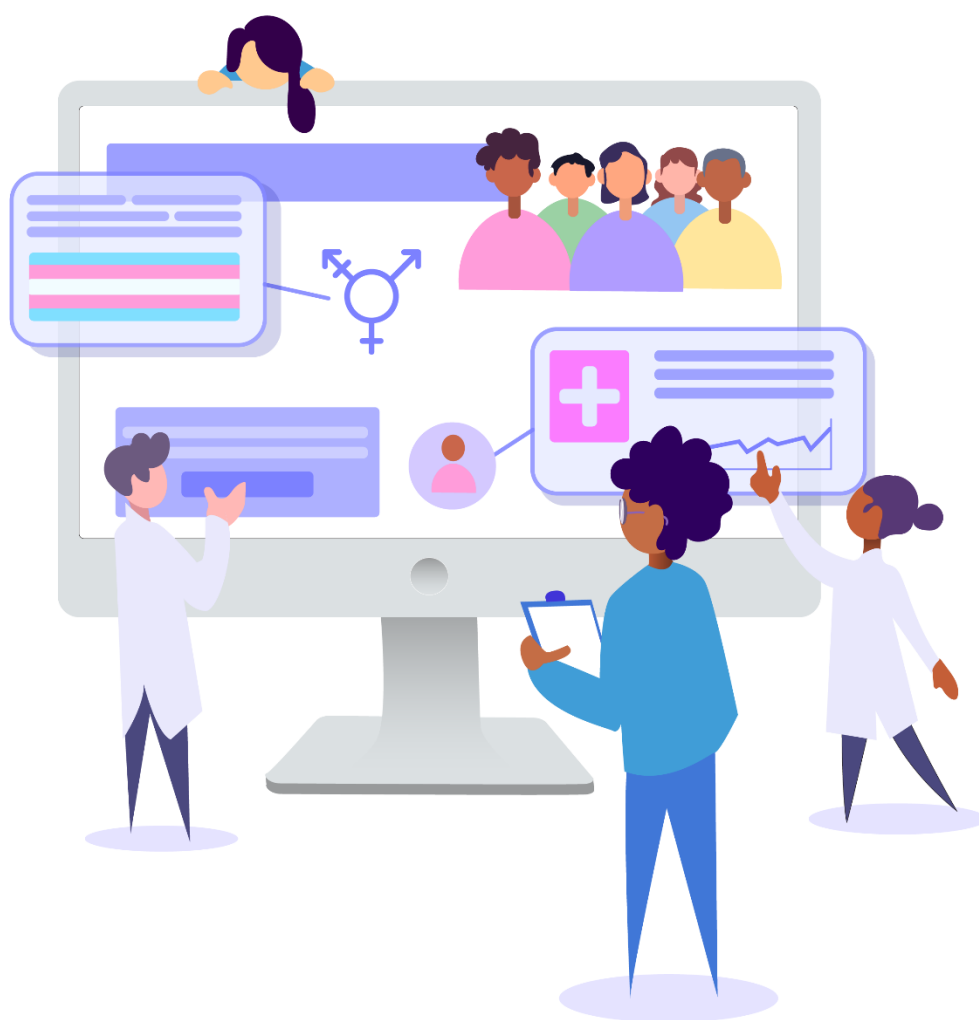


Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo



Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI
Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Julho de 2020

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

“Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”,

Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP

Julho/2020|Versão eletrônica

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIA ADJUNTA

Edjane Maria Torreão Brito

CHEFE DE GABINETE

Armando Luis Palmieri

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Cristina Honorio dos Santos

COORDENAÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL LGBTI

Adalberto Kiochi Aguemí

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde.

“Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”,

Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020: Julho - p. 133.

ORGANIZAÇÃO

Ana Paula Andreotti Amorim

REVISÃO

Breno Souza de Aguiar

Denise Leite Vieira

Lorenzo Lang Gonzalez

AUTORIA

Adalberto Kiochi Aguemí

Adriana Diniz Caparello

Adriano Queiroz da Silva

Alcione Ramos Campiotto

Ana Beatriz Wanzeler Tura

Ana Luiza Uwai

Ana Paula Andreotti Amorim

Ariadne Ribeiro Ferreira

Breno Souza de Aguiar

Carué Contreiras

Denise Leite Vieira

Flávia Helena Ciccone

Gabriela Junqueira Calazans

Gláucia Renata Beretta

Isa da Silva Sorrentino

Júlia de Campos Cardoso Rocha

Julia Pereira Bueno

Karin Di Monteiro Moreira

Laura Verissimo Rangel Prevato

Lorenzo Lang Gonzalez

Lucia Regina Gatti Murakami

Magnus Régios Dias da Silva

Paula Pavan Antônio

Priscila Santos Massuia

Raphaella Pinheiro de Andrade Fini

Salette Monteiro Amador

Thomas Fernando Hackmann Pereira

Walter Mastelaro Neto

ARTES

Lune Carvalho de Freitas (capa)

