



## COMITÊ NACIONAL DE FAMÍLIAS PLURAIS

### ASSISTÊNCIA AO HOMEM TRANS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: evidências sobre pré-natal, parto, puerpério e amamentação

**Eduardo Siqueira Fernandes<sup>1,2</sup>**

1. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 2. Membro do Comitê de Famílias Plurais da SBRH.

#### INTRODUÇÃO

A maior visibilidade da população transgênero e a ampliação do acesso aos serviços de saúde têm tornado cada vez mais frequente o acompanhamento clínico-obstétrico de homens trans e pessoas não binárias nascidas com útero e ovários que desejam gestar. A assistência reprodutiva a pessoas transgênero exige domínio técnico, uso de linguagem adequada e reconhecimento de que identidade de gênero, sexo atribuído ao nascimento, características anatômicas e orientação afetivo-sexual são dimensões distintas da experiência humana (Fernandes, 2026). Em síntese, sexo refere-se a aspectos cromossômicos, gonadais, hormonais e anatômicos; identidade de gênero corresponde à vivência interna e individual de gênero, que pode envolver ser homem, mulher, ambos, nenhum ou outro gênero; orientação afetivo-sexual refere-se à direção do desejo afetivo e/ou sexual, podendo envolver ou não dimensões românticas; e expressão de gênero diz respeito à forma como a pessoa deseja se expressar socialmente, incluindo vestimentas, comportamentos, nome, voz, corte de cabelo e características corporais, em um determinado momento e contexto sociocultural. Importante destacar que essas dimensões devem ser reconhecidas a partir da autodeclaração da pessoa atendida e nunca por inferência do profissional de saúde (Coleman et al., 2022; OHCHR, 2024).

Não há estatísticas oficiais sobre o número de pessoas que se autoidentificam como não cisgênero no Brasil; entretanto, os poucos estudos demográficos disponíveis indicam que pessoas transgênero e não binárias representam parcela relevante da população adulta. Esse cenário reforça a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para um cuidado qualificado, com acolhimento adequado e uma anamnese inclusiva, que respeite o nome social e os pronomes, os papéis parentais e as distintas configurações familiares. Nesta assistência, é fundamental evitar curiosidades inadequadas, exposição corporal desnecessária e práticas institucionais discriminatórias (Spizzirri et al, 2022).

Homens trans e pessoas transmasculinas podem manter útero, ovários, vagina e capacidade gestacional, independentemente do uso atual ou prévio de testosterona. Embora esse hormônio induza amenorreia na maioria dos casos, ela não deve ser considerada um método contraceptivo ou anovulatório eficaz. Dessa forma, gestações espontâneas planejadas ou não podem ocorrer durante o seu uso, tornando-se fundamental o aconselhamento reprodutivo, garantindo o direito ao planejamento familiar e à contracepção segura e eficaz (ACOG, 2018; Light et al., 2018; Light et al., 2014). Nesse contexto, é válido mencionar o emprego crescente de técnicas de reprodução assistida, tanto para a preservação da fertilidade, quanto para a constituição de prole biológica. No Brasil, os diferentes arranjos familiares plurais são contemplados pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.320/2022 (CFM, 2022).

Este boletim tem por objetivo sintetizar as evidências atuais sobre a assistência obstétrica a homens transgênero e pessoas transmasculinas, compreendendo aspectos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério, discutindo as possíveis interferências do uso da testosterona na saúde reprodutiva.

## **O ACOLHIMENTO**

A primeira medida necessária para o acolhimento adequado da população transgênero nos serviços de saúde é a criação de um ambiente seguro, inclusivo e acolhedor. Isso inclui registro do nome social e treinamento de toda a equipe envolvida no cuidado, desde a portaria até o profissional assistente, e ainda a recepção e os auxiliares administrativos. Além disso, o uso de linguagem não discriminatória, com respeito aos pronomes adotados pela pessoa atendida, a preferência por linguagem anatômica em vez de referências baseadas em gênero e a disponibilidade de banheiros que permita seu uso de acordo com a identidade de gênero afirmada são essenciais para a construção de uma ambiência respeitosa (ACOG, 2021).

