



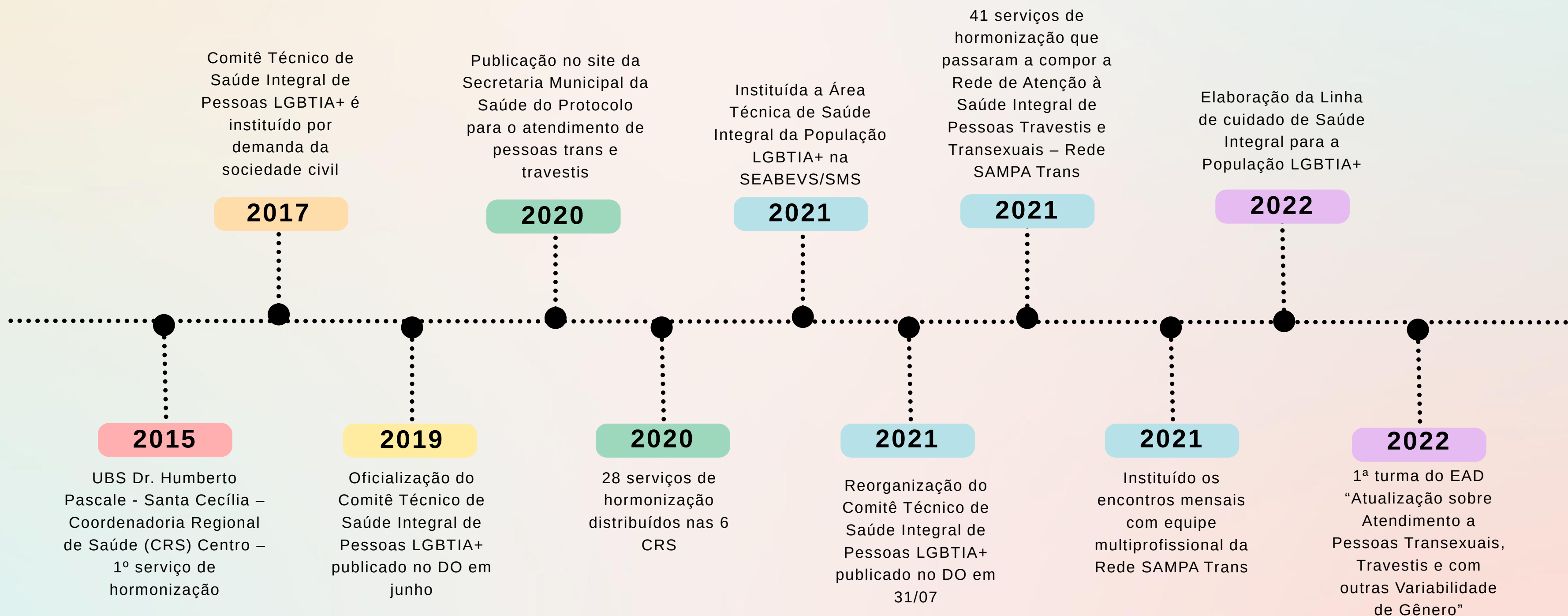
Avanços e desafios

Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+

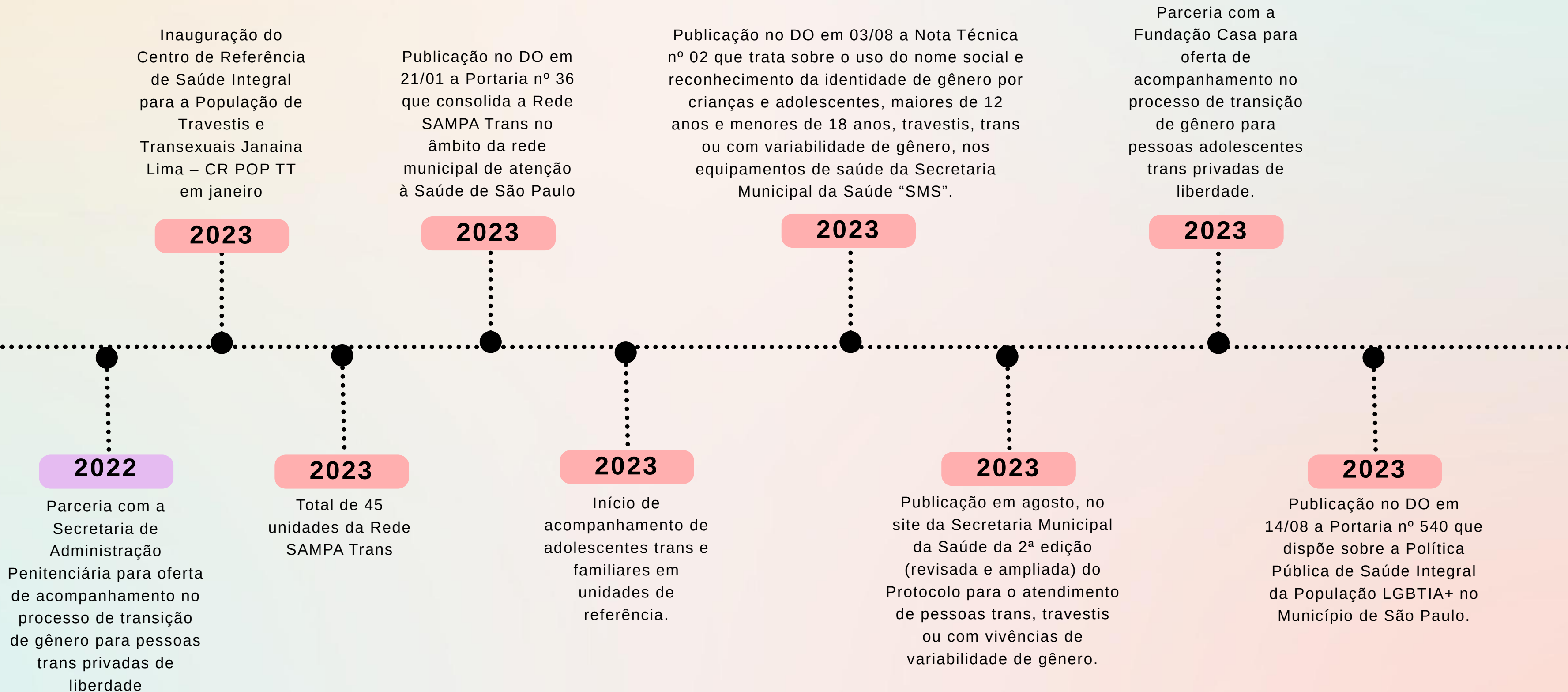
**Secretaria Municipal de Saúde - SMS/SP
Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)
Janeiro/2026**



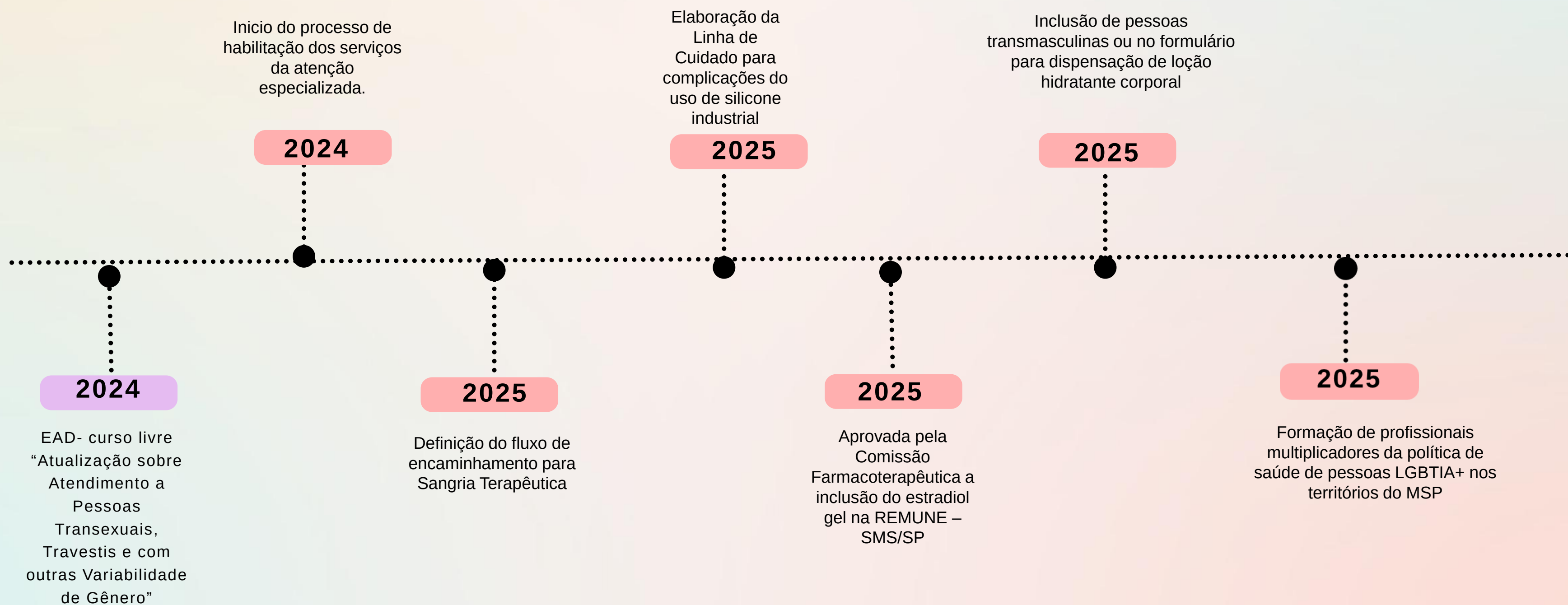
Linha do tempo



Linha do tempo



Linha do tempo



**Organização da
Rede de Atenção
Integral à
População
LGBTIA+**



Linha de cuidado

Atenção Primária

- Consultório na Rua
- Unidade Básica de Saúde
- CAPS/AMA/UPA
- Rede SAMPA Trans

Atenção Secundária

- SAE/CTA
- Ambulatório de Especialidades
- Hospital Dia
- CR POP TT Janaina Lima

Atenção Terciária

- Hospitais Gerais
- Maternidades
- Hospitais para Cirurgias do Processo Transexualizador

Papel da Unidade Básica de Saúde

- Acolher sem discriminação e preconceito;
- Perguntar o nome social e o pronome que a pessoa quer ser tratada;
- Usar nome social no cartão do SUS e nos demais sistemas de informação e registros da unidade;
- Avaliar as queixas não relacionadas às questões de gênero e ofertar todas as opções de cuidado que a unidade de saúde tem a oferecer;
- Promover atenção integral e longitudinal;
- Fazer os encaminhamentos de forma adequada;
- Conhecer a Rede SAMPA Trans e seu papel na linha de cuidado de pessoas travestis, transexuais e com vivências de variabilidade de gênero.

Papel da Rede SAMPA Trans



Acolhimento



**Equipe
multiprofissional**



**Abordagem
integral**



Escuta qualificada

- Ofertar cuidado centrado na pessoa – PTS;
- Dar orientações focadas no processo de transição de gênero (escuta de desejos e angústias, estratégias sociais, modificações corporais com uso de hormônios e cirurgias, saúde sexual e reprodutiva ...);
- Encaminhar para consulta médica;
- Ofertar atendimento em saúde mental;
- Oferecer outros encaminhamentos que se fizerem necessários (fono, fisio, nutrição);
- Dar seguimento de acordo com o Protocolo vigente no MSP;
- Elaborar os relatórios necessários (transferência de unidade, para cirurgias, etc);
- Encaminhar para cirurgia de transformação corporal e realizar cuidados pré e pós cirúrgicos.