Paulo Eduardo A. Amorim

COLABORAÇÃO

Marta Lopes de Paula Cipriano - Área Técnica de Saúde Bucal (SMS São Paulo)

Felipe Tadeu Carvalho Santos - Área Técnica de Assistência Farmacêutica (SMS São Paulo)

Valdete Ferreira dos Santos - Área Técnica da Saúde da População Negra (SMS São Paulo)

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (ASITT/CRT-SP)

Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina, da Universidade Federal de São Paulo (Núcleo TransUnifesp)

Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (AMTIGOS, IPq-HCFM/USP)

Grupo de Trabalho sobre Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT)

Núcleo de Saúde e Diversidade, da Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da OAB SP

Centro de Convivência É de Lei

Representações

no Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI, da Coordenação da Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Gestão	Titular	Suplente
Coordenação de Epidemiologia e Informação	Breno Souza de Aguiar	Camila da Silva Mogliani
CRS Centro	Salete Monteiro Amador	Alcione Ramos Campiotto
CRS Leste	Evanilisa Borges Alves	Rodrigo Silvino
CRS Norte	Flavia Helena Ciccone	Eliana Mariani
CRS Oeste	Marina Pereira dos Santos Stagni	Nidia Martinelli
CRS Sudeste	Christianne Pujol Fogaça	Giselle Garcia Origo Okada
CRS Sul	Carla de Britto Pereira	Flavio Sarno
Ouvidoria	João Batista Nazareth Aguiar	Felipe Aparecido Mourão
Programa Municipal DST/Aids	Adriano Queiroz da Silva	Marcos Blumenfeld Deorato
Saúde da Mulher	Adalberto Kiochi Aguemi	Sônia Raquel Wippich Coelho
Saúde da População Negra	Valdete Ferreira dos Santos	Maria Paula Camargo Privitera
Saúde Mental	Paula Pavan Antônio	Jeniffer Caroline Melo Turi Cancherini

Sociedade civil	Titular	Suplente
Lésbicas	Geovanna Guarnier Cardin Farias	Thais Iervolino dos Santos
Gays	Wemerson Alves da Silva Lima	Paulo Luis Freitas da Costa Santos
Mulheres bissexuais	Patrícia Perez e Silva de Freitas	Júlia de Campos Cardoso Rocha
Homens bissexuais	Ademar Pereira	Santiago de Paiva Bernardes
Travestis	Laura Verissimo Rangel Prevato	Michelle Jéssica Maia
Mulheres transexuais	Raphaela Pinheiro de Andrade Fini	Amanda Gomes Machado
Homens trans	Thomas Fernando Hackmann Pereira	Givanildo de Jesus Santos
Pessoas Intersexo	Sofia Riccardi Jorge	Shay Bittencourt
Políticas para as PVHIV	Filipe Pombo	Pierre Freitas
ONG Municipal	Fernanda de Moraes da Silva (ONG Afrodite)	Paulo André Paschoal Costa Martins Seixas (ONG Eternamente SOU)
Programa de Atenção Primária à Saúde FMUSP	Ana Paula Andreotti Amorim	Gabriela Junqueira Calazans
Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina (Núcleo TransUnifesp)	Gustavo Parra Leonel	Ariadne Ribeiro Ferreira

Lista de siglas	8
Glossário	11
Lista de figuras e quadros	12
1. Contextualização	13
1.1. Justificativa	14
1.2. Elucidação sobre a escolha do termo “pessoas transexuais e travestis”	15
1.3. Elucidação sobre a escolha do termo “afirmação de gênero”	16
1.4. Elucidação sobre a escolha do gênero feminino na redação deste protocolo	16
2. Conceitos básicos	18
2.1. O corpo e o gênero	19
2.2. Gênero e identidade de gênero	20
2.3. Abordagem de aspectos atribuídos à sexualidade	25
3. Direitos	28
3.1. Nome social	29
3.2. Retificação de registro civil.....	30
3.3. Direitos de pessoas transexuais e travestis.....	31
4. Áreas técnicas	34
4.1. Ouvidoria	35
4.2. Sistemas de informação	36
4.3. Saúde bucal	38
4.4. Saúde sexual e reprodutiva	39
4.4.1. Fertilidade e reprodução	39
4.4.2. Anticoncepção	39
4.4.3. Prevenção a IST.....	40
4.4.4. Rastreamentos.....	41
4.4.5. Considerações sobre o exame ginecológico.....	42
4.5. Saúde mental.....	43
4.6. Álcool e outras drogas	45
4.7. População em situação de rua	47
4.8. Violência	48
4.9. População negra.....	50
4.10. HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis	51