Na anamnese sexual e reprodutiva, recomenda-se substituir perguntas conclusivas, como “*Tem marido?*”, “*Tem namorado?*”, “*Já teve ou está tendo relações sexuais com homens?*”, por questões mais abertas, que não simplifiquem as experiências humanas nem restrinjam as questões de gênero ou sexualidade. Exemplos incluem: “*Você se relaciona sexualmente com alguém?*”, “*Tem relações sexuais penetrativas vaginais e/ou anais com alguém com pênis?*”, “*Que práticas sexuais realiza?*”, “*Existe a possibilidade de contato entre sêmen e vagina?*”, “*Faz uso de preservativo nas relações sexuais?*”, “*Existe desejo de gestar ou evitar gestação?*” ou ainda “*Havendo o desejo de gestar, há interesse no uso dos próprios gametas?*”. Essa abordagem permite avaliar o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), a necessidade contraceptiva e o planejamento reprodutivo, sem pressupor as orientações afetivo-sexuais ou identidades de gênero.

## **PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FERTILIDADE**

Homens trans e pessoas transmasculinas podem desejar gestar por diferentes vias reprodutivas: utilizando o próprio útero e gametas, o próprio útero e o(s) gameta(s) da(s) parceria(s), o útero da parceria associado aos seus gametas, ou ainda por meio de útero de substituição e/ou gametas de terceiros. A consulta pré-concepcional deve investigar o desejo reprodutivo atual e futuro, incluindo as diferentes possibilidades de constituição familiar, antes do início da terapia hormonal, previamente a cirurgias gonadais ou uterinas e ao longo de todo o acompanhamento clínico. Pessoas transgênero e de gênero diverso devem receber aconselhamento em fertilidade antes de qualquer intervenção médica que possa comprometer parcial ou definitivamente sua capacidade reprodutiva (Coleman et al., 2022).

O uso da testosterona no apoio hormonal à adequação social de gênero promove supressão variável do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Na maioria dos casos, há redução dos sangramentos uterinos cíclicos, podendo surgir amenorreia, atrofia endometrial variável, alterações cervicovaginais, ressecamento vaginal, dispareunia e sintomas pélvicos em algumas pessoas. A supressão menstrual, porém, não equivale à anovulação permanente e até metade dos homens trans mantém ciclos ovulatórios em vigência da terapia hormonal (Asseler et al., 2024). Assim, toda pessoa com útero e ovários que mantenha práticas sexuais com possibilidade de exposição a espermatozoides deve receber aconselhamento contraceptivo, mesmo na ausência de menstruação (Das et al., 2025; ACOG, 2021).

Embora alguns estudos sugiram impacto moderado sobre a foliculogênese, a reserva ovariana não parece sofrer redução significativa com o uso contínuo do hormônio, indicando

que resultados reprodutivos satisfatórios podem ser alcançados, mesmo após o início da testosterona, e, frequentemente, é observada reversibilidade da função ovariana após a sua suspensão (Frontczak et al., 2026; Albar et al., 2023). Importante destacar que os estudos atualmente disponíveis ainda são limitados, frequentemente observacionais e compostos por pequeno número de participantes, o que restringe a robustez das evidências existentes (Frontczak et al., 2026; Albar et al., 2023). Nesse contexto, as sociedades internacionais de reprodução humana, recomendam que seja discutida a preservação de fertilidade – oócitos, embriões ou até mesmo tecido gonadal, antes do início da terapia hormonal e cirurgias de afirmação de gênero (ESHRE Guideline, 2020; ASRM 2021).

Previamente ao desejo de gestar e durante toda a gestação, a testosterona deve ser suspensa. A exposição androgênica durante a gestação é considerada potencialmente teratogênica, especialmente pelo risco de virilização fetal, não havendo segurança estabelecida para a manutenção do seu uso nesse período. Diretrizes clínicas e revisões atuais recomendam a interrupção da testosterona pelo menos 12 semanas antes da gestação ou, em casos de gravidez não planejada, imediatamente após o diagnóstico da gravidez (Thornton et al., 2021; ACOG, 2021).

