

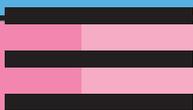
HORMONIZAÇÃO

**PARA PESSOAS**

**TRANS,  
TRAVESTIS E  
NÃO BINÁRIAS**

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE

**1ª edição**



**Rio**  
PREFEITURA

SAÚDE

SUS





SAÚDE



# HORMONIZAÇÃO PARA PESSOAS **TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS**

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE

Versão Profissional  
Série F. Comunicação e Educação em Saúde  
1.ª edição

Rio de Janeiro/RJ  
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2024 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro // Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)  
// Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)  
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — CEP: 20201-110 — <http://saude.prefeitura.rio/>

#### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

#### **Secretário Municipal da Casa Civil**

Eduardo Cavaliere Gonçalves Pinto

#### **Coordenador de Diversidade Sexual**

Carlos Alberto Tufvesson

#### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

#### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo Prado

#### **Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Renato Cony Serodio

#### **Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

#### **Superintendente de Promoção da Saúde**

Denise Jardim de Almeida

#### **Superintendente de Vigilância em Saúde**

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

#### **Superintendente de Atenção Primária**

Larissa Cristina Terzeo Machado

#### **Coordenadora das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida**

Aline Rodrigues de Aguiar

#### **Coordenação Técnica**

Aline Rodrigues de Aguiar

Livia Esteves Reis

Patricia Dias Mondarto

#### **Elaboração**

Afonso Celso de Oliveira Senos

Anderson Martins da Rocha

Átila Mourão Lima

Bruno Alves Brandão

Daniela Murta

Débora Silva Teixeira

Fillipe Teixeira Tinoco Rodrigues

Guilherme Martins Silva

Ingrid Villa Franca da Silveira Rubinstein

Jéssica Iaci Cruz de Andrade

João Pedro Silva Tonhá

Larissa Souza Carvalho Rosa e Silva

Lourenço Barros de Carvalho Pereira

Mariana Araújo Cavallaro

Marcele Bocater Paulo de Paiva

Natasha de Astrogildo Stefani

Rita Helena do Espírito Santo Borret

Renata Carneiro Vieira

#### **Revisão Técnica**

Larissa Cristina Terzeo Machado

Michael Schmidt Duncan

Vivian Borgert

#### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

#### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

#### **Capa**

Aluisio Bispo

#### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Hormonização para pessoas trans, travestis e não binárias na atenção primária à saúde / Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2023.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-34-0

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. LGBTQIAP+ - Siglas 3. Medicina e saúde 4. Terapia hormonal

23-183780

CDD-612.405

#### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Hormônios : Fisiologia humana : Ciências médicas 612.405

Eliane de Freitas Leite — Bibliotecária — CRB 8/8415

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
Conceitos básicos relacionados a gênero e sexualidade.....	5
<b>O PROCESSO DE HORMONIZAÇÃO PARA PESSOAS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS NA APS .....</b>	<b>8</b>
Qualificação das equipes e ambientação da unidade para o acolhimento de pessoas trans, travestis e não binárias.....	10
Abordagem inicial .....	13
Prescrição.....	16
Acompanhamento longitudinal .....	18
Fluxograma para hormonização na APS.....	19
<b>HORMONIZAÇÃO FEMINILIZANTE .....</b>	<b>21</b>
Escolha dos Fármacos .....	22
Abordagem clínica para redução de riscos relacionados à hormonização feminilizante.....	27
Prescrição e ajuste de doses.....	31
Monitorização laboratorial e rastreamentos .....	34
<b>HORMONIZAÇÃO MASCULINIZANTE.....</b>	<b>37</b>
Formulações da Testosterona .....	39
Abordagem clínica para redução de riscos relacionados à hormonização masculinizante .....	40
Prescrição e ajuste de doses.....	43
Monitorização laboratorial e rastreamentos .....	47
<b>OUTRAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS .....</b>	<b>51</b>
Transformações corporais cirúrgicas.....	53
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>

# APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de orientar profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase em médicas e médicos, para a realização de hormonização em pessoas trans, travestis e não binárias, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) e a Superintendência de Atenção Primária (SAP) apresentam a cartilha de “Hormonização para Pessoas Trans, Travestis e Não Binárias”.

Esta cartilha faz parte de um plano de fortalecimento da “Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT” no município do Rio de Janeiro. Ela apresenta estratégias de hormonização seguras a partir da garantia do acesso ao cuidado coordenado pelas equipes da APS, com a finalidade de reduzir danos e ampliar o bem-estar e a satisfação de pessoas trans, travestis e não binárias em relação à sua identidade de gênero.

A Atenção Primária, legitimada por seus atributos estruturantes, se configura como porta de entrada do sistema de saúde para a população. No município do Rio de Janeiro, a APS é reconhecida por sua alta resolutividade e pela abrangência de sua carteira de serviços. Desta maneira, acreditamos que a oferta da hormonização pelas equipes da APS, ratificada por este documento norteador, é estratégia para o cuidado integral deste grupo populacional.

Compreende-se que as necessidades de saúde específicas de pessoas transexuais, travestis e não binárias vão além do simples desejo ou necessidade de hormonização. Assim, sugere-se que este documento seja consultado em paralelo com outros materiais direcionados ao acolhimento de pessoas trans e da população LGBTI+. Isso inclui a Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO/RJ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013). Além destes, é importante considerar um conjunto de outras políticas, notas técnicas, cartilhas, guias rápidos e cadernos de atenção que abordem os variados aspectos do cuidado integral à saúde.

## INTRODUÇÃO

A atenção às necessidades em saúde da população LGBTI+, a ser realizada de forma integral e acolhedora, é uma das atribuições dos profissionais da APS, que devem desenvolver competências relacionadas à abordagem da sexualidade humana, atentos à ampla diversidade nas suas manifestações.

A hormonização cruzada ou de transição ou de afirmação de gênero consiste na administração de hormônios para promover mudanças corporais alinhadas com a identidade de gênero autoidentificada pela pessoa trans, travesti ou não binária. Essa prática pode ser de extrema importância para a saúde mental e bem-estar desses indivíduos. Contudo, o uso de hormônios por pessoas trans sem orientação e acompanhamento médico ainda é frequente, o que pode ser associado às barreiras de acesso aos cuidados em saúde enfrentadas por essa população.

Por outro lado, existem experiências exitosas, em âmbito local, nacional e internacional, em que a APS é o principal nível de atenção onde se prescreve e acompanha pessoas em hormonização. Essas experiências têm ampliado significativamente o acesso dessa população a cuidados de saúde adequados (DEUTSCH, 2016; ROGERS *et al.*, 2016; SEMPOL *et al.*, 2016; BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020). Esta cartilha, portanto, tem como objetivo trazer as evidências científicas e essas experiências exitosas para o cenário mais amplo da APS carioca.

## **CONCEITOS BÁSICOS RELACIONADOS A GÊNERO E SEXUALIDADE**

Profissionais de saúde devem buscar familiaridade com a terminologia relacionada às questões de gênero por meio da perspectiva da competência cultural. Deve-se reconhecer que esses conceitos estão em constante transformação e podem exigir adaptações da linguagem, a fim de estabelecer uma comunicação respeitosa e que reconheça a autoidentificação da pessoa em termos de seu gênero (DEUTSCH, 2016; BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

O conceito de gênero parte da compreensão de que o feminino e o masculino (adjetivos representados por normas, obrigações, comportamentos, pensamentos e, até mesmo, caráter de mulheres e homens) são construções sociais, culturais, e não fatos naturais ou biológicos. Ou seja, o significado de ser mulher ou homem varia de acordo com a sociedade, cultura e momento histórico. Embora a divisão seja mais conhecida em um modelo binário (mulher ou homem), diversos grupos sociais não hegemônicos compreendem outros gêneros possíveis. Entender a concepção de gênero de uma pessoa gera respeito e acolhimento, sendo um elemento central para a atenção integral à saúde de pessoas LGBTI+. Também torna-se um fator relevante para a não propagação de opressões sobre grupos não hegemônicos e minorias sexuais (AMORIM *et al.*, 2022).

O Quadro 1, a seguir, resume os principais conceitos relevantes a esta cartilha.

## Quadro 1. Principais conceitos relevantes relacionados a gênero e sexualidade.

<p><b>Identidade de gênero</b></p>	<p>Corresponde à autoconsciência de uma pessoa sobre seu pertencimento no espectro da feminilidade, da masculinidade, a algo entre esses dois polos, ou até mesmo a algo fora do sistema de gênero conhecido como binário (masculino e feminino). Pode ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Cis ou cisgênero:</b> Faz referência a pessoas não-transsexuais (p.ex.: homem cis, mulher cis), ou seja, aquelas que se sentem alinhadas ao gênero que lhes foi atribuído ao nascimento. É indicado que o termo “cis” seja usado em detrimento de termos como “biológico” ou “genético”. Assim como também não se deve usar apenas os termos “mulher” ou “homem” para se referir a pessoas cis, pois isso reforça a cisheteronormatividade;</li> <li>■ <b>Trans ou transgênero:</b> Termo “guarda-chuva” que abrange as diversas identidades de gênero de pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascer (p.ex.: travesti, mulher trans, homem trans). Vale ressaltar que a categoria travesti é uma construção identitária feminina própria do Brasil e da América Latina, que representa um posicionamento político de luta e resistência em um contexto histórico e cultural de marginalização desses corpos. A diferenciação entre mulher trans e travesti não deve ser feita em termos biomédicos, mas, sim, respeitando a autoidentificação da pessoa;</li> <li>■ <b>Pessoas não binárias:</b> A não-binariedade é um conceito “guarda-chuva” que abrange pessoas que não se identificam com definições de gênero estáticas ou binárias. Inclui pessoas que podem se identificar como tendo um gênero entre os espectros feminino e masculino, como tendo múltiplos gêneros, como tendo um gênero em constante mudança, ou não pertencendo ao sistema de gênero (p.ex.: gênero fluido, gênero neutro, agênero, entre outros).</li> </ul>
<p><b>Expressão de gênero</b></p>	<p>É a forma como a pessoa se apresenta e como é reconhecida socialmente. Exemplos de expressão de gênero são: feminina, masculina, feminina masculinizada, “afeminada”, andrógina etc.</p>

<b>Gênero designado ao nascimento</b>	<p>Geralmente é estabelecido a partir de características do corpo e é utilizado para preencher o campo “Sexo” nos documentos de registro. Essas práticas reguladoras de divisão de gênero não constituem necessariamente a identidade de uma pessoa. Para bebês em que não é possível atribuir o sexo como masculino ou feminino ao nascer, agora é possível preencher o campo como “Ignorado”.</p>
<b>Orientação sexual</b>	<p>É a maneira como uma pessoa se identifica em relação às suas tendências em interessar-se e/ou relacionar-se afetivamente, sexualmente ou romanticamente com outra pessoa. Não se deve confundir identidade de gênero com orientação sexual. Pessoas trans, travestis e não binárias, assim como pessoas cis, podem vivenciar diferentes formas de orientação sexual. São exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Homossexual / homoafetiva / homorromântica;</li><li>■ Heterossexual / heteroafetiva / heterorromântica;</li><li>■ Bissexual / biafetiva / birromântica;</li><li>■ Pansexuais / panafetivas / panromânticas;</li><li>■ Assexual / arromântica.</li></ul>
<b>Práticas sexuais</b>	<p>Referem-se à maneira de sentir prazer sexual ou realizar atividade sexual e podem ser bastante diversas, independentemente da identidade de gênero ou orientação sexual. Assim, uma pessoa pode ter relação com pessoas do mesmo gênero e não se identificar como homossexual ou bissexual. Uma pessoa também pode não realizar qualquer prática sexual e assim se identificar como assexual.</p>

Fonte: BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; AMORIM *et al.*, 2022.

Os termos “transição de gênero” e, mais recentemente, “afirmação de gênero” descrevem o processo de alinhar a apresentação da pessoa à sua identificação de gênero. Aqueles que defendem a opção de usar “afirmação de gênero” o fazem por considerar que não há uma mudança de um estado para o outro, e, sim, uma afirmação do gênero pelo qual a pessoa se identifica, o que tornaria esse termo mais inclusivo. Contudo, essa opção também sofre críticas quando usada no contexto de hormonização, pois poderia sugerir que a afirmação de gênero ocorre apenas por meio de intervenções corporais e, assim, inadvertidamente, reforçar a ideia de que a cisgeneridade é o padrão, ignorando que todos, sejam cis ou trans, constroem e afirmam seu gênero ao longo da vida.