4.11.	Crianças e adolescentes	53
5.	Aspectos a serem considerados.....	56
5.1.	Prostituição.....	57
5.2.	Intersetorialidade	59
5.3.	Educação continuada	60
6.	Fluxos de atendimento na UBS e atribuições por categoria profissional	61
6.1.	Recepção	63
6.1.1.	Cadastro e Identificação	63
6.1.2.	Informações sociodemográficas.....	64
6.1.3.	Agendamento ginecológico para homens trans e pessoas transmasculinas	65
6.1.4.	Ambiência	65
6.2.	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	66
6.2.1.	Acolhimento extramuros.....	66
6.2.2.	Cadastro na UBS	66
6.3.	Acolhimento e atendimento de demanda espontânea	67
6.4.	Consulta de enfermagem	68
6.4.1.	Acolhimento	68
6.4.2.	Manutenção da saúde e encaminhamentos	68
6.4.3.	Acompanhamento do uso de medicações	68
6.4.4.	Verificação de transformações corporais.....	69
6.4.5.	Rastreamentos oncológicos e de agentes infecciosos	69
6.5.	Equipe de Enfermagem	71
6.5.1.	Administração de medicação intramuscular	71
6.5.2.	Vacinações.....	71
6.6.	Psicologia.....	73
6.7.	Serviço social	76
6.7.1.	Atendimento Social	76
6.7.2.	Trabalho com grupos e/ou famílias.....	76
6.7.3.	Trabalho em rede	76
6.7.4.	Equipe multi/interdisciplinar.....	77
6.7.5.	Autodesenvolvimento	77
6.8.	Assistência farmacêutica	78
6.8.1.	Nome social (SIGA x GSS).....	78
6.8.2.	Dispensação de estrógeno e antiandrógeno.....	79

6.8.3.	Dispensação de andrógeno	80
6.8.4.	Acompanhamento farmacoterapêutico	82
6.9.	Assistência laboratorial	83
6.10.	Fonoaudiologia	84
6.11.	Consulta médica	86
6.12.	Setor de regulação da Unidade Básica de Saúde	88
7.	Transformações corporais.....	89
7.1.	Transformações corporais transitórias.....	91
7.1.1.	Ocultação das mamas.....	91
7.1.2.	Ocultação de pênis e testículos	91
7.1.3.	Próteses externas	91
7.2.	Transformações corporais independentes de serviços de saúde	93
7.3.	Transformações da expressão de gênero com alterações posturais	94
7.4.	Transformações da expressão de gênero com alterações da voz.....	94
7.5.	Transformações corporais cirúrgicas.....	95
7.5.1.	Procedimentos cirúrgicos	95
7.5.2.	Cuidados pré-cirúrgicos	96
7.5.3.	Cuidados pós-cirúrgicos.....	97
7.5.4.	Fluxo de encaminhamento para cirurgias	99
7.6.	Silicone líquido industrial	101
7.7.	Transformações corporais por meio de hormonização	102
7.7.1.	Travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas.....	105
7.7.2.	Homens trans e pessoas transmasculinas.....	113
7.7.3.	Solicitação de exames para pessoas adultas em hormonização	120
7.7.4.	Hormonização em crianças e adolescentes	121
	Anexo 1. Cartaz para divulgação de direito ao uso do nome social.....	123
	Anexo 2. TCLE para uso de testosterona	124
	Anexo 3. TCLE para uso de estrógeno e antiandrógeno	126
	Referências bibliográficas.....	128

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitária de Saúde
AE	Atenção Especializada
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTAS	Centro Técnico de Atenção à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCB	Denominação Comum Brasileira
DECRADI	Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
DNV	Declaração de Nascido Vivo

DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESB	Equipes de Saúde Bucal
EUA	Estados Unidos da América
FSH	Hormônio Folículo-estimulante
GnRH	Hormônio liberador de gonadotrofina
GSS	Gestão de Sistemas em Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	Papilomavírus Humano (Human papillomavirus)
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTI	Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Mulheres Transexuais, Homens Trans e Pessoas Transmasculinas, demais Pessoas "Trans" e/ou com Variabilidade de Gênero e Pessoas Intersexo
LH	Hormônio Luteinizante
LHRH	Hormônio Liberador de Hormônio Luteinizante
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MSP	Município de São Paulo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NB	Pessoa Não Binária
NPV	Núcleos de Prevenção à Violência
NUDHES	Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIVV	Programa de Informação para Vítimas de Violência
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RX	Raio X
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento

SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SIVA	Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes
SIVVA	Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde

Clique no termo desejado para direcionamento ao segmento do texto que o explica.

