

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LETÍCIA ALVES MENDONÇA

**PERSPECTIVAS SOBRE A PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PESSOAS
TRANSGÊNERO**

UBERLÂNDIA-MG
2026

LETÍCIA ALVES MENDONÇA

**PERSPECTIVAS SOBRE A PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PESSOAS
TRANSGÊNERO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: **Profa. Dra. Camila Toffoli Ribeiro**

UBERLÂNDIA-MG
2026

RESUMO

A autonomia para decidir sobre reprodução e sexualidade é um direito humano fundamental. Entretanto, para pessoas transgênero, a terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG) pode causar impactos irreversíveis na fertilidade desses pacientes. A THAG afeta a espermatogênese e a ovulação, com possibilidade de perda irreversível da fertilidade, sendo a preservação da fertilidade um tema relevante no cuidado à saúde dessa população. Este estudo observacional analítico de delineamento transversal aplicou um questionário a 88 usuários do Centro de Referência em Atenção Integral à Saúde Transespecífica (CRAIST) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, buscando compreender perspectivas sobre parentalidade, desejo reprodutivo e preservação da fertilidade, além de identificar fatores que influenciam as respostas. Entre os participantes, predominavam homens transexuais (65,9%), com menos de 29 anos (65,9%), heterossexuais (45,4%), em terapia hormonal (78,4%), com cinco ou mais anos de hormonização (45,6%), ensino médio completo (29,6%) e sem filhos (87,5%). Quanto à orientação sobre os efeitos da hormonioterapia na fertilidade, 69,3% relataram ter sido completamente informados. Em relação à preservação da fertilidade antes da terapia, 52,3% afirmaram que não retardariam a THAG para utilizar métodos de preservação, e 63,6% não gostariam de tê-los realizado antes de iniciar o tratamento. No estágio atual da hormonização, 68,2% negaram interesse em métodos de preservação. Sobre o desejo de ter filhos no futuro, 61,4% manifestaram interesse, embora 41% responderam que não pretendiam usar seus próprios gametas. Quanto à parentalidade com o parceiro atual, 31,8% informaram não ter parceiro e 36,4% desejariam ter filhos com carga genética própria ou do parceiro. A minoria demonstrou interesse em banco de gametas (28,4%), gestação (9,1%) ou amamentação (11,4%). Pessoas sem parceiro apresentaram 17,44 vezes mais chance (IC: 3,07–98,87, $P = 0,001$) de desejar ter filhos no futuro, e pessoas heterossexuais tiveram 3,52 vezes mais chance (IC: 1,04–11,88, $P = 0,04$). Escolaridade e já ter filhos no estágio atual do tratamento influenciaram marginalmente as respostas. Na questão aberta sobre fertilidade durante a hormonioterapia, surgiram diferentes percepções: alguns acreditavam que a fertilidade poderia ser restaurada se a THAG fosse interrompida; outros se consideravam inférteis devido ao uso prolongado da terapia; alguns aceitavam a redução da fertilidade como consequência necessária para realizar a THAG; e outros entendiam que a fertilidade poderia ser prejudicada, mas ainda seria possível gestar, com risco de gravidez não planejada. Pessoas trans enfrentam barreiras socioculturais, religiosas e legais que dificultam o acesso à preservação da fertilidade. Reduzir essas barreiras exige políticas públicas claras, maior capacitação de profissionais de saúde para comunicação assertiva e cuidado adequado, transformações sociais e maior representatividade da população trans em estudos e discussões sobre o tema.

Palavras-chave: Pessoas transgênero. Terapia hormonal. Preservação da fertilidade. Saúde reprodutiva. Parentalidade.

ABSTRACT

Patient's autonomy regarding reproduction and sexuality is a fundamental human right. However, for transgender people, gender-affirming hormone therapy (GAHT) can cause irreversible impacts on fertility. GAHT affects spermatogenesis and ovulation, with possible irreversible fertility loss, which makes fertility preservation a relevant issue in transgender's healthcare. This cross-sectional analytical observational study applied a questionnaire to 88 patients of a Reference Center for Comprehensive Transgender Healthcare at the University Hospital of the Federal University of Uberlândia, seeking to understand perspectives on parenthood, reproductive desire and fertility preservation; and identify possible factors that influence the responses. Among the participants, transgender men predominated (65.9%), under 29 years old (65.9%), heterosexual (45.4%), undergoing hormone therapy (78.4%), with five or more years of hormone therapy (45.6%), completed high school education (29.6%), and without children (87.5%). Regarding guidance on the effects of hormone therapy on fertility, 69.3% reported having been fully informed. Regarding fertility preservation before therapy, 52.3% stated they would not delay GAHT to use preservation methods and 63.6% would not have wanted to do so before starting treatment. At the current stage of hormone therapy, 68.2% denied interest in preservation methods. Regarding the desire to have children in the future, 61.4% expressed interest, although 41% answered that they did not intend to use their own gametes. Regarding parenthood with their current partner, 31.8% reported not having a partner, and 36.4% expressed interest in having children with their own or their partner's genetic makeup. A minority showed interest in gamete banking (28.4%), pregnancy (9.1%), or breastfeeding (11.4%). People without a partner were 17.44 times more likely (CI: 3.07–98.87, $P = 0.001$) and heterosexual people were 3.52 times more likely (CI: 1.04–11.88, $P = 0.04$) to want their own offspring. Education level and already having children at the current stage of treatment marginally influenced the responses. In the open-ended question about fertility during hormone therapy, different perceptions emerged: some believed that fertility could be restored if GAHT were interrupted; others considered themselves infertile due to prolonged use of the therapy; some accepted the reduction in fertility as a necessary consequence of undergoing GAHT; others understood that fertility could be impaired, but it would still be possible to conceive, with the risk of unplanned pregnancy. Transgender people face sociocultural, religious and legal barriers that hinder access to fertility preservation. Clear public policies, proper training for health professionals for assertive communication and adequate care, social transformations and greater representation of the transgender population in studies and discussions on the subject are fundamental to overcome this barriers.