Não é recomendado deduzir a identidade de gênero, orientação sexual ou práticas sexuais da pessoa que busca o serviço de saúde por meio da forma como ela se apresenta. Tampouco, deve-se supor que haja um alinhamento fixo entre esses diferentes aspectos. Profissionais de saúde devem compreender a diversidade de combinações possíveis entre esses aspectos da sexualidade humana e questionar a pessoa sobre esses temas sem julgamentos prévios, sempre respeitando sua autoidentificação.

As definições relacionadas às questões de gênero podem ser heterogêneas e mutáveis. Pessoas não binárias podem estar incluídas dentro do escopo da transexualidade, bem como podem demandar cuidados em saúde relacionados a transformações corporais a fim de afirmar sua identidade. Para que haja uma melhor compreensão do texto, optou-se por utilizar ao longo da cartilha “pessoas transexuais, travestis e não binárias” ou “pessoas trans” para representar todas as pessoas que não se identificam, total ou parcialmente, com o gênero atribuído a elas ao nascer. Porém, é importante reconhecer as diversas formas que uma pessoa pode nomear sua identidade de gênero (SÃO PAULO-SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

## O PROCESSO DE HORMONIZAÇÃO PARA PESSOAS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS NA APS

No contexto da APS, deve-se sempre compreender a oferta de hormonização como um elemento inserido em um processo mais amplo e longitudinal de acolhimento e acompanhamento em saúde em uma unidade de saúde preparada para lidar com as especificidades da população trans, travesti e não binária.

O Quadro 2 apresenta um resumo geral desta cartilha, que estrutura o episódio de cuidado do acompanhamento da hormonização na APS, listando as etapas e tarefas previstas.

### Quadro 2. Episódio de cuidado da hormonização.

ETAPAS	TAREFAS
<b>Qualificação da equipe e da unidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreensão de conceitos;</li> <li>▪ Respeito ao nome social e pronome;</li> <li>▪ Ambiência;</li> <li>▪ Registro adequado da identidade de gênero.</li> </ul>

ETAPAS	TAREFAS
<b>Abordagem inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coleta de informações sobre identidade de gênero e orientação sexual na consulta a partir de uma abordagem centrada na pessoa;</li> <li>▪ Identificação da demanda por hormonização e outros procedimentos para transformação corporal por pessoas trans, travestis e não binárias;</li> <li>▪ Identificação de hormonização e outros procedimentos de transformações corporais já em curso;</li> <li>▪ Apresentação sobre efeitos esperados da hormonização, quando desejada, e tempo de evolução estimado;</li> <li>▪ Avaliação de contraindicações absolutas e relativas para hormonização;</li> <li>▪ Avaliação sobre a capacidade de fornecer o consentimento informado à prescrição de hormônios;</li> <li>▪ Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);</li> <li>▪ Solicitação de exames laboratoriais iniciais e testes rápidos;</li> <li>▪ Considerações específicas sobre planejamento reprodutivo.</li> </ul>
<b>Prescrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisão e retirada de dúvidas sobre o TCLE;</li> <li>▪ Obtenção da assinatura do TCLE;</li> <li>▪ Exame físico focal;</li> <li>▪ Avaliação de exames solicitados;</li> <li>▪ Abordagem de condições clínicas para a redução de riscos;</li> <li>▪ Discussão sobre a formulação a ser escolhida de acordo com condições clínicas, custo e preferências;</li> <li>▪ Prescrição dos fármacos em doses iniciais.</li> </ul>
<b>Acompanhamento longitudinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação da satisfação com modificações corporais alcançadas;</li> <li>▪ Exame físico focal, oferecendo registro da evolução das modificações corporais;</li> <li>▪ Monitorização laboratorial;</li> <li>▪ Ajuste de doses;</li> <li>▪ Avaliação e abordagem de possíveis efeitos adversos;</li> <li>▪ Oferta de rastreios indicados.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

## QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES E AMBIENTAÇÃO DA UNIDADE PARA O ACOLHIMENTO DE PESSOAS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIAS

Pessoas trans, travestis e não binárias muitas vezes evitam buscar serviços de saúde devido a experiências prévias de discriminação transfóbica em cenários de cuidado. Garantir um espaço receptivo e acolhedor é essencial para o acompanhamento longitudinal em saúde dessa população. Alguns aspectos importantes para a preparação da equipe e da unidade de saúde são apresentados no Quadro 3, e podem ser discutidos em reuniões de equipe como tema de educação permanente (DEUTSCH, 2016).

**Quadro 3. Elementos que devem ser considerados pela equipe de atenção primária para qualificar o acolhimento de pessoas trans, travestis e não binárias.**

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
<b>Compreensão de conceitos relacionados a gênero e sexualidade</b>	Consultar a seção “Conceitos Básicos Relacionados ao Gênero e Sexualidade” nesta cartilha (página 6).
<b>Respeito ao nome social e pronome</b>	O acolhimento e a atenção em saúde de pessoas transexuais, travestis e não binárias deve respeitar o uso do nome social de escolha da pessoa, quando não realizada ou não desejada a retificação de documentos oficiais. O nome social deve estar presente em todos os seus registros, como cartão do SUS, cadastro em prontuário eletrônico, receitas e requisição de exames. O direito ao uso do nome social em unidades do SUS é garantido pela Portaria n.º 1.820 do Ministério da Saúde de 2009 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A Lei Municipal n.º 6.329/2018 corrobora o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na administração direta e indireta do município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO/RJ, 2018). Pessoas trans, travestis e não binárias que acessam a APS também devem ser questionadas sobre os pronomes (femininos, masculinos ou neutros) pelos quais preferem ser tratadas e serem respeitadas nessa decisão por toda equipe de saúde (DEUTSCH, 2016).

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
<b>Ambiência</b>	Algumas estratégias de ambiência podem ser importantes para o acolhimento de pessoas trans, travestis e não binárias. As salas de espera podem apresentar cartazes informativos e panfletos sobre respeito ao uso do nome social, bem como outras informações relacionadas aos direitos da população LGBTI+. Uma vez que constrangimentos ou impedimentos relacionados ao uso de banheiro representam uma importante violação de direito da população trans, travesti e não binária, é interessante também sinalizar que o serviço respeita o direito ao uso do banheiro de acordo com o gênero com o qual a pessoa se identifica (DEUTSCH, 2016).
<b>Registro adequado de dados sobre identidade de gênero</b>	Para fins de cadastramento de pessoas trans, travestis e não binárias de forma qualificada, recomenda-se que seja utilizada a coleta de dados sobre gênero em dois passos (TATE; LEDBETTER; YOUSSEF, 2013): a. Qual é a sua identidade de gênero? b. Qual gênero lhe foi atribuído ao nascimento? Deve-se respeitar o desejo de não responder a qualquer uma dessas questões, quando presente. Contudo, o registro inadequado ou não registro desses dados leva à invisibilização de minorias sexuais, impactando de forma negativa a criação de ações e políticas de saúde voltadas a esse público (DEUTSCH, 2016).

Fonte: Elaboração própria a partir das referências citadas no quadro.

## BOAS PRÁTICAS

É essencial evitar qualquer tipo de suposição em relação à identidade de gênero ou à orientação sexual de alguém. Somente a própria pessoa tem o direito de determinar e expressar esses aspectos, de acordo com suas experiências pessoais, sem sofrer julgamento ou discriminação. Uma abordagem acolhedora e empática sobre essas vivências e seus impactos em diferentes momentos (infância, puberdade, vida adulta) contribui para o entendimento da subjetividade e cria um ambiente de confiança no atendimento. A escolha de palavras desempenha um papel de extrema importância na comunicação. A seguir (Quadro 4), apresentamos algumas orientações sobre expressões a serem evitadas e alternativas mais adequadas.

**Quadro 4. Recomendações de termos a serem evitados e sugestões de alternativas mais inclusivas.**

EVITAR	RECOMENDADO
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 <sup>1</sup> / Tratamento hormonal	Hormonização
MTF (" <i>male to female</i> " / "homem que virou mulher" / "mulher em corpo de homem")	Mulher trans
FTM (" <i>female to male</i> " / "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
O travesti	A travesti, sempre no feminino
Assexuado	Assexual
Intersexual/hermafroditismo	Intersexo

Fonte: Adaptado de (CIASCA; HERCOWITZ, 2021).

<sup>1</sup> Apesar de haver uma recomendação para se evitar o termo "terapia", uma vez que não é um tratamento de doença, isso não é consensual. Por exemplo, o termo "terapia hormonal cruzada" é frequentemente utilizado, especialmente na endocrinologia.

## ABORDAGEM INICIAL

### PRINCIPAIS TAREFAS A SEREM CONTEMPLADAS EM UMA ABORDAGEM INICIAL:

- Coleta de informações sobre identidade de gênero na consulta a partir de uma abordagem centrada na pessoa;
- Identificação da demanda por hormonização e outros procedimentos para transformação corporal por pessoas trans, travestis e não binárias;
- Identificação de hormonização e outros procedimentos de transformações corporais já em curso;
- Apresentação sobre efeitos esperados da hormonização, quando desejada, e tempo de evolução estimado;
- Avaliação de contraindicações absolutas e relativas para hormonização;
- Avaliação sobre a capacidade de fornecer o consentimento informado à prescrição de hormônios;
- Entrega do TCLE;
- Solicitação de exames laboratoriais iniciais e testes rápidos;
- Considerações específicas sobre planejamento reprodutivo.

A abordagem da identidade de gênero, orientação sexual e práticas sexuais é importante tanto no acompanhamento de pessoas cis, como de pessoas trans. Uma vez que a pessoa se identifique dentro do espectro da transexualidade, é importante ofertar um espaço de escuta qualificada que compreenda suas experiências com a transexualidade, e como essas vivências influenciam a saúde global da pessoa. Deve-se obter uma compreensão da pessoa como um todo, incluindo seu contexto social, a fim de construir uma abordagem centrada na pessoa. Preocupações com a saúde mental, em especial, devem envolver, de forma longitudinal, o acompanhamento de pessoas trans, travestis e não binárias (GÓMEZ; FORRISI; GELPI, 2016).

Como parte de uma abordagem integral, também cabe abrir um canal de diálogo acerca de modificações corporais desejadas e/ou em curso. Pessoas trans, travestis e não binárias podem não desejar realizar procedimentos para afirmação ou transição de gênero. Esses procedimentos podem ter finalidade de obter

maior conforto com a imagem corporal, reconhecimento social dentro dos padrões de gênero com o qual se identifica, ou mesmo, menor exposição às violências transfóbicas (SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020), porém, não são necessários para que a autodeterminação quanto ao gênero seja legitimada. É importante que profissionais da APS tenham conhecimento sobre transformações corporais caracterizadas como definitivas, transformações transitórias e as que ocorrem dependente ou independentemente de serviços médicos. Dessa forma, é possível oferecer acompanhamento profissional para esses processos, bem como auxiliar a pessoa na construção do repertório de métodos a serem utilizados de modo mais seguro. Essa discussão deve ocorrer de forma realística, compreendendo os efeitos esperados, riscos, benefícios, reversibilidade ou irreversibilidade de determinada técnica (SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

Deve-se atentar para o fato de que é comum que pessoas trans, travestis e não binárias já realizem, de forma autônoma, procedimentos para obter as mudanças corporais desejadas. Tanto os procedimentos transitórios (p.ex.: ocultação de mamas e testículos), como procedimentos permanentes (p.ex.: aplicação de silicone industrial e hormonização sem acompanhamento profissional prévio) em curso também devem ser abordados para fins de orientação, incluindo, quando necessário, uma perspectiva de redução de danos. Orientações específicas sobre a abordagem de modificações corporais transitórias e modificações cirúrgicas são apresentadas em maior profundidade na seção “Outras Transformações Corporais”.

