

### **Orientações e Fluxo para Cirurgias de Afirmação de Gênero**

O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ASITT/CRT/SES) – situado na Rua Santa Cruz, 81 - São Paulo, serviço que regula a fila de espera para as cirurgias realizadas em hospitais parceiros, reafirma o fluxo de encaminhamento para as cirurgias:

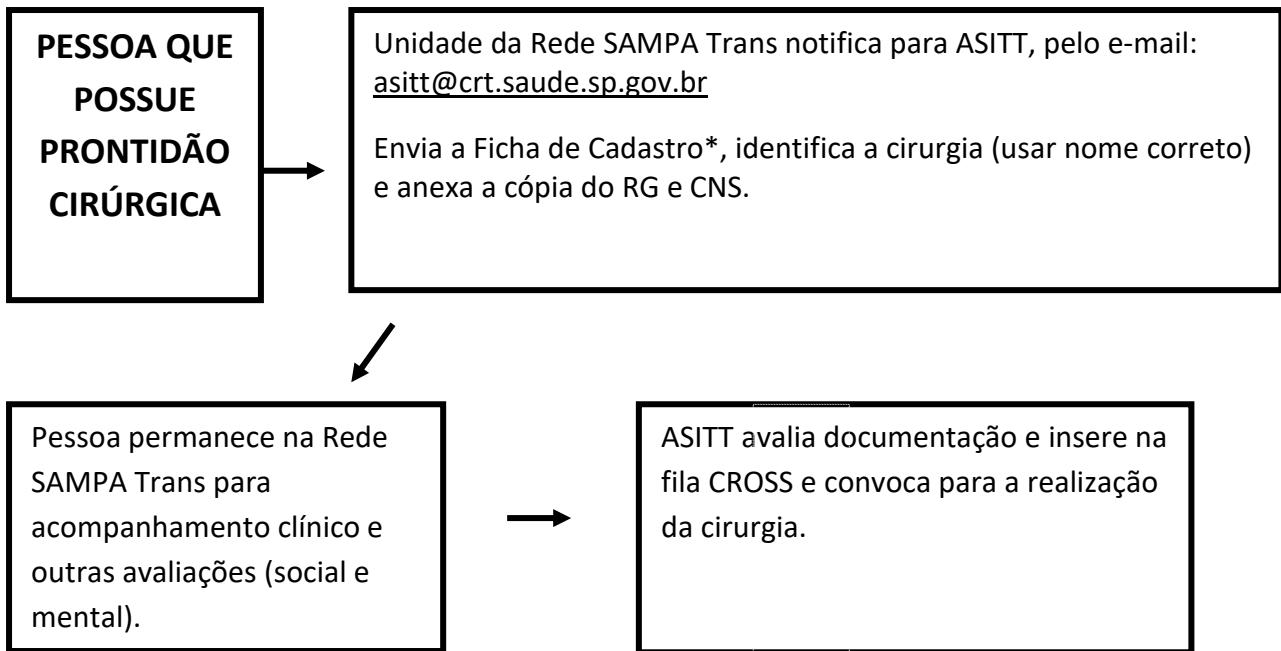
- É a unidade que se responsabiliza pelo usuário. Todo contato com o ASITT deverá ser realizado através do seguinte e-mail: [asitt@crt.saude.sp.gov.br](mailto:asitt@crt.saude.sp.gov.br)
- **A pessoa usuária nunca deve enviar ou comparecer ao ASITT.**
- **A responsável pelo contato com o ASITT é a Unidade da Rede SAMPA Trans.**

Informamos que, até o presente momento, os procedimentos cirúrgicos disponibilizados pelos hospitais parceiros para o encaminhamento através do ASITT são:

- cirurgia de redesignação genital, condrolaringoplastia e glotoplastia: para mulheres trans, travestis e pessoas transfemininas.
- mamoplastia masculinizadora e hysterectomia: para homens trans e pessoas transmasculinas.

**As demais cirurgias, mesmo que previstas na Portaria do MS, não são ofertadas pelo SUS em São Paulo.**

**Fluxo de Cirurgias das Unidades da Rede SAMPA Trans (SMS/SP) para o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo (ASITT):**



\*caso a Unidade não possua a Ficha de Cadastro padronizada pelo ASITT, enviar e-mail para: [asitt@crt.saude.sp.gov.br](mailto:asitt@crt.saude.sp.gov.br)

O acompanhamento **pode ser realizado pelo serviço privado ou público**; entretanto, todos os processos deverão ser informados para a Rede e deverão constar nos relatórios.

Para pessoas que não são moradoras fixas do Município de São Paulo, ou sem moradia, há uma articulação com a ONG GAAVI que oferece moradia durante o pós-operatório. Cabe ao serviço social da unidade fazer essa articulação.

CRITÉRIOS PARA PRONTIDÃO CIRÚRGICA *	
<b>Cirurgia de Redesignação Genital para Mulheres Trans/Travestis ou Pessoas Transfemininas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilação a laser (será avaliada por profissional do ASITT) **</li> <li>• O IMC &gt; 27 pode dificultar o pós-operatório</li> <li>• Ter rede de apoio pós-cirurgia</li> <li>• Estar tomando hormônios de forma regular</li> <li>• De preferência não ter silicone industrial no quadril</li> </ul>
<b>Condrolaringoplastia e/ou glotoplastia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado acompanhamento fonoaudiológico.</li> </ul>
<b>Mamoplastia Masculinizadora para Homens Trans ou Pessoas Transmasculinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC igual ou &lt; 27</li> <li>• A hormonização não é um requisito</li> </ul>
<b>Histerectomia para Homens Trans e Pessoas Transmasculinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A hormonização não é um requisito</li> </ul>
<b>Para todas as cirurgias:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acima de 21 anos</li> <li>• Dados cadastrais atualizados</li> <li>• Ter inscrição no Cartão Nacional do SUS – CNS</li> <li>• Quando nome for retificado é necessária cópia do RG atualizado</li> <li>• Morar em São Paulo (Estado ou Município)</li> <li>• A cirurgia pode ocorrer até 75 anos</li> <li>• Relatório(s) atualizado(s) com acompanhamento de 2 anos</li> </ul>

\*Quando a unidade da Rede SAMPA Trans tiver, no mesmo momento, mais de uma pessoa pronta para a mesma cirurgia, deverá indicar qual é a prioridade (Ex: por tempo de acompanhamento, ter mais de 60 anos).