Keywords: Transgender people. Hormone therapy. Fertility preservation. Reproductive health. Parenthood.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos participantes segundo características sociodemográficas. Uberlândia, 2025.....	p.17
Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto à realização ou não de terapia hormonal. Uberlândia, 2025.	p.18
Tabela 3 - Perfil dos participantes segundo grau de orientação quanto aos efeitos da hormonioterapia sobre a fertilidade, antes de iniciar o tratamento. Uberlândia, 2025.....	p.19
Tabela 4 - Perfil dos participantes considerando a possibilidade de ter filhos. Uberlândia, 2025.....	p.20
Tabela 5 - Associação entre variáveis sociodemográficas e a prevalência de respostas positivas ao desejo de ter filhos no futuro entre os participantes do estudo. Uberlândia, 2025.....	p.21

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRAIST - Centro de Referência em Atenção Integral para Saúde Transespecífica

GM/MS - Portarias do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

GnRH – Hormônio Liberador de Gonadotrofinas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THAG – Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

SUMÁRIO

1) Introdução.....	p.7
1.1) Conceitos básicos e breve contextualização histórica.....	p. 7
1.2) Terapia hormonal de afirmação de gênero e fertilidade.....	p.9
1.3) Alternativas para preservação de fertilidade em pessoas trans.....	p.11
2) Justificativa.....	p. 13
3) Objetivos.....	p. 14
3.1) Objetivo geral.....	p. 14
3.2) Objetivos específicos.....	p. 14
4) Materiais e métodos.....	p. 15
5) Resultados.....	p. 17
6) Discussão.....	p. 25
7) Conclusão.....	p. 29
Referências.....	p. 30

INTRODUÇÃO

1) Conceitos básicos e breve contextualização histórica

Entende-se como sujeito transexual o indivíduo cuja identidade de gênero é discordante do sexo determinado ao nascimento (Hembree et al, 2017). Segundo Ventura (2010), o indivíduo transexual procura transformações físicas a fim de ser socialmente inserido segundo o gênero que se identifica. Essas modificações podem variar e incluir desde a apresentação social como mudança de vestuário, aparência física, adoção de nome social, até intervenções médicas de afirmação de gênero. Tais transformações podem ser ferramentas cruciais quando há disforia de gênero, causadora de grande sofrimento psíquico nessa população.

As terapias de afirmação de gênero são plurais e incluem psicoterapia, hormonioterapia e cirurgias de adequação de gênero, como mamoplastia masculinizadora, mastoplastia de aumento, histerectomia, neofaloplastia, neocolpovulvoplastia, entre outros. É importante reconhecer que cada pessoa é única em suas necessidades terapêuticas, havendo casos em que apenas a mudança na expressão do papel social é suficiente para a jornada do paciente (Coleman et al., 2022). Nesse contexto, a compreensão da diversidade de experiências e adoção de estratégias individualizadas de cuidado não são apenas recomendadas, mas essenciais. A hormonização e/ou procedimentos cirúrgicos visando adequação de gênero não são prerrogativas para que uma pessoa se entenda como trans.

As discussões em relação a disforia de gênero e transsexualidade são relativamente recentes na Medicina, em resposta à emergência do despertar social de homens e mulheres que acreditavam estar “presos” no corpo errado, por volta do século 20. Pesquisadores pioneiros, como Magnus Hirschfeld e Harry Benjamin, debruçaram-se sobre a questão, buscando amenizar o sofrimento que essas pessoas enfrentavam. Com a disponibilidade da testosterona em 1935 e o dietilestilbestrol em 1938, tornaram-se possíveis as primeiras terapias hormonais efetivas. Em setembro de 1979, foi criada a Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, posteriormente renomeada como *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), com sua primeira publicação de protocolos de cuidado em terapia hormonal de pacientes trans naquele mesmo ano. O primeiro guideline baseado em evidências da Sociedade de Endocrinologia Americana foi publicado apenas em 2009, após múltiplas atualizações da publicação original de 1979 da WPATH, com atualização recente em 2022 (Coleman et al, 2022).

Estima-se que a proporção global de pessoas não cisgênero varia entre 0,1 a 2% da população. No entanto, tais estudos enfrentam forte viés de seleção, considerando que os resultados podem divergir em função dos critérios de inclusão adotados. A maioria dos estudos baseiam-se em pessoas que frequentam os serviços de saúde, o que indica que esse valor pode ser subestimado. Um estudo realizado em 2018 em todas as regiões do Brasil estima que a prevalência de pessoas trans entre variam 0,69% e 1,19% (Spizzirri, 2021). Admite-se, porém, a limitação de tais dados, uma vez que se trata de estudo amostral. Dados mais apurados seriam possíveis se houvesse a inclusão de identidade de gênero em pesquisas como o Censo, realizado pela última vez pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022 - porém na ocasião, a variável “sexo” incluía apenas as respostas “masculino” e “feminino” (IBGE, 2022).

No Brasil, a primeira resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) com objetivo de regulamentar as cirurgias genitais em pacientes trans foi publicada em 1997 - Resolução CFM nº 1.482/1997, ainda em caráter experimental e exclusivamente em hospitais universitários ou hospitais públicos dedicados à pesquisa. Essa resolução foi revogada com a publicação da Resolução CFM nº 1.652/2002, que passou a permitir a cirurgia genital em mulheres trans fora de ambientes de pesquisa e em hospitais particulares. Ambos os textos, no entanto, ainda reforçavam a patologização da transgeneridade, ao referir-se à transexualidade como “transexualismo”.

Discussões mais amplas sobre o cuidado desses pacientes só foram implementados na Resolução CFM nº 2.265/2019, que regulamentava também o processo de hormonioterapia, sendo inclusive permitido bloqueio hormonal a partir do estágio puberal Tanner II desde que inseridos em projetos de pesquisa e hormonioterapia cruzada em pacientes acima de 16 anos em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular para pacientes trans, com acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar. Um grande retrocesso, no entanto, ocorreu em 2025, com a publicação da Resolução CFM nº 2.427/2025, especialmente no cuidado de crianças e adolescentes trans, pois passou a ser vedada a prescrição de bloqueio puberal e hormonioterapia cruzada abaixo dos 18 anos, além de mais barreiras para o início da terapia hormonal. Apesar da forte pressão da sociedade civil e discussões jurídicas acerca da validade desta resolução, ela permanece em vigor.

No âmbito do SUS, o processo transsexualizador foi incorporado por meio da Portaria GM/MS nº 1.707 de 18 de Agosto de 2008, e regulamentado pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 457 de 19 de Agosto de 2008, com sua revisão e ampliação na Portaria nº 2.803 de 19 de Novembro de 2013. Em nenhum momento o texto discorre sobre estratégias de

preservação de fertilidade e/ou sobre a garantia de direitos reprodutivos dessa população vinculada ao SUS.

O Ministério da Saúde em 2011 publicou a Portaria nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis. Dentre suas diversas atribuições, destaca-se o cuidado em “garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS”. No entanto, apesar de ressaltar essa questão tão importante, a portaria não determina como isso se aplica de fato no contexto do SUS.

Na realidade, a invisibilidade de pacientes que necessitam de técnicas de preservação de fertilidade não é algo exclusivo da população trans - apesar de o direito à reprodução ser um direito humano básico, a maior parte das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) em saúde sexual e reprodutiva debruçam-se em ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, cuidados pré-natais, assistência ao aborto, parto e puerpério, e contracepção. O primeiro *guideline* da OMS de atenção às pessoas com infertilidade foi lançado em novembro de 2025 e não inclui pessoas trans em suas recomendações (OMS, 2025).

2) Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero e Fertilidade

Intervenções médicas e tratamentos realizados durante a terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG) podem resultar em alterações na anatomia ou função reprodutiva, com impacto na fertilidade de pessoas trans. Por isso, é essencial e mandatório que antes do início do tratamento, as possibilidades de preservação de fertilidade sejam discutidas, buscando conciliar sua realidade com suas metas de parentalidade. (Coleman et al, 2022). Alguns estudos indicam que vários pacientes trans desejam crianças com seu material genético, se arrependem de não ter realizado preservação de fertilidade e estão dispostos a postergar ou interromper a terapia para fazê-lo e/ou para concepção (Armstrong, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

As barreiras mais frequentemente encontradas para tal são os custos do tratamento de preservação de fertilidade, a urgência em iniciar a terapia de afirmação de gênero, a incapacidade de tomar decisões futuras e o pouco acesso à informação (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020).

As mulheres trans que pretendem iniciar a terapia hormonal devem ser orientadas sobre a possibilidade de atrofia testicular e piora dos parâmetros seminais com uso prolongado de estrogênios. A maior parte das pacientes apresenta supressão completa da espermatogênese quando os níveis de testosterona atingem valores esperados para mulheres cis. Outras questões comportamentais também parecem afetar a qualidade do esperma, como a baixa frequência de masturbações e uso de roupas apertadas, que comprimem os testículos. O uso de análogos de GnRh, seja durante estágios puberais ou na vida adulta para inibição da testosterona, também inibem a espermatogênese, geralmente com efeito transitório e recuperação em até 3 meses após cessar o uso (Coleman et al, 2022).

Em homens trans, foi evidenciado maior número de pacientes com síndrome de ovários policísticos com uso de testosterona. Geralmente, pacientes com útero e ovários intactos recuperam a fertilidade se a testosterona é descontinuada (Coleman et al, 2022). Não parece haver diferenças no total de oócitos recuperados nem no número de óocitos maduros entre homens transgêneros e mulheres cisgêneros quando ajustados por idade e índice de massa corporal (Adeleye et al, 2018, 2019). No entanto, ainda há lacunas na literatura, sem estudos prospectivos que analisem o uso de testosterona a longo prazo ou em pacientes pré púberes tratados com análogos de GnRh, seguidos de testosterona.

O uso da testosterona ainda parece influenciar o tecido ovariano, com redução da dosagem de hormônio antimulleriano depois do início de androgênios e inibidores de aromatase. A análise do estroma ovariano de homens trans que realizaram ooforectomia evidenciam maior hiperplasia estromal e luteinização, espessamento do córtex ovariano e atresia folicular aceleradas. A maior parte dos folículos eram primordiais ou intermediários com baixas taxas de folículos secundários. Também ocorre atrofia endometrial por ação da testosterona, potencialmente afetando a capacidade de nidção (Neblett e Hipp, 2019)

Homens trans podem descontinuar a terapia hormonal para realização de inseminação intrauterina, estimulação ovariana para fertilização *in vitro* ou transferência de embriões para conceber uma gestação. Em um estudo com 25 pacientes transmasculinos, 21 gestações foram possíveis com os próprios ovários, com desfechos obstétricos semelhantes à de pessoas que nunca utilizaram testosterona. Esse mesmo estudo mostrou que um terço das gestações não foram planejadas, reforçando a importância da orientação de contracepção e planejamento familiar nesse grupo (Light et al, 2014).

3) Alternativas para preservação de fertilidade em pessoas trans

De maneira geral, os protocolos e *guidelines* internacionais que norteiam as condutas em relação a terapia de transição de gênero são categóricos ao recomendar que os médicos devem informar e aconselhar todos os indivíduos que buscam tratamento sobre opções de preservação de fertilidade antes de iniciar a supressão puberal em adolescentes ou antes da hormonioterapia tanto em adolescentes quanto adultos (Coleman et al, 2022; Hembree, 2017; Martinez, 2017; ACOG, 2021).

A literatura demonstra que apesar da alta prevalência do desejo de ter filhos entre pacientes transgêneros, a utilização de serviços de preservação de fertilidade permanece baixa, possivelmente devido ao desconhecimento dessa possibilidade terapêutica e a dificuldade de ter acesso a ela. Estima-se que menos da metade dos pacientes recebam aconselhamento adequado. No Brasil, não há legislação federal específica para preservação de fertilidade em transgêneros. Apesar de políticas públicas que encorajem tal prática, não há cobertura para esses procedimentos, uma vez que poucos hospitais públicos oferecem esses serviços sem custo e a cobertura pelos convênios de saúde na rede privada não está disponível (Reckhow et al, 2023).

Estima-se que a prevalência de pessoas trans que desejam ter filhos seja semelhante à de pessoas cis, com valores estimados entre 50 a 58%, das quais 37 a 76% considerariam a possibilidade de preservação de fertilidade (Auer et al, 2018 e Wierckx et al, 2012, apud Neblett, 2019). Os estudos atuais ainda não contemplam dados a respeito desta demanda entre pessoas trans no Brasil. A literatura tampouco é clara em relação ao impacto negativo referente ao tempo de uso e dose empregada da THAG sobre a fertilidade, seja ela testosterona ou estradiol. Soma-se a esse dado o fato de que muitas intervenções do processo de transição incluem a esterilização permanente, quando ocorre gonadectomia (Coleman et al, 2022; Hembree, 2017; Martinez, 2017).

As opções de preservação de fertilidade dependem dos órgãos reprodutivos do paciente, se já houve puberdade e se houve uso de medicação gonadotóxica durante a THAG. A maior parte das evidências científicas e estudos robustos em relação às técnicas de preservação de fertilidade nesses pacientes são provenientes de pesquisas focadas em oncofertilidade, sendo os estudos específicos para pessoas trans um campo ainda em expansão (Reckhow, 2023).

Para indivíduos pré-púberes com ovários ou que tenham contraindicações à estimulação ovariana, a opção ideal é a criopreservação de tecido ovariano, com posterior maturação de

oócitos *in vitro* ou reimplantação ovariana. Apesar de a criopreservação não ser mais considerada experimental para pacientes trans, a maturação de oócitos *in vitro* obtidos por tecido criopreservado para futura fertilização *in vitro* ainda é, e nenhuma gestação bem sucedida foi descrita com essa técnica. A possibilidade de reimplante do tecido ovariano ainda está em estudo no campo da oncofertilidade, com a desvantagem de que a reintrodução do tecido ovariano em homens trans pode desencadear disforia de gênero. Essas técnicas ainda envolvem maior risco por envolver necessidade de abordagem cirúrgica, porém são opções interessantes para pacientes que já realizariam ooforectomia como parte do processo transsexualizador (Reckhow et al, 2023).

Para pacientes com ovários e que já passaram pela puberdade, as opções incluem criopreservação de oócitos e/ou embriões. No entanto, o processo de estimulação ovariana pode desencadear disforia de gênero, uma vez que é necessário cessar temporariamente o uso de testosterona para os procedimentos, levando ao retorno parcial de características femininas e da menstruação. Idealmente, devem ser realizados antes de iniciar a hormonioterapia (Reckhow, 2023; Ainsworth, 2020; Neblett, 2019).

