

TeleCondutas[®]

Atendimento às pessoas transexuais e
travestis na Atenção Primária à Saúde

2ª Edição

Versão Digital

2023

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TelessaúdeRS-UFRGS

Organizadores

Ana Cláudia Magnus Martins
Laureen Engel
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Renata Rosa de Carvalho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Natan Katz
Roberto Nunes Umpierre

TeleCondutas

Atendimento às pessoas transexuais e travestis na
Atenção Primária à Saúde.

2ª Edição

Porto Alegre
UFRGS
2023



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção dos TeleCondutas pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS. **Atenção:** verifique se há edições atualizadas deste material na página: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS – Sede Barbara Starfield
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar. Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308.2092
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

1ª Edição: 2022.

2ª Edição: 2023.

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS
TeleCondutas: Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. [recurso eletrônico]
/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS. – 2. ed. – Porto Alegre: UFRGS, 2023.

78 p.

1. Condutas 2. Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. TelessaúdeRS-UFRGS.

NML WM 617

Catálogo na fonte – Leticia Pereira de Souza (CRB10/2768)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Carlos André Bulhões

Vice-Reitora: Profa. Patrícia Helena Lucas Pranke

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social

Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS

Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre

Vice-Coordenador Geral: Natan Katz

Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva

Coordenador Técnico-Científico: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coordenador Técnico-Científico substituto: Dimitris Rucks Varvaki Rados

| | |
|---|--|
| <p><i>Organização:</i> Ana Cláudia Magnus Martins¹ Laureen Engel¹ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Rudi Roman¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Rodolfo Souza da Silva¹ Natan Katz^{1,2} Roberto Nunes Umpierre^{1,2}</p> <p><i>Autoria:</i> Ana Cláudia Magnus Martins¹ Dimitris Ruucks Varvaki Rados¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro¹ Felipe Bauer Pinto da Costa¹ Giovana Fagundes Piccoli¹ Guilherme Gomes Ferreira³ Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi⁴ Juliana Keller Brenner⁵ Laureen Engel¹ Mayara Floss⁶ Renata Rosa de Carvalho¹ Roberta Martins Costa Moreira Allgayer⁷</p> | <p><i>Colaboração:</i> Gabriela Tizianel Aguilar⁸ Sophie Nouveau Fonseca Guerreiro⁹ Vinicius Vicari¹⁰</p> <p><i>Revisão textual e Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva¹ Letícia Pereira de Souza¹</p> <p><i>Design:</i> Michelle Iashmine Mauhs¹</p> <p><i>Diagramação:</i> Luisa Nascimento¹ Laura Paiva Etchichury¹ Camille Luiza da Silva Borges¹</p> |
|---|--|

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS-UFRGS.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social. Ativista voluntário da ONG Somos.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta.

⁵ Médica endocrinologista.

⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

⁷ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Endocrinologia, Ambulatório de Identidade de Gênero (PROTIG).

⁸ Secretaria Municipal de Porto Alegre, Ambulatório T.

⁹ Ativista trans, membro do Comitê Técnico Estadual de Saúde LGBT do Rio Grande do Sul, idealizadora do Coletivo Transfeminista.

¹⁰ Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG).

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Telecondutas: atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Porto Alegre: 29 dez. 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em “dia, mês abreviado e ano da citação”.

TELECONDUTAS N° 33 – ATENDIMENTO ÀS PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 8 |
| Conceitos | 8 |
| Ações da APS para atenção integral da população trans | 12 |
| Acolhimento e primeira consulta | 13 |
| Saúde mental | 15 |
| Hormonização | 16 |
| Critérios de elegibilidade para hormonização..... | 17 |
| Hormonização para mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas | 18 |
| Avaliação inicial | 18 |
| Prescrição da hormonização | 23 |
| Outras medicações | 27 |
| Monitoramento e ajuste da hormonização..... | 28 |
| Hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas | 30 |
| Avaliação inicial..... | 30 |
| Prescrição da hormonização..... | 35 |
| Monitoramento e ajuste da hormonização..... | 38 |
| Transformações corporais cirúrgicas | 42 |
| Outras transformações corporais | 42 |
| Transformações corporais transitórias..... | 43 |
| Transformação da voz..... | 45 |
| Acompanhamento clínico na APS | 45 |
| Rastreamentos..... | 45 |
| Saúde reprodutiva | 48 |
| Fertilidade..... | 48 |
| Anticoncepção | 48 |
| Abordagem às infecções sexualmente transmissíveis | 49 |
| Rastreamento e diagnóstico..... | 49 |
| Prevenção | 50 |
| Incongruência de gênero em crianças e adolescentes | 51 |
| Direitos das pessoas transexuais e travestis | 54 |
| Vulnerabilidades sociais | 55 |
| Encaminhamento para serviços especializados | 56 |

| | |
|--|-----------|
| Apêndices | 66 |
| Apêndice A – exemplos de sinalização dos banheiros de forma inclusiva..... | 66 |
| Apêndice B – proposta de acolhimento multiprofissional de pessoas trans na aps..... | 70 |
| Apêndice C – tcle para hormonização com uso de estrogênio e/ou antiandrógeno..... | 70 |
| Apêndice D – tcle para hormonização com uso de testosterona..... | 74 |
| Apêndice E – modelo de autorização para hormonização com estrógenos para menores de 18 anos..... | 77 |
| Apêndice F – modelo de autorização para hormonização com testosterona para menores de 18 anos... | 77 |
| Apêndice G – orientações para a retificação de registro civil..... | 78 |

Atualizações desta versão

- Correção na concentração de ciproterona no Climene®.
- Alteração na dose recomendada de ciproterona para hormonização de mulheres trans.
- Atualização da tabela de preços conforme Preço Máximo ao Consumidor (PMC).
- Reorganização dos critérios de elegibilidade, assim como do passo a passo para prescrição de hormonização transfeminina e transmasculina.
- Esclarecimentos sobre a resolução do CFM 2.333/2023, sobre o uso de testosterona.
- Inclusão de fluxograma de hormonização para mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas.
- Inclusão de fluxograma de hormonização para homens transexuais e pessoas transmasculinas.
- Incongruência de gênero em crianças e adolescentes.
- Rastreamento de IST na população trans, conforme recomendações do MS.

Este conteúdo é destinado para profissionais de saúde e tem por objetivo fornecer informações atualizadas e baseadas em evidências científicas.

Introdução

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm papel fundamental para coordenação do cuidado e acompanhamento integral de pessoas transexuais ou travestis, mesmo que a pessoa seja acompanhada em outros pontos da rede de atenção à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) são conquistas sociais que buscam garantir o direito constitucional à saúde para as pessoas trans [1]. Também ressalta-se que, atualmente, consideramos outras identidades nessa sigla, e que ela própria está em debate, diante do aparecimento de novas identidades e sujeitos políticos no Brasil, como, por exemplo, as pessoas intersexo, as pessoas não binárias, *queers*, assexuais, entre outros [2]. **Neste TeleCondutas, entretanto, trataremos especificamente da população travesti, transexual e das pessoas trans com identidades não binárias.** Para fins didáticos, neste material, o termo ‘trans’ será usado para se referir a mulheres transexuais, homens transexuais, travestis e pessoas não binárias. Este TeleCondutas é dedicado a instrumentalizar as equipes de APS para as principais abordagens em saúde dessas pessoas e para o seu cuidado integral.

Conceitos

Entender conceitos-chave é essencial para o melhor acolhimento da população trans na APS. O desconhecimento leva a conclusões equivocadas sobre a escolha dos usuários [3].

O gênero difere do entendimento que temos sobre o sexo. **Gênero é uma categoria sociológica e é produto da realidade social** [4]. A identidade de gênero é autodeterminada a partir das referências próprias do indivíduo, independentemente do gênero designado ao nascimento pela sociedade, que diz ‘é um homem’ ou ‘é uma mulher’ a partir do órgão sexual de uma pessoa [5,6]. As definições dos principais termos usados são descritos no [Quadro 1](#).

Quadro 1 – Conceitos-chave

| Termo | Definição |
|----------------------------------|---|
| Sexo | O sexo é atribuído aos indivíduos no nascimento, com base na genitália externa, na genitália interna e nos cromossomos. É uma categoria que surge das ciências biológicas para definir a capacidade reprodutiva dos seres humanos [7,8]. |
| Gênero | Dimensão social e histórica da construção do entendimento dos significados de masculino e masculinidades (como sinônimo de 'homem') e do feminino e feminilidades (como sinônimo de 'mulher'). |
| Expressão de gênero | Forma como a pessoa deseja se expressar com relação ao seu gênero, a partir da utilização de vestimentas, trejeitos, estereótipos. É diferente da identidade sexual ou de gênero de uma pessoa. Diz respeito à forma como lemos as pessoas, tendo comportamentos 'masculinos', 'femininos' ou andróginos dentro de uma dada cultura. |
| Identidade de gênero | É a compreensão que cada sujeito constrói sobre si em relação a seu gênero, como quer ser reconhecido e respeitado, mediante suas autopercepções e definições sociais de gênero. |
| Cisgênero | Indivíduo cuja identidade de gênero é a mesma do gênero designado ao nascimento. Por exemplo: uma pessoa que, quando nasceu, foi identificada como menina e se reconhece assim ao longo da vida. |
| Transgênero ou transexual | Indivíduo cuja identidade de gênero é diferente do gênero designado ao nascimento. Entender-se como pessoa trans pode ocorrer em qualquer fase da vida, na infância, na adolescência, na vida adulta ou na velhice. |
| Mulher trans | Pessoa que se identifica com o gênero feminino, apesar de ter sido designada com o gênero masculino ao nascer. Por isso, mulheres trans devem ser tratadas por nome e pronomes femininos. |
| Travesti | Pessoa designada como homem ao nascer, mas cujo gênero é feminino (por isso, deve ser tratada por nome e pronomes femininos). Se a categoria 'transexual' é um termo guarda-chuva global que funciona para categorizar qualquer experiência de transição de gênero, há aquelas identidades regionais, como as <i>berdaches</i> , no México, ou as <i>hijras</i> , na Índia. Assim, travesti é uma identidade de gênero própria da América Latina, cujo surgimento remonta ao período pré-colombiano. Tem uma história social bastante específica no Brasil e, muitas vezes, está conectada, para o senso-comum, à violência e à pobreza. Atualmente, no entanto, não existem diferenças entre travestis e mulheres transexuais, a não ser aquelas que remontam a significados históricos [7–9]. |
| Homem trans | Pessoa que se identifica com o gênero masculino, apesar de ter sido designada com o gênero feminino ao nascer. Por isso, homens trans devem ser tratados por nome e pronomes masculinos. |
| Pessoa não binária | Pessoa que não se identifica como sendo "homem" ou "mulher". Essa pessoa pode ou não se identificar como trans (entendendo que transicionou de gênero) ou apenas como pessoa não binária. Busca o reconhecimento social e jurídico de outras possibilidades para além do masculino e do feminino. É recomendado perguntar à pessoa quais pronomes ela prefere e, em todos os casos, trazer a possibilidade do tratamento "neutro" no uso das palavras, como forma de demonstrar respeito. Pessoas não binárias podem buscar hormonização para adquirir características masculinas ou femininas, transmasculina ou transfeminina. |
| Transfeminino | Termo não binário para descrever um espectro feminino de identidade de gênero [10]. |

| | |
|-----------------------|---|
| Transmasculino | Termo não binário para descrever um espectro masculino de identidade de gênero [10]. |
| Crossdresser | Pessoas que usam vestimentas do gênero diferente daquele com o qual se identificam, por motivos diversos e, na maioria das vezes, em situações específicas. Não é uma identidade de gênero. |
| Drag queen | Pessoas que realizam performances artísticas a partir de uma representação feminina, sem que a performance denote o seu gênero, pois também não é uma questão de identidade de gênero. Também existem os <i>drag kings</i> (mulheres que representam personagens masculinos) e ainda outras variações dessa arte, que no Brasil também é tratada por transformismo. |
| Intersexo | Pessoas com desenvolvimento reprodutivo diferente do usual, podendo apresentar corpos com combinações distintas em relação a características sexuais (cromossomos, genitálias, gônadas), que não se enquadram nas categorias biológicas binárias de masculino e feminino. Essas pessoas podem necessitar de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais ao longo da vida, quando baseados em evidências científicas, após a discussão de soluções alternativas que protejam a integridade física e respeitem a autonomia [11,12]. É possível, inclusive, observar pessoas trans intersexo, ou seja, quando nasceram foram designadas de um gênero, mas, ao longo da vida, se reconheceram com um gênero diferente. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ciasca et al. (2021), Lopes et al. (2020), Whitlock et al. (2019) Klein et al. (2018), United Nations Human Rights (2018), Machado (2005) e Jesus (2012) [2,7,8,10–13].

Apesar de os conceitos aparentarem ser muito fixos, ressalta-se que não se deve tentar enquadrar as pessoas em categorias. No contexto do cuidado, é fundamental perguntar como a pessoa se identifica. Por exemplo, se ela se identificar como uma travesti, o profissional deve aceitar essa identificação sem questioná-la. Mesmo identidades que não estão descritas aqui podem surgir. O entendimento sobre as identidades de gênero está em constante mudança e construção. É importante também perguntar como a pessoa gostaria de ser chamada e quais os pronomes devem ser utilizados, inclusive demonstrar abertura se o paciente solicitar gêneros neutros como elu/delu.

Já a orientação e a identidade sexual são diferentes da identidade de gênero, e o profissional deve sempre perguntar como a pessoa se identifica também em termos das suas práticas sexuais. A orientação sexual é por quem se sente atração sexual, podendo ser homo/bi/pan/assexual. A identidade sexual é como a pessoa se identifica em relação a tipologias sexuais histórica e socialmente construídas, que incluem aspectos da orientação sexual, experiências e comportamentos, relacionamentos afetivo-sexuais e expressão de gênero [2]. As definições são descritas no [Quadro 2](#).

Quadro 2 – Termos e definições quanto à orientação sexual

| Termo | Definição |
|---|--|
| Heterossexual | Pessoa que tem atração (sexual e/ou afetiva) por pessoas com identidade de gênero diferente da sua. |
| Homossexual | Pessoa que tem atração (sexual e/ou afetiva) por pessoas com identidade de gênero igual à sua. |
| Bissexual e pansexual | Pessoa que tem atração (sexual e/ou afetiva) por mais de um gênero. |
| Assexual | Pessoa sem interesse na prática sexual, mas com atração física e afetiva. |
| Homens que fazem sexo com homens (HSH) | É um termo cunhado para designar a prática sexual entre homens que fazem sexo com outros homens, podendo ou não serem autodeclarados heterossexuais, homossexuais, bissexuais ou pansexuais. Muitos homens heterossexuais têm práticas sexuais com outros homens, mas não reivindicam ou não tem necessidade de se categorizar com orientação sexual diferente. O mesmo foi cunhado para mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) e se consideram, se perguntadas, heterossexuais. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Lopes et al. (2020), Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) e Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (2016) [7,14,15].

A diversidade sexual e de gênero pode ser caracterizada por múltiplas combinações que não são estáticas, que podem se modificar, e que não estão restritas à hormonização ou procedimentos cirúrgicos ou ambulatoriais, por exemplo. O [Quadro 3](#) expõe exemplos de erros frequentes no atendimento de pessoas trans e sua explicação, a fim de evitá-los.

Quadro 3 – Erros comuns no atendimento de pessoas transexuais, travestis e não binárias

| Erros comuns | Explicação |
|---|--|
| Considerar que só existem dois tipos de sexos (masculino e feminino). | Existe uma diversidade do sexo que envolve múltiplas combinações possíveis entre cromossomos, hormônios, genitais e caracteres sexuais secundários. |
| Considerar que orientação sexual é o mesmo que comportamento sexual. | Orientação sexual se refere à atração sexual, que pode ou não ser efetivada no ato sexual. Não é necessário existir a relação sexual para que se defina a atração sexual. |
| Confundir incongruência de gênero com disforia de gênero. | Incongruência de gênero refere-se a não identificação com o gênero designado no nascimento e disforia se refere ao sofrimento relacionado à incongruência de gênero. |
| Considerar definições de diversidade sexual e de gênero como imutáveis. | A travestilidade, por exemplo, foi ressignificada diversas vezes ao longo da história. É necessário entender que os conceitos e o entendimento das pessoas sobre suas existências fazem parte do processo social e do movimento da história. |

| | |
|---|---|
| Considerar a diversidade de gênero e sexual uma moda. | A diversidade sexual e de gênero estão presentes na história da humanidade desde o seu início. |
| Incluir mulheres trans em estudos com homens que fazem sexo com homens (HSH). | Considerar mulheres trans em pesquisas como HSH é uma forma de violência, pois as invisibiliza enquanto identidade de gênero e ignora que reivindicam serem tratadas como mulheres. O mais adequado seria considerar mulheres trans como um grupo de estudo específico. |

Fonte: Ciasca et al. (2021) [2].

Historicamente, o comportamento das pessoas foi vinculado ao sexo, e o gênero à genitália, definindo o feminino pela presença de vagina e o masculino pelo pênis. Qualquer desalinhamento a essa construção social era caracterizado, para a medicina e as ciências psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise), como desordem mental [16]. Porém, com o movimento pela despatologização das identidades trans, em 2019, a OMS excluiu o termo ‘transexualidade’ do capítulo de saúde mental do Código Internacional de Doenças (CID). Foi incluído, então, o termo ‘incongruência de gênero’, localizado no capítulo de Condições Relacionadas à Saúde Sexual, no CID-11 [17]. Esse pode não ser o termo ideal, mas foi criado com a intenção de nomear situações em que o gênero com que uma pessoa se reconhece não é o mesmo que aquele atribuído a ela no nascimento, sem trazer a percepção de patologia. Ressalta-se que os termos ‘transexualismo’ ou ‘travestismo’ não devem ser utilizados, pois o sufixo ‘ismo’ foi utilizado, no passado, para denotar uma condição patológica e ainda carrega esse estigma, sendo substituído, atualmente, pelo sufixo ‘idade’ [6]. Da mesma forma, não se deve utilizar o termo ‘ideologia de gênero’, mas, sim, identidade de gênero, e o termo ‘terapia reparativa/curativa’ ou ‘hormonioterapia’ deve ser substituído por hormonização [2].

Ações da APS para atenção integral da população trans

A APS deve ser parte da rede de atenção integral da população transexual, travesti e não binária, tanto pela proximidade com o território, quanto pela própria característica da APS. Os profissionais que atenderem esses pacientes devem estar preparados para não realizar um atendimento transfóbico, bem como para entender que essas pessoas já passaram por muitas situações de violência, o que certamente reflete no modo como elas acessam a saúde. A transfobia é uma gama de atitudes, sentimentos ou ações negativas, discriminatórias ou preconceituosas contra pessoas transgênero ou pessoas percebidas como tal. A transfobia pode ser caracterizada como repulsa emocional, medo, violência, raiva ou desconforto sentidos ou expressos em relação a pessoas transgênero. Reforçar a identidade de gênero, fazer o uso adequado de pronomes e do nome social são atitudes fundamentais, mesmo quando os pacientes são jovens [2,18,19]. Além disso, os profissionais devem estar preparados para intervir em contextos de violência institucional transfóbica [2,20].

É importante haver um espaço acolhedor no serviço de saúde. A ambiência institucional deve demonstrar que o serviço acolhe a diversidade sexual e de gênero. O cuidado com a ambiência pode incluir, por exemplo, cartazes sobre o direito ao nome social e bandeiras LGBTQIA+ no mural da unidade, uso de broches e adesivos de arco-íris ou outros símbolos LGBTQIA+ por profissionais de saúde e sinalização dos sanitários de forma inclusiva, que divulguem o direito de cada pessoa usar o banheiro de acordo com o gênero com o qual se identifica ([Apêndice A](#)) [2].