\*\*A unidade da Rede SAMPA Trans pode solicitar a Epilação a laser ao ASITT, através do mesmo e-mail, enviando os dados da usuária.

**MODELO DE RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIAS TRANS**  
**(inserir logo institucional)**

**1) SERVIÇO DE ORIGEM – (com e-mail)**

Contato para envio: asitt@crt.saude.sp.gov.br

**2) AUTORIA DO RELATÓRIO**

Nomes dos autores, nº de inscrição nos conselhos de área

**3) IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ATENDIDA**

Nome (social):

Nome civil:

Gênero (auto referido):

Sexo atribuído ao nascimento:

CPF:

Cartão SUS/CNS:

Número do prontuário no serviço:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

Telefone:

E-mail:

Tempo de atendimento no serviço de origem:

**4) ASSUNTO/FINALIDADE**

Sob solicitação de \_\_\_\_\_, e conforme as Diretrizes de Atenção Especializada previstas na Portaria MS 2.803/2013, este documento foi elaborado como parte do acompanhamento de afirmação de gênero e com a finalidade de atender as exigências técnicas do encaminhamento para o procedimento cirúrgico de .....

**5) DESCRIÇÃO DA DEMANDA**

## **6) PROCEDIMENTOS**

### **✓ Acompanhamento clínico**

Usuário, de identidade de gênero..., e sexo designado ao nascimento ....., faz acompanhamento médico/clínico neste serviço desde \_\_\_\_\_ para hormonização .....

Atualmente, faz acompanhamento com ..... e está em uso de.....

### **Antecedentes/hábitos pessoais:**

### **História Clínica:**

### **Histórico Familiar:**

### **Sinais vitais:**

### **Exames laboratoriais e de imagem:**

USG mama e pélvico

( )

( )

Valores de hormônios (caso faça hormonização)

### **✓ Acompanhamento Psicossocial**

**Incluir:** a) aspectos psicológicos e sociais favoráveis ao procedimento que estão em favor ao pronto restabelecimento e adesão aos cuidados;

b) Temas sensíveis e específicos referentes ao procedimento cirúrgico pretendido, riscos e expectativas;

c) Integração das informações à realidade da pessoa;

## **7) ANÁLISE**

### **✓ Médica**

A pessoa interessada foi informada dos riscos e benefícios do procedimento pretendido, tendo sido informado da necessidade de cuidados pré e pós-cirúrgicos, incluindo retornos com a equipe cirúrgica e de acompanhamento após a cirurgia por, em média, 1 ano.

A pessoa interessada foi informada de que terá mais detalhes sobre técnica operatória, riscos, benefícios e cuidados pré- e pós-operatórios quando se consultar com a equipe responsável de \_\_\_\_\_.

**Utilizar a opção, conforme a demanda:**

(HISTERECTOMIA OU NEOVAGINOPLASTIA) A pessoa interessada foi informada de que a cirurgia pretendida tem impacto irreversível sobre a fertilidade.

(GONADEXOMIA) A pessoa interessada foi informada que a retirada de gônadas implica em necessidade de reposição hormonal contínua e indefinidamente.

(NEOVAGINOPLASTIA) A pessoa interessada foi informada sobre a necessidade de realização de epilação a laser antes da cirurgia e informação de que a epilação foi realizada. (A epilação a laser não funciona em pelos brancos, portanto, é importante orientar as pessoas atendidas para realizar a epilação a laser antes do aparecimento de pelos brancos)

(NEOVAGINOPLASTIA) A pessoa interessada foi informada sobre a necessidade de rastreamento para disfuncionalidade de assoalho pélvico e informações sobre a disponibilidade de fisioterapia específica no período pós-operatório

(NEOVAGINOPLASTIA) A pessoa interessada foi informada de que não há garantia sobre a preservação do prazer sexual após o procedimento cirúrgico

(NEOVAGINOPLASTIA) A pessoa interessada foi informada sobre os cuidados pós-cirúrgicos, incluindo a dilatação com molde da neovagina no pós-operatório, que deve ser realizada 3 vezes ao dia.

✓ **Psicossocial**

## **8) CONCLUSÃO**

Do ponto de vista médico e psicossocial, o usuário encontra-se bem preparado para a cirurgia de....., com acompanhamento clínico regular da hormonização e manejo adequado de efeitos adversos, tendo cumprido com o requisito de acompanhamento de 2 (dois) anos.

Apresentou desejo mantido pela cirurgia desde o início do acompanhamento.

Está ciente dos riscos e benefícios do procedimento pretendido, incluindo retornos com a equipe cirúrgica e de acompanhamento após a cirurgia por, em média, 1 ano.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**ASSINATURAS (e carimbos) – saúde mental/psicossocial e clínica médica**

**ASSINATURA DA PESSOA INTERESSADA**

Informações mais detalhadas poderão ser encontradas no Protocolo abaixo, no capítulo: Transformações Corporais

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo\\_Transrevisadofev2024.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Transrevisadofev2024.pdf)



**Fevereiro/2026**