Para pacientes com testículos, acima de Tanner II e com volume testicular acima de 5 ml, as opções de preservação de fertilidade geralmente demandam menos tempo e recursos, sendo possível criopreservação de esperma obtido por ejaculação ou extração testicular, idealmente antes do início da terapia hormonal, visto que pode haver alteração na qualidade seminal e na espermatogênese após (Reckhow, 2023; Ainsworth, 2020; Neblett, 2019)

Em pacientes pré-púberes com testículos, as terapias disponíveis são mais limitadas e com menos chance de sucesso, sendo possível a criopreservação de tecido testicular com maturação de espermátócitos *in vitro*. Atualmente, essa técnica tem caráter experimental, sendo realizada apenas em cenários de pesquisa. Assim como congelamento de ovários, tem a desvantagem de requerer intervenção cirúrgica e anestesia. Nessas pessoas, as espermatogônias ainda se encontram imaturas e não há produção espermática, por isso a criopreservação deve ser seguida de maturação *in vitro* (Reckhow, 2023; Ainsworth, 2020; Neblett, 2019).

JUSTIFICATIVA

Apesar da grande evolução em políticas públicas que contemplem a atenção à saúde à população transgênero, atualmente esses pacientes ainda enfrentam constantes ameaças de direitos fundamentais, incluindo o direito à reprodução. Dessa forma, fazem-se necessárias pesquisas para avaliar o conhecimento acerca do direito reprodutivo e de planejamento familiar, bem como o interesse na preservação de fertilidade entre pessoas transexuais atendidas pelo Centro de Referência em Atenção Integral para Saúde Transespecífica (CRAIST) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

A partir do desenvolvimento deste estudo, será possível analisar melhor o retrato da parentalidade sob perspectiva das pessoas transgênero nesse centro de referência brasileiro e entender como novas abordagens sobre preservação de fertilidade poderão ser implementadas no cuidado à saúde da população transexual, a fim de assegurar seus direitos sexuais e reprodutivos.

OBJETIVOS

1) Objetivo Geral

Investigar o interesse e o conhecimento sobre a preservação de fertilidade entre mulheres e homens transexuais previamente ou durante o tratamento hormonal.

2) Objetivos Específicos

- a) Avaliar a proporção de pessoas transexuais que demonstram interesse em preservar a sua fertilidade;
- b) Determinar o nível de conhecimento sobre a preservação de fertilidade entre pessoas transexuais;
- c) Quantificar o número de pessoas transexuais que já foram abordadas sobre a preservação de fertilidade por médicos anteriormente ao início da terapia hormonal;
- d) Identificar os fatores que influenciam na decisão sobre a preservação de fertilidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Em conformidade com a Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Trata-se de estudo observacional analítico de delineamento transversal, cujo objetivo busca avaliar o interesse de pacientes transgênero na preservação da fertilidade, além de identificar os fatores que influenciam essa decisão. A pesquisa foi conduzida com homens e mulheres transexuais e não binários que são atendidos no Centro de Referência em Atenção Integral para Saúde Transespecífica (CRAIST) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no período compreendido entre julho e novembro de 2025. Os pacientes foram identificados pela equipe de acolhimento e abordados pela equipe de pesquisadores enquanto aguardavam a consulta com o endocrinologista ou ginecologista endocrinologista, ou imediatamente após a consulta dentro do próprio ambulatório. Inicialmente, foi apresentado ao paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a aceitação do paciente em participar da pesquisa, foi aplicado um questionário que exigiu, em média, de 10 a 15 minutos para ser preenchido. A aplicação do questionário ocorreu uma única vez para cada paciente, não havendo necessidade de acompanhamentos subsequentes.

Foram incluídas pessoas transmasculinas, transfemininas ou não binárias atendidas no CRAIST no período compreendido entre junho e novembro de 2025. Indivíduos menores de 16 anos de idade ou que não demonstraram interesse em participar foram excluídos.

Em relação ao cálculo amostral, foi estimada uma população necessária de 100 indivíduos para a pesquisa. Essa estimativa leva em conta uma margem de perda de 20%, o que resulta em uma previsão de 20 pacientes não participantes.

Os pacientes foram avaliados por meio de questionário impresso, que capturou informações demográficas, incluindo idade, paridade, orientação sexual, estado civil e nível de escolaridade. Além disso, o questionário abordou o interesse dos participantes em preservar a fertilidade, bem como fatores que podem influenciar essa decisão, como o nível de conhecimento sobre o tema, a orientação médica recebida e a possibilidade de interrupção da hormonioterapia.

Após coleta dos dados foi elaborado um banco de dados eletrônico no programa Excel, contendo um dicionário ou inventário de todas as variáveis, assim como 2 planilhas adicionais para a implementação do processo de validação por dupla entrada (digitação) das respostas codificadas nos questionários aplicados, contendo as unidades de análise e as variáveis em

formatação apropriada à análise subsequente. Em seguida, este banco de dados foi importado no aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 30, com a finalidade de se realizar a análise estatística descritiva inicial dos dados do presente estudo.

A análise dos dados primários pode ser assim resumida:

1. A apresentação do perfil sociodemográfico, comportamental e clínico dos participantes, incluídos nas tabelas 1, 2, 3 e 4, utilizou distribuições de frequências absolutas e relativas percentuais para as variáveis qualitativas ou categóricas, assim como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade ou dispersão (amplitudes e desvio padrão) para as variáveis quantitativas.
2. A análise de associação ou da influência de variáveis preditoras sobre o desfecho “desejo de ter filhos no futuro”, apresentados na Tabela 5, considerou as medidas de associação em tabelas de contingência, ou seja, as razões de prevalências brutas e as razões de chances de prevalência ajustadas por regressão logística binomial múltipla. Convém destacar que a inclusão das variáveis preditoras no modelo de regressão considerou os critérios de relevância clínica e conceitual, preconizados na literatura, no estabelecimento das relações de causa e efeito, sempre atendo-se às recomendações estabelecidas nos critérios de Hill para estudos observacionais. Sendo assim, utilizou-se apenas o método “Enter” ou modelo saturado na análise de regressão.

Este trabalho considerou um nível de significância $\alpha = 0,05$ e um intervalo de confiança de 95 %.

A parte final do questionário conta com uma pergunta aberta que questionava o entendimento do participante do efeito da hormonioterapia sobre a fertilidade. As respostas foram compiladas integralmente e agrupadas de acordo com o padrão observado, a fim de serem analisadas.

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Como pode ser observado na tabela, houve predomínio de homens transexuais (58; 65,9%), na faixa etária inferior a 29 anos (58; 65,9%), heterossexuais (40; 45,4%), com ensino médio completo (26; 29,6%) e sem filhos (77; 87,5%). A idade dos participantes variou entre 17 e 56 anos completos, com média de 27,25 anos, mediana de 26,00 anos e desvio padrão de 7,28 anos.