CR POP TT

Janaína Lima

Horário de atendimento

Segunda a sexta, das 8h às 20h.

Caracterização

Unidade de Atenção Secundária com o objetivo de **apoiar a Rede SAMPA Trans**.

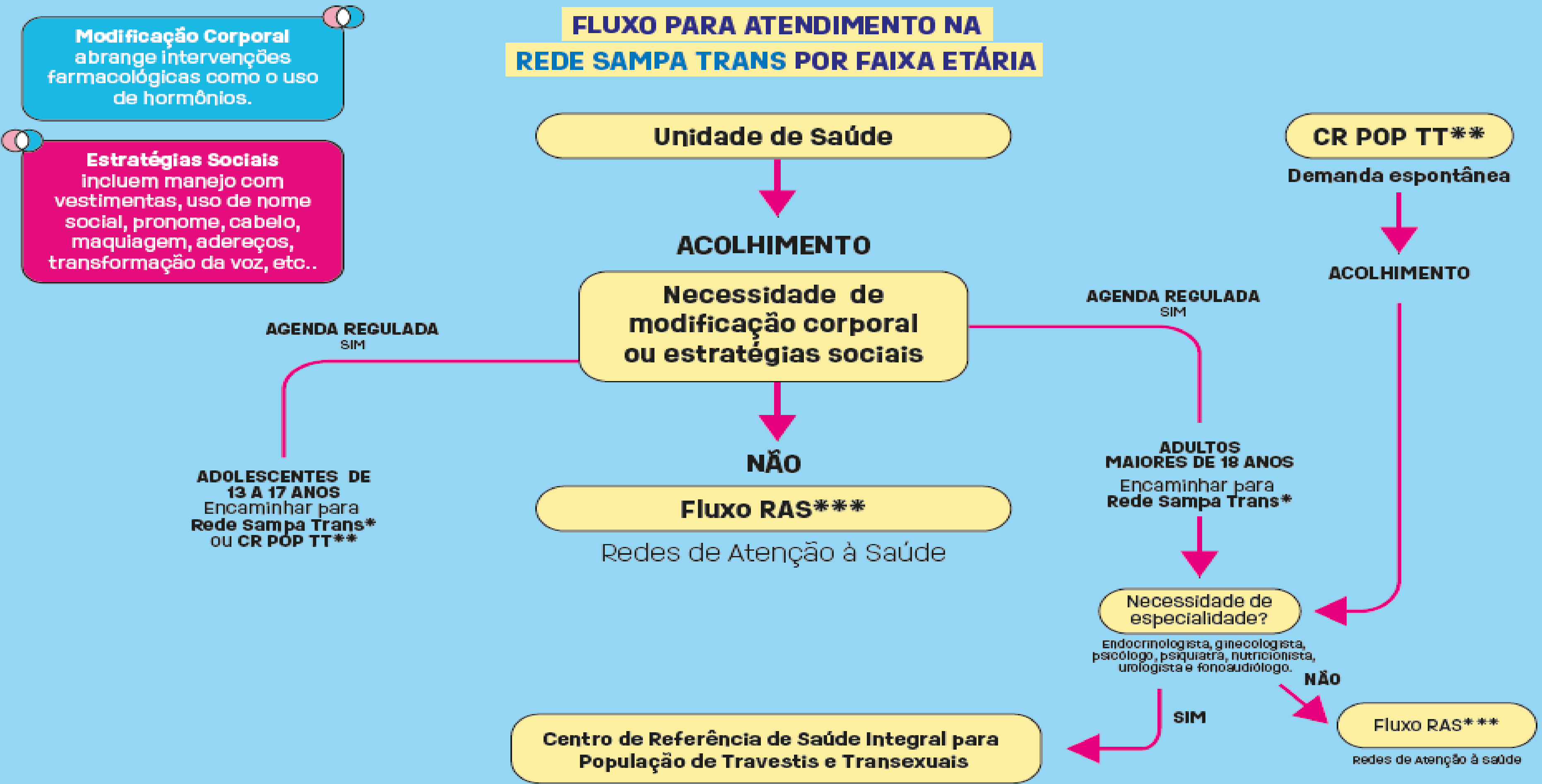
O CR POP TT funcionará com agenda regulada nas Unidades da Rede SAMPA Trans ou acolhimento em tempo integral.



Papel do CR POP TT

- Acompanhamento de adolescentes a partir dos 13 anos;
- Apoio psicossocial a familiares de adolescentes com variabilidade de gênero;
- Pessoas intersexo;
- Acompanhamento em Saúde Mental (grupos e oficinas terapêuticas);
- Acompanhamento pré-natal;
- Abordagem de complicações de silicone industrial;
- Complicações cirúrgicas de afirmação de gênero;
- Endocrinopatias de base afetadas pelo uso de hormônios.

FLUXO PARA ATENDIMENTO NA REDE SAMPA TRANS POR FAIXA ETÁRIA



*verifique os endereços das unidades que atendem adolescentes e adultos no verso
**centro de referência de saúde integral para População de Travestis e Transexuais
***redes de Atenção à saúde

Principais resultados



Rede SAMPA Trans

45 unidades



CRS CENTRO

- 1 - **AMAE Dr. Humberto Pascale S Cecília**
- 2 - CS Escola Barra Funda
- 3 - UBS República
- 4 - **CR POP TT Janaina Lima**

CRS LESTE

- 1 - AMA/UBS Jardim Santo André
- 2 - **Casa Ser – Cidade Tiradentes**
- 3 - AMA/UBS Humberto Cerruti
- 4 - UBS VI Jacuú

CRS NORTE

- 1 - AMAE Freguesia do Ó
- 2 - **HD Brasilândia**
- 3 - AMAE Perus
- 4 - HD Vila Guilherme
- 5 - **AMAE Pq Peruche**
- 6 - AMAE Pirituba
- 7 - AMA/UBS Wamberto Dias Costa
- 8 - UBS Nova Esperança
- 9 - UBS Elisa Maria

CRS SUDESTE

- 1 - **HD Flávio Giannotti**
- 2 - **UBS Belenzinho**
- 3 - UBS laçape – Jd Planalto
- 4 - UBS Jd Eucaliptos – Hélio Moreira Salles
- 5 - UBS VI Esperança
- 6 - UBS VI Sta Catarina
- 7 - UBS Milton Santos

CRS SUL

- 1 - AE Alto da Boa Vista
- 2 - **HD Campo Limpo**
- 3 - HD M Boi Mirim I
- 4 - HD Capela do Socorro

CRS OESTE

- 1 - UBS Jardim São Jorge
- 2 - CS Escola Butantã
- 3 - UBS Jardim D’Abril
- 4 - UBS Jardim Boa Vista
- 5 - UBS Paulo VI
- 6 - UBS São Remo
- 7 - UBS Real Parque
- 8 - UBS Jardim Colombo
- 9 - UBS Vila Dalva
- 10 - UBS Butantã
- 11 - AMA/UBS Vila Sônia
- 12 - **UBS José Magaldi**
- 13 - AMA/UBS V Nova Jaguaré
- 14 - UBS Jd Jaqueline
- 15 - UBS Caxingui
- 16 - UBS VI Ipojuca
- 17 - UBS VI Jaguará

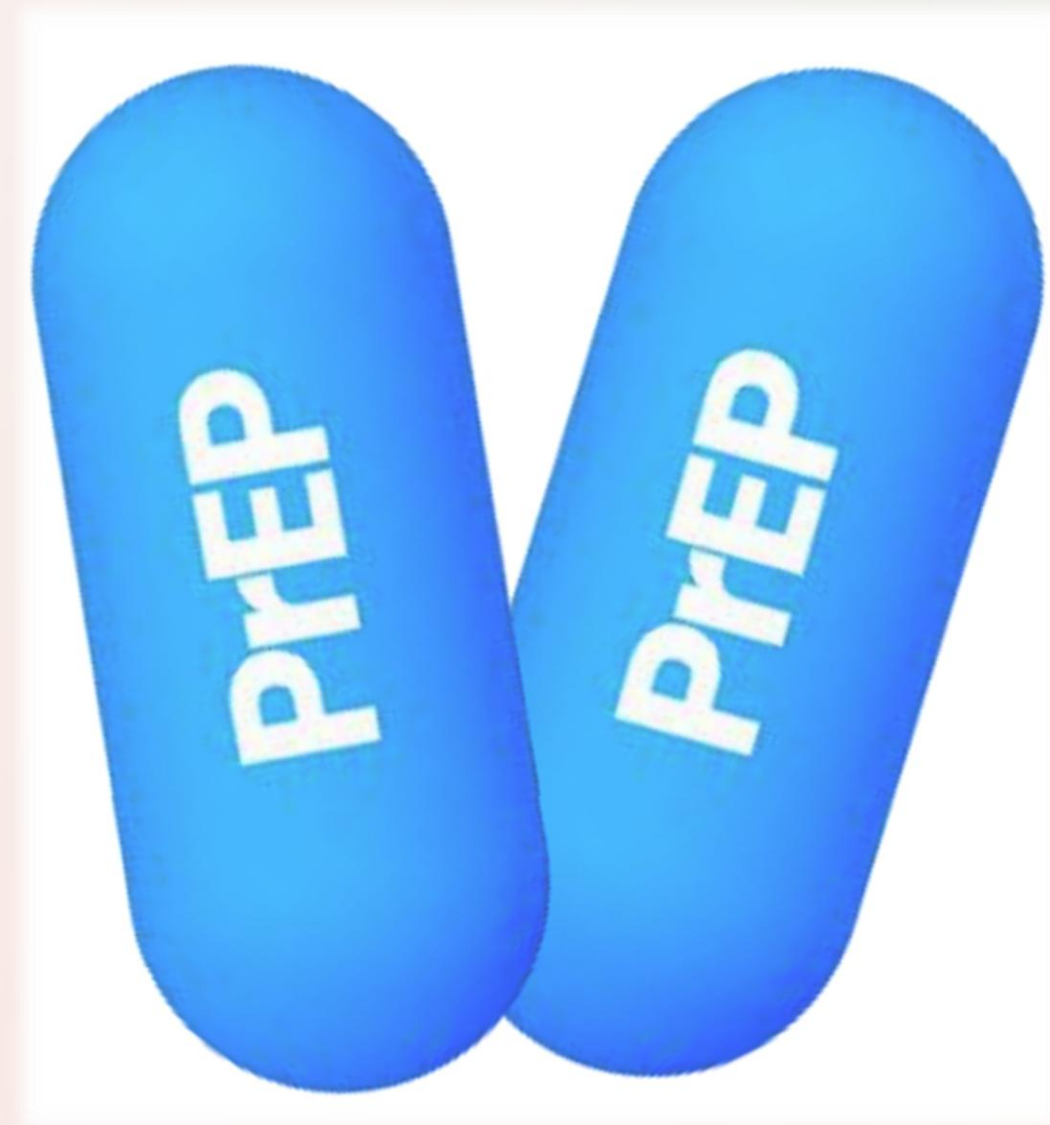
**Unidades
Referência
para
adolescentes**

Portaria 36/2023 – SMS.G - Consolida a Rede SAMPA Trans no âmbito da rede municipal de atenção à Saúde de São Paulo