Quadro 4 – Ações da APS voltadas à atenção integral da população trans

- Ter abordagem que acolha a diversidade sexual e de gênero nas diversas ações da APS.
- Verificar a disponibilidade de vacina contra a hepatite A para adolescentes e adultos*.
- Prevenir, diagnosticar e tratar infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial ofertar a realização de testes rápidos.
- Fazer gestão do risco e prevenção combinada do HIV, incluindo prescrição e acompanhamento de PrEP e PEP.
- Diagnosticar e manter o cuidado longitudinal de pessoas vivendo com HIV/aids.
- Disponibilizar métodos anticoncepcionais, inclusive colocação de DIU e, conforme disponibilidade, implante subdérmico.
- Orientar sobre saúde reprodutiva.
- Ofertar suporte às transições do ciclo de vida, inclusive fases de conflitos familiares relacionados à orientação sexual e identidade de gênero.
- Promover a presença e o acolhimento da família, e não condenação da identidade trans.
- Detectar precocemente e estar atento ao sofrimento mental decorrente da transfobia.
- Detectar e abordar sobre violência doméstica entre parcerias.
- Prescrever e acompanhar a hormonização de pessoas transexuais e travestis.
- Orientar sobre estratégias para garantia de acesso a medicamentos, dispensação de hormônios e outros fármacos associados, tal como recursos da prevenção combinada.
- Disponibilizar gel lubrificante, preservativo interno e externo em local de fácil acesso, sem necessidade de atendimento prévio.
- Facilitar o acesso de pessoas transexuais e travestis aos serviços de saúde, com atenção especial para populações mais vulneráveis, como profissionais do sexo e população em situação de rua.
- Reconhecer a estrutura complementar de cuidados à saúde e assistência social à população LGBTQIA+, sabendo orientar sobre os diferentes dispositivos da rede, comunidade, ONGs, grupos de convivência, e serviços específicos que possam auxiliar no processo de cuidado, reconhecendo as interseccionalidades.
- Orientar acerca do nome social e retificação de registro civil.
- Promover grupos de acolhimento e convivência entre pessoas trans, LGBTQIA+.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ciasca et al. (2021) e Ministério da Saúde (2018) [2,21].

*A ampliação da oferta de vacinação para pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e HSH) está sujeita a disponibilidade, conforme disposto na Nota Informativa nº 10/2018 - 10/2018-COVIG/CGVP/DIAHV/SVS/MS.

Acolhimento e primeira consulta

É impossível presumir a identidade de gênero ou orientação sexual de uma pessoa antes que ela mesma verbalize. Por isso, para melhores desfechos no atendimento, o tema deve sempre ser abordado. É importante perguntar sobre as experiências de gênero e sexualidade na infância e na puberdade, e os

impactos dessas experiências na identidade e na vida da pessoa. A saúde sexual, a orientação sexual, o prazer, a violência e as vulnerabilidades também devem ser abordadas.

Durante o atendimento, é fundamental entender a demanda da pessoa, evitando pressupor que o único desejo é a hormonização ou então que suas preocupações se restringem às IST [2,6]. Por fim, deve-se questionar se há desejo e expectativa de mudança de aparência e, caso exista, conversar sobre o assunto. Propomos um roteiro no [Apêndice B](#) deste TeleCondutas.

Deve-se ter cuidado no uso da linguagem ([Quadro 5](#)) e, caso haja algum erro por parte do profissional, é importante desculpar-se e corrigir o erro. Também vale não reproduzir estigmas ou preconceitos, mesmo aqueles mascarados como se elogios fossem (por exemplo, dizer que a pessoa “nem parece ser trans”). Em situações em que termos ou práticas desconhecidas aos profissionais de saúde apareçam na consulta, a melhor conduta é pedir explicações à pessoa, para compreender melhor o contexto, de forma que demonstre interesse pela realidade do paciente e que evite erros derivados de compreensões equivocadas [2,6].

Quadro 5 – Expressões a serem utilizadas ou evitadas no atendimento

| Linguagem a ser evitada | Linguagem recomendada |
|--|---|
| Esposo, esposa, marido | Parceria(s) |
| Pai, mãe | Responsáveis |
| Camisinha masculina | Preservativo externo |
| Camisinha feminina | Preservativo interno |
| Cirurgia de troca de sexo | Cirurgia de modificações corporais/cirurgia genital ou de afirmação de gênero |
| Hormonioterapia/Terapia hormonal/Tratamento hormonal | Hormonização |
| MTF (“male to female”/homem que virou mulher/mulher em corpo de homem) | Mulher trans |
| FTM (“female to male”/mulher que virou homem/homem em corpo de mulher) | Homem trans |
| Homem biológico/homem de verdade | Homem cis |
| Mulher biológica/mulher de verdade | Mulher cis |
| Assexuado | Assexual |
| Hermafroditismo | Intersexo |
| O travesti | A travesti, sempre no feminino |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ciasca et al. (2021) [2].

Saúde mental

Pessoas transexuais e travestis têm maior prevalência de sofrimentos e adoecimentos mentais como: ansiedade, depressão e ideação suicida, comparados com pessoas cisgênero [22]. Além disso, estão sujeitas à maior vulnerabilidade social, fator de risco para doenças psiquiátricas, sendo de extrema importância a avaliação da saúde mental desses indivíduos na APS.

Ressalta-se que a identificação de prejuízos na saúde mental, *a priori*, não exclui o apoio às transformações corporais desejadas ou às mudanças no papel de gênero vivido. Os profissionais devem identificar e tratar problemas de saúde mental, mas evitar a suposição de que tais condições estejam relacionadas à identidade de gênero [10].

Fatores modificáveis que podem ser abordados em intervenções para prevenção de suicídio em populações trans são [23]:

1. Inclusão social. Algumas das medidas afirmativas a serem implementadas são: estimular os familiares e a comunidade a aceitarem a expressão da identidade autêntica da pessoa trans, bem como a busca por rede de apoio nos ambulatórios especializados e em outros ambientes acolhedores, campanhas de conscientização em mídias sociais e alteração nos documentos de identificação;
2. Medidas de proteção à transfobia (incluindo estigma internalizado, bem como vitimização violenta); e
3. Transição sexo/gênero. A taxa de suicídio reduz substancialmente com o acesso à transição por meio de hormônios e/ou cirurgias. A hormonização nos casos indicados, portanto, geralmente melhora o desfecho em saúde mental.

O diagnóstico de disforia de gênero deve ser feito com cuidado para não patologizar as identidades de gênero. Disforia de gênero é o sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa [2].

O acompanhamento psicológico durante a transição de gênero é indicado e inclui avaliações periódicas da pessoa em relação à sua saúde mental, não sendo exclusivo do profissional psicólogo ou psiquiatra. Já a psicoterapia se refere a técnicas terapêuticas específicas e deve ser realizada por profissional capacitado da própria equipe da APS ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outro serviço de referência em saúde mental do território. A psicoterapia, se desejada pela pessoa, deve ser oferecida quando disponível. Para a população trans, além das indicações usuais, a psicoterapia também pode ser útil para lidar com vivências de violência, discriminação e estigma, questões relacionadas ao corpo e à vida sexual, transfobia internalizada (culpa, vergonha, sentimento de menos-valia) e dificuldades com a transição social de gênero [2,24,25].

Possíveis condições psiquiátricas não estabilizadas e que podem limitar a habilidade em oferecer consentimento informado ou tornar o cuidado na afirmação de gênero mais difícil devem ser afastadas e tratadas se houver suspeita clínica [10]. As principais condições que podem confundir o quadro clínico são esquizofrenia, transtornos psicóticos, abuso de substâncias, transtornos dissociativos, transfobia internalizada, transtorno de personalidade *borderline*, transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal. Se houver dúvidas quanto ao diagnóstico, orienta-se encaminhamento para serviço especializado em saúde mental [2,6].

As alterações de humor também podem ser resultantes da hormonização com testosterona. Nos primeiros dias após a realização da injeção de testosterona, pode ser percebida agressividade e humor expansivo, e, nos dias imediatamente anteriores à nova dose, podem ocorrer fadiga e irritabilidade [25]. Também há evidências de melhora dos sintomas de humor ao longo do uso da testosterona, especialmente no primeiro ano; apesar disso, não há associação direta entre os níveis séricos de testosterona ou seu efeito masculinizante e melhora de sintomas de humor [26]. Ainda, o uso de testosterona poderia aumentar o risco de sintomas depressivos e ideação suicida, especialmente em pessoas com história de depressão. Recomenda-se, portanto, o monitoramento ativo de alterações de humor (tanto de sintomas depressivos, quanto de irritabilidade) ou comportamento suicida [26].

Mulheres trans em hormonização, principalmente em uso de ciproterona ou progestágenos, também podem experimentar sintomas semelhantes a sintomas depressivos (fadiga, anedonia, prostração, melancolia) em alguns momentos, podendo agravar ou desencadear sintomas depressivos se a pessoa já tiver um diagnóstico de base [3,27,28].

Hormonização

Os principais objetivos da hormonização são desenvolver os caracteres sexuais secundários dentro da identidade de gênero e amenizar ou suprimir as características sexuais relacionadas ao corpo de nascimento [2]. Porém, é fundamental lembrar que nem toda pessoa transgênero deseja hormonização [2,29].

Pessoas transexuais e travestis que desejam modificações corporais por meio de hormonização e que não apresentam contraindicações clínicas podem ser acompanhadas na APS ou, alternativamente, quando disponível e quando a equipe de saúde achar necessário, em ambulatórios especializados [2,10]. Ver mais no capítulo de [Encaminhamento para serviços especializados](#). É importante ressaltar que algumas pessoas trans acabam se automedicando com hormônios por vários motivos, incluindo medo de rejeição por profissionais da saúde, atrasos no início da hormonização e custo do tratamento. Os riscos da automedicação, o longo tempo de espera para acesso a especialistas focais e o entendimento do papel da atenção primária no cuidado integral e longitudinal dos indivíduos são fatores importantes para considerar o início da hormonização na APS [2].

Critérios de elegibilidade para hormonização

Não existem critérios a serem preenchidos para determinar incongruência de gênero, nem é necessário determinar um tempo mínimo de identidade de gênero pública para iniciar o processo de hormonização [2]. Para ser elegível para o início da hormonização, basta que a pessoa tenha incongruência de gênero persistente, tenha capacidade de tomar uma decisão bem-informada e não tenha problemas de saúde física e mental que contraindicam o tratamento [30].

Os critérios para início de hormonização estão listados no [Quadro 6](#), e serão detalhados na sequência.

Quadro 6 – Critérios de elegibilidade para início da hormonização

1. Ter incongruência de gênero persistente e documentada.
2. Capacidade de tomar uma decisão bem informada.
3. Condições de saúde física e mental razoavelmente bem controladas (ausência de contraindicações absolutas).
4. Idade permitida conforme legislação brasileira: a partir de 16 anos. Dos 16 aos 18 anos, considerar hormonização após autorização do(s) responsável(is).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Tangpricha (2023), Dynamed (2023) e Ciasca (2021) [2,28,31].

Incongruência de gênero persistente: Descrever e documentar a persistência da incongruência de gênero. Não há um tempo mínimo para iniciar a hormonização.

Capacidade de consentir e assinatura do TCLE: Ressalta-se que a presença de problemas de saúde mental, em um primeiro momento, não exclui o apoio às transformações de gênero, desde que estejam preservadas a capacidade cognitiva e a autonomia. Também não é necessário laudo ou parecer psicológico/psiquiátrico antes do início da hormonização. Se houver preocupações persistentes em relação à capacidade do paciente para consentir, deficiência cognitiva ou problemas de saúde mental graves não controlados, o encaminhamento ao serviço de saúde mental é indicado. Veja mais na seção [Saúde Mental](#). Além das considerações em torno do consentimento, ao trabalhar com indivíduos vulneráveis, deve-se tomar cuidado especial para garantir que apoios sociais adequados estejam disponíveis [3].

Também é necessário consentir e compreender sobre riscos, precauções, efeitos colaterais do tratamento (ciência e, preferencialmente, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, [Apêndice C](#) e [Apêndice D](#)). O TCLE deve ser assinado em duas vias - uma a ser anexada ao prontuário ou guardada em uma pasta física, e outra a ser entregue à pessoa ([Apêndice C](#) e [Apêndice D](#)) [6]. Sugere-se entregar o termo na primeira consulta, para que a pessoa tenha tempo hábil de ler e de trazer as dúvidas no retorno para discussões e esclarecimentos, antes do início da hormonização.

Idade: O 'Processo Transexualizador no SUS', que foi ampliado em 2013, definia que a hormonização só poderia ser iniciada com 18 anos ou mais, e que os procedimentos cirúrgicos só poderiam ser realizados a partir dos 21 anos de idade, desde que a pessoa tivesse pelo menos 2 anos de acompanhamento com equipe multiprofissional [32]. Depois disso, a atual resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº

2.265/2019 reconheceu a possibilidade do início de hormonização aos 16 anos de idade e de realização de cirurgias de redesignação de gênero a partir dos 18 anos, desde que haja acompanhamento prévio de 1 ano com a equipe multiprofissional no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador [33].

Quando a pessoa que busca atendimento tem entre 16 e 18 anos, deve-se idealmente encaminhar para serviço especializado em atendimento a crianças e adolescentes transgêneros. Na ausência, em casos específicos, podem ser indicados hormônios, sob acompanhamento, com equipe multiprofissional capacitada na APS, considerando a necessidade de redução de danos e o potencial prejuízo que o uso indiscriminado de hormônios sem orientação e acompanhamento adequados pode ocasionar [6]. Nesses casos, é necessária a autorização por escrito dos responsáveis legais para realizar a hormonização (modelos no [Apêndice E](#) e [Apêndice F](#)).

Antes dos 16 anos deve-se sempre acompanhar a criança ou adolescente e sua família, sendo fundamental para ambos o apoio à transição e à legitimação da identidade de gênero. Se incongruência de gênero associada à ansiedade e depressão intensas ou ideação suicida, pode-se encaminhar para acompanhamento em conjunto com profissionais da área psicossocial capacitados para o tema ou para a equipe multiprofissional no serviço de atenção especializada de referência para atendimento a crianças e adolescentes trans. O acompanhamento, nessa fase, visa prevenir cirurgias corretivas futuras e surgimento de morbidades, principalmente relacionadas à saúde mental. A indicação de bloqueio puberal aos primeiros sinais de puberdade (estágio 2 de Tanner) deve ser avaliado em ambulatórios especializados [33].

Hormonização para mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas

A hormonização em mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas tem como objetivo o desenvolvimento de caracteres secundários femininos e a supressão de caracteres masculinos.

Avaliação inicial

O passo a passo da consulta que vise a hormonização de mulheres trans é:

- 1. Questionar como a pessoa deseja ser chamada.**
- 2. Avaliar e documentar em prontuário a persistência da incongruência de gênero.**
- 3. Perguntar objetivos e expectativas para as transformações corporais.** Isso irá guiar o nível de intervenções necessárias.
- 4. Realizar avaliação integral de saúde.** Questionar sobre queixas, saúde mental, comorbidades, uso prévio ou atual de hormônios, medicações, tabagismo, álcool e drogas. Em especial, avaliar fatores que interfiram em contraindicações e precauções (Quadro 7 e Quadro 8): história pessoal ou familiar de doenças cardiovasculares, tromboembolismo, doença hepática, neoplasia de mama e de próstata.

5. **Abordar desejo de fertilidade.** Questionar saúde sexual e reprodutiva, parcerias, práticas sexuais, necessidade de método contraceptivo.
6. **Examinar conforme queixas clínicas, além de pressão arterial, peso, altura.**
7. **Solicitar exames laboratoriais ([Quadro 9](#)).**
8. **Informar sobre riscos potenciais e efeitos adversos da hormonização ([Quadro 10](#)), com entrega do TCLE antes de iniciar a hormonização ([Apêndice C](#)).**

Quadro 7 – Contraindicações e precauções ao uso de estrogênio para mulheres trans, travestis e pessoas transfemininas

| Contraindicações | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - doença cardiovascular isquêmica instável; - história pessoal de neoplasia estrogênio dependente (mama e útero); - doença hepática crônica grave; - condições psiquiátricas não estabilizadas que impedem a realização de consentimento informado (esquizofrenia, transtornos psicóticos, transtornos dissociativos, transfobia internalizada, transtorno de personalidade <i>borderline</i>, transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal); - hipersensibilidade a componentes da fórmula. | | |
| Precauções e considerações para minimizar riscos associados à hormonização | | |
| Condição | Cuidados gerais | Cuidados em relação à hormonização |
| Tabagismo | Incentivar e apoiar a cessação do tabagismo. Reposição de nicotina e/ou bupropiona podem ser utilizadas, pois não há interação de risco com a hormonização. | Preferir estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |
| História pessoal de tromboembolismo | Identificar e manejar fatores de risco associados. | Preferir estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |
| Síndrome metabólica | Incentivar mudança de estilo de vida. | Considerar estradiol transdérmico. |
| Diabetes não controlada | Identificar dificuldades para atingir controle glicêmico. | Considerar estradiol transdérmico. |
| Hipertensão arterial não controlada | Identificar dificuldades para atingir controle pressórico. | Considerar estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico e evitar IECA ou BRA por risco de hipercalemia com espironolactona. |
| Hipertrigliceridemia grave Dislipidemia | Orientação nutricional, minimizar consumo de álcool. Avaliar indicação de estatina e/ou fibratos. | Preferir estradiol transdérmico. |

| | | |
|---|--|---|
| Doença cardiovascular isquêmica estável Doença cerebrovascular | Otimizar tratamento e controle de fatores de risco. Reforçar prevenção secundária com estatinas e AAS. | Preferir estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |
| Enxaqueca grave ou refratária | Otimizar profilaxia, controlar outros fatores de risco cerebrovasculares. | Considerar estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |
| Disfunção hepática | Avaliar causa e tratamento conforme etiologia. | Preferir estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |
| Epilepsia | Abordar e minimizar exposição a desencadeantes de crises, tais como sono de má qualidade, uso de drogas ou álcool e má adesão ao tratamento. Considerar compartilhar o cuidado com neurologista. | Avaliar interação medicamentosa entre estrogênios e anticonvulsivantes. |
| Hiperprolactinemia | Avaliar sinais e sintomas de hiperprolactinemia. Investigar possíveis causas antes do início da hormonização. | Se a elevação do nível de prolactina ocorrer durante a hormonização feminilizante e for menor que 80 µcg/L, deve-se excluir fontes externas de estrogênio além da prescrita e repetir exame em 2 a 3 meses. Quando o nível sérico for igual ou maior que 80 µcg/L ou paciente sintomático, proceder redução de dose de estrogênio, avaliação de outras medicações que aumentam a prolactina ou uso adicional de estrógeno. Após a abordagem desses aspectos, repete-se a prolactina em 6 a 8 semanas, se o nível da prolactina permanecer elevado, sugere-se realização de RNM da sela túrcica. Preferir espironolactona como antiandrogênico. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (20232), adaptado de Bourns (2019) Klein et al. (2018), Tangpricha e Safer (2023) e Hembree et al. (2017) [3,10,31,34].

IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina; RNM ressonância nuclear magnética.

Quadro 8 – Contraindicações ao uso de antiandrogênicos

| Medicação | Contraindicações |
|------------------------|--|
| Espironolactona | <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência renal com TFG <30 mL/min; - Hipercalemia; |
| Ciproterona | <ul style="list-style-type: none"> - Doença hepática ativa ou disfunção hepática; - Insuficiência renal grave; - Depressão crônica grave (cautela em todos pacientes com depressão); - História prévia ou atual de tumores hepáticos; - História prévia ou atual de meningeoma; - História de TEV. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (20232), adaptado de Bourns (2019), Klein et al. (2018), Tangpricha e Safer (2023) Lexicomp e Merative Micromedex [3,10,31,35–37].

TFG: taxa de filtração glomerular; TEV: tromboembolismo venoso.

Exames complementares iniciais devem ser solicitados, conforme [Quadro 9](#). É importante ressaltar que devem ser considerados outros exames, conforme condições clínicas, e os resultados dos exames de rastreio.

Quadro 9 – Acompanhamento de mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas em hormonização

| Exame | Consulta pré hormonização | 3° mês | 6° mês | Anualmente |
|--|--|--------|--------|------------|
| Avaliação clínica (anamnese, avaliação de questões de saúde mental e exame físico, incluindo aferição da pressão arterial, peso e sinais de feminilização) | x | x | x | x |
| Creatinina/Potássio ¹ | x | x | x | x |
| Testosterona total | | x | x | x |
| Estradiol | | x | x | x |
| Prolactina ² | x | | | x |
| TGO/TGP | Avaliar solicitação antes e durante a hormonização em pacientes com fatores de risco para doença hepática (ex: abuso de álcool, história de hepatite ou lesão hepática). | | | |
| Glicemia | Considerar conforme fatores de risco, RCV e outras comorbidades. | | | |
| Colesterol total, HDL e triglicérides (considerar somente conforme fatores de risco e RCV) | Considerar conforme fatores de risco, RCV e outras comorbidades. | | | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (20232), adaptado de Klein et al. (2018), Dynamed (2023), Tangpricha e Safer (2023) Deutsch (2016) [10,28,31,38].

¹ Se uso de espironolactona. Para a creatinina, usar como valor de referência o limite superior da normalidade para homens cis.

² Antecipar a coleta na presença de sintomas: cefaleia, alterações visuais e galactorreia [10,28].