Tabela 1. Perfil dos participantes segundo características sociodemográficas. Uberlândia, 2025

Variável	N	%
Gênero		
Homem trans	58	65,9
Mulher trans	22	25
Não binário	8	9,1
Idade		
Até 29 anos	58	65,9
30 a 39 anos	23	26,2
40 a 49 anos	5	5,7
50 anos ou mais	1	1,1
Não informado	1	1,1
Orientação sexual		
Heterossexual	40	45,4
Pansexual	24	27,3
Bissexual	19	21,6
Homossexual	5	5,7
Escolaridade		
Fundamental incompleto	2	2,3
Médio incompleto	12	13,6
Médio completo	26	29,6
Superior incompleto	23	26,1
Superior completo	16	18,2
Pós graduação	3	3,4
Não informado	6	6,8
Tem filhos		
Não	77	87,5
Sim	6	6,8
Não informado	5	5,7
Total	88	100

Fonte: Elaborada pelos autores

A **Tabela 2** apresenta o perfil dos participantes da pesquisa, considerando se estão ou não em terapia hormonal, qual terapia e o tempo de tratamento. Como pode ser observado, houve predomínio de participantes realizando terapia hormonal (69; 78,4%), sendo que os

hormônios mais utilizados no tratamento foram undecilato de testosterona (28; 40,6%) entre os homens trans e algestona acetofenida + estradiol (8; 11,6%) entre as mulheres trans.

Quando se considerou o tempo de terapia hormonal, prevaleceu o intervalo indicando 5 anos ou mais de hormonização (31; 45,6%), sendo que este tempo variou entre 0,40 anos (4,8 meses) a 30,00 anos, com média de 4,89 anos, mediana de 3,50 anos e desvio padrão de 4,73 anos.

Ao se considerar o tempo de permanência no regime ou esquema atual, prevaleceu o intervalo de 1 a 2 anos (35; 51,5%), sendo que este tempo variou entre 0,30 anos (3,6 meses) a 15,00 anos, com média de 2,74 anos, mediana de 2,00 anos e desvio padrão de 2,74 anos.

Tabela 2. Distribuição dos participantes quanto à realização ou não de terapia hormonal. Uberlândia, 2025.

Variável	n	%
Está em terapia hormonal		
Sim	69	78,4
Não	19	21,6
Hormônio utilizado		
Undecilato de testosterona	28	40,6
Cipionato de testosterona	10	14,5
Propionato + fenilpropionato + isocaproato + decanoato de testosterona	10	14,5
Algestona acetofenida + estradiol	8	11,6
Espironolactona + estradiol	6	8,7
Ciproterona + estradiol	5	7,3
Estradiol sem antiandrogênico	1	1,4
Testosterona transdérmica	1	1,4
Tempo de terapia hormonal		
< 1 ano	4	5,9
1-2 anos	22	32,3
3-4 anos	11	16,2
5 anos ou mais	31	45,6
Tempo sob o regime atual		
< 1 ano	7	10,3
1-2 anos	35	51,5
3-4 anos	15	22
5 anos ou mais	11	16,2
Total	88	100

Fonte: Elaborado pelos autores

A **Tabela 3** apresenta a distribuição de respostas dos participantes da pesquisa, considerando variáveis relacionadas ao grau de orientação sobre os efeitos da hormonioterapia sobre a fertilidade antes de iniciar o tratamento. Como pode ser observado, quando indagados se foram orientados sobre os efeitos da hormonioterapia na fertilidade, houve predomínio de participantes que disseram que foram completamente orientados (61; 69,3%), seguidas daqueles que disseram terem sido parcialmente orientados (19; 21,6%) e daqueles que alegaram não terem sido orientados (8; 9,1%).

Tabela 3. Perfil dos participantes segundo grau de orientação quanto aos efeitos da hormonioterapia sobre a fertilidade, antes de iniciar o tratamento. Uberlândia, 2025.

Variável	N	%
Sobre o grau de orientação antes de iniciar o tratamento		
Completamente orientado	61	69,3
Parcialmente orientado	19	21,6
Não fui orientado	8	9,1
Se fosse orientado, retardaria o início do tratamento para preservar fertilidade?		
Não	46	52,3
Fui bem orientado	41	46,6
Sim	1	1,1
Gostaria de ter preservação da fertilidade ofertada antes da terapia hormonal?		
Não	56	63,6
Sim	19	21,6
Foi ofertado a mim	13	14,8
No estágio atual de tratamento, tem interesse em métodos de preservação de fertilidade?		
Não	60	68,2
Sim	17	19,3
Ainda não iniciei	11	12,5
Total	88	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Quando perguntados se retardariam o início do tratamento se tivessem sido bem orientados, houve predomínio de participantes que disseram que não (46; 52,3%), e apenas 1 participante respondeu afirmativamente (1; 1,1%). No entanto, 41 pacientes responderam que foram bem orientados, correspondendo a 46,6% dos entrevistados.

Quando questionados se gostariam de ter recebido a preservação da fertilidade antes do início da terapia hormonal, houve predomínio de participantes que disseram não (56; 63,6%),

seguidas daqueles que disseram sim (19; 21,6%). No total, 13 participantes referiram ter recebido a oferta de preservação da fertilidade, correspondendo a 14,8%.

Finalmente, quando solicitados a responder se tinham interesse em métodos de preservação da fertilidade no atual estágio da hormonização, houve predomínio de participantes que disseram não (60; 68,2%), seguidas daqueles que disseram sim (17; 19,3%). Na amostra obtida, 11 pacientes ainda não haviam iniciado a hormonização, correspondendo a 12,5% das respostas.

A **Tabela 4** apresenta a distribuição de respostas dos participantes da pesquisa, considerando variáveis relacionadas ao interesse em ter ou não filhos, com a própria genética, com o parceiro atual, bem como gestação e amamentação.

Tabela 4. Perfil dos participantes considerando a possibilidade de ter filhos. Uberlândia, 2025.

Variável	N	%
Pensa em ter filhos no futuro?		
Sim	54	61,4%
Não	34	38,6%
Se sim, pensa em utilizar os próprios gametas?		
Não	36	41%
Sim	26	29,5%
Não penso em ter filhos	26	29,5%
Gostaria de ter filhos com sua carga genética e do parceiro?		
Sim	32	36,4%
Não	27	30,6%
Não penso em ter filhos	27	30,6%
Tem interesse em usar banco de gametas?		
Não	32	36,4%
Sim	25	28,4%
Não penso em ter filhos	31	35,2%
Tem interesse em gestar?		
Não	64	72,7%
Sim	8	9,1%
Não se aplica	16	18,2%
Tem interesse em amamentar?		
Não	67	76,1%
Sim	10	11,4%
Não se aplica	11	12,5%
Total	88	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Como pode ser observado, quando indagados se pensam em ter filhos no futuro, houve predomínio de participantes que responderam afirmativamente (54; 61,4%), seguidos daqueles

que disseram que não tinham essa pretensão (34; 38,6%). Já, quando perguntados se usariam os próprios gametas caso desejassem ter filhos, a maioria dos participantes respondeu negativamente (36; 41,0%).

