CIDADE DE SÃO PAULO
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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:

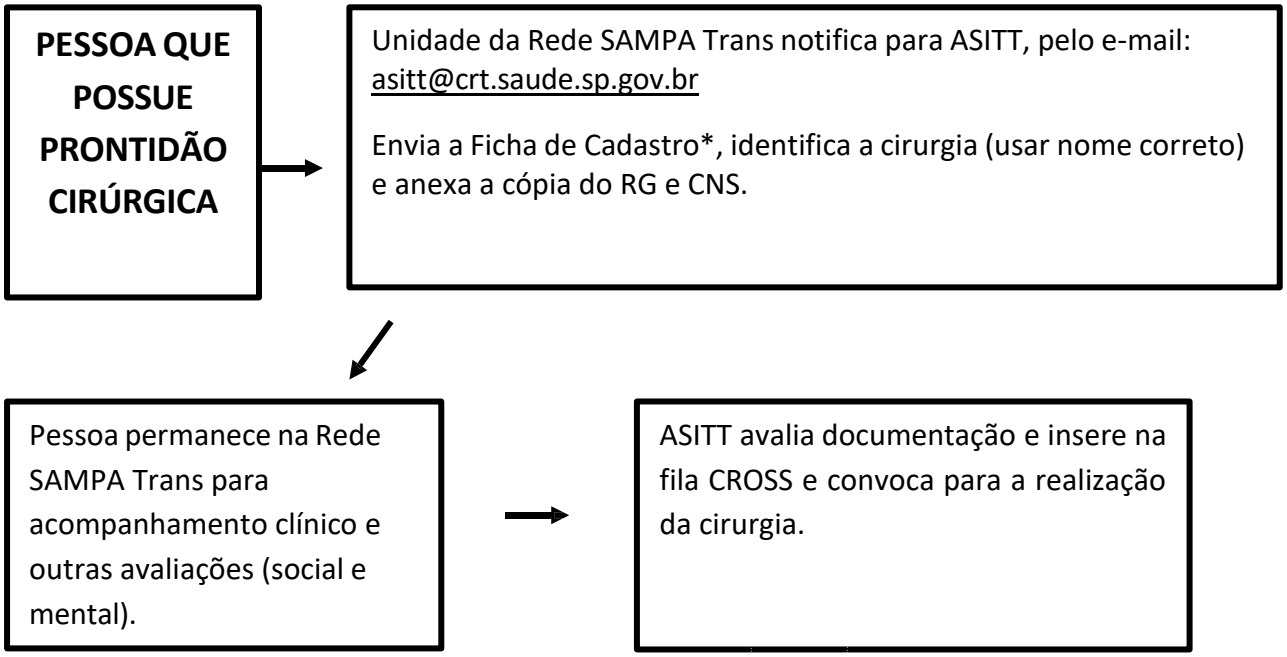
- É a unidade que se responsabiliza pelo usuário. Todo contato com o ASITT deverá ser realizado através do seguinte e-mail: **asitt@crt.saude.sp.gov.br**
- **A pessoa usuária nunca deve enviar ou comparecer ao ASITT.**
- **A responsável pelo contato com o ASITT é a Unidade da Rede SAMPA Trans.**

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 histerectomia: 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

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 CIRURGICA *	
Cirurgia de Redesignação Genital para Mulheres Trans/Travestis ou Pessoas Transfemininas	• Epilação a laser (será avaliada por profissional do ASITT) ** • O IMC > 27 pode dificultar o pós-operatório • Ter rede de apoio pós-cirurgia • Estar tomando hormônios de forma regular • De preferência não ter silicone industrial no quadril
Glotoplastia	• Ter realizado acompanhamento fonoaudiológico.
Condrolaringoplastia	• A hormonização não é um requisito
Mamoplastia Masculinizadora para Homens Trans ou Pessoas Transmasculinas	• IMC igual ou < 27 • A hormonização não é um requisito • Mamografia de rastreio após os 40 anos
Histerectomia para Homens Trans e Pessoas Transmasculinas	• A hormonização não é um requisito • Papanicolau dentro dos critérios • UGS transvaginal e, na impossibilidade deste, UG pélvico
Para todas as cirurgias:	• Acima de 21 anos • Dados cadastrais atualizados • Ter inscrição no Cartão Nacional do SUS – CNS • Quando nome for retificado é necessária cópia do RG atualizado • Morar em São Paulo (Estado ou Município) • A cirurgia pode ocorrer até 75 anos • Relatório(s) atualizado(s) com acompanhamento de 2 anos

*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, n° 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.

(GONADECTOMIA) 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_Trans_revisadofev2024.pdf

Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+ / SMS – PMSP

Fevereiro/2026