Antes do início da hormonização, é necessário que a pessoa seja esclarecida sobre os efeitos colaterais e os riscos associados ao uso de hormônios, visto que algumas transformações corporais são irreversíveis e pode ocorrer prejuízo potencial na fertilidade. A probabilidade de um evento adverso grave ocorrer depende da medicação em uso, dose, via de administração e das características clínicas dos pacientes (idade, comorbidades, hábitos de vida). Os riscos associados com a hormonização feminilizante estão descritos no [Quadro 10](#) e resumidos com linguagem acessível no TCLE. Ao final, sugere-se que o paciente leve o TCLE para ler em casa, após a primeira consulta, e discutir na consulta de retorno com resultado de exames.

Quadro 10 – Possíveis riscos e eventos adversos da hormonização em mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas

| | |
|------------------------|---|
| Estrogênio | <ul style="list-style-type: none"> - doença tromboembólica; - colelitíase; - hipertrigliceridemia; - elevação transitória de enzimas hepáticas (mais comumente associada à via oral); - ganho de peso; - doença cardiovascular (possível aumento de risco na presença de fatores de risco adicionais); - hipertensão; - hiperprolactinemia/prolactinoma ou galactorreia não associada à hiperprolactinemia (autolimitada); - prejuízo na fertilidade potencialmente irreversível (diminuição do número de espermatozoides e diminuição do volume seminal); - diminuição do desejo sexual e de orgasmos; - dificuldade de ereção para penetração; - cefaleia, náuseas e vômitos; - reações de pele (adesivo transdérmico); - diabetes mellitus tipo 2; - câncer de mama*. |
| Espironolactona | <ul style="list-style-type: none"> - hipercalemia; - hipotensão e desidratação. |
| Ciproterona | <ul style="list-style-type: none"> - depressão; - disfunção hepática; - formação de meningiomas multifocais, após vários anos de uso. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ciasca (2021), Coleman (2012) e Hamidi (2019) [2,25,27].

*Evidência inconclusiva de risco.

Prescrição da hormonização

Na **consulta de retorno**, com exames e rediscussão do TCLE, as dúvidas devem ser discutidas e a decisão da medicação deve ser compartilhada, levando em consideração disponibilidade, custo, escolha pessoal, condições de saúde e efeitos colaterais [2].

Os estrogênios são os principais responsáveis pelos efeitos feminilizantes. No entanto, para mulheres trans que apresentam as gônadas funcionantes, a hormonização somente com estrógenos não é suficiente para suprimir a testosterona aos níveis esperados. Assim, além da estrogenização, é necessário a associação de antiandrogênicos (espironolactona ou ciproterona), sempre que possível [31]. Evita-se o uso de antiandrogênicos de forma isolada devido ao risco de perda de massa óssea. Após a cirurgia genital, com a retirada das gônadas, geralmente não há mais necessidade do uso de antiandrogênicos, entretanto, o uso de estrogênios deve ser mantido, pois a ausência de esteroides sexuais circulantes aumenta o risco de osteoporose e doenças cardiovasculares [2].

Destaca-se que o etinilestradiol, que é o estrógeno mais comum nas pílulas contraceptivas no Brasil, não é preconizado nos esquemas hormonais feminizantes devido a sua associação com eventos tromboembólicos e doenças cardiovasculares [2].

Progestágenos, como medroxiprogesterona, dienogeste, dihidrogesterona e algestona acetofenida (associados ou não a estrogênios - Perlutan[®], Pregnanol[®], Preg-Less[®], Uno-Ciclo[®] e Dáiva[®]), apesar de serem bastante utilizados pelos pacientes por conta própria, não são recomendados como esquemas preferenciais, pois faltam estudos para afirmar sua eficácia, segurança ou malefício na hormonização de pessoas trans até o momento [2,30].

Uma revisão de Cochrane de 2020 concluiu que as evidências são insuficientes para determinar o grau de eficácia ou de segurança da hormonização em mulheres trans, travestis e pessoas transfemininas. Até o momento, as recomendações de hormonização e de monitoramento laboratorial são baseadas em opiniões de especialistas e em estudos com limitações metodológicas [39].

Quadro 11 – Estrógenos e antiandrogênicos disponíveis no Brasil para mulheres trans, travestis e pessoas transfemininas

| Dose inicial | Dose usual | Dose máxima | Disponibilidade no SUS/custo aproxim. ¹ | Observações | |
|--|---|---|---|--|--|
| Estrógenos | | | | | |
| 17β-Estradiol (ou Estradiol bioidêntico) oral Natifa® (1 mg) | 2 mg/dia | 4 mg/dia (quando não associado com antiandrogênico); 2 - 4 mg/dia (com uso de antiandrogênico) | 6 mg/dia | Não disponível* Caixa com 28 cp – R\$57,54 a R\$73,77 | É o mais comumente prescrito. Doses maiores que 2 mg/dia podem ser divididas em duas tomadas, caso facilite adesão [11]. |
| Valerato de estradiol oral Primogyna® (1 e 2 mg) Climene® - Valerato de estradiol 2 mg + acetato de ciproterona 1 mg | 2 mg/dia | 4 mg (quando não associado com antiandrogênico); 2 - 4 mg (com uso de antiandrogênico) | 6 mg/dia | Não disponível* Primogyna® 2 mg 28 cp: R\$86,73 a R\$111,20. Climene® 21 cp - R\$32,68 a R\$41,90 | Climene® tem 11 drágeas com valerato de estradiol 2 mg e 10 drágeas com valerato de estradiol 2 mg + acetato de ciproterona 1 mg). A prescrição será de acordo com a dose de estradiol, visto que a dose de ciproterona não alcança os níveis preconizados para a ação antiandrogênica |
| Estradiol – adesivo transdérmico - Estradot® 25, 50 e 100 µcg de estradiol - System® 25, 50 e 100 µcg de estradiol | 25 µcg/dia (1 adesivo de 25 µcg), trocados 2x/semana. | 50 a 200 µcg/dia (adesivos trocados 2x/semana) | 200 µcg/dia (2 adesivos de 100 µcg), trocados 2x/semana. | Não disponível. Estradot® 50 mcg 8 adesivos: R\$116,10 a R\$148,85 System® 50 mcg 8 adesivos: R\$ 115,16 a R\$147,63 | Via preferencial para pacientes com maior risco cardiovascular. Porém, menos acessíveis em razão do custo. |
| 17β-estradiol em gel (0,5 ou 1 mg/sachê) - Oestrogen® <i>pump</i> 0,6 mg/g - Sandrena® sachê 0,5 e 1 mg | Pumps: 2 doses (pumps) de 0,75 mg/dia, uso tópico; | <i>Pumps</i> : 4 doses (pumps)/dia; Sachê: 1 mg/dia. | <i>Pumps</i> : 4 doses (pumps)/dia; Sachê: 2 a 4 mg/dia. | Não disponível. Oestrogen® 80 g (64 pumps) - R\$64,67 a R\$82,91. Sandrena® 1 mg 28 sachês - R\$72,45 a R\$92,89. | Via preferencial para pacientes com maior risco cardiovascular. Aplicada na coxa, abdome ou região lombar, sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes do contato de tecidos ou outros materiais com a pele. O gel é apresentado em tubo de alumínio, com uma régua ou uma válvula que libera doses por |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------|----------------|---|---|
| | Sachê: 0,5 mg/dia, uso tópico. | | | | pressão (<i>pumps</i>). Cada medida da régua contém 1,5 mg de estradiol, que equivale a duas pressões (<i>pumps</i>) do tubo com válvula dosadora. |
| Antiandrogênicos | | | | | |
| Espironolactona (25, 50 e 100 mg) | 50 mg/dia | 100 mg/dia | 150 mg, 2x/dia | Disponível. 30 cp 100 mg - R\$ 40,31 a R\$51,68. | A dose total diária pode ser administrada 1x/dia, pela manhã ou à noite [3]. Evitar uso concomitante de medicamentos que possam aumentar risco de hipercalcemia, como: sulfametoxazol-trimetoprima, heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular, IECA, BRA, diuréticos poupadores de potássio. Se necessário, usar baixa dose de espironolactona, com aumento gradual. |
| Ciproterona (50 mg) - Androcur® 50 mg e 100 mg | 10 - 12,5 mg/dia ² | 10 a 25 mg/dia | 50 mg/dia | Não disponível. 20 cp 50 mg - R\$ 189,63 a R\$ 243,12. | Sugere-se cautela no uso prolongado de ciproterona. Alguns estudos observaram piora do perfil metabólico e maior incidência de meningiomas em pacientes com uso de ciproterona por mais de 2 anos. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019) Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2020), Safer e Tangpricha (2019) Hembree et al. (2017) Deutsch (2016), Haupt et al. (2020), D'hoore e T'Sjoen (2022), Glintborg et al. (2021), Duncan et al. (2022) e Kuijpers et al. (2021) [3,6,29,34,38–43].

IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina.

¹ Valor baseado a partir de dados do Preço Máximo ao Consumidor (PMC), com inclusão de ICMS 0% e 22%, conforme publicado pela Anvisa em 12/04/2023.

² Estudos recentes mostram que doses menores de ciproterona são igualmente efetivas e com menos efeitos adversos, sugerindo dose inicial de 10 mg/dia. Entretanto, a única apresentação de ciproterona disponível no Brasil é de 50 mg, dificultando a recomendação da posologia inicial. O comprimido de 50 mg pode ser partido ao meio.

* Apesar de os medicamentos NÃO estarem inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), alguns municípios pactuaram a sua aquisição e dispensação. Priorizar medicações disponíveis na rede pública.

Outras medicações

Outras medicações importantes para o cuidado de pessoas trans femininas são:

- Finasterida (1 e 5 mg), Dutasterida (0,5 mg): não recomendadas com frequência devido aos efeitos colaterais a longo prazo e por não haver estudos de segurança na população trans. O uso pode ser considerado em casos de alopecia androgenética ou quando há contraindicação a antiandrogênicos (por ajudar na redução da pilificação), mas é importante alertar os pacientes sobre os potenciais efeitos colaterais (baixa libido e sintomas depressivos) [44,45].

Deve-se também orientar quanto aos efeitos esperados do processo e a sua temporalidade ([Quadro 12](#)), cuidados recomendados (cessação de tabagismo, orientações alimentares, atividade física regular) e possíveis efeitos colaterais.

Quadro 12 – Tempo necessário para efeitos esperados da hormonização feminizante

| Efeito | Início esperado | Máximo efeito esperado |
|---|---------------------|------------------------|
| Diminuição das ereções espontâneas | 1 a 3 meses | 3 a 6 meses |
| Diminuição da libido | 1 a 3 meses | 3 a 6 meses |
| Redução da alopecia androgenética | 1 a 3 meses | Variável |
| Crescimento mamário | 3 a 6 meses | 2 a 3 anos |
| Redistribuição da gordura corporal | 3 a 6 meses | 2 a 5 anos |
| Suavização da pele/ redução da oleosidade | 3 a 6 meses | Desconhecido |
| Diminuição do volume testicular | 3 a 6 meses | 2 a 3 anos |
| Diminuição da massa muscular/ força | 3 a 6 meses | 1 a 2 anos |
| Redução de pelos | 6 a 12 meses | >3 anos |
| Disfunção sexual | Variável | Variável |
| Diminuição da produção de esperma | Desconhecido | >3 anos |
| Mudanças na voz | Nenhum ¹ | Nenhum ¹ |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019), Dynamed (2023), Tangpricha e Safer (2023), Hembree et al. (2017), Duncan (2022) [3,28,31,34,42].

¹ Ver capítulo de [Transformação da voz](#) deste Telecondutas.

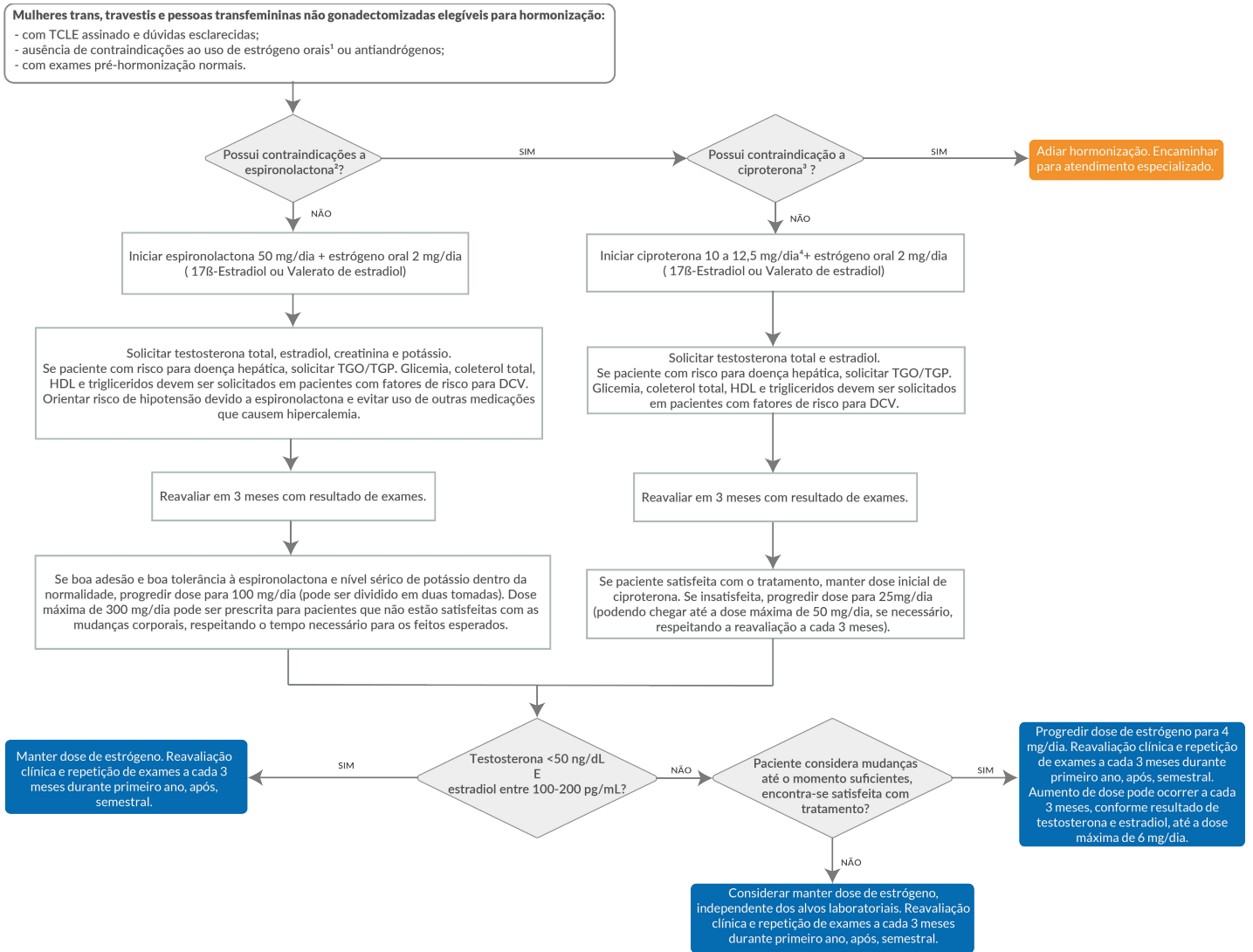
Monitoramento e ajuste da hormonização

No primeiro ano, o seguimento clínico deve ser **trimestral** e, a partir do segundo ano, semestral ou anual, se os alvos dos níveis hormonais forem atingidos ou a pessoa estiver satisfeita com a hormonização. As consultas devem incluir anamnese, com foco em adesão às medicações e efeitos adversos, avaliação de questões de saúde mental e exame físico, incluindo aferição da pressão arterial, peso e sinais de feminilização. Os exames recomendados na monitorização estão descritos no [Quadro 9](#). É importante lembrar os pacientes sobre o tempo para início dos efeitos ([Quadro 12](#)), pois, diversas vezes, o processo de hormonização cria expectativas e podem aparentar “demora dos efeitos”, passando a ideia de que doses maiores de hormônio podem agilizar o processo. Se os alvos de níveis hormonais descritos abaixo não forem atingidos, aumentar a dose gradualmente de acordo com dose usual e máxima descritas no [Quadro 11](#). Revise as doses e converse sobre o processo de hormonização [10].

Alvo dos níveis hormonais [10,28,31]:

- testosterona total: < 50 ng/dL;
- estradiol: entre 100 e 200 pg/mL [34].

Figura 1 – Hormonização para mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas não gonadectomizadas



DCV: doença cardiovascular; TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido.

¹ Doença cardiovascular isquêmica instável; história pessoal de neoplasia estrogênio dependente (mama e útero); doença hepática crônica grave; condições psiquiátricas não estabilizadas que impedem a realização de consentimento informado; hipersensibilidade a componentes da fórmula.

² Insuficiência renal com TFGe <30 mL/min; hipercalemia.

³ Doença hepática ativa ou disfunção hepática; insuficiência renal grave; depressão crônica grave (cautela em todos pacientes com depressão); história prévia ou atual de tumores hepáticos; história prévia ou atual de meningeoma; história de tromboembolismo venoso.

⁴ Estudos recentes mostram que doses menores de ciproterona são igualmente efetivas e com menos efeitos adversos, sugerindo dose inicial de 10 mg/dia. Entretanto, a única apresentação de ciproterona disponível no Brasil é de 50 mg, dificultando a recomendação da posologia inicial. O comprimido de 50 mg pode ser partido ao meio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas

Em homens trans, o objetivo da hormonização é induzir a virilização, suprimir os caracteres femininos e interromper o sangramento vaginal.

Avaliação inicial

O passo a passo da consulta que visa a hormonização de homens trans é:

- 1. Questionar como a pessoa deseja ser chamada.**
- 2. Avaliar e documentar a persistência da incongruência de gênero.**
- 3. Perguntar objetivos e expectativas para as transformações corporais.** Isso irá guiar o nível de intervenções necessárias.
- 4. Realizar avaliação integral de saúde.** Questionar sobre queixas, saúde mental, comorbidades, uso prévio ou atual de hormônios, medicações, tabagismo, álcool e drogas. Em especial, avaliar fatores que interfiram em contraindicações e precauções ([Quadro 13](#)): história pessoal ou familiar de doenças cardiovasculares, neoplasia de mama ou endométrio, doenças hematológicas, alergias.
- 5. Abordar desejo de fertilidade.** Questionar saúde sexual e reprodutiva, parcerias, práticas sexuais, necessidade de método contraceptivo.
- 6. Examinar conforme queixas clínicas, além de aferir pressão arterial, peso, altura.**
- 7. Solicitar exames laboratoriais ([Quadro 14](#)).**
- 8. Informar sobre riscos potenciais e efeitos adversos da hormonização ([Quadro 15](#)), com entrega do TCLE antes de iniciar a hormonização ([Apêndice Y](#)).**

Quadro 13 – Contraindicações e precauções ao uso de testosterona de homens trans e pessoas transmasculinas

| Contraindicações absolutas | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - gestação ou amamentação; - policitemia com hematócrito $\geq 55\%$; - neoplasia atual sensível a androgênios (mama e endométrio); - doença cardiovascular isquêmica instável; - condições psiquiátricas não estabilizadas que impedem a realização de consentimento informado (esquizofrenia, transtornos psicóticos, transtornos dissociativos, transfobia internalizada, transtorno de personalidade borderline transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal); - hipersensibilidade aos componentes da fórmula (óleos vegetais – amendoim ou rícino). | | |
| Precauções e considerações para minimizar riscos associados à hormonização | | |
| Condição | Cuidados gerais | Cuidados em relação a hormonização |
| História de tromboembolismo venoso ou estado de hipercoagulabilidade | Identificar e controlar fatores de risco adicionais. | Considerar testosterona transdérmica e/ou baixa dose e aumentar devagar a titulação com monitoramento para policitemia (Ht/Hb). |
| Doença cardiovascular isquêmica estável | Otimizar tratamento clínico e controle dos fatores de risco. | Considerar testosterona transdérmica e/ou baixa dose. |
| Policitemia | Investigar outras possíveis causas, além do uso da testosterona, como tabagismo, DPOC, apneia do sono. | Se hematócrito $\geq 50\%$, verificar valores de testosterona, evitando níveis supra fisiológicos, considerar reduzir dose ou aumentar espaçamento nas aplicações de testosterona. Uso de testosterona transdérmica pode ser considerada. Se hematócrito $\geq 55\%$, suspender temporariamente a testosterona e reavaliar o hematócrito em 2 meses. Se normalizar, uma menor dose de testosterona ou com maior espaçamento ou via transdérmica deverá ser reiniciada. Se o hematócrito não normalizar, mesmo com a testosterona em nível mais baixo dentro do fisiológico, manter suspenso o uso e avaliar hipóxia/apneia do sono [30,46]. |
| DPOC/ Tabagismo | Orientar cessar tabagismo e otimizar tratamento do DPOC. Reposição de nicotina e/ou bupropiona podem ser utilizadas, pois não há interação de risco com a hormonização. | Monitoramento regular para policitemia (Ht/Hb). Considerar testosterona transdérmica e/ou baixa dose. |
| Enxaqueca | Otimizar profilaxia da migrânea e orientar sobre a possibilidade de exacerbar a cefaleia. | Considerar testosterona transdérmica [3]. |
| Sangramento uterino | Realizar investigação antes do início da | Possíveis causas de sangramento ao longo |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| anormal ou persistente | hormonização, incluindo ultrassonografia pélvica ou transvaginal. | do tratamento com testosterona seriam: tratamento irregular (testosterona em níveis abaixo do fisiológico), testosterona em excesso (aromatização periférica da testosterona em estradiol). Se houver sangramento persistente, mesmo após otimização da dose da testosterona, após 3 a 6 meses do início do tratamento, considerar associação com progesterona (acetato de medroxiprogesterona 10 mg, 1x/dia, de forma contínua ou medroxiprogesterona 150 mg, IM, a cada 3 meses) [31,47]. |
| Hipertensão arterial não controlada | Otimizar o manejo desta condição. Identificar dificuldades para atingir controle pressórico. | Considerar uso de baixa dose de testosterona com aumento gradual e monitoramento da pressão arterial. |
| Diabetes mellitus não controlada | Otimizar o manejo desta condição. Identificar dificuldades para atingir controle glicêmico. | Considerar uso de baixa dose de testosterona com aumento gradual e monitoramento da glicemia. |
| Dislipidemia não controlada | Otimizar o manejo desta condição, reforçar estilo de vida saudável, iniciar ou aumentar hipolipemiantes conforme necessidade. | Considerar uso de baixa dose de testosterona com aumento gradual e monitoramento do perfil lipídico. |
| Disfunção hepática | Manejar conforme etiologia (exemplo: redução do consumo de álcool, redução de peso, avaliação e tratamento de hepatites virais). | Considerar uso de baixa dose de testosterona com aumento gradual e monitoramento de transaminases [3]. |
| Apneia do sono grave | Orientar perda de peso e considerar uso de CPAP. | Monitoramento regular de policitemia (Ht/Hb). |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019), Tangpricha e Safer (2023) e Defreyne (2020) [3,31,47].