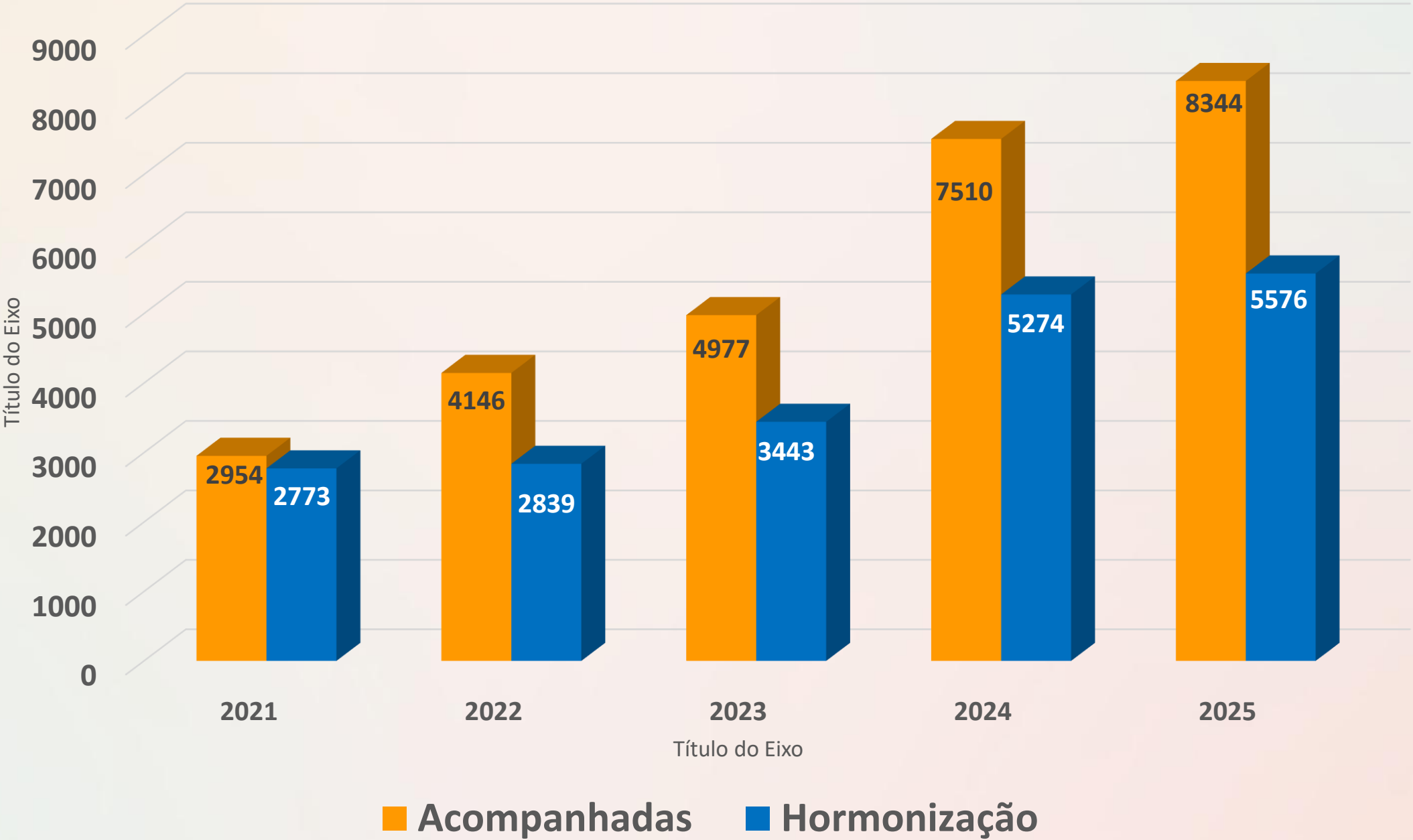
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) na Rede SAMPA Trans

2020 a 2024 = 62%

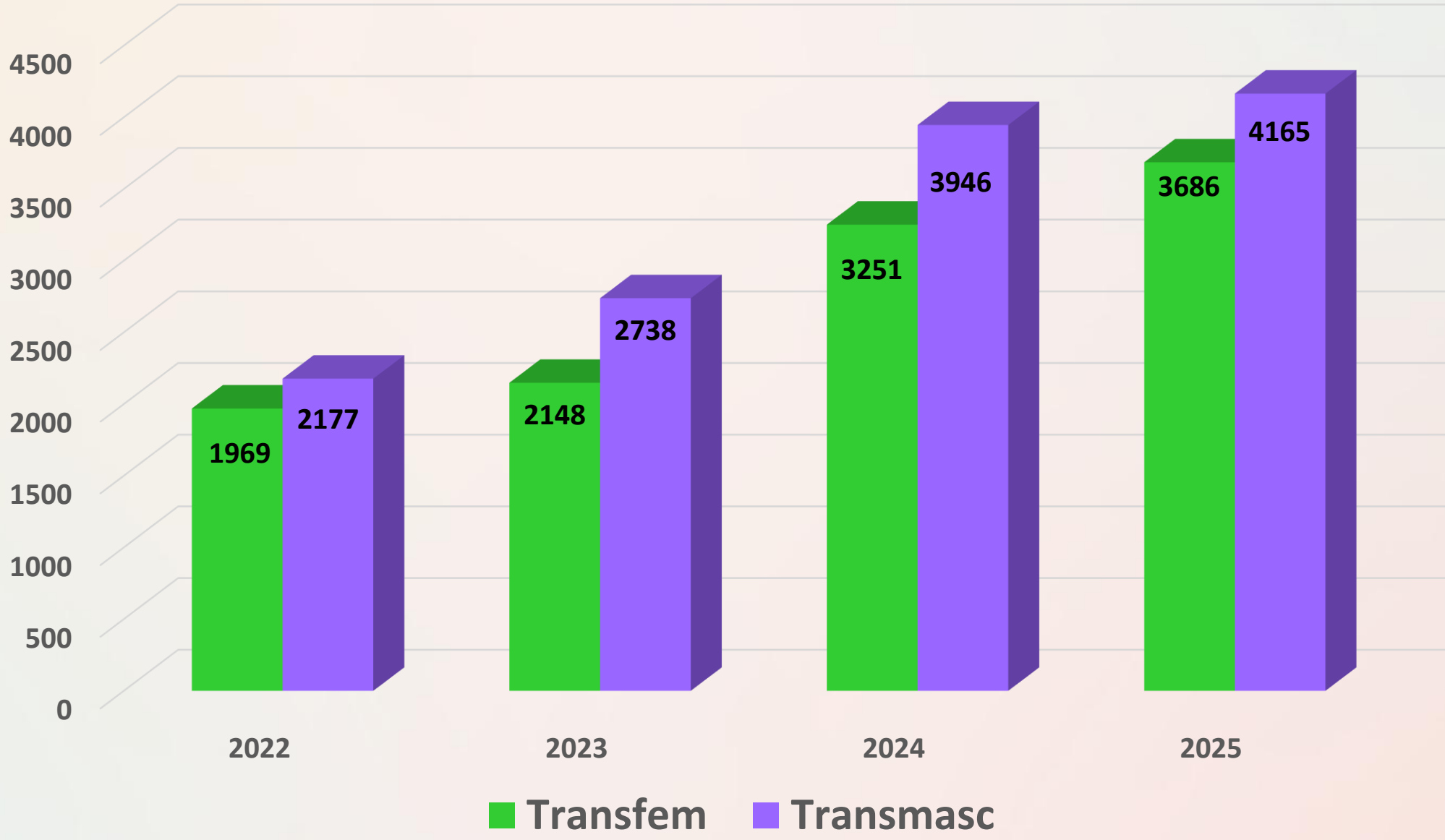
2025 = 85%



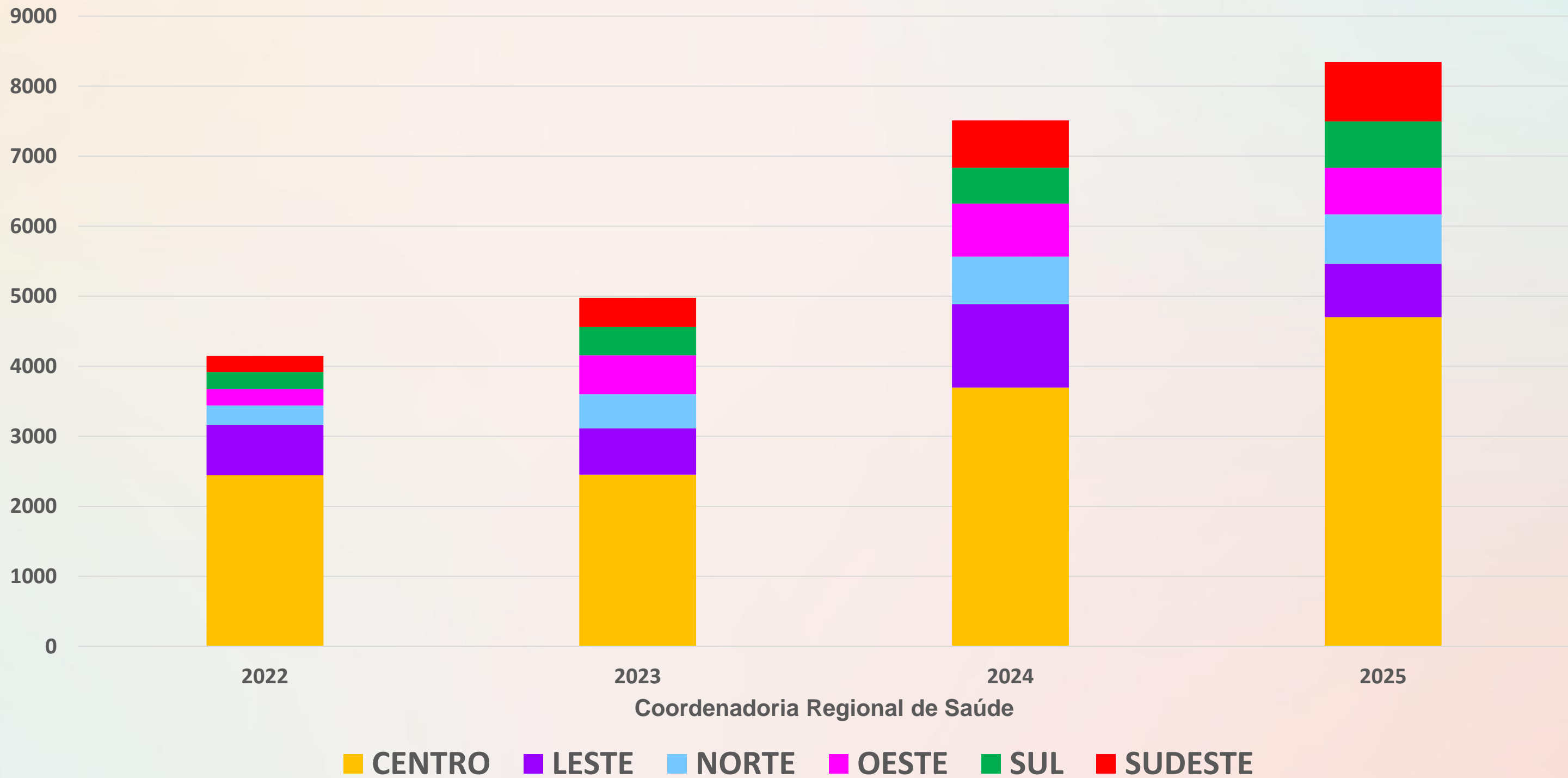
Número de pessoas trans em acompanhamento e em hormonização. MSP, 2021/2025