Quando questionados se pensavam em ter filhos com o parceiro atual, houve predomínio de participantes que disseram não tinham parceiro no momento da entrevista (28; 31,8%), seguidos daqueles que disseram não querem ter filhos no futuro, sendo que apenas 22 (25,0%) responderam positivamente à pergunta.

Quando perguntados se pensavam em ter filhos com a carga genética própria e de seu parceiro, a maioria (32; 36,4%) respondeu positivamente (sim), ao passo que 27 (30,6%) responderam negativamente (não) à pergunta.

Quando indagados se teriam interesse em usar banco de gametas, a maioria (32; 36,4%) respondeu negativamente (não), ao passo que 25 (28,4%) responderam que sim à esta pergunta.

Finalmente, quando solicitados a responder se tinham interesse em ter uma gestação, a maioria disse não (64; 72,7%), ao passo que, quando perguntadas se pretendiam amamentar, novamente a maioria (67; 76,1%) também declinou da pergunta.

A **Tabela 5** apresenta o resultado da análise de associação entre variáveis sociodemográficas e a resposta afirmativa (sim) à pergunta sobre o desejo de ter filhos no futuro entre os participantes do estudo. Inicialmente, pode ser visto na respectiva tabela que a prevalência de respostas positivas (sim) foi superior entre as participantes com 24 anos ou menos de idade (70,6%), entre os participantes heterossexuais (72,5%), com escolaridade até o ensino superior incompleto (71,4%), sem parceiro (89,3%) e ainda sem filhos no momento da entrevista (66,2%).

Com a finalidade de analisar a influência dessas variáveis sociodemográficas sobre este evento, a tabela acima também apresenta o resultado da análise da regressão logística binomial múltipla e os coeficientes de associação devidamente ajustados, a saber, as razões de chances de prevalência (RCP) e seus respectivos intervalos de confiança ajustados para cada uma das variáveis preditoras inseridas no modelo, considerando sua relevância conceitual, com base no referencial teórico considerado.

Tabela 5. Associação entre variáveis sociodemográficas e a prevalência de respostas positivas ao desejo de ter filhos no futuro entre os participantes do estudo. Uberlândia, 2025.

Variável							
Pensa em ter filhos?							
	Sim		Não		RP ^a (IC)	RCP ^b (IC)	p
	n	%	n	%			
Idade (anos)							
Até 24	24	70,6	10	29,4	1,25(0,91-1,72)	1,70(0,47-6,14)	0,42
25 ou mais	30	56,6	23	43,4			
Orientação sexual							
Heterossexual	29	72,5	11	27,5	1,39(1,00-1,94)	3,52(1,04-11,88)	0,04
Outros	25	52,1	23	47,9			
Escolaridade							
Até sup. incomp.	45	71,4	18	28,6	1,94(1,05-3,57)	3,95(0,95-16,55)	0,06
Superior / pós	7	36,8	12	63,2			
Tem parceiro?							
Não	25	89,3	3	10,7	1,85(1,38-2,47)	17,44(3,07-98,87)	0,001
Sim	29	48,3	31	51,7			
Tem filhos?							
Não	51	66,2	26	33,8	3,97(0,66-23,95)	17,53(0,81-38,61)	0,07
Sim	1	16,7	5	83,3			

^a Razão de prevalência (IC: intervalo de confiança 95%)

^b Razão de chances de prevalência (IC: intervalo de confiança de 95%), ajustada empregando-se regressão logística binomial múltipla

P: probabilidade sob H₀, considerando-se um nível de significância $\alpha = 0,05$.

Fonte: Elaborado pelos autores

Como pode ser observado na tabela acima, houve associação estatisticamente significativa com o desejo de ter ou não filhos no futuro para as variáveis preditoras “ter ou não um parceiro” e orientação sexual. A variável que mais impactou este desfecho foi a presença ou não de parceiro reportada pelos participantes do estudo: com efeito, os participantes que disseram não ter parceiro apresentaram 17,44 vezes mais chances (IC: 3,07-98,87, P = 0,001) de responderem positivamente (sim) à possibilidade de terem filhos no futuro, quando comparados aos participantes que reportaram ter parceiro, controlando-se para o efeito das demais variáveis preditoras. Em segundo lugar, a variável que mais influenciou esse desejo foi a orientação sexual: de fato, os participantes que se declararam heterossexuais apresentaram 3,52 vezes mais chances (IC: 1,04-11,88, P = 0,04) de responderem sim, quando comparados

aos participantes que declaram outras orientações, controlando-se para o efeito das demais variáveis preditoras presentes no modelo de regressão.

As variáveis “escolaridade” e “já ter filho” apresentaram influência com significância estatística apenas marginal, sendo que seu eventual impacto, dada a casuística de tamanho limitado do presente estudo, só pode ser atribuído ao acaso.

A parte final do questionário apresentava uma pergunta aberta sobre as opiniões e perspectivas dos pacientes sobre a fertilidade em uso de hormonioterapia. As respostas obtidas podem ser categorizadas em quatro grupos:

1) pacientes que afirmavam que a fertilidade poderia ser restaurada se a terapia hormonal fosse interrompida e que o seu uso configuraria como método contraceptivo por si só, como demonstrado no trecho da resposta do participante 16 *“se hormonioterapia for acompanhada de bons profissionais, os riscos de afetar a fertilidade são mínimos”* e do participante 19 *“me foi orientado que a testosterona é praticamente um método contraceptivo por si só”*.

2) pacientes que acreditam serem inférteis devido uso prolongado da hormonioterapia ou que desejam esse resultado, como relatado pelos participante 4 *“acredito não ser mais fértil e estou bem com isso”*, participante 11 *“posso não ser mais fértil”*, participante 33 *“é de interesse da minha parte não ser fértil”*

3) pacientes que expressam que a redução da fertilidade seria a consequência que deveriam enfrentar para conseguir realizar a terapia de afirmação de gênero, mas que preferiam realizar a hormonioterapia do que viver em um corpo com o qual não se identificam.

“Foi avisado que um dos riscos é a infertilidade, mas não me importei de abrir mão pela minha identidade e autoestima. Entretanto, seria bom sim que eu pudesse manter ambos. Porém minha identidade e reconhecimento corporal por meio do tratamento hormonal é prioridade para mim, mesmo que eu tenha que abrir mão da fertilidade”
- Participante 56

4) pacientes que entendem que a fertilidade pode ser prejudicada, mas que pode ser possível gestar e há risco de gravidez não planejada durante a terapia:

“Se você quiser gerar ou adotar uma criança, faça! Caso não, se cuide para isso não acontecer. Tomar a testosterona não é garantia para não engravidar.” - Participante 45

“Afeta a fertilidade e por isso é importante pensar em tudo antes da terapia. Durante a terapia, eu parei a ciclagem e tive minha filha, gestei, amamenteei e tive parto normal, tudo acompanhado pelo pessoal do CRAIST, hoje estou satisfeito e não pretendo gerar mais.” - Participante 34

DISCUSSÃO

O direito de decidir sobre quando e como ter filhos é um direito humano básico, respaldado pela OMS. No entanto, barreiras socioeconômicas e de gênero acabam determinando como as pessoas realizam seu planejamento familiar. Antes do início da THAG os pacientes são orientados sobre os possíveis impactos na fertilidade, de forma verbal e escrita, por meio do preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que todas as informações relativas ao possível impacto da terapia na fertilidade e o risco de gestação não planejada em uso de hormonioterapia são salientadas.