CPAP: aparelho gerador de pressão positiva contínua nas vias aéreas (do inglês, continuous positive airway pressure); DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; Hb:Hemoglobina; Ht: Hematócrito.

Exames complementares iniciais devem ser solicitados conforme [Quadro 14](#). É importante ressaltar que devem ser considerados outros exames conforme condições clínicas e os resultados dos exames de rastreamento.

Quadro 14 – Acompanhamento de homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização

| Exame | 1ª consulta (pré hormonização) | 3º mês | 6º mês | Anualmente |
|---|--|----------------|--------|------------|
| Avaliação clínica (anamnese, avaliação de questões de saúde mental; e exame físico, incluindo aferição da pressão arterial, peso e sinais de masculinização). | x | x | x | x |
| Hemograma | x | x | x | x |
| Testosterona total ¹ | x ² | x ³ | x | x |
| Colesterol total, HDL e triglicerídeos | x | | | x |
| Glicemia | x | | | x |
| Estradiol | Considerar em pessoas com sangramento uterino anormal, menstruação persistente por mais de 6 meses, dor pélvica ou distúrbios do humor [38]. | | | |
| TGO/TGP | Avaliar solicitação antes e durante a hormonização em pacientes com fatores de risco para doença hepática (ex: abuso de álcool, história de hepatite ou lesão hepática). | | | |
| Beta-HCG | Solicitar conforme as práticas sexuais e se suspeita de gestação. A testosterona não deve ser iniciada ou mantida em gestantes. | | | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019), São Paulo (2020) e Hembree (2017) [3,6,34].

¹ Os testes que medem a testosterona livre não são confiáveis, dessa forma, orienta-se medir a testosterona total, apesar da possibilidade de não corresponder à testosterona disponível. Em casos de efeitos colaterais importantes, apesar de testosterona total normal ou em caso de doenças disabsortivas, desnutrição ou perda de proteínas urinárias, orienta-se solicitar SHBG e albumina, a fim de calcular a testosterona biodisponível.

² Elevação de testosterona total, com ou sem quadro de aumento de pelos, acne e/ou irregularidade menstrual antes do uso dos hormônios masculinizantes deve ser investigada (síndrome dos ovários policísticos e doenças das adrenais podem ser uma possibilidade) [48,49].

³ Ver particularidades sobre monitorização de testosterona no [Quadro 18](#). Se uso de undecanoato de testosterona em dose de ataque, não é necessário solicitar dosagem no terceiro mês, mas antes da próxima dose (em 4,5 meses).

Antes do início da hormonização, é necessário que a pessoa seja esclarecida sobre os efeitos colaterais e os riscos associados ao uso de hormônios, visto que algumas transformações corporais são irreversíveis e pode ocorrer prejuízo potencial na fertilidade. A probabilidade de um evento adverso grave ocorrer depende da medicação em uso, dose, via de administração e das características clínicas dos pacientes (idade, comorbidades, hábitos de vida). Os riscos associados com a hormonização masculinizante estão descritos no [Quadro 15](#) e resumidos com linguagem acessível no TCLE. Ao final, sugere-se que o paciente leve o TCLE para ler em casa após a primeira consulta, e discutir na consulta de retorno com resultado de exames.

Quadro 15 – Possíveis riscos e eventos adversos da hormonização em homens transexuais e pessoas transmasculinas

- policitemia;
- diminuição temporária ou permanente da fertilidade;
- efeito teratogênico da testosterona, se houver gestação durante o uso;
- aumento da oleosidade da pele e acne;
- atrofia vaginal;
- alopecia androgenética;
- alterações de humor/agressividade;
- piora do perfil lipídico¹;
- aumento da gordura visceral;
- aumento da pressão arterial²;
- disfunção hepática (elevação transitória de enzimas hepáticas)³;
- artralgia, mialgia, mastalgia, rubor, cefaleia, diarreia, tonturas, aumento do suor e odor;
- interrupção ou redução do sangramento vaginal, porém alguns indivíduos podem permanecer ou apresentar sangramentos posteriormente (ver [Quadro 13](#)).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de São Paulo (2020), Tangpricha e Safer (2023) [6,31].

¹ Pode ocorrer alteração desfavorável no perfil lipídico. O impacto da hormonização em eventos cardiovasculares ainda é incerto. Reforçar medidas para controle de fatores de risco.

² Dados são controversos em relação a alterações na pressão arterial.

³ Preocupações no passado acerca do risco de disfunção hepática estavam mais associadas com o uso de testosterona oral (não mais utilizada). Estudos subsequentes indicam que o risco de dano hepático grave é mínimo [34,50].

Prescrição da hormonização

Na **consulta de retorno**, com exames e rediscussão do TCLE, as dúvidas devem ser discutidas e a decisão da medicação deve ser compartilhada, levando em consideração disponibilidade, custo, escolha pessoal, condições de saúde e efeitos colaterais [2].

O esquema hormonal utilizado para homens trans é a testosterona. A via parenteral é a mais comum e acessível, mas existe também a formulação em gel. Os principais andrógenos utilizados no Brasil estão descritos no [Quadro 16](#).

A resolução do CFM 2.333/2023 dispõe sobre as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo. Esta resolução não interfere na hormonização dos homens trans e pessoas transmasculinas, visto que a própria resolução esclarece que *a prescrição de esteroides androgênicos anabólicos é justificada no tratamento de doenças como hipogonadismo, puberdade tardia, micropênis neonatal e caquexia, ou na terapia hormonal cruzada em transgêneros e, a curto prazo, em mulheres com diagnóstico de Desejo Sexual Hipoativo* [51].

Atenção! A testosterona é considerada uma substância anabolizante pela Resolução RDC nº 98/2000 e, portanto, de acordo com a Lei nº 9.965/2000 e a Portaria MS nº 344/1998, sua prescrição necessita receituário especial (branco), com duas vias, com informação do medicamento, quantidade a ser dispensada e tempo de tratamento junto à posologia. Também deve conter o endereço do usuário, CID 10 (F64.0), o CPF do prescritor, e não exceder a quantidade de cinco ampolas, ou o equivalente a 60 dias de hormonização. Todas essas informações são necessárias para que a pessoa consiga retirar as medicações.

* Em virtude da situação de “Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)”, decretada pela Portaria GM/MS 188/2020, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 375/2020, que estendia a quantidade de ampolas que poderiam ser dispensadas para 18 ampolas (ou, no máximo, 6 meses de hormonização). Em maio de 2022, foi publicada a Portaria GM/MS 913 que decreta encerramento da situação de emergência pública por Covid-19; contudo, a ANVISA publicou nova RDC 683/2022, que prorroga a vigência da RDC 375/2020 até 21 de maio de 2023 [52–56].

Quadro 16 – Andrógenos disponíveis no Brasil para hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas

Atenção! Pergunte sobre alergias a óleos vegetais. As formulações de testosterona são diluídas em óleos vegetais (de amendoim ou rícino) [6].

| Medicação | Dose inicial | Dose habitual de manutenção | Dose máxima | Disponibilidade no SUS/custo aproxim. ¹ | Observações |
|---|---|--|--|---|---|
| Cipionato de testosterona Deposteron® (100 mg/mL) – 1 ampola com 2 mL | 200 mg (1 ampola), IM, a cada 21 dias. | 200 mg (1 ampola), IM, a cada 21 dias. | 200 mg (1 ampola), IM, a cada 14 dias. | Não disponível. Caixa com 3 ampolas – R\$ 214,23 a R\$ 281,97. | Excipiente oleoso: óleo de amendoim. Apresenta pico sérico hormonal e podem apresentar maior variação de efeitos adversos (alterações de humor). Diante da indisponibilidade da medicação no mercado, é possível a substituição entre Deposteron® e Durateston®, mantendo-se a mesma posologia. |
| Undecanoato (ou Undecilato) de testosterona Nebido® e Hormus® (250 mg/mL) - 1 ampola com 4 mL | Dose usual: 1.000 mg (1 ampola), IM, a cada 90 dias. OU Dose de ataque ² : 1.000 mg (1 ampola), IM, repetir 2ª dose após 45 dias. | Dose usual: 1.000 mg (1 ampola), IM, a cada 90 dias. | 1.000 mg (1 ampola), IM, a cada 90 dias. | Não disponível*. Caixa com 1 ampola – R\$ 429,73 a R\$847,63. | Excipiente oleoso: óleo de rícino. Produz níveis de testosterona séricos estáveis por 10 a 14 semanas. |
| Decanoato + fempropionato + propionato + isocaproato de testosterona Durateston® | 250 mg (1 ampola), IM, a cada 21 dias. | 250 mg (1 ampola), IM, a cada 21 dias. | 250 mg (1 ampola), IM, a cada 14 dias. | Não disponível. Caixa com 1 ampola – R\$ 13,02 a R\$16,70. | Excipiente oleoso: óleo de amendoim. Formulação menos preferida, pela ausência de estudos de qualidade. Diante da indisponibilidade da medicação no mercado, é possível a |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| (250 mg/mL) - 1 ampola com 1 mL | | | | | substituição entre Durateston® e Deposteron®, mantendo-se a mesma posologia. |
| Testosterona em gel a 1% - transdérmico. Androgel® sachê de 50 mg | 25 mg (2,5 g da formulação a 1%), via tópica, 1x/dia, ou 50 mg (5 g da formulação a 1%), via tópica, em dias alternados. | 50 mg (5 g da formulação a 1%), 1x/dia. | 100 mg (10 g da formulação a 1%), via tópica, 1x/dia. | Não disponível. Caixa com 30 sachês 5g - R\$ 263,05 a R\$ 346,22. | Aplicar no abdome ou nos braços sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes da pele ter contato com pessoas, tecidos ou outros materiais. Menor variação dos níveis de testosterona do que formulações injetáveis. Pode não ser preferível para quem deseja mudanças corporais mais rápidas, pois é mais difícil de atingir o nível alvo de testosterona. Além disso, preferir uso após masculinização estabelecida. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019), São Paulo (2020), Tangpricha (2023) e Hembree et al. (2017), [3,6,30,31].

IM: intramuscular.

¹ Valor baseado a partir de dados do Preço Máximo ao Consumidor (PMC), com inclusão de ICMS 0% e 22%, conforme publicado pela Anvisa em 12/04/2023.

² Com a dose de ataque, o intervalo entre a primeira e a segunda aplicação é diminuído, atingindo os níveis séricos alvo de testosterona mais rapidamente. Essa estratégia é indicada para pessoas que desejam um efeito mais rápido nas mudanças corporais, embora seja de maior custo.

* Apesar de os medicamentos NÃO estarem inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), alguns municípios pactuaram a sua aquisição e dispensação.

Deve-se também orientar quanto aos efeitos esperados do processo e a sua temporalidade ([Quadro 17](#)), cuidados recomendados (cessação de tabagismo, orientações alimentares, atividade física regular) e possíveis efeitos colaterais. Alterações de humor podem ocorrer também por causa da alteração dos níveis de testosterona (ver o capítulo de [Saúde Mental](#)). Algumas informações são úteis na compreensão de efeitos colaterais do hormônio, como mudanças na libido e no orgasmo [6].

Quadro 17 – Tempo necessário para efeitos esperados da hormonização masculinizante

| Efeito | Início esperado | Máximo efeito esperado |
|--|-----------------|------------------------|
| Cessaçãõ da menstruaçãõ* | 1 a 6 meses | - |
| Oleosidade da pele/acne | 1 a 6 meses | 1 a 2 anos |
| Atrofia vaginal | 1 a 6 meses | 1 a 2 anos |
| Redistribuiçãõ da gordura corporal | 1 a 6 meses | 2 a 5 anos |
| Aumento do clitóris | 3 a 6 meses | 1 a 2 anos |
| Crescimento do pelo corporal/facial | 3 a 6 meses | 3 a 5 anos |
| Voz grave | 6 a 12 meses | 1 a 2 anos |
| Aumento da massa muscular/força | 6 a 12 meses | 2 a 5 anos |
| Queda de cabelo / alopecia androgênica | 6 a 12 meses | Variável |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019) e Hembree et al. (2017) [3,34].

*Em caso de sangramento uterino anormal ou persistente, consultar [Quadro 13](#).

Monitoramento e ajuste da hormonização

No primeiro ano, o seguimento clínico deve ser **trimestral** e, a partir do segundo ano, semestral ou anual, se os alvos dos níveis hormonais forem atingidos e a pessoa estiver satisfeita com a hormonização. As consultas devem incluir anamnese, com foco em adesão às medicações e efeitos adversos; avaliação de questões de saúde mental e exame físico, com aferição de peso, pressão arterial, pilificação, aumento do clitóris e alterações da distribuição da gordura corporal. Os exames recomendados na monitorização estão descritos no [Quadro 14](#) [6]. É importante lembrar os pacientes sobre o tempo para início dos efeitos ([Quadro 17](#)), pois, diversas vezes, o processo de hormonização cria expectativas e pode aparentar “demora dos efeitos”, passando a ideia de que doses maiores de hormônio poderiam agilizar o processo. Nesse caso, revise as doses, os exames e converse sobre o processo de hormonização.

Se o paciente persistir com sangramento uterino durante o uso da testosterona, é necessário revisar a dose em uso, visto que as principais causas de sangramento ao longo do tratamento com testosterona são:

tratamento irregular (testosterona em níveis abaixo do fisiológico) e testosterona em excesso (aromatização periférica da testosterona em estradiol). Caso a dose de testosterona esteja adequada, níveis hormonais no alvo e paciente com sangramento persistente após 3 a 6 meses do início da testosterona, considerar associação com progesterona (acetato de medroxiprogesterona 10 mg, 1x/dia, de forma contínua, ou acetato de medroxiprogesterona 150 mg, IM, a cada 3 meses) [30,47,57] e realizar dosagem de estradiol e ultrassonografia pélvica ou transvaginal para avaliação de endométrio [3,57]. Além disso, caso o sangramento já tenha cessado após o início da hormonização e ocorrer novo sangramento uterino sem causa definida (perda de doses ou baixa dose de testosterona), é indicada investigação com ultrassonografia pélvica [3,57].

Alvo e considerações sobre os exames de acompanhamento:

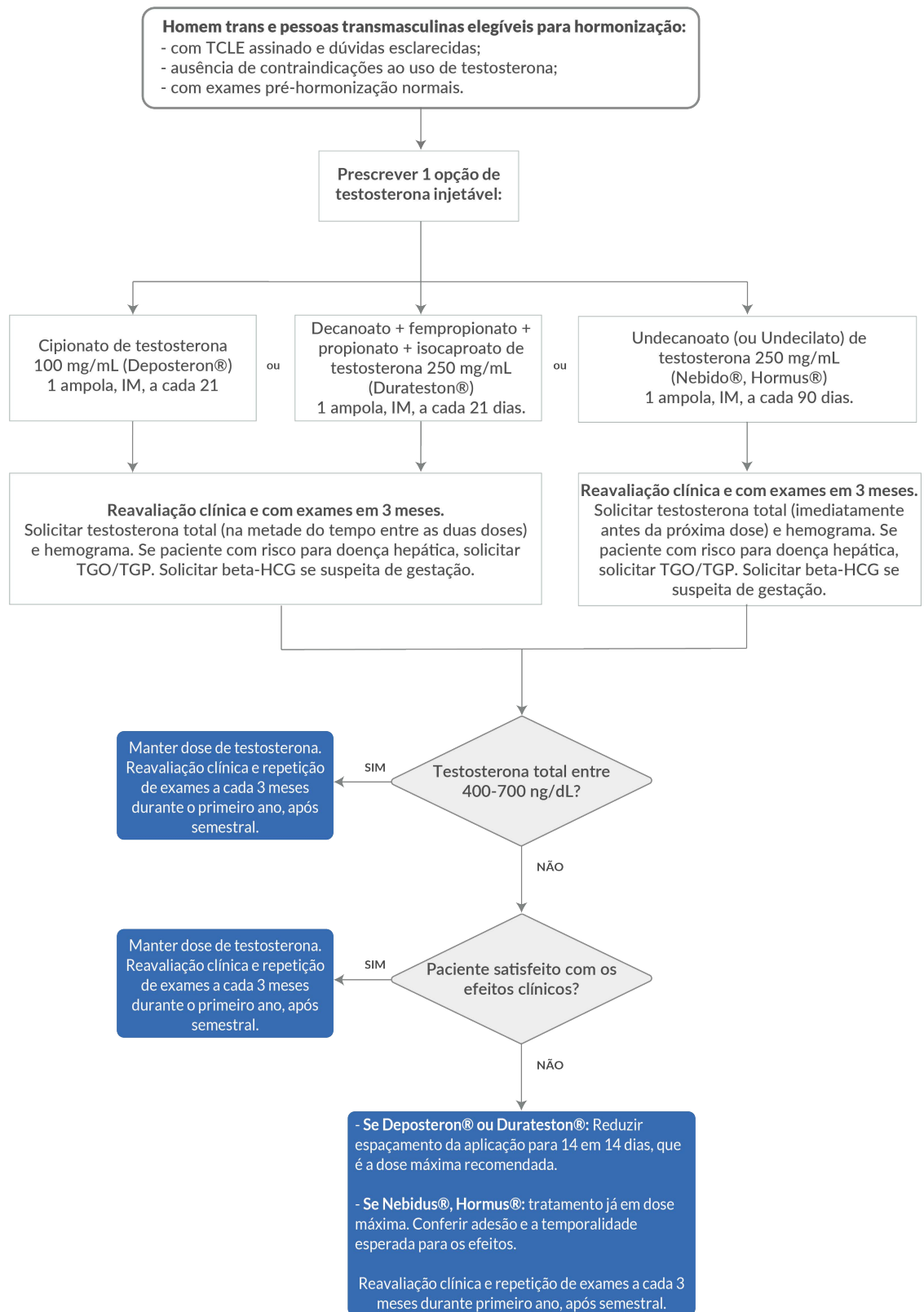
- **Nível de testosterona total sérico:** Os valores esperados de testosterona após o início da hormonização e o momento entre doses indicado para dosagem estão descritos no [Quadro 18](#). Doses suprafisiológicas de testosterona devem ser evitadas devido ao risco de aromatização do excesso de testosterona em estrogênio, além do aumento de efeitos colaterais indesejados, como ginecomastia, acne, edema e sangramentos menstruais [3]. É importante lembrar que as mudanças corporais são o objetivo principal da terapia, e não especificamente valores laboratoriais. Assim, algumas pessoas podem estar satisfeitas com os efeitos clínicos, mesmo com níveis de testosterona abaixo do alvo. Da mesma forma, pessoas que procuram maior masculinização podem ter sua dose ajustada dentro do valor fisiológico [47].
- **Hematócrito:** O aumento do hematócrito costuma ocorrer no primeiro ano, principalmente nos primeiros três meses. O undecanoato de testosterona causa um menor nível de eritrocitose, podendo ser uma alternativa válida naqueles pacientes cujos níveis séricos de hematócrito causam preocupação [3]. Além disso, se houver eritrocitose, é necessário o ajuste da dose, conforme o [Quadro 16](#) [3].
- **Estradiol:** Quando solicitado, o nível sérico de estradiol para homens trans deve ficar < 50 pg/mL [28].