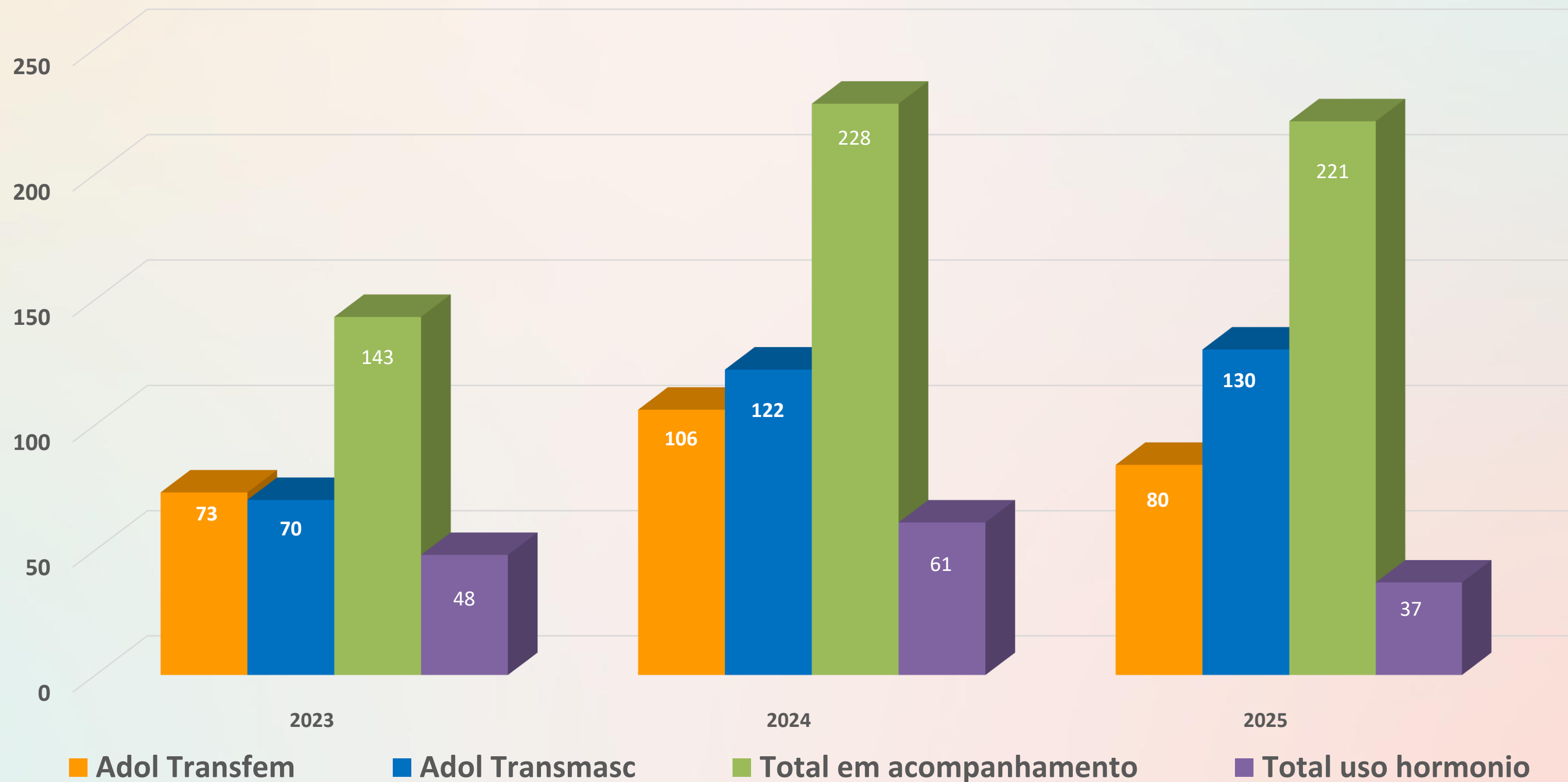
Número de pessoas transfemininas e transmasculinas em acompanhamento. MSP, 2022/2025



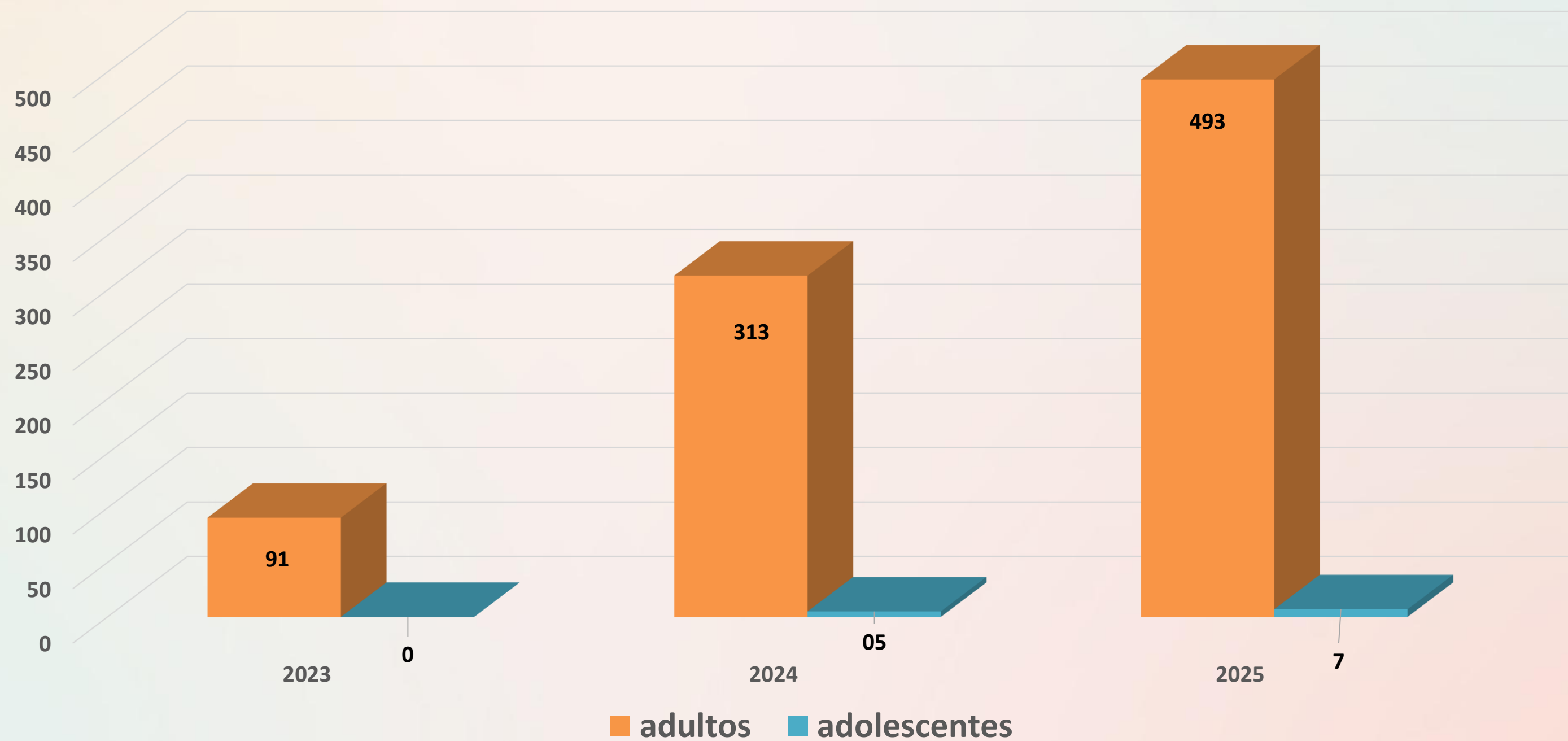
Número de Pessoas Trans em Acompanhamento e em Uso de Hormônios, segundo CRS. MSP, 2021/2025



Nº de pessoas adolescentes trans em acompanhamento. MSP, 2023/2025



Número de pessoas não-binárias e outras variabilidades de gênero em acompanhamento. MSP, 2023/2025



Ações para população LGBTIA+ de maior vulnerabilidade:

1. PPL

a) Secretaria de Administração Penitenciária (SAP)

- Projeto piloto de harmonização CRS Oeste (2022) – UBS José Magaldi – CDP 3 Pinheiros e inclusão do CDP 2
- CRS Sudeste – UBS Belenzinho
- CRS Sul – HD Capela do Socorro
- CRS Leste – UBS Vila Jacuí
- CRS Norte – HD Vila Guilherme

b) Fundação Casa

- CRS Centro – CR POP TT



2. PopRua

- ✓ Equipes CNR
- ✓ Parcerias:
 - CRD Bruna Valim
 - Casas Florescer 1



Portaria 2190/2015: Institui diretrizes para a dispensa de medicamentos sob condições específicas no âmbito da rede de serviços da SMS/SP

VII. Medicamentos exclusivos para pacientes atendidos no Programa de Saúde Integral para a população LGBT da Rede Municipal:

- ciproterona 50 mg comprimido
- estradiol valerato 2 mg comprimido
- testosterona undecanoato 250 mg/mL solução injetável

PORTARIA SMS.G nº 2190/2015

Institui diretrizes para a dispensa de medicamentos sob condições específicas no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

A Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

A Portaria/GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria/GM/MS nº 424 de 19 de março de 2013 que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas;

A organização da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde;

O Programa de Saúde Integral para a população LGBT;

Que a linha de cuidado é definida como a sequência que expressa o fluxo assistencial seguro e articulação com base na necessidade de saúde do indivíduo sendo potente instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde, facilitando o acesso do usuário às unidades e serviços;

Quadro 28 – Medicamentos de dispensação exclusiva para receitas de pessoas prescritoras autorizadas da rede pública municipal de saúde

Descrição dos medicamentos	Grupo farmacológico
ciproterona, 50 mg (comprimido)	antiandrógeno
estradiol valerato, 2 mg (comprimido)	estrógeno
testosterona undecanoato, 250 mg/mL (solução injetável)	andrógeno