## **PRÉ-NATAL DE HOMENS TRANS**

A gestação em homens trans e pessoas transmasculinas não deve ser considerada, por si só, uma gestação de alto risco. A estratificação de risco obstétrico deve seguir os mesmos critérios clínicos aplicados a qualquer pessoa gestante, incluindo idade, antecedentes obstétricos, comorbidades, uso de substâncias, hipertensão arterial, diabetes, trombofilias, infecções, condições fetais e intercorrências gestacionais, entre outros (Minas Gerais, 2024).

O diferencial no cuidado está na necessidade de uma abordagem centrada na pessoa, com atenção às barreiras de acesso aos serviços de saúde, à disforia corporal, às diferentes formas de violência, ao medo de exposição social e às experiências prévias de discriminação institucional. Homens trans e pessoas transmasculinas com útero e ovários podem vivenciar intensificação da disforia de gênero durante a gestação, especialmente em decorrência da suspensão da testosterona, do crescimento mamário, das mudanças corporais e da leitura social frequentemente associada à feminilidade da gravidez (Falck et al., 2024; Cantwell et al., 2024).

De forma sistematizada, a consulta pré-natal deve incluir:

1. uso correto de nome social e pronomes adotados;

2. definição de termos preferidos para órgãos, gestação, parto e lactação;
3. suspensão da testosterona durante a gestação;
4. avaliação da saúde mental, risco de disforia e da rede de apoio;
5. investigação de violência doméstica, sexual e institucional;
6. atualização vacinal e exames laboratoriais habituais;
7. rastreio de ISTs, conforme práticas sexuais, rotina pré-natal e protocolos assistenciais;
8. elaboração de um plano de parto individualizado;
9. discussão sobre amamentação, não amamentação ou lactação induzida da parceria, e
10. aconselhamento contraceptivo no pós-parto.

Um aspecto fundamental da assistência é não presumir parentalidade feminina. Homens trans e pessoas transmasculinas que gestam podem desejar ser reconhecidos como pai, genitor, gestante, parturiente ou por outros termos compatíveis com sua identidade de gênero. Sempre que juridicamente e operacionalmente possível, o prontuário, os documentos institucionais e toda a equipe envolvida no cuidado devem respeitar e refletir essa escolha.

## **PARTO E INTERNAÇÃO**

O parto deve seguir as indicações obstétricas habituais, não havendo recomendação de cesariana exclusivamente em razão da identidade de gênero. O planejamento do parto pode reduzir sofrimento psíquico, disforia e situações de violência institucional. Devem ser discutidos antecipadamente aspectos como a presença da parceria ou pessoa de apoio, a forma de chamada nominal, os termos preferidos durante a assistência, os exames físicos realmente indispensáveis e as estratégias para garantia de privacidade e respeito. Como pode ser observado, não há rotinas obstétricas substancialmente distinta daquelas já aplicadas às mulheres cisgênero, mas sim a necessidade de uma assistência individualizada e livre de discriminação.

A Lei do Acompanhante aplica-se igualmente à pessoa parturiente, devendo ser assegurada a presença da parceria ou pessoa de apoio conforme as normas vigentes. Em contextos de reprodução assistida, cessão temporária de útero ou configurações familiares trans e homoafetivas, a equipe deve reconhecer a parentalidade legal, social e afetiva, evitando restringir a assistência ao modelo tradicional “mãe-pai”. No Brasil, a Declaração de Nascido Vivo passou por atualização terminológica, e tanto o Manual do Ministério da Saúde, quanto decisões do Supremo Tribunal Federal, já orientavam a utilização de termos

como “parturiente” e “responsável legal”, de modo a contemplar pessoas com diferentes identidades de gênero e configurações familiares (Brasil, 2022).

## **PUERPÉRIO E SAÚDE MENTAL**

Homens trans e pessoas transmasculinas podem enfrentar, no período puerperal, situações de isolamento familiar, rejeição social, inadequação dos serviços de saúde, invisibilidade parental, medo de exposição e reativação da disforia de gênero. Dessa forma, a avaliação de depressão pós-parto, ansiedade, ideação suicida, violência e uso de substâncias deve fazer parte da rotina assistencial de maneira sistemática e acolhedora (Pereira et al., 2024).