Quadro 18 – Valores esperados de testosterona total para acompanhamento laboratorial de homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização

| Tipo de Testosterona | Quando dosar | Valor esperado de testosterona total |
|--|--|--|
| Undecanoato (ou Undecilato) de testosterona Nebido® e Hormus® | Imediatamente antes da próxima dose. | 400 – 700 ng/dL (se, após 6 meses de hormonização, estiver menor que esse valor, ajustar o intervalo entre doses para 10 semanas) [30,34,38]. |
| Cipionato e Decanoato de testosterona Deposteron® e Durateston® | Na metade do tempo entre duas doses. | 400 – 700 ng/dL. |
| Testosterona transdérmica AndroGel® | Após pelo menos uma semana de uso e 2 horas após a aplicação diária. | 400 – 700 ng/dL. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de São Paulo (2020), Tangpricha e Safer (2023), Deutsch (2016) e Hembree et al. (2017) [6,30,34,38].

Figura 2 – Hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas



TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido.

Transformações corporais cirúrgicas

A partir dos 21 anos de idade, o “Processo Transexualizador no SUS” dispõe que pessoas transexuais e travestis podem ser encaminhadas para transformações corporais cirúrgicas, se for desejo delas, devendo estar sendo acompanhadas de equipe multiprofissional. A última resolução do CFM nº 2.265/2019 reconhece a possibilidade de realização de cirurgia a partir de 18 anos de idade, após um tempo mínimo de 1 ano de acompanhamento por equipe multiprofissional [6,32].

Estão incluídos na tabela de procedimentos do Processo Transsexualizador do SUS [6,32]:

- **Redesignação genital em mulheres transexuais e travestis:** orquiectomia com amputação do pênis, neocolpoplastia e cirurgias complementares (reconstrução da neovagina, meatotomia, meatoplastia, correção dos lábios vulvares, correção de clitóris, tratamento de deiscências e fistulectomia).
- **Redesignação genital em homens trans – em caráter experimental:** vaginectomia, neofaloplastia, implante de próteses penianas e testiculares e clitoroplastia. Apesar dessas cirurgias ainda serem realizadas somente sob protocolos de pesquisa no Brasil, alguns serviços podem oferecer procedimentos específicos que não contemplem transformações completas da genitália, como metoidioplastia (avanço e reposicionamento do clitóris hipertrofiado e alongamento da uretra após estímulo hormonal).
- **Mamoplastia bilateral:** ressecção de mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar para homens trans.
- **Histerectomia com anexectomia e colpectomia:** ressecção de útero e ovários para homens trans.
- **Plástica mamária bilateral:** próteses mamárias de silicone para mulheres transexuais e travestis.
- **Tireoplastia:** redução da cartilagem tireoide (saliência conhecida como “pomo de adão”) e/ou alongamento das cordas vocais com vistas à feminização da voz, para mulheres transexuais e travestis.

Outras transformações corporais

Quaisquer que sejam as motivações de uma pessoa transexual ou travesti para transformações corporais, é importante que os profissionais de saúde legitimem essa demanda e ofereçam acompanhamento.

Transformações corporais transitórias

- **Ocultação de mamas:** O uso de compressão elástica específica (*binder*), enfaixamento ou esparadrapagem das mamas são técnicas comumente utilizadas para gerar a diminuição temporária do volume mamário. Possíveis complicações dessas práticas são lesões musculares por compressão, dor, desconforto respiratório e lesões de pele. O uso de fitas adesivas e bandagens deve ser evitado, pois podem lesar a pele. Não há evidência de câncer de mama relacionado com o uso do *binder*. Orientar não utilizar o *binder* por mais de 8 a 12 horas por dia, não utilizar para dormir e deixá-lo arejado e limpo [2]. Deve-se observar também alterações posturais com o intuito de esconder as mamas, como projeção anterior dos ombros e hiper cifose torácica, que podem causar dores musculares.
- **Ocultação de pênis e testículos:** conhecido como ato de “aquendar”, consiste na tração do pênis posteriormente, junto ao saco escrotal, acompanhada ou não de roupa íntima compressiva ou uso de esparadrapos. Uma variação inclui elevar os testículos ao canal inguinal, para manter o saco escrotal vazio e mais facilmente ocultável. É frequente ocorrer lesões de pele, em razão do uso de adesivos ou dores musculares devido à ergonomia. Ao utilizar essa técnica, a pessoa deve ser orientada a manter-se atenta quanto à necessidade de urinar e de manter ingestão hídrica adequada. Hiperlordose pode ser comum em pessoas que se incomodam em expor o volume genital [6].
- **Próteses externas com o formato de mamas:** as próteses externas ou roupas íntimas com enchimento em silicone ou tecidos, balões preenchidos por gel, diversas camadas de roupas ou cintas modeladoras são algumas estratégias que modificam a silhueta localmente e temporariamente, e que podem trazer conforto com a aparência [6].
- **Próteses externas com formato de pênis e/ou saco escrotal:** conhecida como *packer*, são utilizadas principalmente com o intuito do aumento do volume na região genital. Alguns modelos adaptados permitem urinar em pé, realizar penetração sexual ou estimulação de clitóris para proporcionar prazer sexual. O uso rotineiro do *packer*, principalmente se em contato com a urina, pode causar candidíase vulvar ou lesões por atrito. Deve-se manter o *packer* higienizado e seco, evitando a umidade. A prótese pode ser mantida junto ao corpo por meio de cintas ou de roupa íntima, mas algumas pessoas aderem o *packer* ao corpo com produtos adesivos ou colas, que podem causar lesões e outros problemas dermatológicos. Já o prolongador de clitóris é uma prótese de silicone, normalmente em formato de pênis, que se adere ao clitóris hipertrofiado por vácuo. Pode ser usado para finalidade estética e para a penetração, porém não é seguro para ser utilizado por muitos minutos pelo risco de hematoma, edema e hipoperfusão local. *Packers* e acessórios sexuais que são utilizados com finalidade de penetração devem ser

preferencialmente de uso individual e higienizados, além de recomendar-se o uso de preservativo externo para revestir os equipamentos, prevenindo as IST [6].

- **Pilificação:** o uso de minoxidil 5% solução tópica deve ser reservado para casos de alopecia androgenética, possível efeito colateral da hormonização. Deve-se aplicar de 1 a 2x/dia, por um período mínimo de 4 meses, para avaliação da resposta terapêutica. O uso dessa medicação em outras regiões do corpo nas quais se pretende aumentar a pilificação é considerado “*off-label*” e não está indicado [38].
- **Depilação temporária ou definitiva.**
- **Hipertrofia muscular de regiões específicas:** obtida com exercícios físicos e/ou ganho ou perda de gordura corporal para ocultar ou destacar características reconhecidas como marcadoras de gênero [6].
- **Procedimentos cosméticos:** transformação de linhas de expressão e demandas específicas, como harmonização facial, contorno de mandíbula, largura de ombros e quadris.

Atenção para práticas danosas e não recomendadas:

Uso de Pump: O pump é uma bomba de sucção que é colocada no clitóris, produzindo vácuo, edema e congestão, com a intenção de aumentar o seu volume por meio da hipertrofia, pelo uso rotineiro. Pode ser comprada ou construída artesanalmente, cortando a região distal de uma seringa calibrosa e utilizando-se o êmbolo para produzir vácuo. Seu uso não deve ser recomendado, visto que não existem evidências de transformações permanentes e sua utilização frequentemente gera dor, lesões, equimoses e sangramentos locais [2].

Uso do silicone industrial: É comum que mulheres transexuais e travestis, pela urgência por procedimentos de modificação corporal, lancem mão do uso do silicone líquido industrial (SLI), material de fácil acesso e baixo custo, usualmente aplicado de maneira clandestina [60]. Os principais locais de aplicação do SLI são glúteos, coxas e quadris [6].

O SLI injetável é contraindicado pela ANVISA, e sua aplicação como material de cirurgia plástica é considerada crime contra a saúde pública, previsto no Código Penal, pelo risco de complicações, como deslocamento do silicone, causando deformidades, siliconomas, infecção, necrose tecidual, embolia pulmonar e morte [6]. Além do SLI, outros materiais também podem ser injetados no corpo humano.

O uso do SLI e de outras substâncias precisam ser identificados e os profissionais de saúde devem informar os riscos associados ao seu uso. Além disso, é importante acompanhar a distribuição e localização do silicone já injetado, com registro e desenhos em prontuário, pois essas regiões não podem ser perfuradas (como em injeções intramusculares).

Caso a pessoa tenha próteses de silicone na região glútea e vasto lateral da coxa, o Conselho Federal de Enfermagem indica a região ventroglútea como segura para aplicação de até 5 mL de medicação intramuscular (inclusive penicilina benzatina). Caso essa região esteja comprometida, a região deltoide poderá ser considerada, sendo necessário atentar para a diluição, levando em consideração que, nessa região, o maior volume recomendado é de 3 mL [6]. É responsabilidade da enfermeira a decisão sobre local mais apropriado para administração de medicação intramuscular, caso a pessoa possua prótese de silicone ou tenha realizado aplicação de silicone industrial [6].

Transformação da Voz

A terapia vocal, ou treinamento vocal ou de voz, é uma opção para pessoas transexuais e travestis com o objetivo de fazer suas vozes soarem mais condizentes com o gênero de identificação e aumentar o reconhecimento social dentro dos padrões atribuídos. É uma técnica não-cirúrgica utilizada para modificar a voz humana [58,59], realizada por profissionais de fonoaudiologia. De uma forma geral, este acompanhamento acontece semanalmente por um período aproximado de 3 a 6 meses, podendo ser estendido por até 1 ano ou mais, conforme a evolução de cada caso [6].

Os homens trans e pessoas transmasculinas costumam ficar satisfeitos com as mudanças vocais resultantes da hormonização com testosterona. Já o uso de hormônios feminilizantes não altera o tom de voz das mulheres trans, levando essas pessoas a procurarem mais frequentemente especialistas com tal finalidade [3]. Para casos nos quais a terapia fonoaudiológica isolada não seja suficiente para a obtenção dos resultados pretendidos (uma minoria dos casos), existem algumas técnicas cirúrgicas disponíveis para feminilização da voz, como alteração da anatomia das cordas vocais [6]. Se houver suspeita de doenças de corda vocal e alterações não decorrentes dos ajustes vocais utilizados, os pacientes devem ser encaminhados para uma avaliação com otorrinolaringologista.

Acompanhamento clínico na APS

Rastreamentos

Nesta sessão serão abordados os rastreamentos em saúde indicados para cada grupo de identidade de gênero ([Quadro 19](#) e [Quadro 20](#)). É importante levar em consideração rastreios que fazem parte da rotina do cuidado de adultos, independentemente do gênero, como a avaliação de risco cardiovascular [2].

Quadro 19 – Rastreamentos indicados às mulheres trans, travestis e pessoas não binárias que fazem uso de hormonização feminilizante

| Rastreamento | Indicação | Discussão |
|---------------------------|---|---|
| Câncer de mama | <p>Discutir o rastreamento mamográfico com mulheres transexuais se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade \geq 50 anos e com fatores de risco adicionais (uso de estrogênio e/ou progesterona por mais de 5 anos, história familiar positiva ou IMC$>$35) [3,22]. | <p>Não há estudos avaliando o impacto do rastreamento para câncer de mama em mulheres transexuais recebendo hormonização. No entanto, o risco de câncer de mama pode aumentar com um período mais longo de exposição a hormônios feminilizantes e uso de progestágenos, embora não haja evidência documentada. Por esse motivo, sugere-se discutir o rastreamento de câncer de mama em mulheres trans de maior risco [3,22]. É importante compartilhar com a paciente a maior probabilidade de um rastreamento falso-positivo, já que o risco de câncer de mama nessa população é significativamente menor do que em mulheres cis [22]. Além disso, a realização do exame pode ser importante para a afirmação de gênero de mulheres transexuais e travestis [6]. Quando for decidido pelo rastreamento, recomenda-se os mesmos critérios de periodicidade e acompanhamento de mulheres cisgênero (rastreamento dos 50 a 69 anos, 1 vez a cada 2 anos).</p> |
| Osteoporose | <p>São indicações de densitometria óssea, se disponível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade \geq 65 anos; - idade entre 50 e 69 anos: se fatores de risco (tabagismo, história familiar, uso de álcool, hipertireoidismo) - qualquer idade: se gonadectomia e pelo menos 5 anos sem reposição hormonal. | <p>A solicitação de densitometria óssea é controversa na literatura e não há consenso quanto a indicação e periodicidade, individualizando-se a decisão de acordo com fatores de risco. Essa recomendação vai de acordo com a maioria das publicações disponíveis sobre o cuidado da população trans na Atenção Primária à Saúde e foram adaptadas das recomendações de rastreamento aplicadas para a população cis [22,38,60].</p> |
| Câncer de próstata | <p>As recomendações de rastreamento para câncer de próstata em pessoas trans seguem os mesmos princípios que a população cisgênero. Os riscos e benefícios do rastreamento de câncer de próstata com PSA devem ser compartilhados.</p> | <p>É importante lembrar que o estrogênio pode reduzir o valor de PSA, mesmo na presença de neoplasia, o que dificulta a sua interpretação no rastreamento [22]. Em mulheres trans ou travestis com baixos níveis séricos de testosterona, pode ser considerado PSA acima de 1 ng/mL como alterado [60].</p> <p>Se o exame de próstata for indicado, as abordagens retal e neovaginal podem ser consideradas. Mulheres trans que se submeteram a vaginoplastia têm uma próstata anterior à parede vaginal, e um exame digital por essa via pode ser mais eficaz [38].</p> |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Bourns (2019), São Paulo (2020), Feldman (2021), Deutsch (2016), Hambree et al. (2017) e Dynamed (2023) [3,6,34,38,60].

Quadro 20 – Rastreamentos indicados aos homens trans e pessoas não binárias que fazem uso de hormonização com testosterona

| Rastreamento | Indicação | Discussão |
|--------------------------------|--|--|
| Câncer do colo do útero | Todas as pessoas entre 25 e 64 anos que possuem útero, independente da prática sexual. Periodicidade: anualmente e, após dois resultados consecutivos normais, realizar uma coleta a cada 3 anos [61]. | A prática sexual é passível de IST, seja por meio do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios. Assim, o rastreamento está indicado independentemente da orientação ou prática sexual. Pessoas que nunca tiveram qualquer tipo de penetração vaginal podem discutir sobre a realização do rastreamento, sendo informadas sobre o risco, a depender das práticas sexuais e do benefício, que é possivelmente menor nesse cenário [2,22,62–64]. A coleta de citopatológico de colo de útero pode ser um momento de maior angústia para os homens trans e pessoas transmasculinas. A atrofia vaginal e cervical, devido ao uso de testosterona, podem gerar maiores desconfortos, considerando-se fator de risco para não adesão ao rastreamento [2]. Além disso, o medo do exame genital é importante e deve ser acolhido. Alguns cuidados que podem deixar esse momento menos desconfortável incluem: explicar o procedimento antes de realizá-lo; tamanho do espéculo deve ser extra pequeno; recomenda-se a introdução do espéculo pela própria pessoa; se possível fazer uso de espelho para a pessoa ver o procedimento; não se devem usar pernas [2,65]. |
| Câncer de mama | Se mastectomia não realizada, considerar rastreio igual a mulheres cisgênero: para pessoas de risco usual, recomenda-se mamografia dos 50 aos 69 anos, uma vez a cada 2 anos. | A mamografia para homens trans que mantém glândulas mamárias parece ter benefícios semelhantes aos das mulheres cis. |
| Osteoporose | São indicações de densitometria óssea, se disponível: - idade \geq 65 anos; - idade entre 50 e 69 anos: se fatores de risco (tabagismo, história familiar, uso de álcool, hipertireoidismo); - qualquer idade: se gonadectomia e pelo menos 5 anos sem reposição hormonal. | A solicitação de densitometria óssea é controversa na literatura e não há consenso quanto a indicação e periodicidade, individualizando-se a decisão de acordo com fatores de risco. Essa recomendação vai de acordo com maioria das publicações disponíveis sobre o cuidado da população trans na Atenção Primária à Saúde e foi adaptada das recomendações de rastreamento aplicadas para a população cis [38]. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ciasca (2021), São Paulo (2020), Feldman e Deutsch (2021), Deutsch (2016), INCA (2021), Anderson et al. (2014), Munzy et al. (2014), CDC (2021) e Barr (2006) [2,6,22,38,61–65].

Saúde Reprodutiva

Fertilidade

A hormonização pode reduzir a fertilidade. Caso haja desejo reprodutivo ou de gestar, deve-se orientar a possibilidade de preservação *in vitro* de óvulos ou espermatozoides para posterior fertilização (custo alto e não disponível pelo SUS), ou adiar o início da hormonização [29]. Há possibilidade de preservar os óvulos em homens trans após o início da hormonização, porém, para isso, geralmente será necessário pausar a hormonização, o que tende a gerar desconforto, devido às mudanças corporais que ocorrem nesse intervalo de tempo [66].

Anticoncepção

A discussão sobre anticoncepção deve sempre ser realizada com pessoas transexuais e travestis, visto que a hormonização reduz a fertilidade, mas não a faz ser nula. Pessoas trans que não realizaram histerectomia ou orquiectomia não estão isentas da possibilidade de gravidez.

O uso de testosterona causa atrofia endometrial e vaginal em homens trans ou pessoas transmasculinas, e o uso do estrógeno e antiandrógenos reduzem a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen de mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas. Porém, a hormonização em pessoas transexuais e travestis não pode ser considerada uma estratégia de contracepção efetiva [2,6].

Se pessoa tiver práticas sexuais que possam resultar em gravidez indesejada, pode-se oferecer [6]:

Para mulheres trans e travestis:

- camisinha externa; camisinha interna à parceria;
- esterilização definitiva (vasectomia).

Para homens trans:

- camisinha interna; camisinha externa à parceria;
- DIU (de cobre ou hormonal). DIU de cobre pode aumentar o sangramento e isso deve ser orientado aos pacientes;
- diafragma;
- progesterona oral ou injetável. Não há contraindicações ao uso de progestágenos em conjunto com a testosterona, sendo indicada a mesma posologia para mulheres cis (Noretisterona 35 µcg ou Desogestrel 75 µcg 1x/dia, que devem ser utilizados de forma contínua, sem pausas; ou Medroxiprogesterona 150 mg, intramuscular, a cada 3 meses) [2,3,6,67];
- implante subdérmico;
- esterilização definitiva (laqueadura tubária).

Abordagem às infecções sexualmente transmissíveis

Rastreamento e diagnóstico

A toda pessoa transexual ou travesti com vida sexual ativa, deve-se ofertar o rastreamento das seguintes IST: sífilis, HIV, hepatite B, hepatite C (por meio de testes rápidos, preferencialmente), Clamídia e Gonococo (por meio de PCR por swab - com sítio de pesquisa de acordo com a prática sexual). Contudo, vale lembrar o contexto de estigma que associa as pessoas trans, travestis e não binárias com IST. Para isso, é importante considerar a realidade das práticas sexuais para falar sobre periodicidade do rastreamento, prevenção às IST, sobre os métodos de barreira (camisinha externa ou interna) e os demais recursos da prevenção combinada [2].

Considerando a maior prevalência de IST em pessoas trans quando comparado com a população geral, as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento de IST estão descritas no [Quadro 21](#).