Fonte: Assistência Farmacêutica da SMS (2023). [REMUME](#) 247

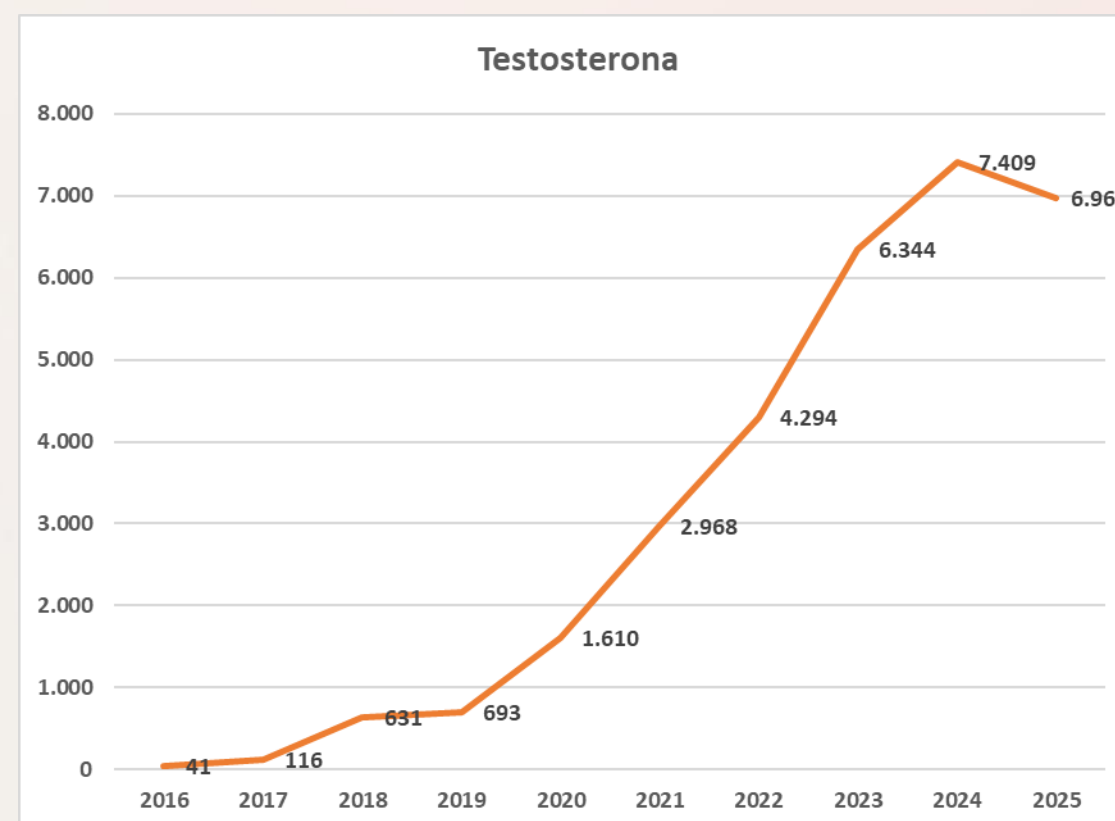
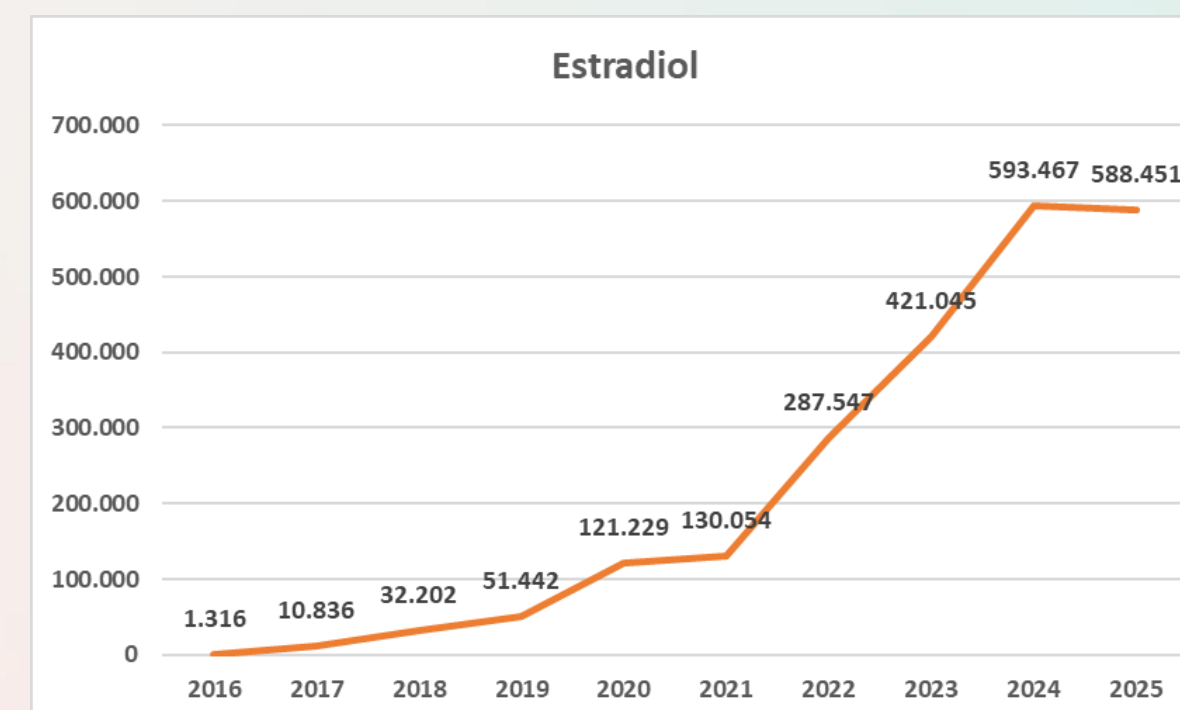
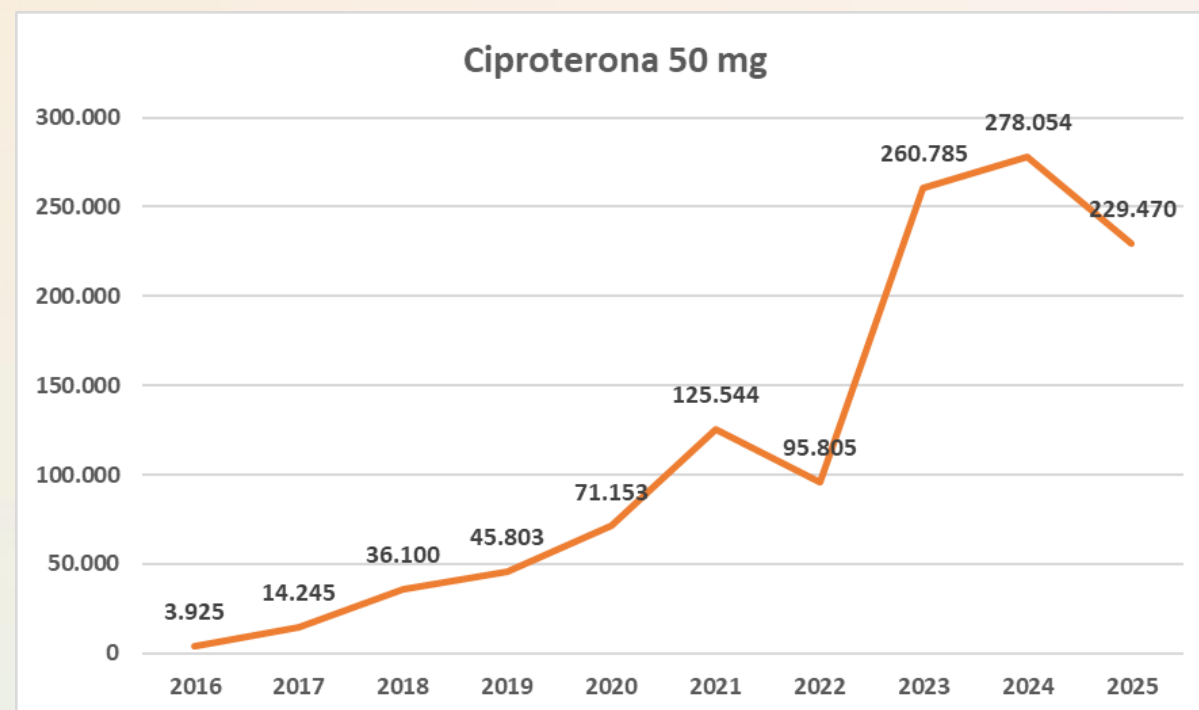
PROTOCOLO PARA O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS TRANS, TRAVESTIS OU COM VIVÊNCIAS DE VARIABILIDADE DE GÊNERO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

2ª edição - revisada e ampliada



Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTIA+
Coordenação da Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Junho de 2023

Nº de medicamentos dispensados na Rede SAMPA Trans no período de 2016 a out/2025



Fonte: SMS/CAB – AT Assistência Farmacêutica, out/2025

Capacitações para profissionais da saúde



Educação Permanente

- ✓ Reunião mensal de psicólogos
- ✓ Reunião mensal de fonoaudiólogas
- ✓ Reunião mensal do TRANSUS
- ✓ Reunião mensal de médicos
- ✓ Reunião bimestral de nutricionistas
- ✓ Reunião mensal com a Rede SAMPA Trans
- ✓ Supervisão AMTIGOS – acompanhamento de adolescentes
- ✓ EAD – acesso livre



AVA

CURSO ATUALIZAÇÃO SOBRE ATENDIMENTO A PESSOAS TRANSEXUAIS, TRAVESTIS E COM VARIABILIDADE DE GÊNERO

Curso Livre



Objetivo: sensibilizar com relação ao respeito à dignidade e aos direitos humanos da População LGBTIA+; Informar a respeito do direito à auto identificação da População LGBTIA+; Refletir sobre o direito ao atendimento humanizado, integralizado e universalizado.

Você vai aprender sobre:

- Conceitos sobre a sexualidade humana;
- Gênero e despatologização de identidades;
- Vivência de gênero na infância e Adolescência;
- Dados sobre a transexualidade;
- Direitos Humanos e Direitos de Saúde;
- Violências.

CURSO DISPONÍVEL NA PLATAFORMA A PARTIR DE: 26/06/24

EAD

CARGA HORÁRIA: 05 horas



EMIÇÃO DE CERTIFICADO DIGITAL. NÃO VALIDADO PARA PROGRESSÃO NA CARREIRA.



Basta se inscrever na Plataforma AVA.

Link da Plataforma:

<https://avaensaude.prefeitura.sp.gov.br/login/index.php>

Relatório

Período: julho/24 a outubro/25

Inscritos = 3.765

Concluintes = 2.061

Conclusão = 55%

Cursos e Seminários

- ✓ Capacitações em necessidades em saúde da população trans (online, EAD e presencial)
- ✓ Prevenção combinada, PrEP e PEP
- ✓ Seminários: Saúde sexual e reprodutiva, cuidados em saúde
- ✓ Reuniões ampliadas com AB:
 - Desafios no **acolhimento** da POP LGBTIA+
 - **Saúde sexual e reprodutiva** de pessoas com útero e mamas
 - Saúde integral da **população idosa** LGBTIA+
 - A importância da equipe multiprofissional na **saúde mental** da pessoa LGBTIA+
 - **Pré-natal e parto** de homens trans
 - Legislação e **Direitos** da População LGBTIA+
 - Variabilidade de gênero na **infância e na adolescência**

Ações integradas entre as áreas técnicas da SMS



Assistência Farmacêutica

ANEXO I
NT _ Medicação de Injetável de Origem Externa
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_medicao_2024_v2.pdf

CIDADE DE SÃO PAULO Prefeitura da Cidade de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Administração de Medicação Injetável de Origem Externa

Este Termo de Consentimento Livre e esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável/acompanhante, sobre os detalhes da administração de medicação injetável de origem externa, além das orientações sobre benefícios e riscos.

Eu (nome completo) _____
nome social: _____ documento de identificação: _____
RG: _____ CPF: _____ residente a rua: _____
Nº: _____ complemento: _____
bairro: _____ cidade: _____ UF: _____

Declaro, em conformidade com o disposto no artigo 29 da Resolução COFEN nº 964/2017, que autorizo ao profissional de enfermagem responsável pela administração, Sr.(a) _____ inscrito no COREN sob o n.º _____ UF: _____ prestador de serviços nesta Unidade de Saúde _____ CNES: _____ a proceder com administração do medicamento _____ indicado e prescrito para o tratamento de _____ que trago em minha posse e solicito administração nesta Unidade de Saúde.

