homem cis seis meses antes da consulta. Na mesma ocasião, foi diagnosticado, e tratado, com cervicite gonocócica. Pouco depois, iniciou relacionamento com uma mulher cis, negando outra parceria sexual. Nos meses seguintes, teve duas recorrências da cervicite. No último episódio, foi tratada também a parceira. Está bem-adaptado à terapia antirretroviral, com carga viral indetectável, e lidando bem do ponto de vista psicológico com sua condição, não apresentando sorofobia internalizada.

Discussão

Não temos dados de vigilância epidemiológica nem de pesquisas sobre HIV entre homens trans brasileiros. Dados de metanálise dos Estados Unidos apontam para uma prevalência de infecção pelo HIV, confirmada laboratorialmente, de 3,2%.¹² No cotidiano de nosso serviço, percebemos que há um aumento dos casos.

O acompanhamento do homem trans vivendo com HIV/Aids é o de rotina. A testosterona pode ter seus níveis elevados pelos inibidores de protease (IP) ou reduzidos pelos inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleotídeos (ITRNN). Isso não é um problema, porque já é rotina monitorar os níveis séricos de testosterona e ajustar o intervalo de dose. A testosterona não afeta os níveis de antirretrovirais.¹³

No caso descrito, a recorrência da gonorreia foi consequência do não tratamento da parceira, que estava provavelmente com uma infecção assintomática.

Caso 4. Aids e transição de gênero

D., 26 anos, apresentou-se na primeira consulta no ambulatório de HIV/Aids em 2021 como pessoa não binária, de sexo atribuído ao nascimento feminino. Contraíra o HIV por transmissão vertical. Exame de seis meses antes mostrava imunodepressão grave, com contagem de linfócitos CD4 de 18 e carga viral de 2.746.094 cópias. Referia estar aderente à medicação, após período não aderente. Como conduta, foram atendidas algumas queixas

pontuais, pactuadas as profilaxias com antibiótico para infecções oportunistas, programado seguimento quinzenal e convocada a parceira (mulher cis).

A revisão do prontuário mostrou que vinha há dois anos com CD4 menor que 20, e há sete anos com CD4 menor que 200. Não houve nenhuma carga viral indetectável no período. O esquema anterior, utilizado até 2018, era baseado em atazanavir. À época, foi realizada genotipagem, que mostrou mutações de resistência a inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e a inibidores da protease (IP), sendo, no entanto, mantida a sensibilidade ao darunavir. Foi iniciado, então, esquema com dolutegravir, darunavir/ritonavir, lamivudina e tenofovir. Nova genotipagem em 2019 não mostrou nada de novo, indicando a hipótese de adesão insuficiente ao tratamento.

O histórico ainda indicou que, em 2018, D. já apresentava questão de gênero e foi encaminhado ao ASITT. Compareceu junto com a mãe em consulta com psicóloga, que, posteriormente, referiu postura violenta da mãe para com o filho. Não retornou ao ASITT.

Na segunda consulta na infectologia, mostrou-se assertivo quanto a sua identidade de gênero masculina, solicitando hormonização masculinizante. Novos exames mostravam CD4 de 3 e carga viral de 1.044.964. Foi pedida nova genotipagem, que demonstrou resistência também à classe dos inibidores da integrase, com teste de tropismo positivo para R5, mantendo-se a sensibilidade a darunavir. Foram indicados maraviroque, etravirina e darunavir/ritonavir. Foi pactuado que seria necessário retomar o acompanhamento psicológico no ASITT e recuperar em alguma medida sua saúde antes de qualquer intervenção com hormônios.

Tolerou bem a nova medicação após acolhimento de suas dificuldades com o comprimido de etravirina, que passou a ingerir partido ao meio. Na consulta seguinte, já estava com carga viral indetectável e seu CD4 havia subido para 177. Um ano após o início do acompanhamento, continua indetectável e seu CD4 subiu para 628. Foi iniciada então a hormonização com undecanoato de testosterona intramuscular a cada 12 semanas, que vem propiciando grande satisfação ao usuário. A mãe lhe presenteou com um binder (vestimenta para ocultação de mamas), demonstrando, enfim, aceitação.

Discussão

A questão de gênero e o conflito com a mãe dela decorrente estavam na raiz da má adaptação do paciente ao acompanhamento de sua doença crônica. A possibilidade de efetivar sua transição de gênero foi o incentivo que faltava para superar o quadro de Aids avançada e recuperar sua saúde.

Caso 5. Planejamento pré-concepcional

Os jovens F., homem trans, e J., mulher trans, usuários do ASITT, decidiram ter filho por concepção e gestação natural. Ambos interromperam o uso da terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG) e ele conseguiu engravidar após um ano. Ele já havia se submetido à mamoplastia masculinizadora. O parto, vaginal e a termo, não teve intercorrências. O bebê, ao qual foi atribuído o sexo masculino, nasceu bem. F. retomou a hormonização com testosterona.