O processo de transição de gênero, no entanto, não atende necessariamente uma sequência linear e, ao contemplar o início da hormonioterapia, o paciente pode ter perspectivas de vida diferentes em relação às que adquire ao longo da vida. Com efeito, o grau de absorção dessas informações não necessariamente é integral e ruídos de comunicação podem ocorrer. Observa-se que há uma grande discrepância entre as orientações repassadas e a compreensão dos pacientes. Durante a análise das respostas abertas dos participantes, constatou-se que ainda existem pacientes que acreditam que permanecerão férteis se interromperem a terapia, ou que não terão tanto impacto na fertilidade se fizerem acompanhamento adequado, ou ainda que a terapia hormonal garantiria contracepção eficaz, fatos que não necessariamente condizem com a realidade.

O estudo conduzido por Riggs e Bartholomaeus em 2020 demonstrou que, quando ofertada aos pacientes, a preservação de fertilidade era colocada como uma “apólice de seguro” e pautada no potencial arrependimento futuro, substituindo seu potencial empoderador pelo coercitivo. Por meio dessa análise, compreendeu que a forma como o profissional orienta esse paciente ao início da terapia e durante o processo de transição impacta diretamente no nível de interesse por essas técnicas.

No processo de pesquisa, foi evidenciado que a maioria dos participantes manifestava desejo por ter filhos e mesmo quando orientados previamente sobre a possibilidade de preservação de fertilidade, não desejavam realizá-lo e não postergariam o tratamento para fazê-lo. Pessoas trans enfrentam barreiras socioculturais, religiosas e legais que podem impedi-los de utilizar esses meios. Até mesmo entre profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes, pode ocorrer uma visão enviesada de que esses pacientes não deveriam ou não estariam interessados em ter prole. Prevalece, ainda, o padrão familiar heterocisnormativo: o

medo de reprovação no âmbito familiar ou social pode ser um fator que pesa contra o desejo de ter filhos (Maiorano et al, 2025).

A literatura também evidencia que mesmo com orientação adequada e com desejo de ter filhos, homens trans têm uma tendência menor a realizar técnicas de preservação de fertilidade quando comparados a mulheres trans, devido ao processo de preservação em si, já que apresenta uma tendência a piorar a disforia de gênero. Em homens trans que já utilizam a terapia hormonal, o uso de testosterona deve ser descontinuado e o processo de coleta frequentemente envolve ultrassonografias transvaginais, tornando-se uma barreira importante (Alpern et al, 2022).

Em uma ampla revisão sistemática sobre o desejo de ter filhos e preservação de fertilidade entre pacientes trans, Stolk et al (2023) demonstraram que apesar da alta taxa de adultos e adolescentes com desejo de ter filhos, a prole biológica não foi a opção preferencial da maioria, sendo a adoção uma alternativa frequente. De maneira geral, mesmo quando houve orientação sobre a possibilidade de preservar a fertilidade, a sua utilização foi pouco significativa.

No presente estudo, apesar de 61,4% dos participantes terem afirmado que gostariam de ter filhos, apenas 29,5% têm interesse em utilizar os próprios gametas, 36,4% gostariam de utilizar os próprios gametas e do parceiro e 28,4% utilizariam banco de gametas. Isso permite inferir que a via biológica talvez não seja a preferencial desses pacientes, sendo a adoção uma via possível, assim como na revisão citada.

Na mesma revisão de Stolk et al (2023), é descrito que a grande maioria dos adolescentes transgêneros recebeu aconselhamento sobre preservação de fertilidade, porém apenas uma pequena porcentagem desejou encaminhamento para especialistas em fertilidade e uma proporção ainda menor realizou a preservação. Entre os adultos houve menos estudos em que a maioria dos participantes havia recebido aconselhamento sobre preservação de fertilidade e foi também observado que a procura pela preservação diferiu entre países em que o procedimento era coberto por seguros de saúde.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes referiram terem sido completamente orientados a respeito da preservação de fertilidade, embora apenas 1 (um) participante retardaria o início do tratamento para preservar a fertilidade. A maioria dos pacientes demonstrou não ter interesse em métodos de preservação da fertilidade no atual estágio de hormonização. Tais

resultados vão de encontro aos obtidos em estudos com países de perfil semelhante ao Brasil, em que não há cobertura dos planos para os procedimentos.

Convém salientar que o ambulatório em que essa população foi estudada é mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter gratuito, fomentado pelo governo brasileiro. Os procedimentos relativos à preservação de fertilidade e métodos de reprodução assistida, no entanto, não são contemplados pelo SUS e não se encontram no rol de procedimentos cobertos pelo sistema de saúde suplementar. Atualmente, nem mesmo a hormonioterapia encontra-se disponível de forma gratuita para os pacientes em processo de transição, sendo essa uma fonte importante de custo para esses pacientes.

Procedimentos que envolvem congelamento de gametas e fertilização *in vitro* ainda são distantes da realidade econômica de grande parte da população brasileira. O rendimento médio de todas as fontes do brasileiro foi de R\$3208,00 em 2024 (IBGE, 2024), enquanto o processo de fertilização *in vitro* tem custos iniciais de cerca de 5 vezes esse valor, com potencial a atingir valores mais significativos a depender da quantidade de tentativas necessárias para o sucesso. Como evidenciado pela pesquisa, a população atendida pelo ambulatório é constituída em sua maioria por pacientes jovens, que podem não ter estabilidade financeira necessária para custear esses procedimentos. Portanto, uma possível interpretação para o baixo interesse em preservação de fertilidade seria o alto custo do tratamento, em uma população heterogênea, ainda que com alto nível de escolaridade. Neste estudo o nível de escolaridade atingiu significância marginal. Isso permite inferir que em um cenário de maior escolaridade, o resultado poderia ser diferente, com maior tendência a desejar preservação de fertilidade.

Mesmo entre pacientes com situação economicamente favorável e dispostos a realizar preservação de fertilidade, pessoas trans podem ser inibidas de procurar clínicas especializadas em reprodução diante da falta de preparo estrutural desses locais. Um estudo qualitativo conduzido na Suécia por Armuand et al. (2020) explorou as experiências de profissionais de saúde que cuidavam de homens transgênero submetidos à criopreservação de oócitos. Dentre os resultados obtidos, destaca-se que os profissionais tinham dificuldade em atender adequadamente às necessidades desse grupo de pacientes, enfrentavam desafios na comunicação e na linguagem e expressaram receio de causar sofrimento involuntário nos pacientes com falas inadequadas. Pacientes trans podem não se sentir confortáveis ou aceitos em ambientes cisnormativos como clínicas de fertilidade.