Declaro ser de minha vontade receber nesta Unidade de Saúde a administração da medicação injetável que trago em minha posse, conforme prescrição médica apresentada e confirmo que compreendi, que esta medicação pode não estar na relação de medicações disponíveis nesta Unidade de Saúde para reposição e isento o profissional e a instituição da obrigação de reposição, caso ocorra alguma perda acidental.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, mas me comprometo a avisar o médico prescritor caso isso venha a ocorrer, sendo que esta decisão não implicará em qualquer forma de constrangimento entre mim e a equipe de saúde desta instituição, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Assinatura do usuário ou responsável/acompanhante

Secretaria Municipal de Saúde Página 06

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE ETONOGESTREL 68 MG SD
Publicação 2023 / Versão Jun/2024

CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR
Nome: _____ Nome social: _____
Informações Gerais
Data de nascimento _____ CNS _____

Paciente apresenta a seguinte indicação:
 I - Pessoa com problema de uso de substância: CID F10.2, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2
 II - Pessoa em situação de rua.
 III - Homem trans ou pessoa transmasculina
 IV - Adolescentes de regiões com vulnerabilidade social, inclusive homens trans ou pessoa transmasculina, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS 2010, elaborado pela Fundação SEADE. Faixa etária entre 14 anos e abaixo de 20 anos.
 V - Pessoa em utilização de talidomida e parcerias sexuais de pessoas em utilização de talidomida
 VI - Outras condições particulares de vulnerabilidades psicossociais. CID 10: Z60 (problemas relacionados com o meio social); Z60.4 (exclusão e rejeição sociais); Z63.1 (suporte familiar inadequado); Z59.0 (falta de domicílio fixo); Z59.1 (habitação inadequada); Z59.4 (falta de alimentação adequada); Z59.5 (pobreza extrema); Z59.6 (baixo rendimento).
 VII - Critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No caso da indicação VII, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescritor
Nome: _____
CRM: _____
Data: ____/____/____
Assinatura _____

Identificação do dispensador
Autorizado
 Sim
 Não Motivo: _____ Data: ____/____/____

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL DE 52 MG E SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL DE 19,5 MG - NT SMS.G AT Saúde da Mulher nº 05 - outubro/2022
versão dez/2023

CAMPOS RESERVADOS AO PRESCRITOR
Nome: _____ Nome social: _____
Informações Gerais
Data de nascimento _____ CNS _____

Medicamento
 SIU de levonorgestrel 52 mg
 SIU de levonorgestrel 19,5 mg

I - Indicação de uso
SIU de levonorgestrel 52mg
 Síndromes anêmicas
 Anemia falciforme
 Pós cirurgia bariátrica
 IMC (Índice de Massa Corpórea) maior ou igual a 35
 HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positiva fase 1 e 2
 Adolescentes, inclusive homens transgênero (14 A 19 anos) de regiões com vulnerabilidade social, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS 2010
 Cardiopatas de alto risco e com contra-indicação à gravidez. OMS Risco 4.
 Cardiopatas de risco intermediário à gestação. OMS Risco 2 ou 3.
 Sangramento Uterino Anormal
 Homem trans ou pessoa transmasculina
 Pessoas em acompanhamento médico e terapêutico para Epilepsia.
 Pessoas com diagnóstico de Endometriose e pessoas na perimenopausa em estrogênio terapia para proteção endometrial.

SIU de levonorgestrel 19,5 mg
 Contraceção para adolescentes, inclusive homem trans ou pessoa transmasculina (14 A 19 anos) de regiões com vulnerabilidade social, conforme definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS 2010.
 Contraceção em casos em que os benefícios da inserção de SIU de levonorgestrel de 19,5 mg sejam superiores à inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre ou do SIU de levonorgestrel de 52 mg.

II - Outras indicações
 Outras condições particulares conforme os critérios médicos atualizados de elegibilidade para uso contraceptivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No caso da indicação 3, obrigatório justificativa da indicação

Identificação do médico prescritor
Nome: _____ CRM: _____ Assinatura _____
Identificação do dispensador
Autorizado
 Sim
 Não Motivo: _____ Data: ____/____/____

Assistência Laboratorial



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SADT

Número do prontuário: _____

(identificação unidade de saúde)

Análises Clínicas Radiologia Outros

Nome: _____

Nome Social: _____

CPF: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo Biológico: () Masc. () Femin. () Intersexo Gestante: () Sim () Não

Identidade de Gênero: () Homem () Mulher () Homem Trans () Mulher Trans () Travesti

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Endereço: _____

Telefone: _____ Município: _____ Estado: _____

Hipótese diagnóstica (com CID): _____

Exames solicitados: _____

Justificativa: _____

Carimbo e Assinatura do Solicitante; Data de Emissão; Unidade Solicitante

AUTORIZAÇÃO EXAME (QUANDO NECESSÁRIO)

Endereço: _____ Telefone: _____

Carimbo e Assinatura de Autozização: _____



COLETA AMOSTRA BIOLÓGICA

Carimbo e Assinatura de Coleta: _____ Obs: _____

Data da Coleta: ____/____/____ Hora da Coleta: ____:____



Saúde da Mulher


 Prefeitura do Município de São Paulo
 Secretaria Municipal da Saúde
 

FICHA PARA CONTRACEÇÃO DEFINITIVA
ENTREVISTA DE REFLEXÃO SOBRE O MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO

Nome / Paciente: _____
 Nome Social: _____
 Nome da parceria: _____
 Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Registro Geral nº: _____
 Sexo: F () M () Ignorado ()
 Gênero: Mulher Cis () Mulher Trans () Homem Cis () Homem Trans () Travesti () Não Binário ()
 Raça/Cor: Preta () Parda () Amarela () Branca () Indígena ()
 Nacionalidade (País): _____ Pessoa alfabetizada: Sim () Não ()
 Procedência (Onde morou maior tempo de sua vida?): _____

Quantos filhos tem? _____ Quantos com certidão? _____ (apresentar)
 Quantos são de relações anteriores? _____ Idade/Sexo: ____/____; ____/____; ____/____
 E da relação atual? _____ Idade/Sexo: ____/____; ____/____
 Quantos foram planejados? _____ Teve Abortos? Não () Sim () Quantos? _____

Quais métodos já utilizou:
 • Pílula: Não () Sim () Opinião: _____
 • Hormônio injetável: Não () Sim () Opinião: _____
 • Diafragma: Não () Sim () Opinião: _____
 • Dia: Não () Sim () Opinião: _____
 • Preservativo Interno: Não () Sim () Opinião: _____
 • Preservativo Externo: Não () Sim () Opinião: _____

Que método usa atualmente? _____
 Qual a dificuldade em continuar com este método? _____
 Por que quer fazer método definitivo? _____
 A decisão foi tomada em conjunto da pessoa parceira? Sim () Não ()
 Pensou na possibilidade de a pessoa parceira fazer vasectomia? Sim () Não ()
 Pensou na possibilidade de a pessoa parceira fazer laqueadura? Sim () Não ()

Seu (sua) parceiro (a) atual:
 É uma pessoa afetiva com você? Sim () Não () Mora com você? Sim () Não ()
 Trata bem os filhos em comum e os outros? Sim () Não ()
 Tempo de convivência conjugal: _____ Com Registro Civil? Sim () Não ()
 Está empregado(a)? Sim () Não ()
 Teve rendimento com regularidade no último ano? Sim () Não ()
 Que nota dá ao seu relacionamento: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Você(s) trabalham? Paciente Não () Sim () Pessoa Parceira Não () Sim ()
 São Remunerados? Sim () Não () Quanto tempo ficam fora de casa? _____ hs.
 Nota, para a satisfação com o trabalho: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
 Com quem ficam os filhos neste período? _____ Paga algo? Sim () Não ()
 Quantos moram com você? _____ (em comum)
 Compartilha moradia com outras pessoas? Não () Sim () Quem? _____
 Há usuário de droga na casa? Não () Sim () Quem? _____
 Há usuário de álcool na casa? Não () Sim () Quem? _____
 Quem paga as despesas da casa? _____

Se um de seus filhos morresse, gostaria de ter outro? Sim () Não ()
 Uma parceria nova pode levar ao desejo de outro filho? Você já pensou nesta possibilidade? Sim () Não ()
 Está consciente dos riscos da cirurgia anestésica e intra-operatórias? Sim () Não ()
 Está consciente das dificuldades técnicas e da irreversibilidade cirúrgica? Sim () Não ()

Que efeito acha que a cirurgia produzirá em seu corpo? _____
 O que sente ao dizer: "Eu quero ser estéril?" _____

Decisão bem consolidada? Não () Sim ()
 Pendências a resolver: _____
 Método escolhido: _____

Nome / Cargo / Carimbo



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTE CONTRACEPTIVO DE ETONOGESTREL 68 mg

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não houver completo esclarecimento. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Eu, como integrante da equipe de saúde, confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao referido procedimento, tendo esclarecido todas as questões que me foram colocadas pela pessoa e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, não serão adotados quaisquer atos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta unidade de saúde.

Nome legível do médico/médica: _____

Assinatura do Profissional: _____

"Declaro que concordo com a colocação do IMPLANTE Subdérmico de Etonogestrel 68 mg conforme me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Estou ciente da necessidade do uso de medicamento anestésico e de seus possíveis efeitos colaterais, sendo estes formigamentos, lesões inflamatórias, equimose, tontura, dor e reações alérgicas gerais. Obtive o esclarecimento que a taxa de falha do método que é de 1 gravidez a cada 2.000 mulheres com o uso do método e que, o IMPLANTE SUBCUTÂNEO DE ETONOGESTREL 68 MG não apresenta contra-indicações até o momento, para pessoas que já tiveram sua primeira menstruação e são menores do que 18 anos na data da inserção. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento."

Nome: _____ CPF: _____

Nome social: _____ CNS: _____

Assinatura: _____

Em caso de incapacidade, assina este documento, o representante legal do (a) paciente.