Nesse período, a suspensão da testosterona, as alterações corporais e a experiência da amamentação podem assumir significados distintos para cada pessoa. Para algumas, gestar e amamentar podem representar experiências positivas e afirmativas; para outras, podem desencadear sofrimento intenso e disforia, mesmo quando a gestação foi desejada e planejada. Assim, deve-se evitar a imposição de modelos universais de parentalidade às pessoas transgênero, respeitando singularidades, limites e desejos individuais.

A contracepção deve ser discutida antes da alta hospitalar e revisada ao longo do acompanhamento puerperal. Métodos reversíveis de longa duração, contraceptivos contendo progestagênios, dispositivos intrauterinos de cobre, sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel, implantes subdérmicos de etonogestrel, métodos de barreira e métodos definitivos podem ser considerados conforme os critérios de elegibilidade clínica, as preferências e o desejo reprodutivo da pessoa atendida. É fundamental reforçar que a testosterona não deve ser considerada um método contraceptivo e não substitui o uso de contracepção adequada. (Okano; Braga; Vieira, 2023).

## **AMAMENTAÇÃO, *CHESTFEEDING* E LACTAÇÃO**

Alguns homens trans e pessoas transmasculinas desejam amamentar ou realizar *chestfeeding*; outros preferem evitar qualquer estímulo torácico ou mamário. Ambas as decisões devem ser acolhidas e respeitadas pela equipe de saúde. A mastectomia masculinizadora pode reduzir significativamente a capacidade de lactação, especialmente a depender da técnica cirúrgica empregada, embora possa persistir tecido glandular residual capaz de produzir leite em alguns casos. Ainda durante o acompanhamento pré-natal, deve-se

investigar de forma individualizada se a pessoa deseja ou não tentar amamentar, evitando presumir tanto a incapacidade de lactar quanto a obrigatoriedade da amamentação (Galvão et al. 2024; Pereira et al, 2024).

Quando há desejo de lactar, a equipe de saúde deve oferecer suporte técnico semelhante ao disponibilizado a qualquer pessoa lactante, incluindo orientações sobre pega, posicionamento, manejo de fissuras, ingurgitamento mamário, ordenha, avaliação da produção láctea e suplementação, quando necessária. Por outro lado, quando não há desejo de amamentar, podem ser orientadas medidas de supressão da lactação, incluindo tratamento farmacológico, quando indicado. Em casais nos quais a pessoa não gestante manifesta desejo de lactar, também pode ser discutida a possibilidade de lactação induzida (ABM, 2018). A indução da lactação consiste em uma alternativa possível e potencialmente eficaz para pessoas transgênero, podendo resultar em leite adequado para a nutrição do lactente, além de representar experiência significativa sob o ponto de vista afetivo, parental e identitário (Amesfoort; Mello; Genugten, 2024; Weimer, 2023). Essa abordagem, no entanto, deve ser apresentada como uma possibilidade individualizada, e não como garantia de produção láctea suficiente ou exclusiva para alimentação do recém-nascido.