[Afirmção de Gênero](#)

[Agênero](#)

[Aquendar](#)

[Binder](#)

[Características do Corpo](#)

[Cisgênero](#)

[Cisnormatividade](#)

[Crossdresser](#)

[Disforia de Gênero](#)

[Drag King](#)

[Drag Queen](#)

[Estresse de Minoria](#)

[Estrutura de Relacionamento\(s\)](#)

[Expressão de Gênero](#)

[Genitália](#)

[Gênero](#)

[Gênero designado ao nascimento](#)

[Gênero Fluido](#)

[Gênero Neutro](#)

[Identidade de Gênero](#)

[Incongruência de Gênero](#)

[Intersexo](#)

[LGBTIfobia](#)

[Marcadores de Gênero](#)

[Nome Social](#)

[Núcleos de Prevenção à Violência](#)

[Orientação sexual](#)

[Packer](#)

[Papel de Gênero](#)

[Pessoas Não Binárias](#)

[Pessoas Transexuais e Travestis](#)

[Pessoas Transfemininas](#)

[Pessoas Transmasculinas](#)

[Processo Transexualizador no SUS](#)

[Práticas Sexuais](#)

[Prolongador de Clitóris](#)

[População LGBTI](#)

[Retificação de Nome e Gênero](#)

[Trans](#)

[Transexualidade](#)

[Transição social de gênero](#)

[Transgeneridade](#)

[Transformista](#)

[Travesti](#)

Lista de figuras e quadros

Figura 1 – Gênero como espectros.....	21
Figura 2 – Representação gráfica de aspectos atribuídos à sexualidade.....	27
Figura 3 – Destaque do campo “37 Identidade de gênero” na ficha de notificação de violência interpessoal/ autoprovocada.....	49
Figura 4 – Destaque do campo “Nome Social” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica	64
Figura 5 – Destaque do campo “Deseja informar orientação sexual / identidade de gênero?” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica	64
Figura 6 – Modelo de cartaz para divulgação de direito ao uso de nome social.....	65
Quadro 1 – Código e descrição dos procedimentos ambulatoriais, relacionados ao atendimento das especificidades de pessoas transexuais e travestis, constantes no Sistema de Informação Ambulatorial SUS.....	37
Quadro 2 – Procedimentos relacionados ao atendimento hospitalar específico de pessoas transexuais e travestis.....	37
Quadro 3 – Medicamentos de dispensação exclusiva para receitas de prescritoras autorizadas no município de São Paulo	79
Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade.....	87
Quadro 5 – Recomendação de informações a serem descritas na ficha de referência e contrarreferência.	103
Quadro 6 – Estrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas.....	106
Quadro 7 – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos	108
Quadro 8 – Antiandrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas.....	109
Quadro 9 – Exames complementares para travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas em hormonização.....	112
Quadro 10 – Efeitos e tempo esperado dos efeitos ao uso de andrógenos	114
Quadro 11 – Andrógenos utilizados na hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas	115
Quadro 12 – Exames complementares para homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização.....	118
Quadro 13 – Acompanhamento laboratorial de testosterona em homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização	119

1. Contextualização



Arte: Lune de Carvalho Freitas

1.1. Justificativa

O Comitê Técnico de Saúde Integral à **População LGBTI** (pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Mulheres Transexuais, Homens trans e pessoas transmasculinas, demais pessoas “trans” e/ou com variabilidade de gênero e Pessoas Intersexo) foi instituído e vinculado ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo, com objetivo de promover políticas públicas e estabelecer cuidados em saúde à população LGBTI com base nos princípios do SUS. Iniciou suas atividades em 2017, sob demanda da sociedade civil, e foi oficializado, com publicação em Diário Oficial, em 2019.¹

A atenção para as especificidades de atendimentos às pessoas transexuais e travestis (e de gênero diverso) teve pauta prioritária nas ações deste comitê, devido à alta vulnerabilidade social dessa população e à grande desassistência consequente. Além de dar suporte às Coordenadorias Regionais de Saúde do município que implantaram ou estão em fase de implantação de referências para o atendimento das especificidades de pessoas transexuais e travestis, as ações do comitê incluem a publicação deste protocolo, a realização de capacitações às equipes de gestão e de profissionais da Atenção Básica, avaliação contínua da assistência oferecida a essa população, organização de rede para cuidados específicos, oferta de espaço para discussão técnica entre profissionais e para criação de redes locais, além de suporte a dificuldades vivenciadas pelos serviços e pela população.

A exclusão social à qual essa população está submetida e as violências vividas fazem com que grande parte de seus adoecimentos seja relacionado a sofrimentos por condições sociais.²

A Atenção Básica é o nível de assistência em que esses adoecimentos podem ser identificados, notificados, amparados e cuidados, pois oferece espaço privilegiado na gestão de cuidado de pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção.³ Portanto faz-se necessário planejar e organizar os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para que o acesso à saúde dessa população seja ofertado e realizado.