Discussão

Entre homens trans e pessoas transmasculinas, o planejamento pré-concepcional envolve, além do rotineiro (como suplementação com ácido fólico), interromper o uso de testosterona. O hormônio diminui a fertilidade e pode, em caso de gravidez, ser teratogênico. Para mulheres trans ou travestis que queiram engravidar uma parceria, também é indicada a interrupção dos hormônios, já que estes inibem a espermatogênese. Ainda não há evidências que possam garantir que, após a interrupção de THAG, haverá um retorno completo da fertilidade e que os gametas serão completamente saudáveis. É por esse motivo que é recomendada a oferta de métodos de criopreservação de gametas antes do início da hormonização, o que, porém, não está acessível no SUS.^{3,4} No entanto, na prática, tem-se observado sucesso na recuperação da fertilidade por pessoas trans, como o caso bem ilustra.

Conclusão

Para as equipes, os casos significaram um desafio: exigiram um esforço de atualização em termos de revisão de uma bibliografia escassa, compreensão dos aspectos sociais, discussão em equipe e com outros profissionais e articulação entre serviços.

Os casos chamam a atenção para o fato de que três campos distintos da rede de saúde – saúde sexual, saúde reprodutiva e cuidados às pessoas vivendo com HIV/Aids – precisam se renovar e incluir as necessidades específicas de homens trans e pessoas transmasculinas em geral.

O fato de que na cidade de São Paulo vem se articulando uma rede de atenção a essas pessoas no município, em conjunto com o estado, vem justificando uma legitimação institucional que facilita dar respostas às questões dos homens trans. No entanto, a transfobia institucional presente em todos os níveis da saúde – desde a produção do conhecimento e normas até a linha de frente do atendimento – constitui ainda grave barreira para a consecução dos direitos

em saúde dessa população. Provavelmente, muitos dos problemas apresentados são uma realidade antiga, só não eram reconhecidos e atendidos.

A oferta de hormonização é um passo programático importante em direção à superação da histórica deslegitimação das pessoas trans. O acesso à hormonização é central na construção de linhas de cuidado efetivas para pessoas transmasculinas, incluindo saúde sexual e reprodutiva e o cuidado em HIV/Aids.

Do ponto de vista da gestão, é necessário que os instrumentos de vigilância epidemiológica se adaptem de forma a gerar dados sobre pessoas transmasculinas. No que toca à construção de políticas públicas, deverão ser aproveitados os subsídios fornecidos pelas experiências no atendimento aos homens trans pioneiros nessas necessidades de saúde. Por fim, projetos de pesquisas específicos para essa população deverão ser criados.

Agradecimentos

Aos homens trans e pessoas transmasculinas usuárias do CRT-DST/AIDS-SP, pelas oportunidades de desenvolvimento profissional.

Referências

1. Sousa KS. E assim nasceu o movimento nacional de Travestis e Transexuais. Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra). Disponível em: <https://antrabrasil.org/historia/>
2. Palhano L. Homens trans, da invisibilidade à luta. Geni, n. 24, jul. 2015. Disponível em: <https://revistageni.org/07/homens-trans-da-invisibilidade-a-luta/>
3. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, PMSP, 2020 [citado em 22 nov. 2022]. 133 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
4. Coleman E. et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend Health. 2022; 23 (sup1): S1-S259. DOI:10.1080/26895269.2022.2100644
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais [internet]. Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis? Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. 50 p. Disponível em: <http://barong.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Cartilha-homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-das-ist.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.
6. Jones K, Wood M, Stephens L. Contraception choices for transgender males. J Fam Plann Reprod Health Care. 2017. 43(3), 239-40. DOI: <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>

7. Golub SA, Fikslin RA, Starbuck L. High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Jaids*. 2019. 82(1), e1–e7. DOI: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
8. Grant R et al. Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clin Infect Dis*, 2019. 73(7), e2117–e2123. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022 [citado em 2022]. 2. ed. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). What's the 2 + 1 + 1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/what-s-the-2-1-1-event-driven-oral-pre-exposure-prophylaxis-to-prevent-hiv-for-men-who-have-sex-with-men>
11. ANIS – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar/Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Brasília: LetrasLivres, 2021 [citado em 22 nov. 2022]. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CARTILHA_Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf
12. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017. *Am J Public Health*. 2019 Jan.;109(1):e1–e8. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
13. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. 2022 (última revisão) [citado em 22 nov. 2022]. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv>

Contribuição dos autores

Os autores participaram da conceituação e redação do artigo. Carué Contreiras fez a revisão.

Aprovação dos autores

Os autores participaram efetivamente do trabalho, aprovam a versão final do manuscrito para publicação e assumem total responsabilidade por todos os seus aspectos, garantindo que as informações sejam precisas e confiáveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse de natureza política, comercial e financeira no manuscrito.

Financiamento

Os autores declaram que não houve fontes de financiam