Nome do Resp. legal: _____ CPF: _____

Assinatura do (a) representante legal: _____

Local: _____ Data: ____/____/____



Saúde do Idoso



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA (AMPI-AB)											
NOME:		Sexo:									
NOME SOCIAL:		SEXO: F () M ()									
RAÇA/COR:		CIB:									
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		TBL:									
ENFERMIDADE:		Aplicação: () Primária () Secundária () Terciarária () Quaternária									
UBS:		Aplicação: () Primária () Secundária () Terciarária () Quaternária									
AMPI-AB - QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL				POPULAÇÃO							
1	Idade	Qual a sua idade?	() 3-10 (17 PONTOS) () 11-20 (16 PONTOS) () 21-30 (15 PONTOS) () 31-40 (14 PONTOS) () 41-50 (13 PONTOS) () 51-60 (12 PONTOS) () 61-70 (11 PONTOS) () 71-80 (10 PONTOS) () 81-90 (9 PONTOS) () 91 ou + (8 PONTOS)								
2	Auto Percepção de saúde	Como você se sente em relação à sua saúde? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
3	Superação Social	Como você se sente em relação à sua vida social? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
4	Condições Crônicas	Como você se sente em relação às suas condições crônicas? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
5	Medicamentos	Quantos medicamentos você toma atualmente? (1-5) (5 PONTOS)	() 1 ou mais (5 PONTOS) () 2 ou mais (4 PONTOS) () 3 ou mais (3 PONTOS) () 4 ou mais (2 PONTOS) () 5 ou mais (1 PONTOS)								
6	Interações	Quantos amigos você tem atualmente? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhum (1 PONTOS) () 1-2 (2 PONTOS) () 3-4 (3 PONTOS) () 5-6 (4 PONTOS) () 7 ou mais (5 PONTOS)								
7	Quedas	Quantas vezes você caiu nos últimos 12 meses? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhuma (5 PONTOS) () 1-2 (4 PONTOS) () 3-4 (3 PONTOS) () 5-6 (2 PONTOS) () 7 ou mais (1 PONTOS)								
8	Válvula	Como você se sente em relação à sua visão? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
9	Audição	Como você se sente em relação à sua audição? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
10	Utilização Fina	Utilizar as redes sociais? (1-5) (5 PONTOS)	() Não (1 PONTOS) () Pouco (2 PONTOS) () Moderado (3 PONTOS) () Muito (4 PONTOS) () Muito (5 PONTOS)								
		Utilizar as redes sociais para se conectar com amigos? (1-5) (5 PONTOS)	() Não (1 PONTOS) () Pouco (2 PONTOS) () Moderado (3 PONTOS) () Muito (4 PONTOS) () Muito (5 PONTOS)								
		Utilizar as redes sociais para obter informações? (1-5) (5 PONTOS)	() Não (1 PONTOS) () Pouco (2 PONTOS) () Moderado (3 PONTOS) () Muito (4 PONTOS) () Muito (5 PONTOS)								
		Utilizar as redes sociais para se divertir? (1-5) (5 PONTOS)	() Não (1 PONTOS) () Pouco (2 PONTOS) () Moderado (3 PONTOS) () Muito (4 PONTOS) () Muito (5 PONTOS)								
11	Cognição	Como você se sente em relação à sua memória? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua capacidade de tomar decisões? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
12	Humor	Como você se sente em relação ao seu humor? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito bom (5 PONTOS) () Bom (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação ao seu estado de espírito? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito bom (5 PONTOS) () Bom (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
13	Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD	Como você se sente em relação à sua capacidade de se vestir? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua capacidade de se alimentar? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua capacidade de se locomover? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
14	Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD	Como você se sente em relação à sua capacidade de fazer compras? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua capacidade de usar o telefone? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua capacidade de usar o computador? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
15	Incontinência	Como você se sente em relação à sua incontinência urinária? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhuma (5 PONTOS) () Pouca (4 PONTOS) () Moderada (3 PONTOS) () Muito (2 PONTOS) () Muito (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua incontinência fecal? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhuma (5 PONTOS) () Pouca (4 PONTOS) () Moderada (3 PONTOS) () Muito (2 PONTOS) () Muito (1 PONTOS)								
16	Perda de peso não intencional	Como você se sente em relação à sua perda de peso não intencional? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhuma (5 PONTOS) () Pouca (4 PONTOS) () Moderada (3 PONTOS) () Muito (2 PONTOS) () Muito (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua perda de peso não intencional? (1-5) (5 PONTOS)	() Nenhuma (5 PONTOS) () Pouca (4 PONTOS) () Moderada (3 PONTOS) () Muito (2 PONTOS) () Muito (1 PONTOS)								
17	Condições Sociais	Como você se sente em relação à sua situação financeira? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua situação social? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua situação familiar? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
		Como você se sente em relação à sua situação comunitária? (1-5) (5 PONTOS)	() Muito boa (5 PONTOS) () Boa (4 PONTOS) () Regular (3 PONTOS) () Ruim (2 PONTOS) () Muito ruim (1 PONTOS)								
CLASSIFICAÇÃO		() 1-10 pontos	() 11-20 pontos	() 21-30 pontos	() 31-40 pontos	() 41-50 pontos	() 51-60 pontos	() 61-70 pontos	() 71-80 pontos	() 81-90 pontos	() 91-100 pontos
DATA:		Nome e Assinatura do Profissional:									

AMPI-AB - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIAIS				
1. Estado civil:	casado(a) ()	solteiro(a) ()	outros (), qual?	
	viúvo(a) () há quanto tempo?			
2. Gênero/Orientação sexual:	O Sr.(a) está satisfeito com sua sexualidade? Sim () Não () Gostaria de conversar sobre isso?			
3. Reside com quem:	sozinho ()	cônjuge ()	familiar ()	outros (), quem?
4. Caso esteja residindo sozinho: Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?				
5. Reside em:	Casa, apartamento ou sobrado ()	Cômodo/Edícula ()	Instituição de Longa Permanência ()	República ()
	Residência terapêutica ()	Locação social ()	Centro de Acolhida ()	Rua () Outros (), qual?
6. Imóvel:	Próprio ()	Alugado ()	Cedido ()	Público () Outros (), qual?
7. Caso fique doente ou tenha algum problema, o Sr.(a) tem com quem contar? Não () Sim () Quem?				
8. Possui suporte de alguma pessoa? Não ()				
Sim ()	Para: ABVD ()	AIVD ()	AAVD ()	
	Quem?			
9. Tem alguma fonte de renda fixa? Não ()				
Sim ()	Aposentado ()	Pensionista ()	BPC/LOAS ()	BOLSA FAMÍLIA ()
10. Mantém alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira? Não ()				
Sim ()	Atividade:			
11. Recebe ajuda financeira? Não ()				
Sim ()	Familiar ()	Amigos ()	Outros (), qual?	
	Instituição de Assistência ()			
12. Frequentou a escola? Não () Sim () Quantos anos?				
13. Possui religião ou credo/espiritualidade? Não () Sim () Qual?				
14. Meio de Transporte utilizado:	Ônibus ()	Táxi/Aplicativo ()	Veículo de conhecidos ()	Metrô/Trem ()
	Motocicleta ()	Bicicleta ()	Outros (), qual?	
15. Tem alguma dificuldade para sair de sua casa e andar nas redondezas? Não () Sim () Qual a dificuldade e por quê?				
16. Atualmente algo ou alguém o (a) incomoda? Não () Sim () O quê ou quem?				
17. Já sofreu alguma situação de violência (física, psicológica, sexual, medicamentosa, emocional, social, negligência, abandono, abuso financeiro/econômico ou autonegligência)? Não () Sim () Gostaria de conversar sobre isso?				
Data:	Nome e Assinatura do profissional:			

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB

Assessoria de Comunicação - ASCOM



CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

CALENDÁRIO SAÚDE

19 de maio

DIA NACIONAL E MUNDIAL DA DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

A data foi criada com o objetivo de debater a importância do aleitamento e estimular a doação de leite humano. Primeira fonte de alimentação do bebê, é rico em nutrientes, sendo considerado o melhor alimento para essa fase da vida. O leite humano tem papel muito importante na proteção imunológica contra doenças infecciosas, na adequação nutricional e no desenvolvimento afetivo e psicológico da criança. O aleitamento de longa duração contribui ainda para a saúde e bem-estar de quem amamenta, porque reduz o risco de câncer de ovário e de mama.

O trabalho da Rede de Bancos de Leite Humano (RBLH) fez do Brasil uma referência internacional em doação do alimento. Na capital, são três os serviços ofertados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Saiba mais no link ou aproxime a câmera do celular do QR Code



Conheça os três bancos de leite da cidade de São Paulo

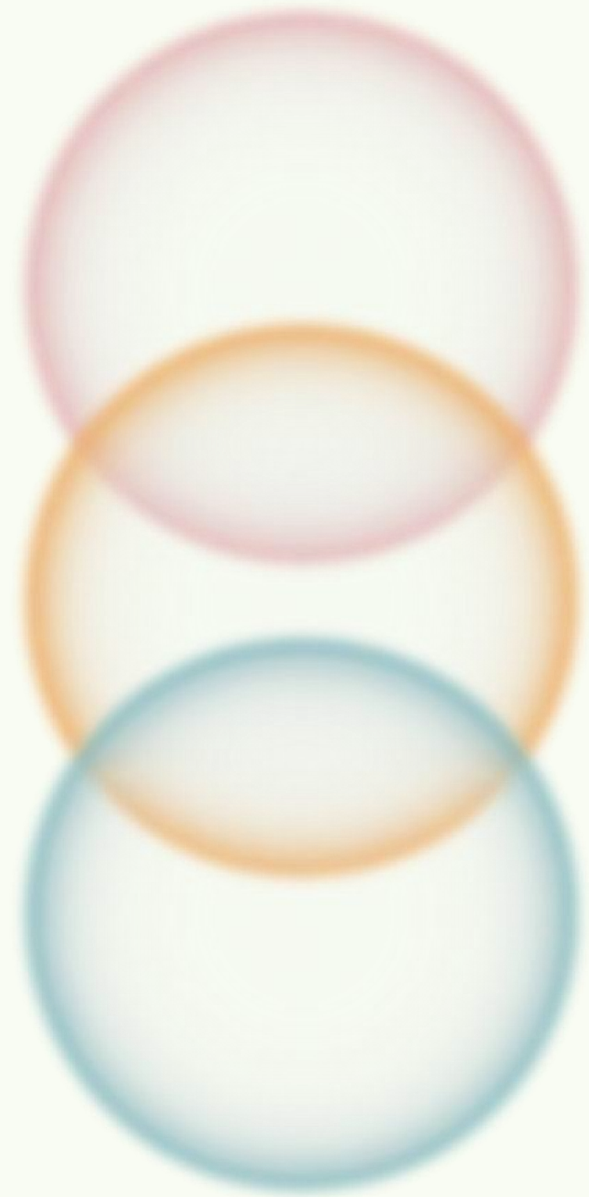
- Hospital Municipal Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha;
- Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo);
- Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto (Ermelino Matarazzo);



CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE

Ações de comunicação





NOTÍCIAS
[Conheça a Rede SAMPA Trans](#)

- [Link de acesso a página de Saúde Integral da População LGBTIA+](#)

<https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/lgbtia>



ACESSO RÁPIDO

[Legislação](#)

[Vídeos](#)

[Calendário POP LGBTIA+](#)

[Publicações](#)



Nome Social e Identidade de Gênero



Rede Sampa Trans



Experiências Exitosas



Introdução às Velhices



Fluxo de cirurgias de variabilidade de gênero



Calendário LGBTIA+



EAD



Pessoa em Hormonização



Botton

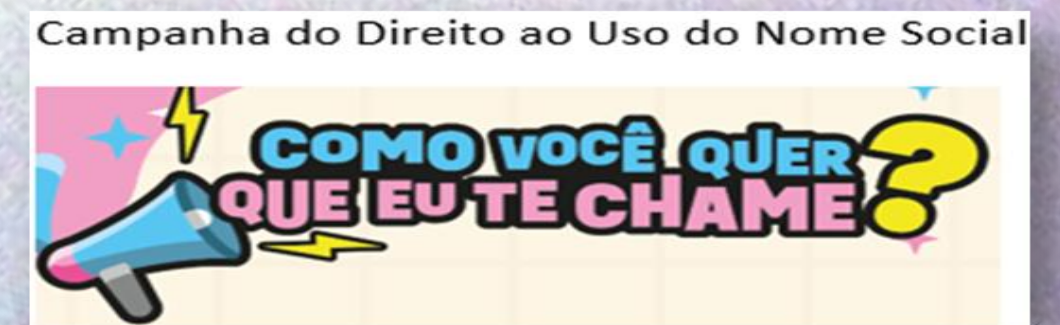
Campanha: Respeito ao nome social



Placa e banner



Card



Assinatura do e-mail

Desafios:

Fortalecer o acesso e a qualidade do atendimento

- Acolhimento
- Assistência integral
- Respeito aos Direitos
- Sistemas de informações com campos que identifiquem a POP LGBTIA+

Investir na capacitação dos profissionais de saúde

- Educação Permanente = alta rotatividade de profissionais e o surgimento de novos temas e novas necessidades em saúde.