Uma das necessidades de saúde específicas desta população é a prescrição e oferta de hormônios para as pessoas que desejam realizar transformações corporais dessa forma. A hormonização (também conhecida por terapia hormonal ou hormonioterapia) é uma intervenção de saúde utilizada por muitas pessoas transexuais e travestis como uma estratégia para se expressarem e serem reconhecidas pela sociedade dentro dos limites do gênero com o qual se identificam ou com o qual preferem ser identificadas. Na grande maioria dos casos, as pessoas transexuais e travestis que chegam ao serviço de saúde com essa demanda já fazem uso de hormônios e têm clareza de que querem continuar a usá-los. A dificuldade de acessar os cuidados em serviços de saúde leva à

automedicação, na maioria das vezes com hormônios de tipos, doses e/ ou formas de aplicação inadequadas, o que habitualmente acarretam muitos efeitos adversos e problemas de saúde. A hormonização é um direito dessa população, assim como qualquer outra demanda em saúde que possa ser apresentada individualmente, e acolher essa necessidade dentro de uma UBS possibilita que outros aspectos da saúde possam ser também cuidados.

Este documento tem como objetivo apoiar a Atenção Básica no acolhimento e no cuidado específico para essas populações, já que é o nível de atenção que tem função de oferecer acesso à saúde, atenção integral, longitudinalidade e coordenação do cuidado, com a oportunidade de conhecer o entorno do indivíduo e de potencialmente realizar seus cuidados orientados de acordo com sua vivência familiar e comunitária, através da competência cultural desenvolvida no trabalho junto à população de um determinado território. Serviços de especialidades focais, de níveis de atenção secundário e terciário, também podem se beneficiar das informações contidas neste protocolo, utilizando-as para nortear suas práticas e colaborar com a coordenação do cuidado das pessoas realizado pelas UBS.

1.2. Elucidação sobre a escolha do termo “pessoas transexuais e travestis”

Muitos termos são utilizados para referir-se às pessoas cujo gênero diverge daquele que foi designado ao nascer. Existem disputas políticas e acadêmicas que defendem e justificam o uso de nomenclaturas diversas e o grupo de pessoas autoras deste protocolo tem ciência de que a escolha por qualquer termo consagrado tem a potência de, inadvertidamente, impactar na compreensão sobre direitos e cuidados a serem oferecidos a essa população.

Neste documento, o termo “**pessoas transexuais e travestis**” será utilizado com a intenção de abranger nele todas as pessoas que não se reconhecem com o gênero atribuído ao nascimento, como esforço de manter o texto compreensível e evitar exclusões. Portanto, aquelas pessoas que não se identificam com esses termos também devem ser contempladas com as propostas de cuidado presentes neste texto. (ver Gênero e identidade de gênero)

1.3. Elucidação sobre a escolha do termo “afirmação de gênero”

A fim de auxiliar e respaldar o processo de pessoas travestis e transexuais em busca de se afirmar à sociedade, este protocolo alinha-se sob a perspectiva afirmativa de gênero e por isso, e sob recomendação do movimento social organizado, utilizará o termo **afirmação de gênero**, ao invés de outros termos comumente utilizados (como transição de gênero, adequação de gênero ou “processo transexualizador”) para referir-se a todas as medidas e transformações adotadas pelas pessoas transexuais e travestis ao longo de sua trajetória na busca de bem-estar associado ao seu gênero.

Entende-se que a compreensão da identidade não deve ser pautada em práticas patologizantes e heterocisnormativas, visto que é um processo plural e que demanda um olhar integral e abrangente para a pessoa.

1.4. Elucidação sobre a escolha do gênero feminino na redação deste protocolo

Pensar a linguagem como um elemento inclusivo e de promoção da igualdade de gênero é um dos desafios de uma administração que tem como propósito o enfrentamento a todas as formas de discriminação e segregação.

Uma das formas mais sutis de transmitir essa discriminação é através da língua, pois essa nada mais é que o reflexo de valores, do pensamento, da sociedade que a cria e utiliza. Nada do que dizemos em cada momento de nossa vida é neutro: todas as palavras têm uma leitura de gênero. Assim, a língua não só reflete, mas também transmite e reforça os estereótipos e papéis considerados adequados para mulheres e homens em uma sociedade.⁴

Entendemos que a linguagem é arbitrária e que é também uma fonte de representação e de poder. É importante compreender, portanto, que as palavras utilizadas no dia a dia representam ideologias e compõem a forma como construímos o imaginário. Convencionou-se em nossa gramática utilizar generalizações no masculino ao se referir a um grupo de pessoas, desde que nele haja pelo menos um homem. Tal uso tem como consequência a invisibilidade do feminino nos discursos e, conseqüentemente, nos espaços.