Quadro 21 – Rastreamento de IST recomendado para pessoas trans

| Infecção | Periodicidade | Tipo de teste | Observações |
|----------------------------|---|---|--|
| Sífilis | Semestral | <u>Sem história prévia de sífilis</u> : Teste rápido (preferencialmente) ou outro teste treponêmico. <u>Com história prévia de sífilis</u> : VDRL. | |
| HIV | Semestral | Teste rápido (preferencialmente) ou anti-HIV | |
| Hepatite B | Semestral a anual | Teste rápido (preferencialmente) ou HBsAg | Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis ou não respondedores após 2 esquemas vacinais completos – quando indicado anti-HBs após a vacinação. Pessoa suscetível é aquela que não tem registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente (ou que não apresentou soroconversão para anti-HBs quando indicado) e que apresenta HBsAg (ou TR) não reagente. |
| Hepatite C | Semestral a anual | Teste rápido (preferencialmente) ou anti-HCV | |
| Clamídia e gonococo | <ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico de outras IST; <u>peessoas com prática</u> | Detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular (PCR). | O sítio de pesquisa é de acordo com a prática sexual realizada pela pessoa. Por exemplo: |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p><u>sexual anal receptiva sem uso de preservativo</u>: semestral;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>peessoas vítimas de violência sexual</u>: no atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição; • <u>peessoas em uso de PrEP</u>: semestral; • <u>peessoas com indicação de PEP</u>: no atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico). • <u>gestantes <30 anos</u>: na primeira consulta de pré-natal. | | <ul style="list-style-type: none"> • sexo oral sem preservativo – coleta de material de orofaringe; • sexo anal receptivo sem preservativo – coleta de swab anal; • sexo vaginal receptivo sem preservativo – coleta de material genital; • sexo insertivo sem preservativo – coleta de material uretral. |
|--|---|--|---|

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2022) [68].

Prevenção

No contexto da prevenção às IST, o conceito de prevenção combinada é o que deve orientar a prática clínica. Para isso, é importante considerar a realidade das práticas sexuais de cada indivíduo, avaliando todas as possibilidades de prevenção de IST, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicadas; o uso de métodos de barreira; o uso de terapia antirretroviral (TARV) e a CV indetectável como método de prevenção para pessoas vivendo com HIV e a testagem regular de parcerias para as IST:

- Prevenção com métodos de barreira: O uso de preservativo externo ou interno é indicado para o sexo com penetração, seja com o uso de dedos, dildos (objetos sexuais), próteses ou pênis. No sexo com mãos, é necessário orientar manter as unhas curtas e uso de luvas ou dedeiras. No sexo entre vulvas, como tribadismo, ou no sexo oral na vulva, pode ser orientado o uso de placas ou calcinhas de látex resistentes. Essas placas podem ser comercializadas ou podem ser confeccionadas com preservativos externos ou internos. Importante frisar que o uso de plástico filme, por ser poroso, não previne contra IST [6].
- Profilaxia Pós-Exposição (PEP): é importante que tanto pacientes, como profissionais de saúde saibam as indicações de PEP. Deve-se avaliar se houve exposição a material biológico, o tipo de exposição, o tempo que decorreu da exposição e avaliação da pessoa fonte e da pessoa exposta. É importantíssimo orientar pacientes quanto à indicação de iniciar PEP até 72 horas após a

exposição, no caso de relação sexual desprotegida no qual não se sabe o status de HIV da parceria [69,70].

- **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP):** A PrEP consiste no uso regular de antirretrovirais para diminuição do risco de transmissão do HIV. Está indicado a PrEP para a população trans nas seguintes situações: relação anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos 6 meses; episódios recorrentes de IST; diagnóstico de infecção por clamídia e/ou gonococo e/ou sífilis nos últimos 6 meses; uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) [69,71,72]. O uso da PrEP diária é seguro e eficaz para a população trans em uso de hormonização [72,73]. Entretanto, a PrEP sob demanda é indicada apenas para pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer e travestis e mulheres transexuais, desde que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol [73]. O uso de álcool e outras drogas não reduz a eficácia da PrEP, mas pode prejudicar a adesão a medicação [72]. Para mais informações sobre PrEP, acesse [aqui](#).
- **Tratamento do HIV:** evidências científicas recentes sustentam que Indetectável = Intransmissível para a via sexual. Portanto, o uso correto de TARV é uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Uma pessoa com HIV, sem outras IST, em uso correto de TARV e com carga viral indetectável há pelo menos 6 meses não transmite o vírus por via sexual [69,71].
- **Testagem regular para IST:** a frequência e os exames recomendados para rastreamento de IST em pessoas trans devem ser considerados conforme o risco das práticas sexuais e o [Quadro 21](#). Pessoas em uso de PrEP devem realizar testagem para HIV em cada visita ao serviço, e testagem para sífilis, hepatite B (a depender da soroconversão da vacina para HBV) e hepatite C a cada 3 meses. Outras IST (clamídia e gonococo) serão testadas semestralmente em pessoas em uso de PrEP [70].

Incongruência de gênero em crianças e adolescentes

Na abordagem de crianças e adolescentes trans são sugeridas estratégias afirmativas de gênero que estimulem os pais e a comunidade a apoiar cada criança individualmente e a auxiliar a explorar sua identidade de forma segura e em um ambiente acolhedor. Escutar a criança, auxiliar na transição social e estimular um ambiente acolhedor em casa e na escola são preditores de melhor qualidade e bem estar, e tais medidas diminuem risco de depressão e suicidalidade [25,74]. Alguns princípios fundamentais para essa abordagem são [23,25,75–84]:

Para as equipes de saúde:

- atitudes inclusivas e busca por informações a respeito dos aspectos específicos referentes aos cuidados dessa população - informações que auxiliam no cuidado podem ser encontradas neste material e [Glossário da Diversidade da Defensoria Pública/RS](#);

- estímulo a medidas educacionais nas escolas locais (por exemplo, por meio de parcerias com órgãos de educação);
- individualização dos cuidados, de acordo com o desenvolvimento de gênero e as expectativas pessoais;
- utilizar o nome e o pronome que a pessoa escolher.
- Para crianças e adolescentes trans:
 - estímulo à busca de rede de apoio e a falar abertamente com família e amigos sobre seu gênero e orientação sexual;
 - estímulo à transição social - adaptação de vestimentas, corte de cabelo e maquiagem, se esse for o desejo da pessoa;
 - ajuda para lidar com bullying, medidas de segurança pessoal e outras barreiras sociais – por exemplo, estimular busca ou estabelecimento de grupos de suporte presenciais ou on-line; estimular conversas nas escolas, para aumentar conscientização.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o serviço de mais fácil acesso, no qual jovens e responsáveis podem buscar esclarecimentos sobre questões relacionadas à diversidade de gênero [84]. A equipe de APS tem papel fundamental em acolher crianças e adolescentes trans, promover educação e suporte aos indivíduos e suas famílias, coordenar o cuidado e indicar o encaminhamento a serviços especializados, quando possível [23,25,75,76,84]. Pessoas trans se beneficiam de programas multidisciplinares em ambulatórios especializados. No entanto, o acesso a tais centros pode ser limitado [79].

Embora a incongruência de gênero possa estar presente desde a infância [84], a trajetória de crianças e adolescentes trans pode ser bastante variável. Crianças podem apresentar uma fluidez na identidade de gênero, que nem sempre se concretiza como uma identidade trans. Porém, a maioria das pessoas que chega à adolescência com a percepção de serem trans ou de gênero não-binário, e aquelas em que a incongruência se intensifica com a puberdade, permanece com essa identificação [2,84].

O encaminhamento para serviço especializado de saúde mental pode ser considerado quando há incongruência de gênero associada à ansiedade e depressão intensas ou ideação suicida, ou, ainda, nos casos de conflitos interpessoais intensos que envolvam agressões sofridas ou praticadas pela pessoa. Pessoas trans que não tenham sintomas de disforia, mas que desejem suporte psicossocial para explorar sua identidade de gênero também podem ter encaminhamento especializado para psicoterapia, se disponível [78,79].

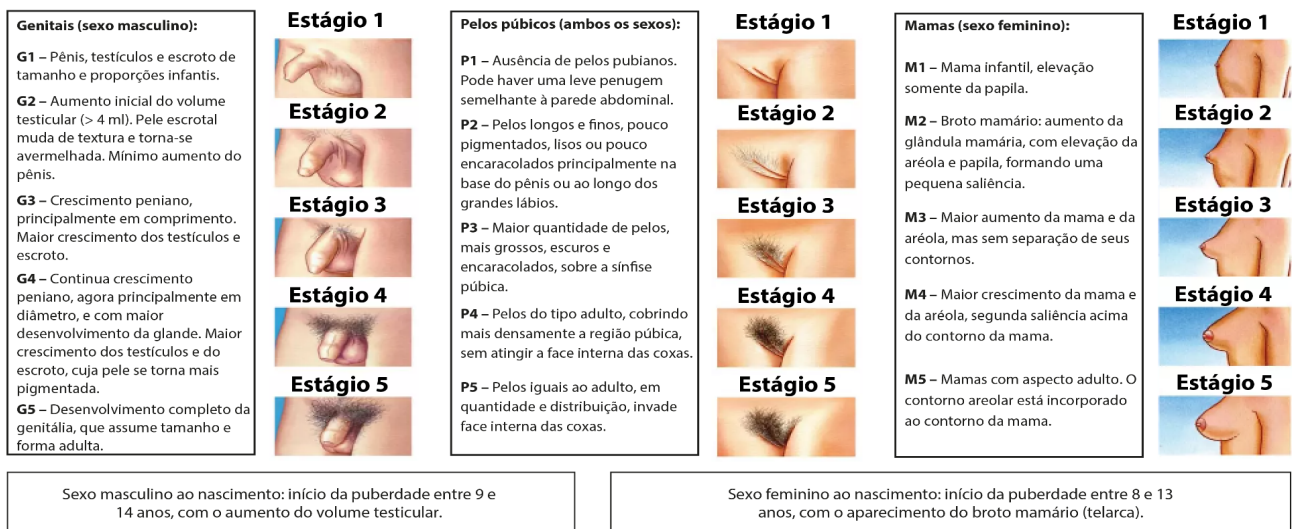
Possíveis condições psiquiátricas não tratadas podem limitar a habilidade da pessoa em oferecer consentimento informado ou tornar o cuidado na afirmação de gênero mais difícil. As principais condições que podem estar associadas e dificultar a abordagem dos jovens são esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, transtornos dissociativos, transfobia internalizada, transtorno de personalidade borderline, transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal. Se houver suspeita de uma

dessas condições associadas, ou dúvida quanto ao diagnóstico, orienta-se encaminhamento para serviço especializado em saúde mental [2,6].

As intervenções hormonais para crianças e adolescentes podem ser benéficas quando a incongruência de gênero for persistente e, principalmente, intensificada após o início da puberdade [34,79]. Há dois tipos de intervenção hormonal possíveis:

- **Supressão (ou bloqueio) puberal:** a supressão hormonal tem por objetivo inibir o desenvolvimento de caracteres secundários relacionados ao gênero designado ao nascimento, ao mesmo tempo em que oferece tempo de reflexão para a pessoa adolescente amadurecer sua decisão. Idealmente, o início da supressão puberal deve acontecer logo aos primeiros sinais puberais, no estágio 2 de Tanner (Figura 3), ou o mais precocemente possível após esse momento [6,34,79]. A supressão puberal é realizada apenas em centros especializados [33,85]. Aos 16 anos, se persistir a identidade de gênero incongruente e se a pessoa estiver apta a decidir, pode ser induzida a puberdade com as características corporais desejadas (ver hormonização de afirmação de gênero) [6].

Figura 3 – Estágios de Tanner (estadiamento puberal)



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2013) [86].

- **Hormonização de afirmação de gênero:** as intervenções hormonais para afirmação de gênero visam o desenvolvimento de caracteres secundários de acordo com o gênero de identificação, em jovens após a puberdade. No Brasil, é permitida a partir dos 16 anos de idade. Entre 16 e 18 anos, é necessário o consentimento do responsável [33,34,79].

Se houver desejo de hormonização a partir dos 16 anos, pode-se encaminhar a pessoa trans para atenção especializada conforme fluxos locais, sendo possível acessar ambulatórios específicos para população trans, se disponíveis, ou, ainda, endocrinologia, pediatria ou herbiatria.

As intervenções cirúrgicas de afirmação de gênero não estão previstas no Brasil antes dos 18 anos de idade [33]. Os procedimentos, realizados apenas a partir dos 18 anos de idade, podem incluir remoção ou aumento de mamas, cirurgia de redesignação sexual (reconstrução da genitália), histerectomia com anexectomia e colpectomia, e tireoplastia [34,79].

Atenção! O suporte familiar é de extrema importância para o desenvolvimento de um senso geral de saúde e bem-estar de crianças e jovens trans e travestis. Jovens trans e travestis que têm forte apoio dos familiares para sua identidade e expressão de gênero relatam maior satisfação com a vida, maior autoestima, melhor saúde mental, incluindo menos depressão e menos tentativas de suicídio, e moradia adequada em comparação com aqueles sem esse apoio dos responsáveis e/ou familiares. Nesse sentido, o acompanhamento na APS é fundamental não apenas para a hormonização, mas para o acompanhamento integral e construção deste apoio para jovens trans [87].

Direitos das pessoas transexuais e travestis

A PNSI-LGBT reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Seus objetivos estão voltados à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais, incluindo as especificações de raça, cor, etnia, território e outros. A PNSI-LGBT também prevê a garantia do processo transexualizador no SUS, bem como considera importante reduzir o risco da hormonização por automedicação ou realizada de maneira inadequada para pessoas transexuais e travestis [1].

Alguns direitos assegurados às pessoas trans e travestis são:

- **Nome social:** o uso do nome social é um direito previsto na carta dos usuários do SUS. Por isso, no momento do cadastro é importante usar o nome social de todas as pessoas, inclusive no cadastro do Cartão Nacional do SUS, no prontuário e em todos os impressos utilizados pelo serviço [1]. Já é comprovado que o respeito ao nome social reduz ideações suicidas e comportamentos suicidas, e é uma ferramenta importante para o cuidado de pessoas transexuais, travestis e de gênero diverso dentro de serviços de saúde [88]. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de usar o nome social escolhido em todas as faixas etárias, inclusive adolescente [88]. Caso se tenha dúvida sobre o nome social da pessoa, uma opção é chamar pelo sobrenome em um primeiro momento.

- **Alteração de registro civil nos documentos de identificação (RG, Carteira de Trabalho, Título de Eleitor):** será feita com base na autonomia da pessoa que deseja fazer a alteração e pode ser orientada na APS. O pedido pode ser realizado em qualquer cartório de registro civil de nascimento em todo território nacional, que deverá encaminhar o procedimento ao cartório que registrou o nascimento. Ver o [Apêndice G](#) para detalhes das documentações necessárias [2,89].
- Toda pessoa trans tem direito a um atendimento humanizado, não discriminatório e proteção contra atos de transfobia. Além disso, tem direito à não discriminação, reconhecimento perante a lei, segurança pessoal, privacidade, direito ao trabalho, proteção contra abusos médicos e o direito de constituir família, entre outros [19].

Vulnerabilidades sociais

É importante considerarmos que a população trans costuma ter uma série de prejuízos sociais, que a leva a acessar de maneira precária ou parcial os serviços de saúde. Esses prejuízos no acesso a bens, direitos e políticas públicas são condições objetivas e materiais que as deixam vulneráveis na sociedade. Essas vulnerabilidades devem ser consideradas quando uma pessoa travesti ou transexual acessa a APS, inclusive como critério de priorização do acesso, considerando os riscos psicossociais que experimenta, bem como a necessidade de busca ativa pelos profissionais que compõem os serviços. O acesso à saúde pode ser ainda mais difícil pela sobreposição de discriminações, como o racismo estrutural, em função de raça/cor, etnia, condição de viver em situação de rua, orientação sexual, status de saúde, como a sorofobia, prática laboral e geração [90].

A expectativa de vida das pessoas trans e travestis é de 35 anos, devido, principalmente, a questões referentes à violência [91]. Além disso, em torno de 95% das travestis brasileiras sobrevive por meio do trabalho sexual [9,92]. Esse trabalho sexual é, frequentemente, precarizado, ocorrendo em territórios geográficos marcados pelo tráfico local de drogas, que faz essa população ter mais chances de envolvimento com esse contexto. O cenário de vulnerabilidade social, associado ao frequente desemprego ou precariedade de acesso ao mercado formal de trabalho e, eventualmente, às dificuldades de moradia e permanência em situação de rua, é determinante para o uso de álcool e drogas [93–95].

Considerar essas vulnerabilidades é diferente de necessariamente ligar essa população às drogas e à prostituição, pois isso seria também um modo de estigma e preconceito. Mas a precariedade das relações e das redes de proteção social dessa população acaba proporcionando prejuízos à saúde, incluindo a saúde mental, de modo que é preciso muita atenção para oferecer um atendimento integral e efetivo a essas pessoas, quando chegam às unidades de saúde [94].

Encaminhamento para serviços especializados

Destaca-se que não é só quem deseja fazer cirurgias que pode acessar os cuidados relatados no “Processo Transexualizador no SUS”.

Podem ser encaminhados para serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas trans e travestis:

- mulher trans, homem trans, travesti, ou com outra identidade de gênero não binária com desejo de realizar intervenções de modificação corporal hormonais.

Pessoas que não desejam realizar intervenções de modificação corporal cirúrgicas podem ser atendidos na APS, em serviços regionais estruturados para o atendimento dessa população, quando disponíveis, ou na Endocrinologia.

Podem ser encaminhados para serviço hospitalar especializado no atendimento de pessoas trans e travestis:

- mulher trans, homem trans, travesti ou com outra identidade de gênero não binária com desejo de realizar procedimentos de modificação corporal cirúrgicos.

Podem ser encaminhados para serviço especializado em Saúde Mental:

- presença de disforia de gênero e problemas emocionais ou comportamentais, com intenso sofrimento psíquico, como transtorno de ansiedade ou depressão não estabilizados ou ideação suicida;
- identificação da pessoa como mulher trans, homem trans, travesti ou com outra identidade de gênero não binária e suspeita de condições de saúde mental que possam dificultar o manejo, como esquizofrenia, transtornos psicóticos, abuso de substâncias, transtornos dissociativos, transfobia internalizada, transtorno de personalidade borderline, transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 28 de agosto de 2023]. 36 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
2. Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes Junior A, organizadores. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo: Manole; 2021. 569 p.
3. Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients [Internet]. 4º ed. Ontario: Sherbourne Health; 2019 [citado 18 de maio de 2023]. 134 p. Disponível em: <http://www.transforumquinte.ca/downloads/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2019.pdf>.
4. Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. Cad Pagu [Internet]. 2002 [citado 4 de setembro de 2023];(17–18):9–79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000100002&lng=pt&tlng=pt.
5. Preciado PB, Bourcier MH. Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: N-1 Edições; 2015. 224 p.
6. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenação da Atenção Básica, Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2020 [citado 11 de julho de 2023]. 133 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf.
7. Lopes BC, Langaro JP, Schmitt S. Integralidade e Equidade no Cuidado à População Transexual: conceitos e orientações básicas [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2020 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/integralidade-e-equidade-no-cuidado-a-populacao-transexual-conceitos-e-orientacoes-basicas/https://editora.redeunida.org.br/project/integralidade-e-equidade-no-cuidado-a-populacao-transexual-conceitos-e-orientacoes-basicas/>.
8. Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, Schwab PP, Uner OE, Wen S, et al. Primary Care in Transgender Persons. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America [Internet]. junho de 2019 [citado 4 de setembro de 2023];48(2):377–90. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088985291930009X>.
9. Ferreira GG. Vidas lixadas: crime e castigo nas narrativas de travestis e transexuais brasileiras. Salvador: Devires; 2018. 247 p.
10. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for Transgender and Gender-Diverse Persons: What Clinicians Should Know. afp [Internet]. 1º de dezembro de 2018 [citado 4 de setembro de 2023];98(11):645–53. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1201/p645.html>.
11. United Nations Human Rights. Intersex. Geneva: UN Human Rights; 2018.
12. Machado PS. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. Cadernos Pagu [Internet]. 2005 [citado 4 de setembro de 2023];24:249–81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a12.pdf>.