Quando desejada a hormonização, deve-se ter em mente que algumas pessoas podem buscar por características físicas atribuídas a um padrão extremo de masculinidade ou feminilidade, enquanto outras pessoas podem buscar uma aparência mais fluida entre esses dois polos (DEUTSCH, 2016; ROGERS *et al.*, 2016; SEMPOL *et al.*, 2016; BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020). Diante disso, os objetivos da hormonização devem ser construídos conjuntamente, de forma individualizada, partindo da compreensão das expectativas da pessoa que busca pela hormonização e se os efeitos esperados com a hormonização contemplam tais expectativas. Para pessoas que já passaram pela puberdade, é importante considerar que podem existir limitações nas modificações corporais induzidas pelo uso de hormônios. Além da idade de início, o grau de transformações corporais depende, também, das especificidades genéticas de cada pessoa, dos hábitos de vida e, em parte, da via de administração do hormônio (BOURNS, 2019). Os efeitos esperados com a hormonização feminilizante e masculinizante, bem como o tempo estimado esperado e a reversibilidade ou irreversibilidade para cada mudança devem ser discutidos com a pessoa. Esses aspectos são aprofundados mais adiante nesta cartilha.

Uma vez identificadas a demanda e as expectativas da pessoa com a hormonização, é importante avaliar individualmente se existem contraindicações absolutas ou relativas ao uso de hormônios. É necessário também avaliar a capacidade de compreender os riscos, efeitos adversos e efeitos esperados com o uso de hormônios, a fim de posteriormente fornecer o consentimento informado para a prescrição desses fármacos. As contraindicações absolutas e relativas, bem como os efeitos adversos são apresentados em maior profundidade nas seções “Hormonização Feminilizante” e “Hormonização Masculinizante”.

Ressalta-se que a presença de problemas de saúde mental não deve representar, em princípio, um impedimento para a oferta de procedimentos de transformação corporal. Desde que a incongruência de gênero seja avaliada como fenômeno persistente e que estejam preservadas a capacidade cognitiva e a autonomia para tomada de decisões, é possível prosseguir com a oferta da hormonização. Também não se faz necessária a apresentação de laudo ou parecer psicológico/psiquiátrico antes do início da hormonização. Se houver preocupações persistentes em relação à capacidade do paciente para consentir, é indicado o matriciamento com profissional especialista de saúde mental ou encaminhamento a serviço especializado (TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022).

É sempre importante se certificar de que a pessoa que demanda pela hormonização apresenta uma clara compreensão sobre efeitos irreversíveis, bem como uma percepção realista dos efeitos esperados, como forma de prevenir desapontamentos ou arrependimentos. Apesar disso, é raro observar a ocorrência de episódios de arrependimento em serviços que trabalham com o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BOURNS, 2019).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento que visa instrumentalizar a abordagem inicial da pessoa que busca pela hormonização. Idealmente, deve ser entregue pelo profissional na primeira consulta, quando manifestado o desejo pela hormonização, a fim de que se disponha de tempo para realizar a leitura com tranquilidade. Os QR codes a seguir fornecem acesso aos TCLEs para hormonização masculinizante e feminilizante.

**Hormonização Masculinizante**



**Hormonização Feminilizante**



A fim de melhor avaliar os riscos relacionados à hormonização e estabelecer parâmetros iniciais de monitorização, é sugerida a solicitação de exames laboratoriais antes do início do procedimento. Os exames sugeridos são apresentados nas seções “Hormonização Feminilizante” e “Hormonização Masculinizante”.

Tanto a hormonização feminilizante como a masculinizante podem reduzir, de forma variável, a fertilidade, porém, os agentes farmacológicos utilizados não garantem um efeito contraceptivo. Uma vez que as práticas sexuais avaliadas possibilitem a concepção, métodos contraceptivos específicos devem ser discutidos e ofertados: camisinha interna, camisinha externa; DIU (de cobre ou hormonal); diafragma; anticoncepcionais hormonais, a depender do uso de hormônios e seus efeitos colaterais (progestágenos podem ser associados à testosterona, considerando-se riscos e efeitos colaterais); e esterilização definitiva (vasectomia e laqueadura tubária) (BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

## PRESCRIÇÃO

### PRINCIPAIS TAREFAS A SEREM CONTEMPLADAS NO MOMENTO DA PRESCRIÇÃO:

- Revisão e retirada de dúvidas sobre o TCLE;
- Obtenção da assinatura do TCLE;
- Exame físico focal;
- Avaliação de exames solicitados;
- Abordagem de condições clínicas para a redução de riscos;
- Discussão sobre formulação a ser escolhida de acordo com condições clínicas, custo e preferências;
- Prescrição dos fármacos em doses iniciais.

No retorno, deve-se realizar a revisão dos pontos importantes sobre o TCLE, estimular a discussão sobre as possíveis dúvidas e, quando esclarecidas, solicitar a assinatura do TCLE em duas vias, arquivar uma das vias no serviço e registrar o consentimento esclarecido em prontuário (SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

**Pontos importantes na aplicação do TCLE para hormonização:**

- Transformações corporais permanentes;
- Transformações corporais reversíveis;
- Possíveis benefícios;
- Possíveis efeitos adversos;
- Considerações específicas sobre efeitos no humor e na saúde mental;
- Considerações específicas sobre fertilidade e planejamento reprodutivo;
- Considerações específicas sobre função sexual e sexualidade.

Deve-se realizar exame físico focal com aferição de peso, altura, pressão arterial e circunferência abdominal, além de oferecer a inspeção de caracteres sexuais secundários. O registro das medidas de exame físico das transformações corporais esperadas (p.ex.: escala de estágios de Tanner, descrições de forma e tamanho de estruturas, diâmetro de porções do corpo, distribuição de pelos e gordura corporal) podem ser úteis para fins de comparação com os efeitos posteriormente alcançados. Desse modo, são registrados parâmetros mais objetivos da evolução dessas características com a hormonização. Recomenda-se muito diálogo, a fim de prevenir expectativas intangíveis e um possível uso de hormônios em doses elevadas associadas a maiores riscos e sem benefícios em termos de velocidade ou intensidade das transformações corporais (SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

As evidências mostram que tanto a hormonização feminilizante como a masculinizante são seguras e não oferecem grandes riscos de eventos adversos quando acompanhadas cuidadosamente (WEINAND; SAFER, 2015). Medidas para a redução de riscos associados à hormonização devem ser consideradas de acordo com o histórico das pessoas que buscam essa estratégia e da avaliação dos exames laboratoriais inicialmente solicitados. As precauções sugeridas devem ser discutidas, a fim de serem implementadas antes ou concomitantemente à hormonização. Essas recomendações estão aprofundadas nas seções “Hormonização Feminilizante” e “Hormonização Masculinizante”.

A decisão sobre o uso de hormônios deve ser individual e considerar os riscos e benefícios envolvidos em realizar a hormonização e em não realizá-la (BOURNS, 2019). A escolha sobre a formulação a ser utilizada deve levar em conta as condições clínicas, custo e preferências da pessoa. Recomenda-se que o processo de hormonização inicie com doses baixas que são gradualmente aumentadas, se necessário (BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020). As formulações e doses recomendadas são apresentadas em maior profundidade nas seções “Hormonização Feminilizante” e “Hormonização Masculinizante”.

## ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL

### PRINCIPAIS TAREFAS A SEREM CONTEMPLADAS NA ETAPA DO ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL:

- Avaliação da satisfação com modificações corporais alcançadas;
- Exame físico focal, oferecendo registro da evolução das modificações corporais;
- Monitorização laboratorial;
- Ajuste de doses;
- Avaliar e abordar possíveis efeitos adversos;
- Oferta de rastreios indicados.

Nas consultas subsequentes, é importante manter a avaliação das medidas de peso, circunferência abdominal e pressão arterial, além do registro em prontuário da evolução das modificações corporais decorrentes da hormonização feminilizante ou masculinizante (BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

As doses devem ser ajustadas levando-se em consideração as transformações corporais identificadas ou não identificadas, considerando o tempo esperado para a ocorrência de cada uma delas, a satisfação da pessoa com os efeitos alcançados e se ainda há expectativas sobre efeitos posteriores. Os ajustes também devem considerar os resultados de exames laboratoriais apresentados. A periodicidade e os exames a serem realizados na monitorização da pessoa em hormonização são apresentados nas seções “Hormonização Feminilizante” (página 35) e “Hormonização Masculinizante” (página 47). Após alcançar as transformações corporais desejadas, busca-se manter a menor dose possível de hormônios para manter as transformações obtidas, visando minimizar os efeitos indesejáveis relacionados a altas dosagens (BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020).

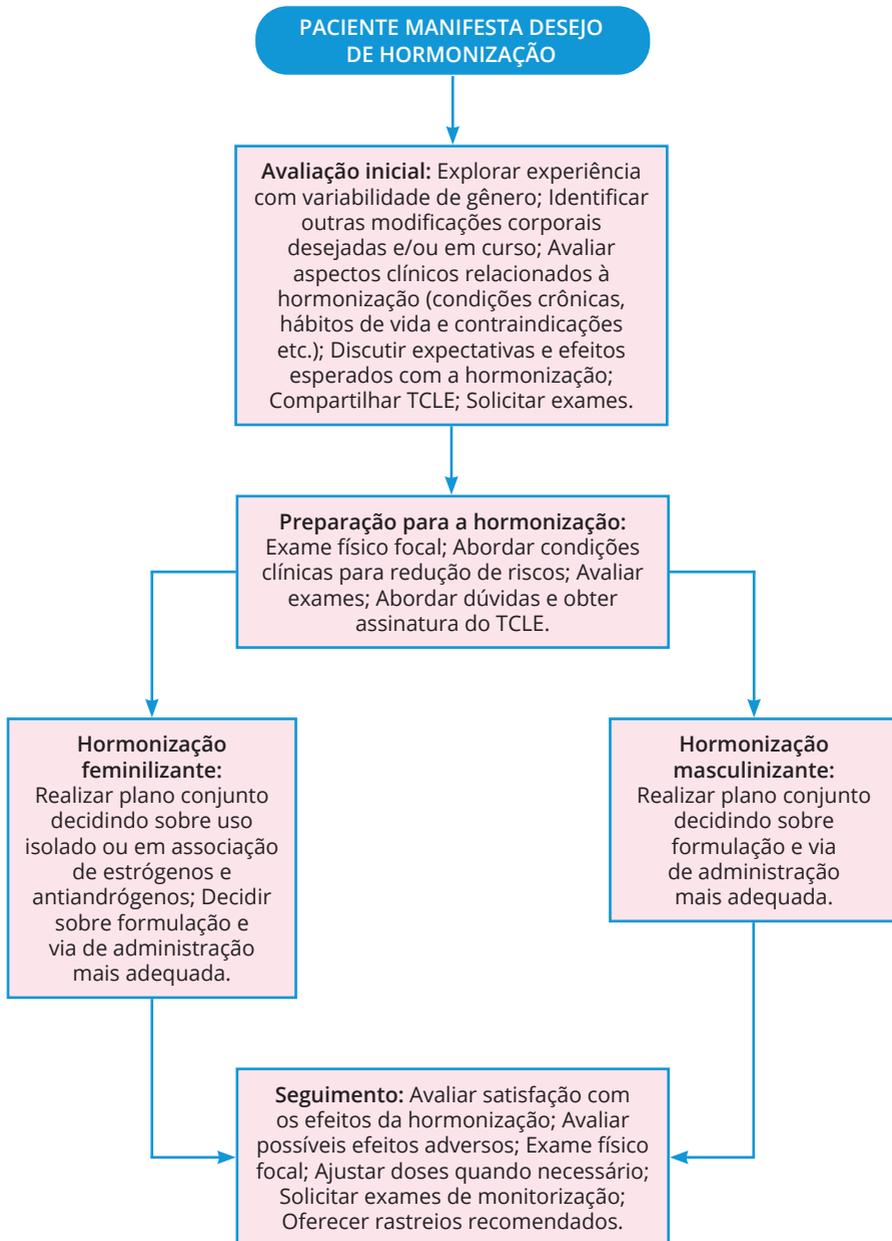
## IMPORTANTE:

- Os objetivos da hormonização são os efeitos de transformação corporal, e não valores laboratoriais específicos. Orienta-se, porém, como medida de segurança, a não exceder os níveis fisiológicos correspondentes ao gênero de identificação.
- Se o gênero identificado nos laudos de exames laboratoriais não corresponder à identidade de gênero da pessoa, os valores de referência apresentados podem ser do gênero atribuído ao nascimento. Valores de referência podem variar entre laboratórios, devendo-se sempre considerar a referência do laboratório em questão.