Necessidade de ofertas na assistência

- Saúde da POP LGBTIA
- Saúde Idosos LGBTIA+
- Homens trans gestantes (maternidades)
- Lactação induzida
- Silicone Industrial
- Ampliar ofertas de cirurgias para afirmação de gênero
- Saúde Sexual e Reprodutiva

Prêmios e publicações



PREMIA SAMPA 2022

“APRIMORAMENTO DA REDE SAMPA TRANS”

1º lugar – Categoria: Inovação em Políticas Públicas



Prêmio Hely Lopes Meirelles do Gestor Público Eficiente

“Rede SAMPA Trans”

Câmara Municipal de São Paulo - 2023

Selo de Direitos Humanos & Diversidade

SMDHC

6ª Edição - 2023



4ª Edição do Prêmio "GENTE QUE FAZ A DIFERENÇA"

"ABORDAGEM DA POPULAÇÃO TRANS NA REDE SAMPA TRANS NO MUNICIPIO DE SÃO PAULO"

Eixo – Gestão – COGESP – SMS/SP - 2024



PREMIA SAMPA 2024

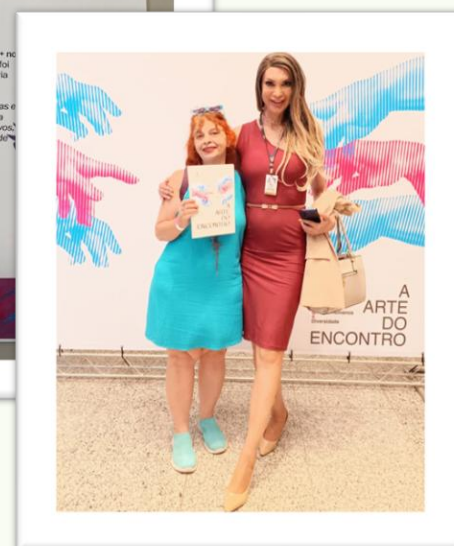
"ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRANS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE"

3º lugar – Categoria: Inovação em Políticas Públicas

PLANEJA SAÚDE - 2024

"Acolhimento de crianças e adolescentes trans na rede municipal de saúde"

Menção Honrosa – ASPLAN – SMS/SP - 2024



Selo de Direitos Humanos & Diversidade

SMDHC

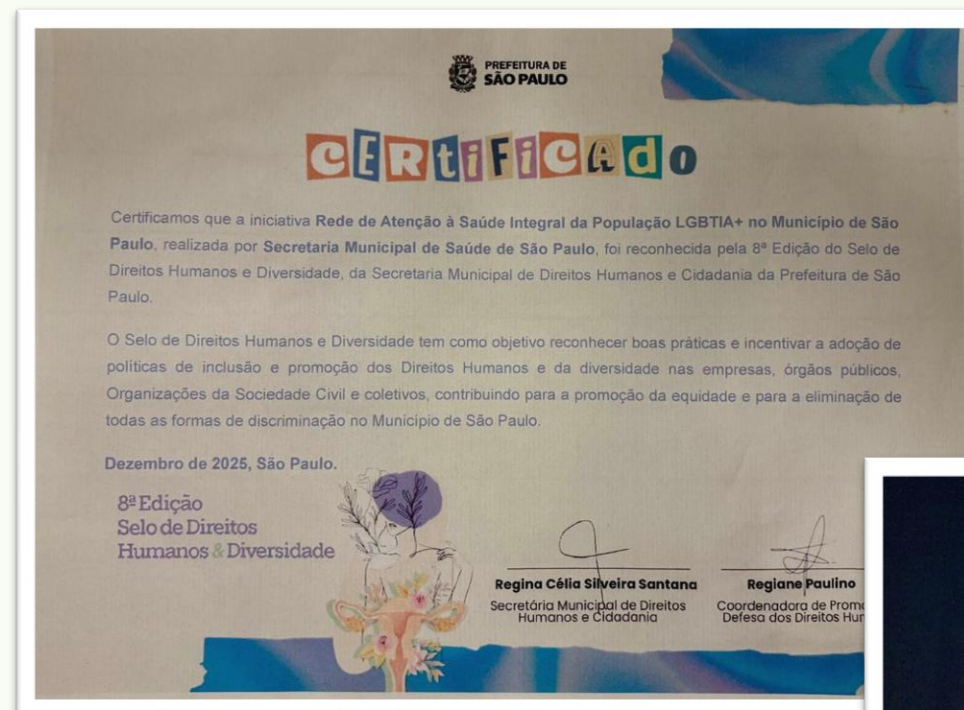
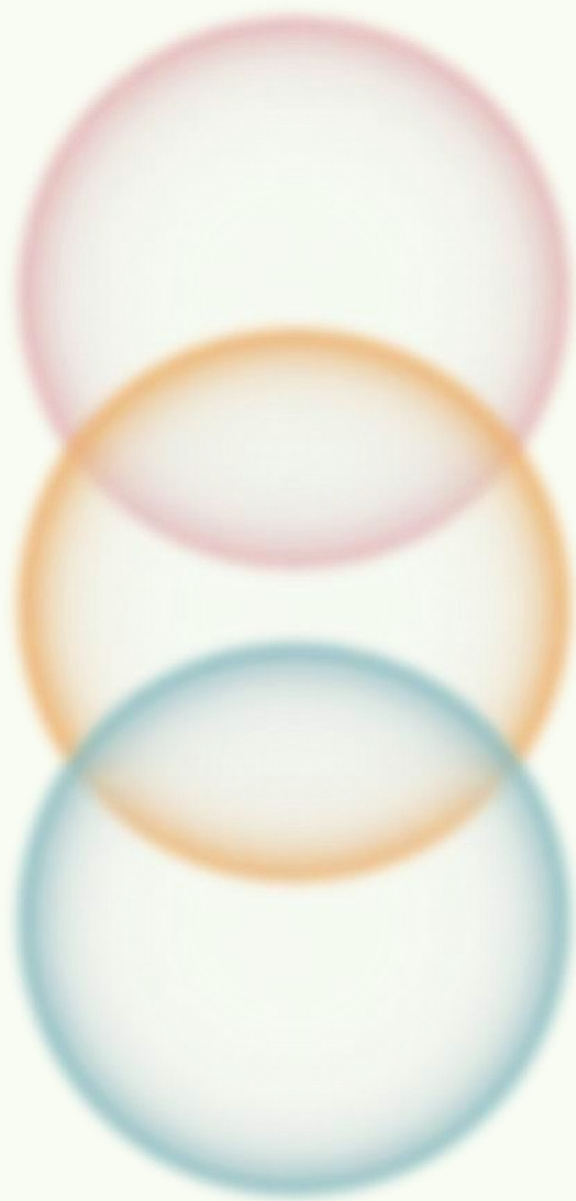
7ª Edição - 2024

CELEBRAR PARA INSPIRAR

Homenagem da SMS da Cidade de São Paulo

2024





Selo de Direitos Humanos & Diversidade

SMDHC

8ª Edição - 2025

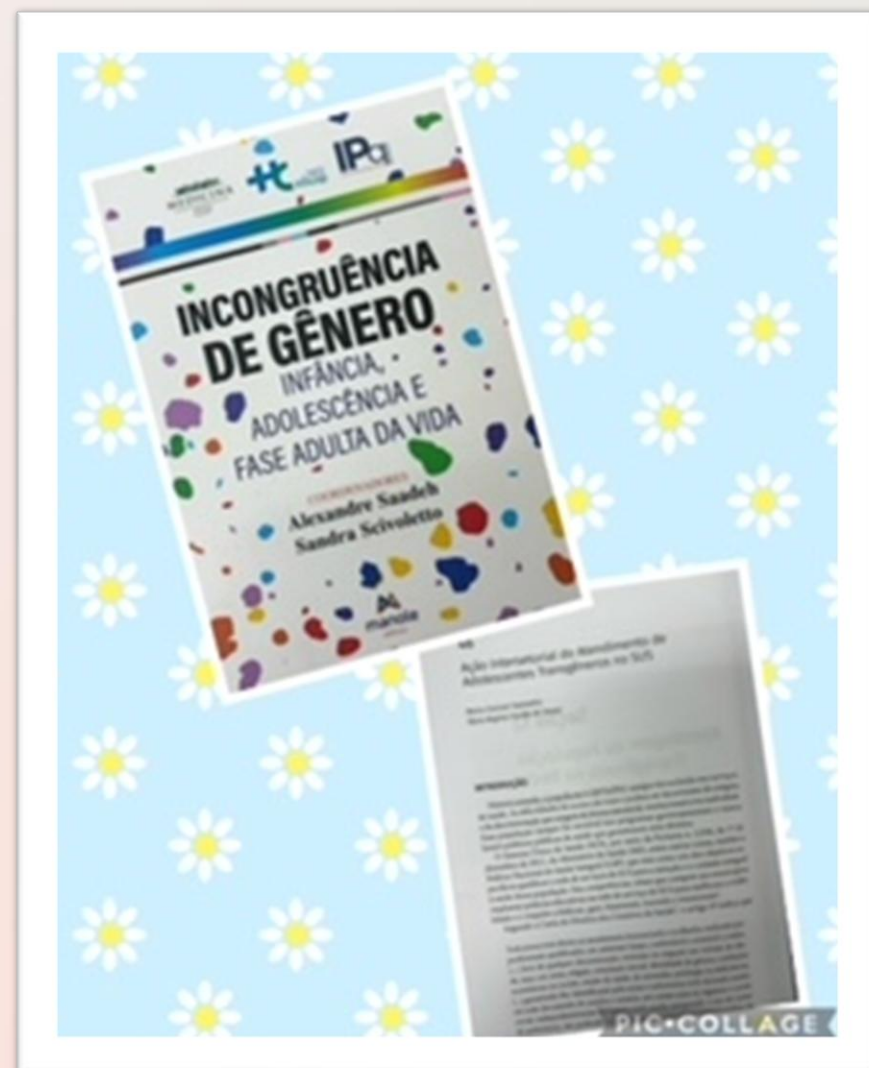


Relato de experiência

Experiência do município de São Paulo na implantação de Serviços de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, Assexuais e Pessoas com Vivência de Variabilidade de Gênero – LGBTIA+

Experience of the Municipality of Sao Paulo in the Implementation of Comprehensive Health Services for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestis, Transsexuals, Intersex, Asexuals and People with Experience of Gender Variability - LGBTIA+

Tânia Regina Corrêa de Souza^{III}, Flávia Helena Ciccone^{III}, Julia de Moura Godoy^{III},
Márcia Valéria Pereira^{IV}, Emanuel Aparecido Januário^{III}, Juliane Guingo^{III},
Marina Pereira dos Santos Stagn^{III}, Marcela Eugênia Ordonez Maciel^{III}



Obrigada!

(11) 5461-9096

acampiotto@prefeitura.sp.gov.br