Os dados disponíveis sobre a segurança do uso da testosterona durante a lactação ainda são escassos. Em mulheres cisgênero, níveis suprafisiológicos de testosterona estão associados à redução da prolactina sérica e, conseqüentemente, à diminuição da produção láctea no período pós-parto. Presume-se que efeito semelhante ocorra em homens trans e pessoas transmasculinas em uso de testosterona. Embora a testosterona utilizada na adequação social de gênero possa ser excretada no leite humano, os poucos estudos disponíveis sugerem que, quando seu uso é retomado após o quinto ou sexto mês pós-parto, os níveis circulantes de testosterona observados no lactente parecem insuficientes para produzir efeitos adversos clinicamente relevantes (Oladimeji; Adams; Eastman, 2026; Oberhelman-Eaton et al., 2022). Ainda assim, as evidências permanecem limitadas, baseadas principalmente em relatos de caso e estudos observacionais, com seguimento máximo de aproximadamente 21 meses (Oberhelman-Eaton et al., 2022). Por prudência, a decisão sobre a retomada da testosterona deve considerar, de forma individualizada, o desejo de lactar, o risco de disforia de gênero, a saúde mental, o risco tromboembólico puerperal, bem como a dose e a via de administração do hormônio. Sempre que possível, postergar a reintrodução da testosterona até a estabilização clínica do puerpério, especialmente nos casos de amamentação exclusiva, deve ser discutido como parte de um processo de decisão informada e compartilhada entre a pessoa atendida e a equipe de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de estudos sobre o cuidado das pessoas transgênero ainda é significativa: há limitações importantes quanto à disponibilidade de estudos prospectivos em larga escala sobre desfechos obstétricos, segurança do uso da testosterona no pós-parto e durante a lactação, bem como sobre a eficácia de protocolos de lactação induzida em pessoas trans. Muitas recomendações atuais ainda se baseiam em consenso de especialistas, extrapolação de dados obtidos em pessoas cisgênero e princípios de cuidado afirmativo. Essa limitação, entretanto, deve ser explicitada sem jamais ser utilizada como justificativa para negligência assistencial, recusa de atendimento ou invisibilização dessas pessoas nos serviços de saúde.

O cuidado pré-natal, puerperal e relacionado à lactação de homens trans e pessoas transmasculinas não exige abandono dos fundamentos da obstetrícia, da endocrinologia ou da reprodução humana. Exige, sim, sua aplicação com precisão anatômica, escuta qualificada e respeito à identidade de gênero da pessoa atendida. A maior parte das condutas clínicas segue protocolos obstétricos já estabelecidos. As especificidades concentram-se na comunicação, no planejamento reprodutivo, na suspensão da testosterona durante a gravidez, na prevenção de gestações não planejadas, na abordagem da disforia durante e após a gestação e na proteção contra violência institucional.

Compreender os possíveis efeitos da testosterona sobre a fertilidade é fundamental para a tomada de decisões informadas ao longo do processo de transição de gênero. Recomenda-se, portanto, oferecer estratégias de preservação da fertilidade antes do início da terapia hormonal, sem, contudo, afirmar que o uso prévio de testosterona inviabiliza futuras possibilidades reprodutivas ou gestacionais.

## REFERÊNCIAS

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (ABM). *Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting maternal milk production*. 2. rev. 2018. Disponível em: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/9-galactogogues-protocol-english.pdf>.

ALBAR, M.; KOZIARZ, A.; MCMAHON, E.; CHAN, C.; LIU, K. Timing of testosterone discontinuation and assisted reproductive technology outcomes in transgender patients: a cohort study. *F&S Reports*, v. 4, n. 1, p. 55-60, 2023.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 749: marriage and family building equality for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, asexual, and gender nonconforming individuals. *Obstetrics & Gynecology*, v. 132, n. 2, p. e82-e86, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Health care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion Summary, Number 823. *Obstetrics & Gynecology*, v. 137, n. 3, p. 554-555, 2021.

ASSELER JD, DEL VALLE JS, CHUVA DE SOUSA LOPES SM, ET AL. One-third of amenorrheic transmasculine people on testosterone ovulate. *Cell Rep Med*. 2024;5(3):101440. doi:10.1016/j.xcrm.2024.101440

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Declaração de Nascimento Vivo: manual de instruções para preenchimento* [recurso eletrônico]. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 80 p.

CANTWELL, Christopher J. Pregnancy in transmasculine, non-binary, and gender expansive patients. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, v. 13, p. 108-116, 2024.

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 2.320/2022*. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294, publicada no Diário Oficial da União de 15 de junho de 2021, seção I, p. 60. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 107, 20 set. 2022.

DAS, K.; GOMEZ-LOBO, V. Reproductive health in trans and gender diverse patients: contraception considerations in transmasculine and gender diverse adolescents and young adults. *Reproduction*, v. 169, n. 1, p. e240080, 2025.