Faz-se importante reforçar que os rastreamentos de neoplasias, ISTs e doenças crônicas precisam e devem ser ofertados com os mesmos critérios da população em geral. Portanto, cabe à equipe de saúde a oferta adequada desses exames seguindo os protocolos vigentes, para que não haja aumento da vulnerabilidade de pessoas trans, travestis e não binárias decorrente da baixa oferta desses rastreios. Especificidades sobre os rastreios oncológicos devem ser discutidas com pessoas em processo de hormonização e são abordadas nas seções “Hormonização Feminilizante” e “Hormonização Masculinizante”.

## FLUXOGRAMA PARA HORMONIZAÇÃO NA APS

O fluxograma na Figura 1 ilustra a aplicação desse processo na hormonização feminilizante e masculinizante, conforme será aprofundado nas seções seguintes.

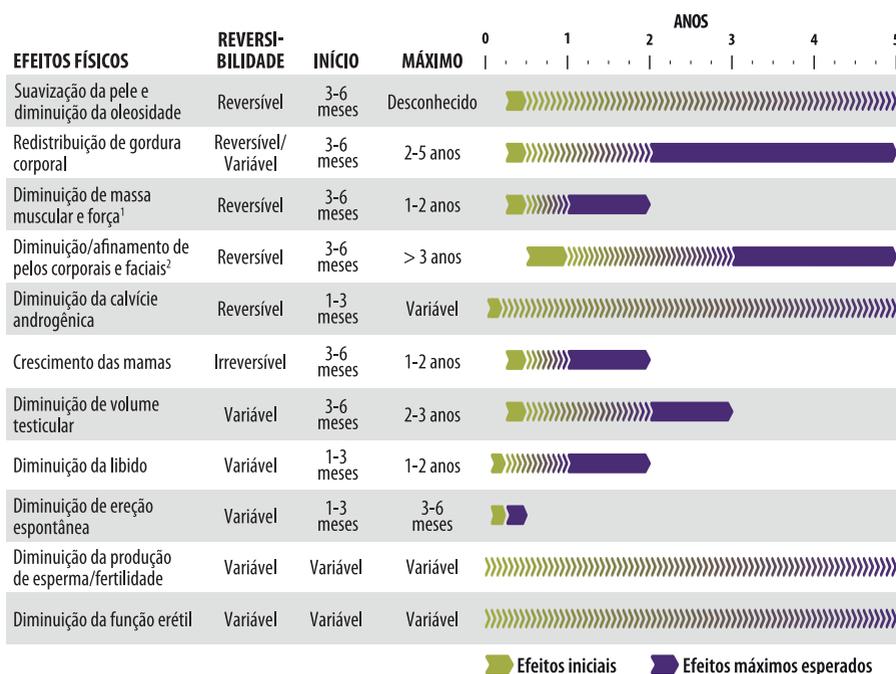
**Figura 1. Fluxograma para a prescrição de hormonização na APS.**

Fonte: Elaboração própria.

# HORMONIZAÇÃO FEMINILIZANTE

Para pessoas transfemininas, o que inclui tanto mulheres trans como pessoas não binárias que desejam expressar características mais femininas, a hormonização tem o objetivo de reduzir os efeitos endógenos da testosterona e induzir o surgimento de caracteres sexuais secundários femininos de acordo com os objetivos apresentados pela paciente que busca tal procedimento. Fisiologicamente, esse processo requer a supressão de hormônios androgênicos e/ou a adição de estrógenos. Os resultados da hormonização feminilizante correspondem a transformações reversíveis e irreversíveis, com tempo variável para seu aparecimento (Figura 2), e não é esperado que a hormonização produza mudanças no tom de voz (BOURNS, 2019; COLEMAN *et al.*, 2022).

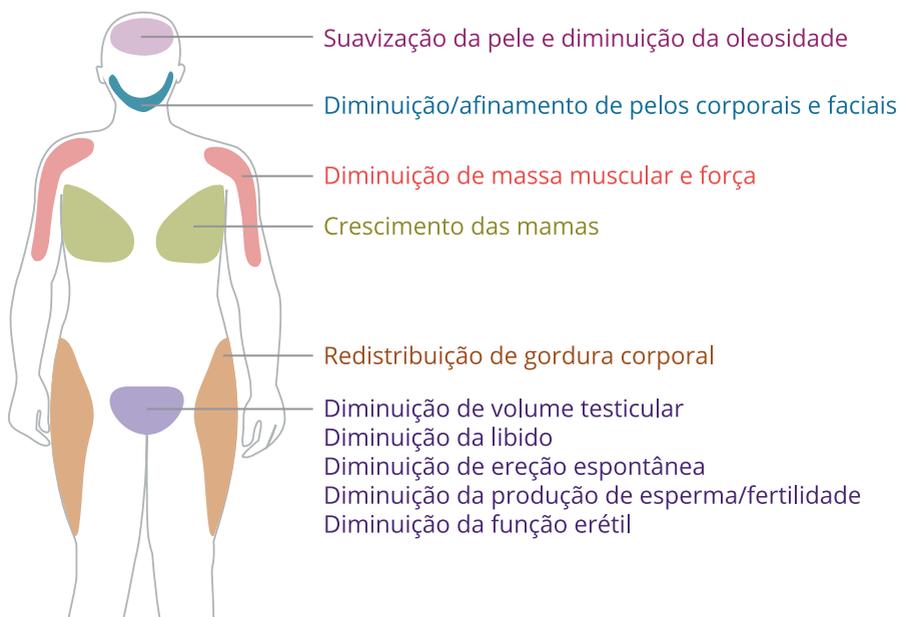
**Figura 2. Efeitos e tempos esperados de um esquema de hormonização contendo um antiandrogênio e um estrógeno.**



(1) O grau de diminuição depende do nível de atividade física.

(2) Apesar da diminuição, não há eliminação completa. A paciente pode desejar realizar procedimentos estéticos para complementação.

Fonte: Adaptado de HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017; TRANSGENDER CARE MONCTON, 2018a; BOURNS, 2019.



Fonte: Adaptado de HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017; TRANSGENDER CARE MONCTON, 2018a; BOURNS, 2019.

## ESCOLHA DOS FÁRMACOS

### ESTRÓGENOS

Agem diretamente nos receptores de estrogênio, iniciando o processo de feminilização. O estradiol é o princípio ativo preferencial para esse fim e pode ser ofertado em diversas formas de apresentação e vias de administração. Apesar de bem tolerados e geralmente seguros, há que se ter atenção para possíveis efeitos adversos e para as contraindicações absolutas (Quadro 5).

## IMPORTANTE:

Estrógenos sintéticos, como o etinilestradiol, devem ser evitados, por aumentarem gravemente o risco cardiovascular e de eventos tromboembólicos, especialmente quando combinados com progestágenos sintéticos (p.ex.: medroxiprogesterona, ciproterona e noretisterona) (BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; COLEMAN *et al.*, 2022). Considerando a alta disponibilidade dos estrógenos sintéticos no mercado, e que estrógenos combinados com progestágenos são historicamente usados por mulheres trans e travestis, recomenda-se que pacientes que busquem acompanhamento já em uso desse fármaco recebam orientações sobre os riscos, possibilidades de substituição e/ou estratégias de redução de danos.

### Quadro 5. Efeitos adversos e contraindicações absolutas ao uso de estrógenos para hormonização feminilizante.

<b>Efeitos adversos</b>	<b>Risco provavelmente aumentado:</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Doença tromboembólica (mais comumente associada à via oral);</li><li>▪ Ganho de peso;</li><li>▪ Elevação transitória de enzimas hepáticas;</li><li>▪ Hipertrigliceridemia e alterações de HDL e LDL;</li><li>▪ Colelitíase (na presença de fatores de risco adicionais)</li><li>▪ Doença cardio e cerebrovascular (se fatores de risco);</li><li>▪ Prejuízo na fertilidade potencialmente irreversível (diminuição do número de espermatozoides e diminuição do volume seminal);</li><li>▪ Diminuição do desejo sexual e de orgasmos;</li><li>▪ Dificuldade de ereção para penetração;</li></ul>
	<b>Risco possivelmente aumentado:</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hipertensão;</li><li>▪ Hiperprolactinemia, prolactinoma ou galactorreia não associada à hiperprolactinemia (autolimitada);</li><li>▪ Diabetes tipo 2 (na presença de fatores de risco);</li><li>▪ Osteoporose (na presença de fatores de risco).</li></ul>
	<b>Inconclusivo ou sem aumento de risco:</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Câncer de mama.</li></ul>
	<b>Outros:</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cefaleia, náuseas, vômitos, reações cutâneas ao adesivo transdérmico.</li></ul>

**Contraindicações absolutas**

- Doença coronariana instável;
- Câncer estrogênio-dependente;
- Hepatopatia crônica em estágio terminal;
- Condições psiquiátricas que comprometem a capacidade em fornecer consentimento informado;
- Hipersensibilidade a componentes da formulação.

\*Evidência inconclusiva de risco. Fontes: Adaptado de BOURNS, 2019; e COLEMAN *et al.*, 2022.

## ANTIANDRÓGENOS

A suplementação isolada de estrógenos em doses fisiológicas pode ser insuficiente para suprimir os efeitos da testosterona endógena em pessoas transfemininas que não passaram por procedimento de gonadectomia. A fim de evitar potenciais efeitos adversos relacionados a altas doses de estrógenos nessas pacientes, agentes antiandrogênicos são incorporados ao regime de hormonização feminilizante. Os antiandrógenos mais utilizados para essa finalidade são a espironolactona e a ciproterona (BOURNS, 2019). Os mecanismos de ação, efeitos esperados, efeitos adversos e contraindicações desses fármacos estão apresentados no Quadro 6.

Não há evidências disponíveis que apontem para uma maior segurança no uso da espironolactona ou da ciproterona (desde que respeitadas doses diárias de 12,5–25mg). A escolha entre esses fármacos deve considerar a história clínica, tolerância e outras individualidades da pessoa que busca modificações corporais. Em pacientes que realizaram a orquiectomia, o uso de antiandrógenos pode ser suspenso logo após a cirurgia ou retirado gradualmente (considerar desmame gradual em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou insuficiência renal em uso de espironolactona) (BOURNS, 2019). Além da ciproterona, outros progestágenos também são frequentemente utilizados por mulheres trans e travestis, como medroxiprogesterona, dienogeste e algestona acetofenida, com experiências positivas, principalmente relacionadas ao aumento do volume mamário e à preservação da libido. Entretanto, os protocolos atuais geralmente recomendam apenas a ciproterona, devido à escassez de evidências científicas sobre os demais progestágenos na população transfeminina e ao risco teórico aumentado da associação de progestágenos/estrógenos, extrapolado a partir de estudos realizados em mulheres cis na pós-menopausa (TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022). A opção pelo uso de outros progestágenos deve envolver uma avaliação cautelosa de possíveis fatores de risco, além de uma discussão clara sobre riscos, benefícios e incertezas em termos de evidência científica.

Os agonistas de GnRH são substâncias oferecidas a adolescentes com vivência de variabilidade de gênero com finalidade de supressão da puberdade. Essas substâncias podem ser consideradas no regime de hormonização de pessoas adultas com contraindicação ou intolerância aos antiandrógenos mais comuns. Devido ao alto custo e padrão de efeitos adversos (incluindo repercussão no metabolismo mineral ósseo), a prescrição desses fármacos não é aconselhável na APS sem seguimento conjunto com endocrinologista (BOURNS, 2019).

Outros antiandrógenos como finasterida e dutasterida também não são recomendados de rotina, pois possuem baixa efetividade antiandrogênica e por haver pouco conhecimento sobre a segurança para regimes de hormonização. Podem ser considerados em casos de alopecia androgenética ou quando há contraindicação aos antiandrógenos comuns. Recomenda-se que a decisão de incluir esses fármacos também seja compartilhada com especialista focal (BOURNS, 2019; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022).