13. Jesus JG de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. 2º ed. Brasília: EDA/FBN; 2012. 42 p.
14. Sociedade Brasileira De Pediatria. Disforia de Gênero [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2014 [citado 4 de setembro de 2023]. (Guia Prático de Atualização). Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP - Disforia de Genero.pdf.
15. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (Brasil), Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conteúdo para Capacitação: conferências conjuntas de direitos humanos [Internet]. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (Brasil); 2016 [citado 4 de setembro de 2023]. 40 p. Disponível em: http://flacso.org.br/files/2016/08/CNDH_cartilha_capacitacao.pdf.
16. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex, Salud Soc (Rio J) [Internet]. agosto de 2013 [citado 4 de setembro de 2023];(14):380–407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017&lng=pt&tlng=pt.
17. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E, et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11). Bull World Health Organ [Internet]. 1º de setembro de 2014 [citado 4 de setembro de 2023];92(9):672–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4208576/pdf/BLT.14.135541.pdf/>.
18. Gallardo Nieto EM, Espinosa Spínola M. Sobre la imposición del sistema de género y la transfobia: historias de niños creativos con el género y jóvenes trans*. On the imposition of the gender system and transphobia: gender creative children and trans* youths' life stories [Internet]. janeiro de 2021 [citado 4 de setembro de 2023]; Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/112341>.
19. Princípios De Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero [Internet]. 2016 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf.
20. Carmona Alvarado K. La violencia contra las mujeres trans en los espacios públicos: Entre el acoso sexual y la transfobia. RLDH [Internet]. 4 de março de 2021 [citado 4 de setembro de 2023];32(1). Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/15192>.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Nota Informativa nº 10/2018 - COVIG/CGVP/.DCCI/SVS/MS. Ampliação da indicação do uso da vacina Hepatite A para pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e homens que fazem sexo com homens - HSH). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-102018-covigcgvpdiahvsms>.
22. Feldman J, Deutsch MB. Primary care of transgender individuals [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2021 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals/>.
23. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC Public Health [Internet]. 2 de junho de 2015 [citado 11 de julho de 2023];15(1):525. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.

24. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 4 de setembro de 2023];70(9):832–64. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0039906>.
25. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health* [Internet]. 19 de agosto de 2022 [citado 4 de setembro de 2023];23(sup1):S1–259. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2100644>.
26. Matthys I, Defreyne J, Elaut E, Fisher AD, Kreukels BPC, Staphorsius A, et al. Positive and Negative Affect Changes during Gender-Affirming Hormonal Treatment: Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence (ENIGI). *JCM* [Internet]. 14 de janeiro de 2021 [citado 4 de setembro de 2023];10(2):296. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/2/296>.
27. Hamidi O, Davidge-Pitts CJ. Transfeminine Hormone Therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* [Internet]. junho de 2019 [citado 4 de setembro de 2023];48(2):341–55. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889852919300064>.
28. Dynamed. Hormone therapy for the adult female transgender patient [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/hormone-therapy-for-the-adult-female-transgender-patient>.
29. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. Solomon CG, organizador. *N Engl J Med* [Internet]. 19 de dezembro de 2019 [citado 4 de setembro de 2023];381(25):2451–60. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1903650>.
30. Tangpricha V, Safer JD. Transgender men: evaluation and management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transgender-men-evaluation-and-management>.
31. Tangpricha V, Safer JD. Transgender women: evaluation and management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management>.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
33. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. [Internet]. Brasília: CFM; 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>.
34. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* [Internet]. 1º de novembro de 2017 [citado 11 de julho de 2023];102(11):3869–903. Disponível em: <http://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>.

35. Lexicomp. Spironolactone: drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/spironolactone-drug-information>.
36. Lexicomp. Cyproterone (United States: Not available): drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cyproterone-united-states-not-available-drug-information>.
37. Merative Micromedex. Spironolactone [Internet]. Greenwood Village, Colorado; Cambridge, Massachusetts, USA: IBM Watson Health/EBSCO Information Services,; [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-monograph/spironolactone>.
38. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people [Internet]. San Francisco: UCSF; 2016 [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
39. Haupt C, Henke M, Kutschmar A, Hauser B, Baldinger S, Saenz SR, et al. Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women. Cochrane Tobacco Addiction Group, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 28 de novembro de 2020 [citado 5 de setembro de 2023];2020(11). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013138.pub2>.
40. D'hoore L, T'Sjoen G. Gender-affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future. J Intern Med [Internet]. maio de 2022 [citado 5 de setembro de 2023];291(5):574–92. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.13441>.
41. Glinborg D, T'Sjoen G, Ravn P, Andersen MS. Management of Endocrine Disease: optimal feminizing hormone treatment in transgender people. European Journal of Endocrinology [Internet]. 1º de agosto de 2021 [citado 5 de setembro de 2023];185(2):R49–63. Disponível em: <https://academic.oup.com/ejendo/article/185/2/R49/6654306>.
42. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5º ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. 2424 p.
43. Kuijpers SME, Wiepjes CM, Conemans EB, Fisher AD, T'Sjoen G, Den Heijer M. Toward a Lowest Effective Dose of Cyproterone Acetate in Trans Women: Results From the ENIGI Study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. 27 de setembro de 2021 [citado 5 de setembro de 2023];106(10):e3936–45. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/106/10/e3936/6298578>.
44. Caio de Azevedo Trindade, Cristina Asvolinsque Pantaleão Fontes, Elaine Maria Frade Costa, Karen Fuggioni de Marca Seidel, Marcelo Cidade Batista, Maria Izabel Chiamolera. Posicionamento Conjunto: Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero [Internet]. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem; 2019 [citado 11 de setembro de 2023]. 36 p. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_transgenero_sbem_sbpccm_cbr.pdf.
45. Irwig MS. Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? Andrology [Internet]. novembro de 2021 [citado 11 de setembro de 2023];9(6):1729–31. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/andr.12881>.

46. Snyder PJ. Testosterone treatment of male hypogonadism [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/testosterone-treatment-of-male-hypogonadism>.
47. Defreyne J, Vanwonderghem Y, Collet S, Iwamoto SJ, Wiepjes CM, Fisher AD, et al. Vaginal bleeding and spotting in transgender men after initiation of testosterone therapy: A prospective cohort study (ENIGI). *International Journal of Transgender Health* [Internet]. 2 de abril de 2020 [citado 11 de setembro de 2023];21(2):163–75. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2020.1719951>.
48. Martin KA, Anderson RR, Chang RJ, Ehrmann DA, Lobo RA, Murad MH, et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* [Internet]. 1º de abril de 2018 [citado 11 de setembro de 2023];103(4):1233–57. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/103/4/1233/4924418>.
49. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertility and Sterility* [Internet]. fevereiro de 2009 [citado 11 de setembro de 2023];91(2):456–88. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028208013927>.
50. Hashemi L, Zhang Q, Getahun D, Jasuja GK, McCracken C, Pisegna J, et al. Longitudinal Changes in Liver Enzyme Levels Among Transgender People Receiving Gender Affirming Hormone Therapy. *The Journal of Sexual Medicine* [Internet]. 1º de setembro de 2021 [citado 12 de setembro de 2023];18(9):1662–75. Disponível em: <https://academic.oup.com/jsm/article/18/9/1662/6956126>.
51. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 2.333/2023. Adota as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo. [Internet]. Brasília: CFM; 2023. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2333>.
52. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 98, de 20 de novembro de 2000 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0098_20_11_2000.html.
53. Brasil. Lei nº 9.965, de 27 de abril de 2000. Restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9965.htm.
54. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344/1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html.
55. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 375 de 17 de abril de 2020. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre o regime para a submissão de ensaios clínicos utilizados para a validação de dispositivos médicos de classes III e IV identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-375-de-17-de-abril-de-2020-253004636>.

56. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 683, de 12 de maio de 2022. Prorroga a vigência de Resoluções de Diretoria Colegiada - RDC, em virtude da publicação da Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022, do Ministro de Estado da Saúde, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-683-de-12-de-maio-de-2022-401067983>.
57. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstet Gynecol*. julho de 2019;134(1):81–90.
58. Davies S, Papp VG, Antoni C. Voice and Communication Change for Gender Nonconforming Individuals: Giving Voice to the Person Inside. *International Journal of Transgenderism* [Internet]. 3 de julho de 2015 [citado 12 de setembro de 2023];16(3):117–59. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2015.1075931>.
59. Gelfer MP, Schofield KJ. Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male. *Journal of Voice* [Internet]. março de 2000 [citado 12 de setembro de 2023];14(1):22–33. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0892199700800922>.
60. Dynamed. Health care for transgender women [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/health-care-for-transgender-women>.
61. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [citado 12 de setembro de 2023]. 74 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>.
62. Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men: Table 1. *Sex Transm Infect* [Internet]. novembro de 2014 [citado 12 de setembro de 2023];90(7):529–31. Disponível em: <https://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sextrans-2014-051558>.
63. Muzny CA, Kapil R, Austin EL, Hook EW, Geisler WM. Lower sexually transmissible infection prevalence among lifetime exclusive women who have sex with women compared with women who have sex with women and men. *Sex Health* [Internet]. 2014 [citado 12 de setembro de 2023];11(6):592. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/?paper=SH14181>.
64. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Internet]. Atlanta: CDC; 2021 [citado 6 de março de 2023]. 192 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.
65. Barr WB. Vaginal speculum examinations without stirrups. *BMJ*. 22 de julho de 2006;333(7560):158–9.
66. Defreyne J, T'Sjoen G. Transmasculine Hormone Therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* [Internet]. junho de 2019 [citado 12 de setembro de 2023];48(2):357–75. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889852919300040>.

67. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 12 de setembro de 2023]. (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.
68. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 6 de março de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.
69. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS, Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Telecondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2023 [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2023 [citado 12 de setembro de 2023]. 72 p. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/telecondutas_hiv.pdf.
70. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado 12 de setembro de 2023]. 120 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf.
71. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 5/2019-.DCCI/SVS/MS. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 (seis) meses. [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf/view.
72. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado 12 de junho de 2023]. 52 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf.
73. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Técnica nº 8/2023-CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre recomendações e atualizações acerca do uso da Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) oral, incluindo a modalidade “sob demanda”. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv_-dcci_svs_ms.pdf/view.
74. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. JAMA Netw Open. 1º de fevereiro de 2022;5(2):e220978.

75. Fontanari AMV, Vilanova F, Schneider MA, Chinazzo I, Soll BM, Schwarz K, et al. Gender Affirmation Is Associated with Transgender and Gender Nonbinary Youth Mental Health Improvement. *LGBT Health*. julho de 2020;7(5):237–47.
76. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics* [Internet]. 1º de outubro de 2014 [citado 11 de julho de 2023];134(4):696–704. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/134/4/696/32932/Young-Adult-Psychological-Outcome-After-Puberty>.
77. Society for Adolescent Health and Medicine. Recommendations for Promoting the Health and Well-being of Sexual and Gender-diverse Adolescents Through Supportive Families and Affirming Support Networks. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. abril de 2022 [citado 11 de julho de 2023];70(4):692–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X22001586>.
78. Dynamed. Gender Dysphoria [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022 [citado 11 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/gender-dysphoria>.
79. Olson-Kennedy J, Forcier M. Management of transgender and gender-diverse children and adolescents [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 11 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-transgender-and-gender-diverse-children-and-adolescents>.
80. World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information [Internet]. 11º ed. Geneva: WHO; 2022 [citado 11 de julho de 2023]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.
81. Edwards-Leeper L, Spack NP. Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a Major Pediatric Center. *Journal of Homosexuality* [Internet]. março de 2012 [citado 11 de julho de 2023];59(3):321–36. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2012.653302>.
82. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics* [Internet]. 1º de março de 2016 [citado 11 de julho de 2023];137(3):e20153223. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/3/e20153223/81409/Mental-Health-of-Transgender-Children-Who-Are>.
83. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. fevereiro de 2017 [citado 11 de julho de 2023];56(2):116-123.e2. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856716319414>.
84. Forcier M, Olson-Kennedy J. Gender development and clinical presentation of gender diversity in children and adolescents [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 11 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-diversity-in-children-and-adolescents>.

85. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Processo-Consulta CFM nº 32/12 – Parecer CFM nº 8/13. Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. O adolescente com TIG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento). Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente. [Internet]. Brasília: CFM; 2013. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/spl/2019/06/Acessorio/1000273697_1000273288_Acessorio.pdf.
86. Ministério da Saúde (Brasil). Orientação para o atendimento à saúde de adolescente [Internet]. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 11 de julho de 2023]. 5 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_saude_da_adolescente.pdf.
87. Travers R, Bauer G, Pyne J, Bradley K, Gale L, Papadimitriou M. Impacts of strong parental support for trans youth: a report prepared for Children’s Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services [Internet]. Toronto: TRANS Pulse Project; [citado 18 de setembro de 2023]. Disponível em: <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>.
88. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. Journal of Adolescent Health [Internet]. outubro de 2018 [citado 12 de setembro de 2023];63(4):503–5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X18300855>.
89. Passo a Passo SP [Internet]. Poupatrans. [citado 12 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.poupatrans.org.br/passoapasso>.
90. Scheim AI, Zong X, Giblon R, Bauer GR. Disparities in access to family physicians among transgender people in Ontario, Canada. International Journal of Transgenderism [Internet]. 3 de julho de 2017 [citado 12 de setembro de 2023];18(3):343–52. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2017.1323069>.
91. Benevides BG, organizador. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Distrito Drag; 2022. 144 p.
92. Kulick D. Travesti: Prostituição, Sexo, Gênero E Cultura No Brasil. Fiocruz Editora; 2008.
93. Ferreira GG. Sexualidade e gênero na prisão LGBTI+ e suas passagens pela justiça criminal. Klein CC, organizador. Salvador: Devires; 2020. 416 p.
94. Rocha RMG, Pereira DL, Dias TM. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. Saude soc [Internet]. junho de 2013 [citado 18 de setembro de 2023];22(2):554–65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200024&lng=pt&tlng=pt.
95. Guilherme Gomes Ferreira. Travestis e prisões: experiência social e mecanismos particulares de encarceramento no Brasil. Curitiba: Multideia Editora Ltda; 2014.

Apêndices

Apêndice A – Exemplos de sinalização dos banheiros de forma inclusiva



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).



Fonte: imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório da Identidade de Gênero - AMIG do Grupo Hospitalar Conceição.

Apêndice B – Proposta de acolhimento multiprofissional de pessoas trans na APS**MOTIVO E EXPECTATIVAS DO ATENDIMENTO**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome:
- Idade:
- Número do CNS:
- Se identifica como: () Mulher trans () Homem trans () Travesti () Pessoa não binária
- Há quanto tempo se identifica com esse gênero e quando assumiu sua identidade de gênero:

- Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Pansexual
() Assexual () Outra: _____

QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE

- Principal demanda:

- Outras demandas:

- Acompanhamento de saúde: () sim () não
- Serviços de Saúde: () unidade de atenção primária _____ () Ambulatório
Especializado () Serviço complementar e suplementar
- Algum problema prévio de saúde? () não () sim . Qual(is)?

- Práticas sexuais _____
- Já fez TR?

Sífilis () não () sim Resultado? () não reagente () reagente Se reagente, fez/faz tratamento? () sim () não Onde: _____

HIV () não () sim Resultado? () não reagente () reagente Se reagente, fez/faz tratamento? () sim () não Onde: _____

Hepatite B () não () sim Resultado? () não reagente () reagente Se reagente, fez/faz

tratamento? () sim () não Onde: _____

Hepatite C () não () sim Resultado? () não reagente () reagente Se reagente, fez/faz tratamento? () sim () não Onde: _____

- Faz uso contínuo de medicação: () sim, qual(is) _____ () não
- Tem alguma alergia? Em especial para homens trans ou transmasculinos perguntar sobre alergia a amendoim ou óleo de rícino e outros óleos vegetais.

() sim, qual(is) _____ () não

- Faz uso de hormônios?

() não () sim. Quais e em que dosagem?

-
- Já fez alguma cirurgia (no caso de mulheres trans e travestis perguntar sobre uso de silicone industrial)?

() não () sim. Quais? _____

- Já passou ou está passando por alguma situação de violência?

() não () sim. Quais? _____

- Tem desejo de parentalidade?

() não () sim.

ESPECÍFICO PARA HOMENS TRANS:

- Já fez exame de CP (Papanicolau)? (HPV)

() não () sim, há quanto tempo? _____

- Tem desejo de engravidar? _____

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Necessita de atendimento/acompanhamento odontológico?

() não () sim. Motivo? _____

CONTEXTO SOCIOECONÔMICO

- Situação de moradia:

() Reside com pais () Reside com família extensa () Reside com amigos () Reside só

() Situação de rua () Outra: _____

- Vínculo com família nuclear: () Fortalecido () Fragilizado () Rompido
- Endereço / Território:
- Telefone para contato:

- Escolaridade:
- Trabalho: () Formal () Informal () Situação de desemprego
- Renda: () Renda única () Múltiplos provedores () Benefício assistencial (BF, BPC...)

() Benefício previdenciário () Aposentadoria () Outra: _____

ACOMPANHAMENTO SOCIOASSISTENCIAL

- Acompanhamento com assistência social: () Sim () Não
- Serviços de assistência social: () CRAS () CREAS () Acolhimento institucional
- () Abrigo ou albergue () Terceiro setor (ONG) _____

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ambulatório Trans da Atenção Primária de Porto Alegre e Ambulatório de Identidade de Gênero - AMIG do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

Apêndice C – TCLE para hormonização com uso de estrogênio e/ou antiandrógeno**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE PELO USO DE ESTRÓGENO E/OU ANTIANDRÓGENO**

Se você está considerando tomar hormônios feminilizantes, é importante aprender um pouco sobre essas medicações: os efeitos, os riscos, as expectativas, as considerações de longo prazo e seus efeitos colaterais.

É muito importante lembrar que todo organismo é diferente e que a extensão e velocidade em que as alterações ocorrem dependem de muitos fatores. Esses fatores incluem a sua genética, a idade em que você começa a tomar os hormônios e seu estado geral de saúde. Também é importante lembrar que, porque todo mundo é diferente, os medicamentos e dosagens podem variar muito dos de suas amigas, ou do que você pode ter lido em livros ou *on-line*. Muitas pessoas ficam ansiosas, desejando que as mudanças ocorram rapidamente. Lembre-se que você está passando por uma segunda puberdade e que a puberdade normalmente leva vários anos para que os efeitos completos estejam finalizados. Tomar altas doses de hormônios não vai necessariamente fazer a mudança ocorrer mais rapidamente. Mas pode, por outro lado, pôr em perigo a sua saúde.

Para que a hormonização seja realizada com segurança, é imprescindível que você informe a equipe de saúde sobre as doenças que você sabe ter, se já apresentou alguma internação ou cirurgia, quais as medicações que está em uso, bem como suplementos, ervas medicinais e outras substâncias. Durante o acompanhamento, será necessária realização de exames de sangue e consultas regulares. Você não deve mudar medicações ou alterar doses sem antes conversar com a sua equipe de saúde.

Durante a hormonização, você vai notar mudanças importantes em quatro grandes aspectos:

1) Físicos

A primeira mudança notável é que sua pele pode ficar mais seca e fina. Os poros diminuem e, com isso, diminui a oleosidade da pele. Você pode tornar-se mais propensa a contusões ou cortes e sua percepção de dor ou temperatura pode mudar. Essas mudanças geralmente ocorrem em algumas semanas. Nas primeiras semanas, você ainda pode notar que está suando menos, como também perceber mudanças nos cheiros do suor e da urina.

Nos primeiros meses de tratamento, há o desenvolvimento de pequenos “botões” sob os seus mamilos, que podem ser ligeiramente dolorosos (especialmente ao toque) e ter tamanhos diferentes. Isso é normal, significa que as mamas estão se desenvolvendo e a dor tende a diminuir ao longo dos meses. O surgimento da mama é muito variável de pessoa para pessoa. Nem todo mundo as desenvolve na mesma velocidade e a maioria das mulheres transexuais só consegue ter um pequeno aumento dos seios com a hormonização. Ao longo dos anos, no entanto, esse aumento pode ficar mais evidente. Assim como as mulheres cis, os seios das mulheres trans variam em forma e tamanho, e pode haver diferença entre o seio esquerdo e o direito, geralmente discreta.

Com o hormônio, o formato do seu corpo irá mudar: a gordura se concentrará mais em torno dos quadris e das coxas, além de se acumular abaixo da pele, tornando-a mais espessa e diminuindo a definição muscular dos braços e das pernas, levando a uma aparência mais suave. Não há efeito significativo sobre a gordura em seu abdômen. Sua massa muscular irá diminuir significativamente, assim como a sua força muscular. Por isso, é importante que você comece a fazer atividades físicas para manter o seu tônus muscular e melhorar sua saúde em geral. Dependendo de sua dieta, estilo de vida, genética, peso e massa muscular, você pode ganhar ou perder peso após começar a hormonização. A gordura sob a pele

em seu rosto vai aumentar e mudar de posição, para dar aos seus olhos e rosto uma aparência mais feminina e suave. A estrutura óssea (incluindo seus quadris, braços, mãos, pernas e pés) não se altera. As alterações faciais podem levar dois anos ou mais para chegar ao resultado final. Aconselhamos, portanto, esperar pelo menos dois anos após o início da hormonização antes de considerar quaisquer procedimentos cirúrgicos de feminização facial.