Em uma coorte brasileira, 6,6% dos pacientes transgêneros eram genitores, sendo a maioria por maneiras biológicas. Porém, esses genitores relataram mais discriminação e 17% referiram ter a guarda reduzida ou perdida após a transição de gênero – desses, 48% suspeitavam que isso se devia ao processo de transição (Silva et al, 2022). No presente estudo, foram encontrados dados semelhantes, com 6,8% dos participantes com prole definida, no entanto não foi aprofundado com os participantes sobre sua experiência como pais ou mães transexuais. Isso demonstra que as barreiras para parentalidade na população trans vão muito além do que apenas a possibilidade de manutenção de fertilidade, sendo necessário uma abordagem mais aprofundada para compreendê-la em sua totalidade.

Como pode ser visto na Tabela 5, participantes que relataram não ter parceiros apresentaram 17,44 vezes mais chances (IC: 3,07-98,87, $P = 0,001$) de referir desejo por ter filhos quando comparados aos que já possuíam parceiros. Não foi questionado a respeito do parceiro já possuir filhos e também não foi diferenciado se o desejo por não ter filhos partiu de uma decisão conjunta do casal após o parceiro manifestar desejo negativo. Para maiores inferências a respeito da associação seria necessário estudo mais robusto com entrevista abrangendo ambos.

Também na Tabela 5 os participantes que se declararam heterossexuais apresentaram 3,52 vezes mais chances (IC: 1,04-11,88, $P = 0,04$) de responderem sim, quando comparados aos participantes que declaram outras orientações. Uma interpretação possível poderia ser explicada devido aos padrões heteronormativos da sociedade, o que permite inferir que seriam mais socialmente aceitas famílias em que há uma figura paterna, masculina, e uma materna, feminina, sendo famílias homossexuais mais propensas a sofrerem algum tipo de transfobia, homofobia ou violência de gênero. Esse pensamento pode ser uma das barreiras para que pessoas transgênero homossexuais tenham filhos.

Convém ressaltar que esse estudo foi conduzido em um centro de referência terciário para cuidado em população transgênero e especializado no processo de transição de gênero. Neste serviço existe um TCLE com orientações claras a respeito do impacto do tratamento na função gonadal e os profissionais são treinados para esclarecer adequadamente os pacientes sobre as possibilidades de preservação de fertilidade. Resultados diferentes dos encontrados poderiam ser produzidos em serviços que não sejam de referência ou que não tenham a devida atenção para os impactos da THAG na fertilidade.

CONCLUSÃO

Para diminuir a quantidade de barreiras que se interpõem entre pessoas transexuais e a preservação de fertilidade seria necessária profunda transformação social, com políticas públicas com normativas mais claras voltadas a proteção dos direitos dessa população, melhor formação dos profissionais de saúde para comunicação assertiva e cuidado adequado e maior representatividade da própria população em discussões e estudos referentes ao tema. Assim, talvez a chance de ter filhos com a própria genética passe a ser vista mais como um direito e menos como pressão social de uma sociedade heterocisnormativa que invalida a existência da pessoas trans e põe em cheque sua autonomia.

Embora este estudo seja de grande relevância, pois apresenta a realidade de uma macrorregião, faz-se necessária avaliação mais ampliada, em nível populacional, com pessoas trans em diferentes cenários de atendimento para ter-se dados mais amplos da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ADELEYE, A. J. *et al.* Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, v. 36, n. 10, p. 2155–2161, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- ADELEYE, A. J. *et al.* Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. **Urology**, v. 124, p. 136–141, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>
- AINSWORTH, A. J.; ALLYSE, M.; KHAN, Z. Fertility preservation for transgender individuals. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 95, n. 4, p. 784–792, abr. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.10.040>
- ALPERN, S. *et al.* Why fertility preservation rates of transgender men are much lower than those of transgender women. **Reproductive BioMedicine Online**, v. 44, n. 5, p. 943–950, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.003>
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion n° 823. **Obstetrics & Gynecology**, v. 137, n. 3, p. e75–e88, 2021. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>
- ARMUAND, G. *et al.* Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. **Human Reproduction**, v. 32, n. 2, p. 383–390, 2017. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- AUER, M. K. *et al.* Desire to have children among transgender people in Germany: a cross-sectional multi-center study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 5, p. 757–767, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- BARAM, S. *et al.* Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. **Human Reproduction Update**, v. 25, n. 6, p. 694–716, 2019. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- BARTHOLOMAEUS, C.; RIGGS, D. W. Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. **Culture, Health & Sexuality**, v. 22, n. 2, p. 129–145, 2020. DOI: 10.1080/13691058.2019.1580388. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 457, de 19 de agosto de 2008**. Define as diretrizes nacionais para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 18 ago. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 19 nov. 2013.

COLEMAN, E. *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 (CFM). **Resolução CFM nº 1.482, de 10 de setembro de 1997**. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 19 set. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.652, de 6 de novembro de 2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2 dez. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 9 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 abr. 2025.

DE SUTTER, P. *et al.* The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. **International Journal of Transgenderism**, v. 6, n. 3, p. 3–97, 2002.

DEFREYNE, J. *et al.* Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. **Fertility and Sterility**, v. 113, n. 1, p. 149–157, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>

HEMBREE, W. C. *et al.* Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017. <https://doi.org/10.1210/je.2017-01658>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: população e domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Acesso em: 3 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: rendimento de todas as fontes 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2026.

LIGHT, A. D. *et al.* Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 6, p. 1120–1127, 2014. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>

MARTINEZ, F. Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting. **Human Reproduction**, v. 32, n. 9, p. 1802–1811, 2017. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex218>

NEBLETT, M. F.; HIPPE, H. S. Fertility considerations in transgender persons. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 2, p. 391–402, jun. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.003>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da infertilidade: resumo das recomendações**. Genebra: OMS, 2025.

RECKHOW, J.; KULA, H.; BABAYEV, S. Fertility preservation options for transgender and

nonbinary individuals. **Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism**, v. 14, 2023. <https://doi.org/10.1177/20420188231178371>

SPIZZIRRI, G. *et al.* Proporção de pessoas identificadas como transgênero e não binárias no Brasil. **Scientific Reports**, v. 11, art. 2240, 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-81411-4. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>

STOLK, T. H. R. *et al.* Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people: a systematic review. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 87, art. 102312, 2023. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102312. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693423000019>. Acesso em: 1 jan. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102312>

TORNELLO, S. L.; BOS, H. Parenting intentions among transgender individuals. **LGBT Health**, v. 4, n. 2, p. 115–120, 2017. DOI: 10.1089/lgbt.2016.0153. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>

VENTURA, M. **A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.