#### **Quadro 6. Mecanismos de ação, efeitos esperados, efeitos adversos e contraindicações dos antiandrógenos.**

FÁRMACO	ESPIRONOLACTONA	CIPROTERONA
<b>Mecanismo de ação</b>	Diurético que atua como antagonista do receptor de aldosterona nos túbulos renais distais e nos ductos coletores, resultando na excreção de sódio e água e na retenção de potássio (portanto classificado como diurético poupador de potássio). Em altas doses, tem atividade antiandrogênica, especialmente pelo bloqueio dos receptores periféricos de andrógenos, mas, também, pela inibição de enzimas envolvidas na síntese androgênica. Por não causar mudança significativa nos níveis de testosterona, a efetividade deve ser monitorada pelas modificações físicas reportadas, e não pelos níveis séricos de testosterona.	Esteróide sintético com ação equivalente a um progestágeno. Bloqueia receptores de andrógenos, além de exercer <i>feedback</i> negativo na produção de testosterona por meio da redução de gonadotrofinas. O alcance dos efeitos antiandrogênicos é mais rápido em relação à espironolactona, com importante redução da libido e função erétil.

FÁRMACO	ESPIRONOLACTONA	CIPROTERONA
<b>Efeitos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Crescimento mamário;</li> <li>■ Redução da função erétil;</li> <li>■ Diminuição da fertilidade;</li> <li>■ Redução do volume prostático e testicular;</li> <li>■ Redução do crescimento de pelos faciais e corporais;</li> <li>■ Redução da alopecia androgenética.</li> </ul>	
<b>Efeitos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hipercalemia;</li> <li>■ Dano renal;</li> <li>■ Poliúria, polidipsia e risco de desidratação;</li> <li>■ Redução da pressão arterial e tontura;</li> <li>■ Sonolência;</li> <li>■ Alterações gastrointestinais;</li> <li>■ <i>Rash</i> cutâneo;</li> <li>■ Hiperprolactinemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hepatotoxicidade (insuficiência hepática aguda é raro);</li> <li>■ Humor deprimido (especialmente nas primeiras 6 a 8 semanas);</li> <li>■ Possível aumento no risco de tromboembolismo venoso;</li> <li>■ Anemia, trombocitose e mielossupressão (raro);</li> <li>■ Hiperprolactinemia com possível risco de prolactinoma (principalmente se associada a estrógeno);</li> <li>■ Meningioma;</li> <li>■ Piora do perfil lipídico.</li> </ul>

FÁRMACO	ESPIRONOLACTONA	CIPROTERONA
<b>Contraindições</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuficiência renal;</li> <li>▪ Hipercalemia;</li> <li>▪ Doença de Addison ou outra condição associada à hipercalemia.</li> </ul> <p><b>Evitar uso concomitante com:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA);</li> <li>▪ Bloqueadores de receptores de angiotensina II (BRA);</li> <li>▪ Outros diuréticos poupadores de potássio;</li> <li>▪ Sulfametoxazol-trimetoprima;</li> <li>▪ Suplementos de potássio;</li> <li>▪ Eplerenona;</li> <li>▪ Heparina e heparina de baixo peso molecular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hepatopatia em atividade e insuficiência hepática;</li> <li>▪ Insuficiência renal severa;</li> <li>▪ Depressão crônica grave (cautela com todas as pessoas com história de depressão);</li> <li>▪ História atual ou pregressa de tumor hepático;</li> <li>▪ História atual ou pregressa de meningioma;</li> <li>▪ Doença tromboembólica presente.</li> </ul> <p><b>Evitar uso concomitante com medicações hepatotóxicas.</b></p>

Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019.

## ABORDAGEM CLÍNICA PARA REDUÇÃO DE RISCOS RELACIONADOS À HORMONIZAÇÃO FEMINILIZANTE

Diversas condições não são contraindições absolutas à hormonização feminilizante, porém requerem uma maior atenção do médico quando uma pessoa transfeminina consulta em busca de modificações corporais. Sua presença pode requerer um maior esforço para atingir alvos no controle clínico, a modificação do plano terapêutico ou o compartilhamento do cuidado com outros especialistas. Por vezes, pode requerer a modificação do esquema a ser prescrito para hormonização. Essas condições e o seu manejo no contexto da hormonização são resumidas no Quadro 7.

**Quadro 7. Precauções e redução de riscos relacionados à hormonização feminilizante.**

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Tabagismo</b>	Incentivar e apoiar a cessação do tabagismo, seja por abordagem individual ou por grupo de tabagismo. Reposição de nicotina e/ou bupropiona podem ser utilizadas, pois não há interação de risco com a hormonização.	Considerar via de administração transdérmica e reduzir dose de estradiol; considerar espironolactona como o antiandrógeno de preferência.
<b>História pessoal de tromboembolismo</b>	Identificar e manejar fatores de risco associados.	Preferir estradiol transdérmico e/ou em menor dose. Preferir espironolactona como antiandrogênico.
<b>Síndrome metabólica</b>	Incentivar mudança de estilo de vida. Levar em consideração o risco cardiovascular.	Considerar via de administração transdérmica para o estradiol.
<b>Diabetes mellitus (DM) descompensado</b>	Identificar e abordar barreiras para o controle glicêmico. Estimular mudanças de estilo de vida pertinentes. Otimizar abordagem medicamentosa (para mais informações, ver: “Guia Rápido — Diabetes Mellitus”). Levar em consideração o risco cardiovascular.	Considerar via de administração transdérmica para o estradiol.
<b>Hipertensão arterial (HAS) descompensada</b>	Identificar dificuldades para atingir controle pressórico. Levar em consideração o risco cardiovascular.	Considerar estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico e evitar IECA ou BRA, por risco de hipercalemia com espironolactona.

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Hipertrigliceridemia grave e dislipidemia</b>	Orientação nutricional, minimizar consumo de álcool. Avaliar indicação de estatina e/ou fibratos.	Preferir estradiol transdérmico.
<b>Doença cardiovascular isquêmica estável e/ou doença cerebrovascular</b>	Otimizar o tratamento e o controle de fatores de risco. Reforçar prevenção secundária com estatinas e AAS.	Preferir estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico.
<b>Enxaqueca grave ou refratária</b>	Otimizar profilaxia e controlar outros fatores de risco cerebrovasculares.	Considerar estradiol transdérmico. Preferir espironolactona como antiandrogênico.
<b>Disfunção hepática</b>	A depender da etiologia, implementar mudanças de estilo de vida pertinentes (p.ex.: reduzir o consumo de álcool e perder peso). Considerar referenciar à hepato/gastroenterologia	Preferir estradiol transdérmico ou injetável. Preferir espironolactona como antiandrogênico.
<b>Epilepsia</b>	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 estrogênio e anticonvulsivantes.

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Hiperprolactinemia</b>	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 80µcg/L, deve-se excluir fontes externas de estrogênio além da prescrita e repetir exame em 2 a 3 meses. Quando nível sérico for igual ou maior que 80µcg/L ou paciente sintomático, proceder redução de dose de estrogênio, avaliação de outras medicações que aumentam a prolactina ou de uso adicional de estrógeno. Após a abordagem destes 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 espirolactona como antiandrogênico.
<b>Condições autoimunes (p.ex.: artrite reumatoide, esclerose múltipla, doença inflamatória intestinal)</b>	Assegurar um bom controle da doença autoimune e estabelecer comunicação com o especialista relacionado.	O estrogênio pode desencadear ou agravar doenças autoimunes. Iniciar com doses baixas, com progressão cautelosa das doses e seguimento conjunto com especialista focal relacionado.

Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## PRESCRIÇÃO E AJUSTE DE DOSES

Não há consenso sobre a melhor estratégia para iniciar a hormonização feminilizante. A estratégia mais comum é iniciar o estrógeno e o bloqueador androgênico simultaneamente, especialmente quando a paciente deseja mudanças mais rápidas. Outra estratégia possível, especialmente quando a paciente quer explorar o impacto de mudanças mais sutis, é iniciar o antiandrógeno 1 a 3 meses antes da adição de um estrógeno em baixas doses. Algumas pessoas ficam satisfeitas com os efeitos iniciais do antiandrógeno e não demandam uso de estrógeno.

É interessante programar uma avaliação um mês após o início da hormonização, a fim de verificar a adaptação aos fármacos. Há profissionais que preferem programar consultas mensais até que uma dose estável seja estabelecida. Recomenda-se que no primeiro ano de acompanhamento sejam feitos, no mínimo, atendimentos trimestrais e, posteriormente, semestrais ou anuais. As consultas de seguimento devem envolver anamnese sobre a satisfação com os efeitos da hormonização, repercussões na saúde mental, exame físico focal, incluindo registro das transformações corporais alcançadas, análise de exames laboratoriais, quando disponíveis, e orientações sobre prevenção e promoção em saúde (página 31) (BOURNS, 2019).

### Quadro 8. Formulações e doses recomendadas de estrógenos e antiandrógenos.

FÁRMACO	DOSE INICIAL	DOSE USUAL	DOSE MÁXIMA	OBSERVAÇÕES
<b>ESTRÓGENOS</b>				
<b>17β Estradiol (ou Estradiol bioidêntico) — oral 1mg</b>	2,0mg/dia	2,0–4,0 mg/dia	6,0mg/dia	Não há benefícios relatados em prescrições acima da recomendação de dose máxima.
<b>Valerato de Estradiol — oral 1mg; 2mg</b>	2,0mg/dia	2,0–4,0 mg/dia	6,0mg/dia	Não há benefícios relatados em prescrições acima da recomendação de dose máxima. O valerato de estradiol oral é encontrado em formulações combinadas com progestágenos (1).

<b>Estradiol hemi-hidratado — adesivo transdérmico 25; 50; 100mcg</b>	25mcg/dia (1 adesivo de 25mcg trocado a cada 2 semanas)	50 a 200 mcg/dia (adesivos trocados 2x/semana)	200mcg/dia (2 adesivos de 100mcg trocados 2x por semana)	Via preferencial para pacientes com maior risco cardiovascular, porém, menos acessível pelo custo.
<b>Estradiol hemi-hidratado — gel 0,6mg/g</b>	2 pumps de 0,75mg/dia	4 pumps de 0,75mg/dia	4 pumps de 0,75mg/dia	Via preferencial para pacientes com maior risco cardiovascular. Aplicada em 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 pressão (pumps). Cada medida da régua contém 1,5mg de estradiol, que equivale a duas pressões (pumps) do tubo com válvula dosadora.
<b>17<math>\beta</math>-estradiol — gel 0,5; 1mg/sachê</b>	1 sachê 0,5mg/dia	1 sachê 1mg/dia	2 a 4 sachês 1mg/dia	Via preferencial para pacientes com maior risco cardiovascular. Aplicada em 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.

<b>Valerato de estradiol — injetável intramuscular 10mg/mL</b>	10mg a cada 4 semanas	20mg a cada 4 semanas (quando não associado com antiandrógeno)	10mg a cada semana ou 30mg a cada 2 semanas	Difícilmente disponível no mercado brasileiro de forma isolada. O valerato de estradiol é comumente encontrado em associação com enantato de noretisterona, que apresenta recomendação restrita pelo alto risco de evento tromboembólico e doença cardiovascular (2).
<b>Enantato de estradiol — injetável intramuscular 10mg/mL</b>	10mg a cada 4 semanas	10mg a cada 2 semanas	10mg a cada 2 semanas	O enantato de estradiol é comumente usado por mulheres trans e travestis do Brasil e América Latina em formulação associada: Enantato de estradiol + algestona acetofenida 10+150mg/ml (3).
<b>FÁRMACO</b>	<b>DOSE INICIAL</b>	<b>DOSE USUAL</b>	<b>DOSE MÁXIMA</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>ANTIANDRÓGENOS</b>				
<b>Espironolactona — oral 25, 50 e 100mg</b>	50mg/dia	100mg/dia	150mg 12/12h	Pode ser utilizado em monoterapia inicial. Evitar uso concomitante de medicamentos que possam aumentar risco de hipercalcemia. Atentar quanto ao uso em pacientes com propensão à hipotensão.
<b>Acetato de Ciproterona — oral 50, 100mg</b>	25mg/dia	50mg/dia	100mg/dia	Maior risco cardiovascular associado e de hiperprolactinemia. Não recomendado para tabagistas ou com antecedente de tromboembolismo. Evitar uso concomitante com medicações hepatotóxicas.