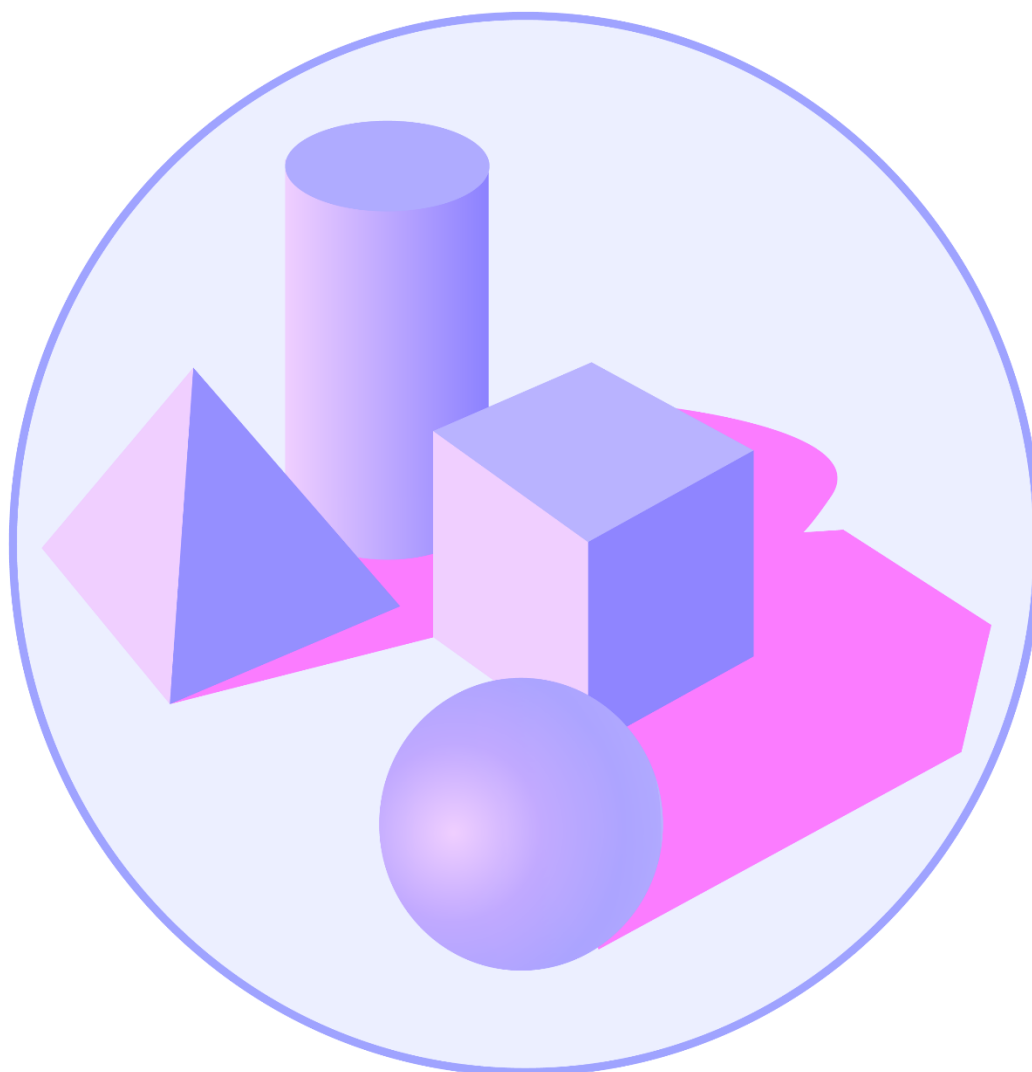
Então, para a elaboração desse documento, na impossibilidade de utilizar uma linguagem neutra (sem marcação de gênero), o feminino será adotado para generalizações. Ele terá como referencial linguístico a palavra "pessoas" (ex. pessoas usuárias) que será ocultada para que haja mais fluidez na leitura (sendo utilizado, portanto, apenas "usuárias"). É importante ressaltar que apesar de o texto estar escrito no feminino ele não exclui homens trans e outras pessoas masculinas, pois essa é apenas uma convenção adotada para padronização.

Além disso, algumas instituições têm proposto reflexões e mudanças na forma como articulam e reproduzem a linguagem. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, por exemplo, desde o VII Congresso Nacional de Psicologia realizado em 2010, estipulou que nas generalizações seja feita a flexão de gênero para o feminino. Essa medida busca visibilizar a maioria atuante na profissão e também na busca da desinvisibilização do feminino.

Dessa forma, o feminino será utilizado também para se referir a categorias profissionais (por exemplo: médica, enfermeira, psicóloga) no decorrer do texto, para dar visibilidade às profissionais atuantes dessas áreas, que são frequentemente invisibilizadas pela língua.

Para ler mais sobre o tema, consulte [Manual para o Uso não Sexista da Linguagem](#).