ESHRE GUIDELINE GROUP ON FEMALE FERTILITY PRESERVATION. Anderson RA, Amant F, et al. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Hum Reprod Open*. 2020;2020(4):hoaa052. Published 2020 Nov 14. doi:10.1093/hropen/hoaa052

ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Electronic address: [asrm@asrm.org](mailto:asrm@asrm.org). Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2021;115(4):874-878. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.01.049

FALCK, F. A. O. K.; DHEJNE, C. M. U.; FRISÉN, L. M. M.; ARMUAND, G. M. Subjective experiences of pregnancy, delivery, and nursing in transgender men and non-binary individuals: a qualitative analysis of gender and mental health concerns. *Archives of Sexual Behavior*, v. 53, n. 5, p. 1981-2002, 2024.

FERNANDES, E. S. Atenção à diversidade de gênero. In: BONOMI, I. B. A.; FERNANDES, E. S.; PRAÇA, M. S. L. (ed.). *Manual SOGIMIG: bioética no cuidado da mulher: reflexões e desafios*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2026. p. 339-347.

FRONTCZAK, S.; AGOPIANTZ, M.; ZVER, T.; BERDIN, A.; NALLET, C.; DECAIGNY, P.; CAROFF, A.; BLAGOSKLONOV, O.; MOTTET, N.; SCHEFFLER, F. The effect of gender-affirming testosterone therapy on ovarian function and oocyte quality in transgender men: a literature review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v. 43, n. 2, p. 661-671, 2026.

GALVÃO, Danielle Laet Silva et al. Desafios para o suporte à amamentação em homens transgêneros sob à luz da interseccionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 4, e19262023, 2024.

LIGHT, A.; WANG, L. F.; ZEYMO, A.; GOMEZ-LOBO, V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, v. 98, n. 4, p. 266-269, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG); ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRIZAS DE MINAS GERAIS (SOGIMIG); ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (AMMFC); UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Faculdade de Medicina. *Guia de atenção à saúde da gestante: critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante*. Minas Gerais, out. 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/12-11-Estratificacao-de-Risco-final-1.pdf>.

OBERHELMAN-EATON, S.; CHANG, A.; GONZALEZ, C.; BRAITH, A.; SINGH, R. J.; LTEIF, A. Initiation of gender-affirming testosterone therapy in a lactating transgender man. *Journal of Human Lactation*, v. 38, n. 2, p. 339-343, 2022.

OFFICE OF THE UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS (OHCHR). *Transgender people*. Geneva: United Nations Human Rights Office, 2024.

OKANO, S. H.; BRAGA, G. C.; VIEIRA, C. S. Cuidados reprodutivos para a pessoa transgênero – do planejamento gestacional ao puerpério: uma revisão narrativa. *Femina*, v. 51, n. 4, p. 250-256, 2023.

OLADIMEJI, D.; ADAMS, B.; EASTMAN, L. Gender-affirming care during lactation: case report of a transmasculine parent. *Canadian Family Physician*, v. 72, n. 3, p. e66-e67, 2026.

PEREIRA, D. M. R.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, S. C.; SOUSA, A. R.; ESPÍNDOLA, M. M. M.; LEMOS, D. E. B. Experiências de homens transexuais no parto e pós-parto à luz do cuidado transcultural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 32, e4213, 2024.

PEREIRA, D. M. R.; PEÇANHA, L. M. B.; ARAÚJO, E. C.; SOUSA, A. R.; GALVÃO, D. L. S.; LIMA, M. F. G.; SOUZA, M. C.; TORRES, K. C. C. Experiences and meanings of trans men about breastfeeding in light of the Theory of Social Representations. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, e20240006, 2024.

SPIZZIRRI, G.; EUFRÁSIO, R. Á.; ABDO, C. H. N.; LIMA, M. C. P. Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Scientific Reports*, v. 12, n. 1, p. 11176, 2022.

THORNTON, K. G. S.; MATTATALL, F. Pregnancy in transgender men. *Canadian Medical Association Journal*, v. 193, n. 33, p. E1303, 2021.

VAN AMESFOORT, J. E.; VAN MELLO, N. M.; VAN GENUGTEN, R. Lactation induction in a transgender woman: case report and recommendations for clinical practice. *International Breastfeeding Journal*, v. 19, n. 1, p. 18, 2024.