(1) O valerato de estradiol é encontrado em formulações combinadas que podem ser opções convenientes em termos de custo: a) Valerato de estradiol + acetato de ciproterona (2mg + 1mg) — a cartela possui 11 drágeas brancas contendo apenas valerato de estradiol

e 10 drágeas rosadas com valerato de estradiol e ciproterona. A ciproterona tem forte ação antiandrogênica, porém não nessa dosagem; de qualquer forma, esse medicamento se mostra teoricamente seguro. Não há necessidade de descartar os comprimidos rosados; b) Valerato de estradiol + levonorgestrel (2mg+ 0,25mg) — a cartela possui 11 drágeas brancas contendo apenas valerato de estradiol e 10 drágeas pardo-avermelhadas com valerato de estradiol e levonorgestrel. O levonorgestrel tem ação androgênica e deve-se preferencialmente descartar os comprimidos pardo-avermelhados; c) Valerato de estradiol + dienogeste — progestágeno associado ao estrógeno, em doses escalonadas ao longo dos 28 dias de uso da cartela. O dienogeste é um progestágeno menos potente que a ciproterona e mais seguro que os demais progestágenos em relação ao risco de tromboembolismo.

(2) Disponível na REMUME. A noretisterona tem ação androgênica e aumenta bastante o risco cardiovascular. Deve ser prescrita somente em último caso, em redução de danos, caso a pessoa não tenha condições de arcar com fármacos mais seguros.

(3) A associação de estrógeno e progestágeno é muito prevalente entre mulheres trans e travestis no Brasil, geralmente em regimes de automedicação (KRÜGER *et al.*, 2019), especialmente o enantato de estradiol com algestona. Resultados preliminares de estudo em andamento mencionado pelo protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo (SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020) e estudo com modelos de roedores (GUSMÃO-SILVA *et al.*, 2022) demonstram segurança no uso desta combinação. Porém, deve ser considerado que evidências mais robustas são necessárias para embasar o uso do enantato de estradiol + algestona. Deve ser prescrita somente em último caso, em redução de danos, caso a pessoa não tenha condições de arcar com fármacos mais seguros.

Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## MONITORIZAÇÃO LABORATORIAL E RASTREAMENTOS

Exames laboratoriais para monitoramento devem ser realizados idealmente antes do início da hormonização, no 3.º, 6.º e 12.º mês. Posteriormente, devem ser solicitados semestralmente ou anualmente. Uma frequência maior na solicitação de exames deve ser considerada a depender das condições clínicas e individualidades da paciente. A rotina de acompanhamento está sumarizada no Quadro 9.

Especificidades sobre os rastreios oncológicos devem ser discutidas com pessoas em processo de hormonização feminilizante e são apresentadas a seguir:

- **Câncer de mama:** Recomenda-se considerar o rastreio de câncer de mama em pessoas submetidas a hormonização feminilizante há, pelo menos, 20 anos. É importante que a decisão seja compartilhada considerando a relação risco-benefício, com baixa taxa de detecção precoce efetiva e altas taxas de falso-positivos e tratamentos desnecessários nos rastreamentos em populações de baixo risco para câncer de mama (GØTZSCHE; JØRGENSEN, 2013). Também é importante entender que o exame pode representar afirmação de gênero por mulheres trans e travestis, o que deve ser considerado no plano

compartilhado.

- Câncer de próstata:** Como adotado para a população de homens cisgênero, não se recomenda rastreamento de câncer de próstata para pessoas com próstata submetida a hormonização feminilizante. A opção por rastreio em populações assintomáticas deve ser uma decisão esclarecida e compartilhada. Recomenda-se que solicitação de PSA e toque retal devam ser individualizados para pacientes sintomáticos (HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017).

### Quadro 9. Rotina de acompanhamento da hormonização feminilizante.

Legenda: ✓: Exames obrigatórios // ✓: Exames que podem ser considerados.

EXAME	ANTES DO INÍCIO	3.º MÊS	6.º MÊS	12.º MÊS	ANUALMENTE	OBSERVAÇÕES
<b>Exame físico e investigações</b>	Rastrear contraindicações e possíveis interações medicamentosas. Exame físico focal incluindo: peso, altura, pressão arterial (PA) e anotações sobre caracteres secundários.	Avaliar e registrar transformações corporais alcançadas. Avaliar e abordar possíveis efeitos adversos. Exame físico focal incluindo peso e PA e sinais de feminilização.			Ofertar rastreios recomendados	A inspeção das mamas com registro do estágio de Tanner é especialmente relevante se há perspectiva de realizar cirurgia para implante de prótese mamária.
EXAMES LABORATORIAIS						
<b>Hemograma</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Solicitar antes do início em todos os casos e regularmente com o uso de ciproterona, uma vez que é esperado que os parâmetros de eritrograma reduzam com o bloqueio de testosterona.

<b>Testosterona total</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Um alvo frequentemente utilizado (HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017) é de < 50ng/dL, mas deve-se priorizar a satisfação da pessoa com os efeitos alcançados.
<b>Estradiol sérico</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Alvo: não deve exceder o pico fisiológico — 200pg/mL.
<b>Creatinina</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Devem ser monitorados a cada visita com o uso de espironolactona (incluindo 2 a 6 semanas após o início), mas só é necessário antes do início e anualmente com ciproterona. Considerar frequência maior se identificada doença renal.
<b>Potássio</b>	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>Glicemia</b>	✓	—	—	✓	✓	Considerar os fatores de risco, risco cardiovascular e outras comorbidades para definir frequência.
<b>Lipidograma</b>	✓	—	—	✓	✓	

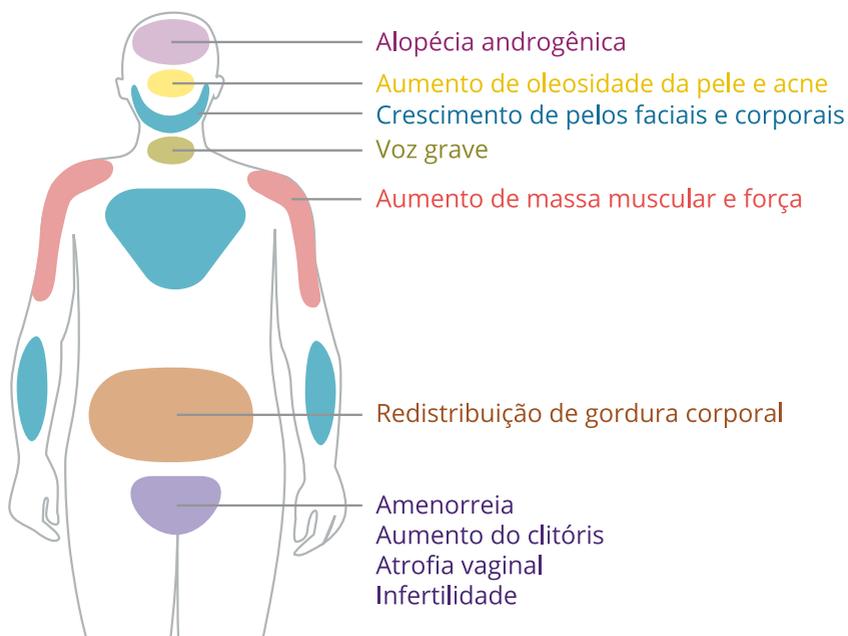
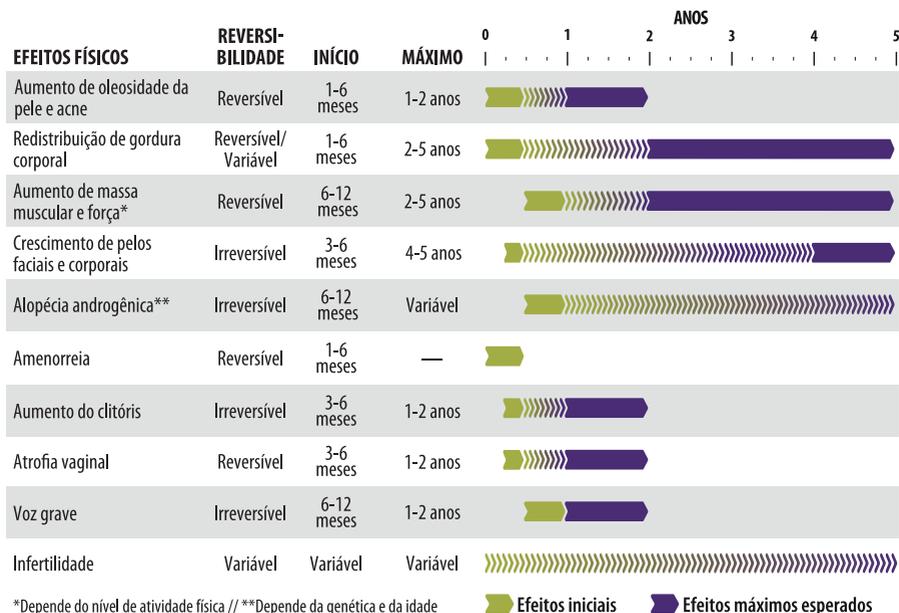
<b>TGO e TGP</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Solicitar antes do início em todos os casos e regularmente com o uso de ciproterona. Nos demais casos, dosar anualmente ou semestralmente.
<b>Prolactina</b>	✓	—	—	✓	✓	Prolactina deve ser medida ao menos anualmente com o uso de ciproterona e com maior frequência se houver elevação.
<b>Testes Rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Ofertar testes rápidos de rastreio de IST no início, a fim de oportunizar abordagem prévia à hormonização. Posteriormente a cada consulta a depender da avaliação de risco.

Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## HORMONIZAÇÃO MASCULINIZANTE

Para pessoas transmasculinas, o que inclui homens trans e pessoas não binárias que desejam expressar características mais masculinas, a hormonização é realizada com a suplementação de testosterona, com o objetivo de atingir a virilização dos caracteres sexuais secundários. A hormonização masculinizante promove mudanças corporais reversíveis e irreversíveis, com tempo variável para seu aparecimento (Figura 3) (BOURNS, 2019).

### Figura 3. Efeitos esperados da hormonização masculinizante



Fonte: Adaptado de HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017; TRANSGENDER CARE MONCTON, 2018b; BOURNS, 2019.

## FORMULAÇÕES DA TESTOSTERONA

As formulações de testosterona comumente usadas no processo de hormonização são injetáveis (intramuscular) ou de uso transdérmico. O Quadro 10 apresenta as contraindicações absolutas e os efeitos adversos relacionados ao uso de testosterona.

### Quadro 10. Efeitos adversos e contraindicações absolutas ao uso de testosterona para hormonização masculinizante.

<b>Efeitos adversos</b>	<b>Risco aumentado de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuição temporária ou perda permanente da fertilidade;</li> <li>▪ Em caso de gravidez, pode causar defeitos congênitos e abortamento;</li> <li>▪ Policitemia, que pode estar associada à tontura, cefaleia, distúrbios visuais e eventos cardiovasculares;</li> <li>▪ Elevação transitória de enzimas hepáticas;</li> <li>▪ Acne;</li> <li>▪ Piora do perfil lipídico (o impacto em eventos cardiovasculares é incerto);</li> <li>▪ Redução ou interrupção do sangramento menstrual;</li> <li>▪ Atrofia vaginal;</li> <li>▪ Apneia do sono;</li> <li>▪ Alopecia androgenética.</li> </ul>	<b>Possível risco aumentado de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hiperplasia endometrial;</li> <li>▪ Elevação da pressão arterial;</li> <li>▪ Diabetes;</li> <li>▪ Agravamento de hepatopatias;</li> <li>▪ Alterações de humor com piora na irritabilidade e agressividade;</li> <li>▪ Artralgia, mialgia, mastalgia, rubor, cefaleia, diarreia, tonturas, aumento do suor e odor.</li> </ul>
<b>Contraindicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestação e amamentação;</li> <li>▪ Câncer sensível a andrógenos em atividade (p.ex.: mama e endométrio);</li> <li>▪ Cardiopatia isquêmica instável;</li> <li>▪ Transtorno psicótico não estabilizado ou grande irritabilidade com ideação homicida;</li> <li>▪ Condições psiquiátricas que limitem a capacidade em fornecer consentimento livre e esclarecido;</li> <li>▪ Hipersensibilidade a componentes da formulação;</li> <li>▪ Policitemia, com hematócrito &gt; 55%.</li> </ul>	

Fonte: Adaptado de Bourns 2019 e Telessaúde/RS 2022.

Formulações em gel apresentam risco de exposição a outras pessoas em contato com a pele. Deve-se atentar para esse fato principalmente em pessoas com crianças pequenas ou contato íntimo com gestantes. Nas formulações injetáveis, é relevante evidenciar que o excipiente de diversas formulações pode conter substâncias alergênicas, como óleo de amendoim. Antes de serem expostas à hormonização, é imperativo que a presença de alergias seja investigada.