2. Conceitos básicos



Arte: Lune de Carvalho Freitas

2.1. O corpo e o gênero

O corpo é instrumento de existência e para o relacionamento entre as pessoas. Muito precocemente atribui-se a uma pessoa identidades relacionadas ao seu corpo, as quais, com base em estigmas e construções culturais históricas, instrumentalizam a percepção de outras pessoas em relação a ela (por exemplo: cor da pele e etnia). Algumas diferenças entre os corpos são habitualmente relacionadas às percepções sociais de gênero:

- **Genótipo (genes e cromossomos sexuais):** XX, XY e suas variações genéticas (XXY e etc.);
- **Genitália (parte dos caracteres sexuais primários):** vulva, vagina, pênis, testículos típicos e variações;
- **Órgãos reprodutores:** sistemas reprodutores testicular e ovariano-uterino
- **Caracteres de origem hormonal (ou secundários):** mamas, aumento das genitálias, pilificação corporal, aumento da secreção sebácea, distribuição de gordura corporal, desenvolvimento muscular, menstruação e ciclos ovulatórios, ejaculação e produção de espermatozoides, crescimento de cartilagem tireoide, alterações na voz etc.

Estima-se que 1,7% da população mundial tenha algum grau de variabilidade entre essas características genéticas, genitais ou de respostas hormonais típicas: são as pessoas **Intersexo**. As características do corpo, isoladamente, não determinam quem nós somos, mas sim subsidiam as comunidades quanto à forma como as pessoas são apresentadas ao mundo e como são tratadas ao nascer. As pessoas são designadas como homem ou mulher com base na sua genitália (vulva ou pênis, tipicamente), o que é acompanhado por expectativas para esse corpo em relação à expressão de gênero, à identidade de gênero e aos papéis sociais de gênero que são convencionados socialmente de forma binária. As cirurgias precoces e sem finalidade funcional realizadas nas pessoas Intersexo, com objetivo de encaixar seus corpos dentro de uma lógica binária de gênero (mulher ou homem), são consideradas hoje como mutilação e tortura, por alterarem corpos saudáveis e gerarem sequelas físicas e psíquicas permanentes.⁵ Historicamente, essas cirurgias foram desenvolvidas com o objetivo de normalizar os corpos e adequar a vivência social dessas pessoas e, infelizmente, ainda são recomendadas rotineiramente ou até desejadas por familiares de crianças Intersexo – fato que demonstra como a sociedade em que vivemos não oferece espaço para indefinições sobre a genitália e, conseqüentemente, para a indefinição sobre o gênero a ser atribuído a alguém.⁶

“O sexo e o gênero são materializados nos corpos por normas regulatórias que são constantemente reiteradas, repetidas e ratificadas e que assume o caráter de substância e de normalidade” (Judith Butler, 1990)

2.2. Gênero e identidade de gênero

Gênero é um aspecto existente em contexto comunitário, construído socialmente a partir da percepção inicial da diferença corporal, suas simbologias e significados. Ser mulher ou homem é diferente em cada sociedade e varia ao longo da história. Essas diferenças hierarquizam as relações e, portanto, resultam em estruturas de poder e desigualdade em uma lógica dual.⁷ Portanto, individualmente, a compreensão e a percepção de gênero podem variar de acordo com as vivências e contextos sociais. Cabem às profissionais de saúde acolher essas percepções e respeitá-las em ambiente seguro, que não demande por justificativas e seja livre de julgamentos.

A **identidade de gênero** de uma pessoa é autodeterminada a partir de suas próprias referências, independentemente do **gênero designado ao nascimento** – atribuído a partir de uma correlação naturalizada entre a genitália e o que se espera socialmente de uma pessoa, gerando expectativas que podem significar um peso sobre ela durante toda a sua vida, mas que não necessariamente correspondem às suas vivências. Uma pessoa **cisgênero** se reconhece com o gênero designado ao nascimento, por exemplo: um pênis foi identificado, o gênero "homem" foi designado, a pessoa foi registrada como "sexo masculino", e a pessoa é "homem". A maioria das pessoas cisgênero não passa pelo processo de questionar seu gênero designado ao nascimento. Uma pessoa transexual passa por esse processo de questionar o gênero atribuído ao nascimento e de não se reconhecer nele, por exemplo: um pênis foi identificado, o gênero "homem" foi designado, a pessoa foi registrada como "sexo masculino", e não é "homem".

A literatura científica utiliza os termos "**transgeneridade**"/"**transgênero**" (ou a abreviação "**Trans**") para fazer referência à identidade de gênero de pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascer, utilizando o termo como "conceito guarda-chuva" – dentro do qual cabem muitas diferentes identidades. No entanto, termos e conceitos relacionados à identidade de gênero estão em disputa dentro de diferentes contextos e, por questões históricas e políticas diversas, o movimento social utiliza no Brasil os termos "**transexualidade**"/"**transexual**" ao invés de "transgeneridade"/"transgênero".⁸ O termo "transexualismo" é obsoleto e não é utilizado neste documento pela carga patologizante que o sufixo "ismo" carrega – um dos motivos pelos quais a CID-11 não utiliza o termo.