Os pelos do seu corpo, em lugares como peito, costas e braços, irão diminuir em espessura e crescer a um ritmo mais lento, porém eles podem não sumir por completo. Os pelos do rosto podem demorar mais tempo para ficarem finos e ainda não desaparecerem completamente. Tratamentos definitivos, como eletrólise ou laser, podem ajudar. Quem tem tendência à calvície pode notar melhora, visto que o cabelo tende a crescer mais rápido e ficar mais cheio. Esse efeito, no entanto, varia de indivíduo para indivíduo.

Algumas pessoas podem notar pequenas mudanças na altura, ainda que discretas, devido a mudanças nos ligamentos e músculos dos pés.

2) Emocionais

A puberdade é uma montanha russa de emoções, e a segunda puberdade que você experimentará durante a sua transição não é exceção. Você pode ficar mais sensível em relação a suas emoções e sentimentos, passar a ter interesses e gostos diferentes ou comportar-se diferente em relacionamentos com outras pessoas.

A psicoterapia não é necessária para todas as pessoas, porém a maioria das pessoas se beneficia de um curso de psicoterapia de apoio durante a transição, para ajudá-la a explorar esses novos pensamentos e sentimentos e a se conhecer melhor.

3) Sexuais

Logo após o início do uso de hormônios, você pode notar uma redução na quantidade e na qualidade das ereções. Quando você tiver uma ereção, ela pode ser menos firme e não durar tanto tempo, podendo levar a uma diminuição ou perda da capacidade de penetrar. Você ainda terá sensação erótica e será capaz de ter orgasmos, no entanto esse orgasmo pode ser sem ejaculação. Os seus orgasmos serão diferentes, de menor intensidade de pico. É recomendável que você explore e experimente a sexualidade com masturbação e envolvendo a sua parceria sexual.

Seus testículos poderão diminuir de tamanho. Em quase todos os casos, isso não afeta a quantidade de pele escrotal disponível para a cirurgia genital no futuro.

4) Reprodutivos

Você deve saber que, em alguns meses após iniciar a hormonização, você pode tornar-se irreversivelmente estéril. Algumas pessoas podem ser capazes de manter uma contagem de esperma durante a hormonização, ou ter a sua contagem de esperma normalizada depois de parar o tratamento, mas não há garantias. Se você deseja ter filhos biológicos, o ideal seria iniciar a hormonização somente após a concepção, ou então preservar seu esperma em um banco de espermatozoides antes de iniciar qualquer hormonização. Não há banco de esperma disponível pelo SUS. Além disso, se você estiver em hormonização e permanecer sexualmente ativa com uma pessoa que é capaz de engravidar, você deve continuar a usar um método anticoncepcional, como a camisinha, para prevenir uma gravidez indesejada.

Muitos dos efeitos da hormonização são reversíveis se você parar de tomar os hormônios. O grau de reversão vai depender de quanto tempo você está em hormonização. O crescimento da mama e, possivelmente, a esterilidade não são reversíveis. Se você realizar a orquiectomia (remoção dos

testículos) ou a cirurgia de redesignação genital, você poderá tomar uma dose mais baixa de hormônios. No entanto, é importante continuar com os hormônios, mesmo que em dose baixa, pelo menos até os 50 anos, para evitar osteoporose.

A terapêutica hormonal pode incluir três tipos diferentes de medicamentos: estrogênio, bloqueadores de testosterona e progesterona.

1) Estrogênio

Estrogênio é o hormônio que confere as características mais femininas. Ele é responsável pelas mudanças físicas da transição, bem como muitas das mudanças emocionais. O estrogênio pode ser administrado em forma de comprimidos ou tópico, tal como gel, adesivo ou emplastro. Os comprimidos são mais baratos e eficazes, mas são menos seguros se você for fumante ou apresentar algum fator de risco para doença cardíaca ou trombose. Adesivos são mais eficazes e seguros, mas custam mais caro do que os comprimidos e, como efeito adverso, podem causar irritação na pele.

Riscos associados com o estrogênio incluem pressão arterial elevada, coágulos sanguíneos, problemas de fígado, acidente vascular cerebral e diabetes. Além disso, existem potenciais riscos desconhecidos, uma vez que ainda são poucos os estudos sobre o uso de estrogênio em mulheres transexuais. É possível que, no futuro, possamos aprender mais sobre riscos ou efeitos colaterais e a hormonização se torne ainda mais segura. Ao contrário do que muitos podem acreditar, uma pequena quantidade de estrogênio pode proporcionar um efeito máximo, assim como tomar doses muito elevadas de estrogênio não faz as mudanças ocorrerem de forma mais rápida, mas pode ser prejudicial para a sua saúde.

Não há evidência científica suficiente sobre os riscos de câncer em mulheres transexuais. O risco de câncer de mama pode aumentar ligeiramente, mas ele ainda será menor do que o de uma mulher cisgênero.

Se você fuma, é de extrema importância pensar em parar. O hábito de fumar, por si só, aumenta o risco de eventos cardiovasculares importantes, como infarto, acidente vascular cerebral e trombose. Em associação com o uso de estrogênio, esse risco aumenta consideravelmente.

Se você realizar a cirurgia genital ou a orquiectomia (remoção dos testículos), a sua dosagem de estrogênio será reduzida. Sem os testículos para produzir testosterona, você precisará de uma dose menor para manter suas características femininas.

Será necessário verificar periodicamente alguns exames de sangue para monitorar sua saúde enquanto você estiver utilizando a hormonização. Esse seguimento será orientado pela equipe de saúde responsável pelo seu acompanhamento.

2) Bloqueadores de testosterona

Há alguns medicamentos que podem ser utilizados para bloquear a testosterona. Algumas dessas drogas bloqueiam a ação da testosterona em seu corpo e podem inibir a sua produção. A grande maioria dos medicamentos desse grupo é segura para o uso. O mais utilizado é a espironolactona, que pode, no entanto, ter alguns efeitos colaterais, como urinar excessivamente ou sentir tonturas e vertigens, visto que ela diminui a pressão arterial. É importante beber bastante líquido ao tomar esse medicamento. Além disso, a espironolactona pode interagir com outros medicamentos que baixam a pressão e pode ser perigoso em pessoas com problemas renais. É importante compartilhar com seu médico seu histórico de doenças e lista de medicamentos que você toma para que ele possa ter certeza de que não haverá interações entre as medicações. Pessoas que tomam espironolactona devem ter seus níveis de potássio verificados periodicamente.

3) Progesterona

O uso da progesterona **não** é atualmente indicado para compor a hormonização feminilizante. Algumas mulheres transexuais usam a progesterona por terem apresentado mais características femininas e pelo baixo custo. O uso do Perlutan[®]/Pregnanol[®]/Preg-Less[®]/Uno-Ciclo[®]/Dáiva[®] é uma prática comum entre as mulheres trans, uma associação de hormônios (estrogênio + progesterona), mas os efeitos feminizantes da injeção são por conta das altas dosagens de estrogênio contido na formulação, e não pela progesterona. Lembrando que o estrogênio contido nessas formulações é sintético e aumenta consideravelmente os efeitos adversos, principalmente o risco de trombose, não sendo, portanto, indicado.

Eu, _____, compreendo as informações acima sobre uso de hormônios feminilizantes e concordo com o uso prescrito dessas medicações.

Assinatura:

Paciente _____ Data _____

Médico (a) _____ Data _____

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de modelo cordialmente cedido pelo Ambulatório de Atenção Integral à População transexual e travesti da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

Apêndice D – TCLE para hormonização com uso de testosterona

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE PELO USO DE TESTOSTERONA

Se você está considerando tomar testosterona, é importante aprender um pouco sobre essa medicação: os efeitos, os riscos, as expectativas, as considerações de longo prazo e seus efeitos colaterais.

É muito importante lembrar que todo organismo é diferente e que a extensão e velocidade em que as alterações ocorrem dependem de muitos fatores. Esses fatores incluem a sua genética, a idade em que você começa a tomar os hormônios e seu estado geral de saúde. Também é importante lembrar que, como todo mundo é diferente, os medicamentos e dosagens podem variar muito dos de seus amigos, ou do que você pode ter lido em livros ou *on-line*. Muitas pessoas ficam ansiosas, desejando que as mudanças ocorram rapidamente. Lembre-se que você está passando por uma segunda puberdade e que a puberdade normalmente leva vários anos para que os efeitos completos estejam finalizados. Tomar altas doses de hormônios não vai necessariamente fazer a mudança ocorrer mais rapidamente. Mas pode, por outro lado, colocar em risco a sua saúde.

Para que a hormonização seja realizada com segurança, é imprescindível que você informe a equipe de saúde sobre as doenças que você sabe ter, se já apresentou alguma internação ou cirurgia, quais as medicações que está em uso, bem como suplementos, ervas medicinais e outras substâncias. Durante o acompanhamento, será necessária realização de exames de sangue e consultas regulares. Você não deve mudar medicações ou alterar doses sem antes conversar com a sua equipe de saúde.

Durante a hormonização, você vai notar mudanças importantes em quatro grandes aspectos:

1) Físicos

A primeira mudança notável é que sua pele vai se tornar um pouco mais grossa e oleosa. Seus poros ficarão maiores e, com isso, aumentarão a oleosidade da pele, podendo levar ao aparecimento de espinhas, ou acne.

Nas primeiras semanas, você ainda pode notar que está suando demais, como também perceber mudanças nos cheiros do suor e da urina.

Seus seios não vão mudar muito durante a transição, mas você pode notar alguma dor, ou uma discreta diminuição no tamanho. Por essa razão, muitos cirurgiões de mama recomendam esperar pelo menos seis meses após a hormonização com a testosterona para realizar a mastectomia (retirada das mamas).

Com o hormônio, o formato do seu corpo irá mudar: a gordura vai se concentrar menos em torno dos quadris e das coxas e mais no abdômen. A camada de gordura abaixo da pele diminui e, com isso, aumenta a definição muscular dos braços e das pernas, levando a uma aparência mais encorpada. Não há efeito significativo sobre a gordura em seu abdômen. Sua massa muscular irá aumentar significativamente, assim como a sua força muscular. Para maximizar o seu desenvolvimento e manter a sua saúde, você deve praticar exercícios 4 a 5 vezes por semana, incluindo exercícios aeróbicos e exercícios de musculação mais pesados. Dependendo de sua dieta, estilo de vida, genética, peso e massa muscular, você pode ganhar ou perder peso após começar a hormonização. A camada de gordura em seu rosto vai diminuir e mudar de posição para dar aos seus olhos e rosto um aspecto geral mais angular e masculino, porém, sua estrutura óssea não vai mudar. As alterações faciais podem levar dois anos ou mais para chegar ao resultado final.

Seus pelos no corpo, peito, costas e braços irão aumentar de espessura, ficar mais escuros e crescer mais rápido. Você tende a desenvolver um padrão de pelos do corpo semelhante ao de outros homens em sua família. Lembre-se que todo mundo é diferente, e que pode levar até cinco anos ou mais para ver os resultados finais. A maioria dos homens trans nota algum grau de calvície. Dependendo da idade e história familiar, você pode ter queda de cabelo completa ou desenvolver calvície de padrão masculino. A barba varia de pessoa para pessoa. Algumas pessoas desenvolvem uma barba espessa rapidamente, outras podem levar vários anos ou podem nunca desenvolver uma barba grossa e

completa. Esse resultado depende da sua genética e da idade em que você começou a hormonização com testosterona. Você pode notar que os homens cisgêneros também têm um grau variável de espessura da barba.

2) Emocionais

A puberdade é uma montanha russa de emoções, e a segunda puberdade que você experimentará durante a sua transição não é exceção. Você pode ficar mais sensível em relação a suas emoções e sentimentos, passar a ter interesses e gostos diferentes ou comportar-se diferente em relacionamentos com outras pessoas.

A psicoterapia não é necessária para todas as pessoas, porém, a maioria das pessoas se beneficia de um curso de psicoterapia de apoio durante a transição, para ajudá-la a explorar esses novos pensamentos e sentimentos e a se conhecer melhor.

3) Sexuais

Logo após o início do uso de hormônios, você vai notar uma mudança na sua libido e no seu grau de excitação. Muito rapidamente, o seu clitóris vai começar a crescer e ficar maior quando você estiver excitado. Você pode perceber sensações diferentes de partes do seu corpo que podem lhe trazer prazer. Os seus orgasmos serão diferentes, com pico de maior intensidade e mais focados em seus órgãos genitais. É recomendável que você explore e experimente a sexualidade com masturbação e envolvendo a sua parceria sexual.

4) Reprodutivos

Você vai notar que os ciclos menstruais vão se tornar mais leves e mais curtos, até pararem completamente. A testosterona reduz significativamente a sua capacidade de engravidar, mas não elimina o risco de gravidez completamente. Se você estiver em uso de testosterona e praticar relações sexuais com risco de engravidar, você deve usar um método contraceptivo para evitar a gravidez indesejada. Se você suspeitar de gravidez, procure sua equipe de saúde da família o mais rápido possível. Se a gravidez se confirmar, será necessário interromper seu tratamento com a testosterona, pois pode ser perigoso para o feto. Se você tem desejos de engravidar, deve interromper o seu tratamento com a testosterona e esperar até que seu médico lhe diga que está tudo bem para começar a tentar engravidar.

A hormonização com testosterona pode alterar a forma de seus ovários e pode tornar mais difícil a ovulação. Se isso acontecer, você pode precisar usar medicamentos para a fertilidade ou usar técnicas como a fertilização *in vitro*. É possível que, depois de iniciar a hormonização, seus ovários diminuam e você fique estéril. O congelamento dos óvulos é uma alternativa para preservar sua fertilidade, mas não é oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Depois de estar em uso da testosterona por algum tempo, você pode apresentar algum sangramento uterino. Isso pode ocorrer se você esquecer de tomar uma dose, alterar a dose do hormônio ou se estiver com excesso de peso. Você deve relatar qualquer sangramento ou manchas ao médico. Não há evidências que a testosterona aumente o risco de câncer ou aumente a mortalidade entre homens transsexuais.

O risco de câncer de colo de útero está relacionado com as suas práticas sexuais passadas e atuais. Observe que, mesmo as pessoas que nunca tiveram penetração com pênis, ainda podem contrair infecções por HPV, que pode ser transmitido por sexo oral ou pelo uso de brinquedos sexuais para a penetração. O exame de Papanicolaou, ou preventivo, é recomendado uma vez por ano, até que se tenha dois resultados normais, podendo ser feito a cada três anos a partir de então.

O risco de câncer de mama não aumenta durante o tratamento com a testosterona. No entanto, não existem evidências suficientes sobre esse tema para termos certeza do risco real, portanto, segue-se o protocolo normal de mamografias periódicas conforme a idade e os fatores de risco (uma vez a cada dois anos a partir de 50 anos, para os homens trans que mantiverem suas mamas e sem histórico familiar de câncer de mama). Mesmo após a remoção

cirúrgica da mama, a mastectomia, uma pequena quantidade de tecido mamário pode permanecer no corpo, mas casos de câncer de mama em homens transexuais após a cirurgia de reconstrução do tórax são raros.

A testosterona provavelmente altera o seu perfil de risco global de saúde para o mesmo de um homem cisgênero. Seu risco pessoal de desenvolver doenças do coração, diabetes, pressão alta e colesterol alto podem aumentar. Como você não tem uma próstata, não existe nenhum risco de câncer de próstata e não há necessidade de rastreamento para essa condição.

A testosterona pode tornar seu sangue mais espesso, com aumento das células vermelhas, aumentando os riscos de acidente vascular cerebral, infarto ou outras condições cardiovasculares. Portanto, seu médico irá realizar testes periódicos de sangue, a fim de acompanhar de perto sua hormonização.

Os níveis de testosterona devem ser verificados rotineiramente de forma individualizada. Alguns dos efeitos da hormonização são reversíveis se você parar de tomar testosterona. O grau em que os efeitos podem ser revertidos depende de quanto tempo você está em uso do hormônio. O crescimento do clitóris, o crescimento dos pelos faciais, e a calvície de padrão masculino não são reversíveis. Se você já teve seus ovários removidos, é importante utilizar uma dose menor do hormônio até, pelo menos, 50 anos de idade, para evitar um enfraquecimento dos ossos.

A testosterona pode ser usada de várias formas. A maioria dos homens transexuais utiliza a forma injetável, que é segura e eficaz. A frequência e a dose serão definidas com a equipe de saúde. Os níveis de testosterona tendem a ser mais estáveis quando as injeções são feitas regularmente. Existem também formas transdérmicas, como o gel, mas a maioria dos homens trans irá utilizar a forma injetável, para que as mudanças sejam mais significativas, podendo, em seguida, mudar para uma das formas transdérmicas.

Lembre-se que tomar uma dose maior de testosterona não vai fazer a mudança ser mais rápida e pode ser perigoso. Além disso, o excesso de testosterona pode ser convertido em estrogênio, que pode aumentar seu risco de hiperplasia ou câncer, bem como fazer você se sentir ansioso ou agitado, ou ainda causar sangramento e lentidão no aparecimento das características masculinas. Pode também prejudicar seu fígado, e aumentar o colesterol e as plaquetas.

Eu, _____, compreendo as informações acima sobre uso de hormônios masculinizantes, e concordo com o uso prescrito dessas medicações.

Assinatura:

Paciente _____ Data: _____

Médico (a) _____ Data: _____

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de modelo cordialmente cedido pelo Ambulatório de Atenção Integral à População transexual e travesti da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

Apêndice E – Modelo de autorização para hormonização com estrógenos para menores de 18 anos

| AUTORIZAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PARA HORMONIZAÇÃO | |
|--|--|
| <p>Eu, _____, inscrito/a sob CPF _____ e RG _____, autorizo _____ (nome civil: _____), CPF nº. _____, a realizar o processo de hormonização com uso de estrógenos e/ou antiandrogênicos, com acompanhamento pela equipe de saúde da(o) _____ . Estou ciente e orientada/o sobre as modificações corporais e os riscos do processo de hormonização.</p> | |
| <p>_____</p> <p>Assinatura da/o responsável</p> | |
| <p>_____, ____ de _____ de 20__</p> | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Apêndice F – Modelo de autorização para hormonização com testosterona para menores de 18 anos

| AUTORIZAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PARA HORMONIZAÇÃO | |
|---|--|
| <p>Eu, _____, inscrito/a sob CPF _____ e RG _____, autorizo _____ (nome civil: _____), CPF nº. _____, a realizar o processo de hormonização com uso de testosterona com acompanhamento pela equipe de saúde da(o) _____ . Estou ciente e orientada/o sobre as modificações corporais e os riscos do processo de hormonização.</p> | |
| <p>_____</p> <p>Assinatura da/o responsável</p> | |
| <p>_____, ____ de _____ de 20__</p> | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Apêndice G – Orientações para a retificação de registro civil

A alteração de registro civil será feita com base na autonomia da pessoa que deseja fazer o procedimento. O pedido pode ser realizado em qualquer cartório de registro civil de nascimento em todo território nacional, que deverá encaminhar o procedimento ao cartório que registrou o nascimento ou, ainda, diretamente no cartório de registro do nascimento. De acordo com o provimento n.º 73, de 2018, a/o requerente deve apresentar os seguintes documentos:

- I – certidão de nascimento atualizada;
- II – certidão de casamento atualizada, se for o caso;
- III – cópia do registro geral de identidade (RG);
- IV – cópia da identificação civil nacional (ICN), se for o caso;
- V – cópia do passaporte brasileiro, se for o caso;
- VI – cópia do cadastro de pessoa física (CPF) no Ministério da Fazenda;
- VII – cópia do título de eleitor;
- IX – cópia de carteira de identidade social, se for o caso;
- X – comprovante de endereço;
- XI – certidão do distribuidor cível do local de residência dos últimos cinco anos (estadual/federal);
- XII – certidão do distribuidor criminal do local de residência dos últimos cinco anos (estadual/federal);
- XIII – certidão de execução criminal do local de residência dos últimos cinco anos (estadual/federal);
- XIV – certidão dos tabelionatos de protestos do local de residência dos últimos cinco anos;
- XV – certidão da Justiça Eleitoral do local de residência dos últimos cinco anos;
- XVI – certidão da Justiça do Trabalho do local de residência dos últimos cinco anos;
- XVII – certidão da Justiça Militar, se for o caso.

Recomendamos também o documento e o [website da ONG PoupaTrans](#) que estima os custos e explica como conseguir cada documento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de CNJ (2018), Projeto Eu Existo (2020) e PoupaTrans (2021).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS do Brasil.
Para esclarecer dúvidas, ligue:



0800 644 6543