## ABORDAGEM CLÍNICA PARA REDUÇÃO DE RISCOS RELACIONADOS À HORMONIZAÇÃO MASCULINIZANTE

Diversas condições não são contraindicações absolutas à hormonização masculinizante, porém requerem uma maior atenção do médico quando uma pessoa transmasculina consulta em busca de modificações corporais. Sua presença pode requerer um maior esforço para atingir alvos no controle clínico, a modificação do plano terapêutico ou o compartilhamento do cuidado com outros especialistas. Por vezes, podem requerer a modificação da dosagem ou via de administração da testosterona. Essas condições e o seu manejo no contexto da hormonização são resumidas no Quadro 11 (BOURNS, 2019).

**Quadro 11. Precauções e redução de riscos relacionados à hormonização masculinizante.**

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Cardiopatía isquêmica estável</b>	Otimizar o tratamento medicamentoso; otimizar o controle de fatores de risco; considerar referenciar à cardiologia.	Considerar via de administração transdérmica; considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>Hipertensão arterial de difícil controle</b>	Identificar e abordar barreiras para o controle da PA; iniciar ou otimizar anti-hipertensivos, se necessário; calcular risco cardiovascular e, se indicado, realizar investigação adicional para coronariopatía; considerar referenciar à cardiologia se difícil controle na APS.	Considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Diabetes mellitus mal controlado</b>	Identificar e abordar barreiras para o controle glicêmico adequado; encorajar mudanças de estilo de vida cabíveis; iniciar ou otimizar antidiabéticos; calcular risco cardiovascular e, se indicado, realizar investigação adicional para coronariopatia; considerar referenciar à endocrinologia se difícil controle na APS.	Considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>Dislipidemia mal controlada</b>	Identificar e abordar barreiras para o controle adequado da dislipidemia; encorajar mudanças de estilo de vida cabíveis; calcular risco cardiovascular e, se indicado, realizar investigação adicional para coronariopatia; uso de hipolipemiantes quando indicado.	Considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>Hepatopatia crônica</b>	A depender da etiologia, implementar mudanças de estilo de vida pertinentes (p.ex.: reduzir o consumo de álcool e perder peso). Considerar referenciar à hepatogastroenterologia.	Considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>Policitemia</b>	Identificar etiologia e abordar fatores que podem contribuir (tabagismo, DPOC, apneia do sono).	Considerar via de administração transdérmica. Considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>História de tromboembolismo ou estado de hipercoagulabilidade</b>	Identificar e minimizar fatores de risco existentes; avaliar indicação de anticoagulação profilática.	Considerar via de administração transdérmica; considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Doença pulmonar crônica (com possível piora relacionada à policitemia)</b>	Considerar referenciar à pneumologia em casos graves.	Considerar via de administração transdérmica; considerar baixa dosagem ou progressão lenta da dose.
<b>Apneia do sono severa</b>	Avaliar o uso de CPAP; referenciar à nutrição e encorajar mudanças de estilo de vida cabíveis para a perda de peso.	Monitoramento regular de policitemia (Ht/Hb).
<b>Tabagismo</b>	Motivar a cessação do tabagismo; oferecer encaminhamento a grupo de cessação do tabagismo; considerar reposição de nicotina ou prescrição de bupropiona; ou negociar redução do tabagismo; calcular risco cardiovascular e, se indicado, realizar investigação adicional para coronariopatia.	Monitoramento regular para policitemia (Ht/Hb). Considerar testosterona transdérmica e/ou baixa dose.
<b>Enxaqueca</b>	Considerar profilaxia para enxaqueca ou otimizar tratamento vigente.	Considerar via de administração transdérmica.

CONDIÇÃO	ABORDAGEM ESPECÍFICA DA CONDIÇÃO	CUIDADOS EM RELAÇÃO À HORMONIZAÇÃO
<b>Sangramento Uterino Anormal (SUA)</b>	Investigar a causa do SUA antes da hormonização, de acordo com fluxograma do Ministério da Saúde. (1)	Possíveis causas de sangramento ao longo 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 10mg, 1x/dia, de forma contínua).
<b>Oligomenorreia e amenorreia</b>	Identificar etiologia, seguindo fluxograma de abordagem do Ministério da Saúde; descartar gravidez. (1)	Considerar indução da menstruação com progestágeno antes de iniciar testosterona.

(1) Em casos em que a investigação cursa com ultrassonografia, discutir com paciente preferência sobre ultrassonografia transvaginal ou pélvica. Os fluxogramas para Problemas Relacionados à Menstruação estão disponíveis no Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres, do Ministério da Saúde ([https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)). Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019; TELES-SAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## PRESCRIÇÃO E AJUSTE DE DOSES

As formulações disponíveis e doses de testosterona utilizadas estão presentes no Quadro 12. É interessante programar uma avaliação um mês após o início da hormonização, a fim de verificar a adaptação ao fármaco. Há profissionais que preferem programar consultas mensais até que uma dose estável seja estabelecida. Recomenda-se que no primeiro ano de acompanhamento sejam feitos, no mínimo, atendimentos trimestrais e, posteriormente, semestrais ou anuais. As consultas de seguimento devem envolver anamnese sobre a satisfação com os efeitos da hormonização, repercussões na saúde mental, exame físico focal,

incluindo registro das transformações corporais alcançadas, análise de exames laboratoriais, quando disponíveis, e orientações sobre prevenção e promoção em saúde.

A cessação da menstruação é um efeito comumente desejado por pessoas transmasculinas. Em casos em que a amenorreia não é alcançada após seis meses de uso da testosterona, pode-se considerar uma progressão da dose, se ainda não estiver em dose máxima e com cuidado para não atingir níveis séricos suprafisiológicos de testosterona. Se ainda assim houver continuidade da menstruação, podem ser discutidas opções como dispositivo intrauterino hormonal e medroxiprogesterona.

**Quadro 12. Formulações e doses recomendadas de testosterona. (1)**

FÁRMACO	DOSE INICIAL	DOSE USUAL	DOSE MÁXIMA	OBSERVAÇÕES
<b>Undecanoato (ou Undecilato) de Testosterona — injetável intramuscular 250mg/mL</b>	1.000mg (1 ampola de 4ml) a cada 120 dias	1.000mg (1 ampola de 4ml) a cada 90 dias	1.000mg (1 ampola de 4ml) a cada 90 dias	Excipiente oleoso (2) — óleo de rícino. Produz níveis de testosterona séricos estáveis por 10 a 14 semanas.
<b>Decanoato + Fempropionato + Propionato + Isocaproato de testosterona — injetável intramuscular 250mg/mL</b>	250mg (1 ampola de 1ml) a cada 28 dias	250mg (1 ampola de 1ml) a cada 21 dias	250mg (1 ampola de 1ml) a cada 14 dias	Excipiente oleoso (2) — óleo de amendoim (atentar para alergia). Tende a gerar pico hormonal. Formulação menos preferida por não ter estudos de qualidade suficientes e por, com frequência, não estar disponível no mercado.
<b>Cipionato de testosterona — injetável intramuscular 100mg/mL</b>	200mg (1 ampola de 2ml) a cada 28 dias	200mg (1 ampola de 2ml) a cada 21 dias	200mg (1 ampola de 2ml) a cada 14 dias	Excipiente oleoso (2) — óleo de amendoim (atentar para alergia). Tende a gerar pico do nível sérico de testosterona, podendo gerar alterações de humor.

FÁRMACO	DOSE INICIAL	DOSE USUAL	DOSE MÁXIMA	OBSERVAÇÕES
<b>Testosterona em gel 10mg/g</b>	50mg (1 sachê de 5mg) em dias alternados	50mg/dia (1 sachê de 5mg)	100mg/dia (2 sachês de 5mg)	Aplica-se no abdômen ou braços, sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes da pele ter contato com pessoas, tecidos ou outros materiais. Pode estar relacionado a um ritmo mais lento nas transformações corporais. Tende a produzir níveis séricos mais estáveis de testosterona.

(1) Formulações orais não são recomendadas devido à sua maior metabolização hepática.  
 (2) As formulações injetáveis com excipientes oleosos podem ter administração dolorosa por serem mais viscosas. Aquecer a ampola um pouco entre as mãos antes da aspiração pode contribuir para uma aplicação mais cômoda. Além disso, o conteúdo da ampola pode ser aspirado com agulha de maior calibre e ser ofertada injeção com agulha de menor calibre, considerando uma aplicação que pode ser mais lenta, porém menos dolorosa. Fonte: BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; COLEMAN *et al.*, 2022; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## IMPORTANTE:

A receita para prescrição de testosterona deve seguir normas específicas apresentadas na Lei n.º 9.965/2000 e na Portaria MS n.º 344/1998, para que a pessoa consiga retirar a medicação nas farmácias:

1. Ser feita em receituário de controle especial (branco), em duas vias, com a quantidade de medicação a ser dispensada e o tempo de tratamento junto à posologia;
2. Conter endereço da pessoa que recebe a prescrição;
3. Informar o CID-10 F64;
4. Conter o CPF do prescritor;
5. Não exceder a quantidade de cinco ampolas por receita.

Ver exemplo a seguir.



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal de Saúde



### Receituário de Controle Especial

Nome do Paciente	
CPF	Data de Nascimento
Endereço do Paciente	
Unidade de Saúde	CNPJ
Endereço da Unidade	

#### Prescrição

USO INTRAMUSCULAR

Undecanoato de testosterona (250mg/ml).....1 amp (4ml)

Administrar 1 ampola intramuscular a cada 90 dias.

CID10: F64

29 / 11 / 2023  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
_____	
Identidade: _____	Org Emis: _____
Endereço: _____	
_____	
Cidade: _____	
UF: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: ____/____/____	
_____	
Assinatura do Farmacêutico	

## MONITORIZAÇÃO LABORATORIAL E RASTREAMENTOS

Exames laboratoriais para monitoramento devem ser realizados idealmente antes do início da hormonização, no 3.º, 6.º e 12.º mês. Posteriormente, devem ser solicitados anualmente. Uma frequência maior na solicitação de exames deve ser considerada a depender das condições clínicas e individualidades do paciente. A rotina de acompanhamento está sumarizada no Quadro 13.

### Quadro 13. Rotina de acompanhamento da hormonização masculinizante.

Legenda: ✓: Exames obrigatórios // ✓: Exames que podem ser considerados.

EXAME	ANTES DO INÍCIO	3.º MÊS	6.º MÊS	12.º MÊS	ANUALMENTE	OBSERVAÇÕES
<b>Exame físico e investigações</b>	Rastrear contraindicações e possíveis interações medicamentosas. Exame físico focal incluindo: peso, altura, pressão arterial (PA) e anotações sobre caracteres secundários.	Avaliar e registrar transformações corporais alcançadas. Avaliar e abordar possíveis efeitos adversos. Exame físico focal incluindo peso e PA e sinais de virilização.			Ofertar rastreios recomendados	—
EXAMES LABORATORIAIS						
<b>Hemograma</b>	✓	✓	✓	✓	✓	A elevação do hematócrito para além do valor de referência máximo padronizado para homens cis (> 50%) está relacionado a maior risco cardiovascular, devendo-se considerar redução da dose ou troca para formulação de uso transdérmico.

<b>TGO e TGP</b>	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Dosar uma vez a cada 6 ou 12 meses, com maior frequência a depender dos fatores de risco individuais.</p>
<b>Glicemia</b>	✓	—	✓	✓	✓	
<b>Lipidograma</b>	✓	—	✓	✓	✓	
<b>Testosterona total</b>	✓	✓	✓	✓	✓	<p>O nível alvo de testosterona geralmente está entre 400 e 700ng/dL (HEMBREE; COHEN-KETTENIS, 2017), mas deve-se priorizar a satisfação da pessoa com os efeitos alcançados, evitando níveis suprafisiológicos.</p>
<b>Hormônio Luteinizante (LH)</b>	✓	—	—	✓	✓	<p>Deve ser monitorado anualmente somente após gonadectomia, considerando que a elevação do LH pode ter repercussão no metabolismo mineral ósseo.</p>

<b>Estradiol</b>	✓	—	—	—	—	O nível sérico de estradiol pode ter papel nos quadros de dor pélvica, menstruações persistentes e alterações de humor, podendo ser dosado na abordagem dessas questões.
<b>Teste rápido de gravidez</b>	✓	—	—	—	—	Considerar a depender das práticas sexuais da pessoa que busca harmonização.
<b>Testes Rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C</b>	✓	✓	✓	✓	✓	Ofertar testes rápidos de rastreio de IST no início a fim de oportunizar abordagem prévia à harmonização. Posteriormente a cada consulta a depender da avaliação de risco.

Fonte: Adaptado de BOURNS, 2019; SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020; TELESSAÚDE/RS/UFRGS, 2022.

## IMPORTANTE:

O momento da dosagem de testosterona deve considerar a formulação em uso:

- **Undecilato de Testosterona:** dosar imediatamente antes da próxima dose;
- **Cipionato de Testosterona e Decanoato + Fempropionato + Propionato + Isocaproato de Testosterona:** dosar na metade do tempo entre as administrações;
- **Testosterona em gel:** dosar após, pelo menos, uma semana de uso e 2 horas após a aplicação diária.

Especificidades sobre os rastreios oncológicos devem ser discutidas com pessoas em processo de hormonização masculinizante e são apresentadas a seguir:

- **Câncer de colo de útero:** Em pessoas que ainda possuem colo uterino, as recomendações de rastreio são iguais às empregadas para rastreio em mulheres cis, recomendadas pelo Ministério da Saúde. Deve-se questionar sobre as práticas sexuais, sendo a coleta de citopatológico oferecida para pessoas que tenham vivenciado qualquer tipo de penetração vaginal na vida;
- **Câncer de mama:** Em pessoas submetidas à mastectomia, recomenda-se exame físico sub e periareolar anual. Para as demais pessoas, recomenda-se rotinas de mamografia como empregado a mulheres cis, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde.

O exame ginecológico em pessoas transmasculinas deve considerar que esse momento pode ser ansiogênico a depender da relação da pessoa com essas partes do corpo. Observações sobre boas práticas na coleta de citologia do colo uterino e inspeção de mamas são apresentadas a seguir.

## BOAS PRÁTICAS NA COLETA DO CITOPATOLÓGICO E INSPEÇÃO DE COLO UTERINO E INSPEÇÃO DE MAMAS EM PESSOAS TRANSMASCULINAS

1. O uso prolongado de testosterona leva a uma atrofia vaginal e cervical que geram maiores desconfortos. Nestes casos pode-se utilizar o espéculo extra pequeno, assim como a aplicação de lidocaína tópica antes do exame ou até mesmo o uso de estrogênio tópico por duas semanas antes da realização do exame (BOURNS, 2019).
2. Uma prática que tem demonstrado um aumento do conforto do paciente é a possibilidade da pessoa introduzir o espéculo nela mesma com o auxílio de

um espelho. Desta forma, a pessoa passa a ter autonomia no exame. Oferta de não utilizar as “perneiras”, deixando o paciente em posição “livre” e mais confortável também aumenta a possibilidade de sucesso do exame e diminui o desconforto (MURPHY, 2004; SEEHUSEN *et al.*, 2006).

3. Deve-se sempre avaliar o grau de conforto que o paciente tem em realizar o exame ginecológico. Garantir um ambiente acolhedor, explicar como o procedimento vai ser feito, tirar dúvidas e garantir o direito de acompanhante durante o exame são práticas de cuidado que aumentam o conforto destes pacientes.
4. É importante levar em conta que, para muitos pacientes transmasculinos e não binários, a experiência de um exame ginecológico pode ser um procedimento desencadeante de experiências negativas prévias, o que pode ser muito ansiogênico. Nestes casos pode-se oferecer uso de Benzodiazepínicos 20 a 60 minutos antes do procedimento (DEUTSCH, 2016). Conversar sobre experiências anteriores faz-se essencial. Muitos não estão confortáveis com o termo “vagina”, então perguntar como o paciente prefere que se refira ao órgão genital também é importante.
5. Se mesmo com todas ofertas anteriores a pessoa recusar o exame especular, e esse seja indicado, pode ser oferecida a inspeção da vulva e o toque bimanual. Essa atitude pode aumentar o vínculo do paciente com o profissional, proporcionando uma experiência positiva, que pode levar a reconsideração da realização do exame em encontros futuros (DEUTSCH, 2016).
6. É importante levar em consideração que, para indivíduos que vivenciam disforia de gênero, o exame das mamas pode ser uma fonte de desconforto e sofrimento. Portanto, a decisão de proceder com uma avaliação e eventualmente adotar medidas de rastreamento — especialmente em indivíduos com baixo risco de câncer de mama — deve ser tomada de forma consciente, por meio de um planejamento cuidadoso e compartilhado entre o profissional de saúde e o paciente (DEUTSCH, 2016).

## **OUTRAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS**

Deve-se ressaltar que o processo de modificações corporais alinhadas à identidade de gênero de pessoas trans não se resume àquelas relacionadas à hormonização. Quaisquer que sejam as motivações de uma pessoa trans para transformações corporais, é importante que profissionais de saúde legitimem essa demanda e ofereçam acompanhamento e orientações adequadas. As transformações corporais podem ser transitórias (Quadro 14) (p.ex.: ocultação das ma-

mas, ocultação de pênis e testículo, uso de próteses externas) ou podem ser transformações corporais cirúrgicas.

#### Quadro 14. Transformações corporais transitórias.

NOME	DEFINIÇÃO	CUIDADOS
<b>Ocultação das mamas, também conhecida como “binder”</b>	É o enfaixamento ou esparadrapagem das mamas, técnicas comumente utilizadas para gerar a diminuição temporária do volume mamário. Não há evidência de câncer de mama associado à prática.	Cuidado com a formação de lesões na pele, desconforto respiratório por compressão torácica e dores musculares por compressão, má ergonomia ou atrofia muscular. Dores musculares são frequentes nesta prática.
<b>Ocultação de pênis e testículos, também conhecido pelo termo “aquendar”</b>	Realiza-se a tração do pênis posteriormente, junto ao saco escrotal, acompanhada ou não de roupa íntima compressiva ou esparadrapagem. Uma variação dessa técnica inclui elevar os testículos ao canal inguinal, para manter o saco escrotal vazio e mais facilmente ocultável.	É frequente ocorrer lesões de pele devido ao uso de adesivos ou dores musculares devido à ergonomia adotada. Outro problema é a impossibilidade de urinar enquanto essa técnica é utilizada, gerando postergação do ato de urinar, diminuição de ingestão hídrica deliberadamente e demais problemas relacionados.
<b>Packer</b>	É uma prótese externa que comumente tem o formato de pênis e/ou saco escrotal, utilizada principalmente com a intenção de aumentar o volume na região pubiana, mas pode também oferecer funcionalidades adicionais (como uma perfuração central que permite urinar em pé, uma “vértebra” semirrígida que mantém a prótese ereta e possibilita penetração sexual ou estimuladores de clitóris para proporcionar prazer sexual).	Pode provocar dermatite por contato com urina, candidíase vulvar ou lesões por atrito. Além disso, sua fixação pode ocorrer por produtos adesivos ou colas (como as direcionadas para colar cílios ou unhas), o que também pode acarretar lesões e outros problemas dermatológicos.

NOME	DEFINIÇÃO	CUIDADOS
<b>Prolongador de clitóris</b>	É uma prótese externa, mais comumente de silicone, normalmente com formato de pênis, que adere ao clitóris hipertrofiado através de pequeno vácuo. Tem uma finalidade estética e pode também ser usado para penetração.	Não é seguro de ser utilizado por muitos minutos, sob o risco teórico de hipoperfusão local, hematoma e edema.

Fonte: Adaptado de SÃO PAULO/SP. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2020.

## TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS CIRÚRGICAS

A atual resolução CFM n.º 2.265/2019 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019) reconhece a possibilidade de realização de cirurgia a partir de 18 anos de idade, após um tempo mínimo de um ano de acompanhamento por equipe multiprofissional.

O “Processo Transexualizador no SUS” contempla a possibilidade de realização dos seguintes procedimentos:

- Cirurgia de redesignação genital em mulheres transexuais e travestis;
- Redesignação genital em homens trans — ainda experimental;
- Mastoplastia masculinizadora;
- Histerectomia com anexectomia e colpectomia;
- Plástica mamária bilateral;
- Tireoplastia.

No município do Rio de Janeiro, o acesso aos procedimentos cirúrgicos é dado via SER pelo ambulatório de saúde trans. Para ser incluído nesta plataforma, é necessário ter o encaminhamento médico descrevendo o caso em detalhes. Este encaminhamento deve incluir o tempo de acompanhamento médico e, se aplicável, uma lista das medicações atualmente em uso. É importante também especificar o interesse em procedimentos cirúrgicos, embora não seja necessário detalhar quais modificações cirúrgicas são desejadas.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. P. A. *et al.* Abordagem integral da sexualidade e cuidados específicos da população LGBTI+. Em: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, DUNCAN MS, GIUGLIANI C (Ed.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BOURNS, A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients. [s.l.] RHO: Rainbow Health Ontario, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. [s.l: s.n.]

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A. Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. [s.l.] Manole, 2021.

COLEMAN, E. *et al.* Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International journal of transgender health, v. 23, n. Suppl 1, p. S1–S259, 6 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM no 1.955/2010. [s.l: s.n.]

DEUTSCH, M. B. Guidelines for the Primary and Gender-affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. [s.l.] University of California, San Francisco, 2016.

GÓMEZ, P. L.; FORRISI, F.; GELPI, G. Salud y diversidad sexual: guía para profesionales de la salud. [s.l.] Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de la República, 2016.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for Breast Cancer with Mammography. Cochrane database of systematic reviews , v. 2013, n. 6, p. CD001877, 4 jun. 2013.

GUSMÃO-SILVA, J. V. *et al.* Body, Metabolic and Renal Changes Following Cross-Sex Estrogen/progestogen Therapy in a Rodent Model Simulating Its Use by Transwomen. Journal of endocrinological investigation, v. 45, n. 10, p. 1875–1885, out. 2022.

HEMBREE, W. C.; COHEN-KETTENIS, P. T. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *Endocrinology*, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/102/11/3869/4157558>. Acesso em: 24 de julho de 2023.

KRÜGER, A. *et al.* Characteristics of Hormone Use by Travestis and Transgender Women of the Brazilian Federal District. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, v. 22, p. e190004, 26 set. 2019. Acesso em: 26 de junho de 2023.

MURPHY, M. Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement. *Feminist studies: FS*, v. 30, n. 1, p. 115–147, 2004.

RIO DE JANEIRO/RJ. Lei n.º 6.329, de 23 de março de 2018. Dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais na Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro. [s.l.: s.n.]

RIO DE JANEIRO/RJ. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da População de Transexuais e Travestis na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. [s.l.: s.n.]

ROGERS, J. *et al.* Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 7, n. 3, p. 49–58, 2016.

SÃO PAULO/SP. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. [s.l.: s.n.]

SEEHUSEN, D. A. *et al.* Improving Women's Experience during Speculum Examinations at Routine Gynaecological Visits: Randomised Clinical Trial. *BMJ*, v. 333, n. 7560, p. 171, 22 jul. 2006.

SEMPOL, D. *et al.* Corporalidad trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Mides, Uruguay, 2016.

TATE, C. C.; LEDBETTER, J. N.; YOUSSEF, C. P. A Two-Question Method for Assessing Gender Categories in the Social and Medical Sciences. *Journal of sex research*, v. 50, n. 8, p. 767–776, 2013.

TELESSAÚDE/RS/UFRGS. Telecondutas: atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde. [s.l.: s.n.]

TRANSGENDER CARE MONCTON. Medical Management Of FtM. Disponível em: <http://transcaremoncton.craigchisholm.me/index.php/ftm/>. Acesso em: 24 de julho de 2023.

TRANSGENDER CARE MONCTON. Medical Management Of MtF. Disponível em: <http://transcaremoncton.craigchisholm.me/index.php/mtf/>. Acesso em: 24 de julho de 2023.

WEINAND, J. D.; SAFER, J. D. Hormone Therapy in Transgender Adults Is Safe with Provider Supervision; A Review of Hormone Therapy Sequelae for Transgender Individuals. *Journal of clinical & translational endocrinology*, v. 2, n. 2, p. 55–60, jun. 2015.



SAÚDE