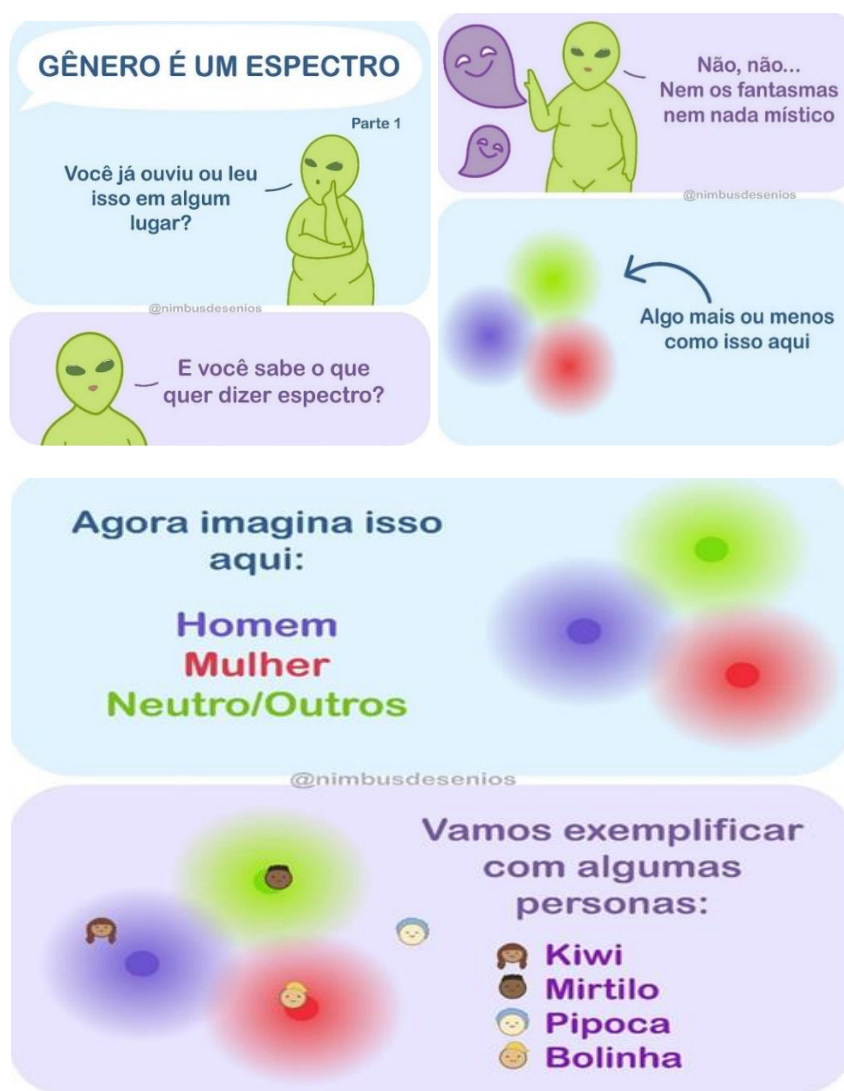
Há também pessoas que se identificam com um gênero diferente dos dois gêneros reconhecidos na nossa cultura (homem e mulher) que são **pessoas não binárias**. A não-binaridade pode ser entendida como um "termo guarda-chuva" que engloba diversas identidades de gênero diferentes, como por exemplo: pessoas **agênero**, aquelas que não se identificam com gênero algum; de **gênero fluido**, cuja identidade de gênero muda ou varia; de **gênero neutro**, que não se identificam como "homem" ou "mulher", entre outros. Pessoas que realizam **transição social de**

gênero, mudando a maneira como se apresentam socialmente em relação ao gênero, e adotam características tipicamente atribuídas a padrões masculinos (**pessoas transmasculinas**) ou a padrões femininos (**pessoas transfemininas**) não necessariamente se identificam como homens ou mulheres e, portanto, podem ser também pessoas não-binárias, agênero, de gênero-fluido etc.

Ainda não dispomos de censo ou estudos publicados sobre o número de pessoas transexuais e travestis no Brasil, mas pesquisas realizadas em diversas populações mundiais concluíram que correspondem a 0,5% a 1,3% da população geral.²


O modelo binário de gênero (que considera apenas homem ou mulher) é limitado para descrever todas as variabilidades de identidades e de expressões de gênero. Portanto os gêneros precisam ser compreendidos como espectros, em que as pessoas podem reconhecer-se mais ou menos próximas de cada um deles.⁹ A Figura 1 explica os espectros de gênero:

Figura 1 – Gênero como espectros



KIWI


Kiwi está dentro do espectro roxo, mas não no centro. Kiwi se reconhece dentro de uma identidade masculina, mas não necessariamente como homem.



@nimbusdesenios

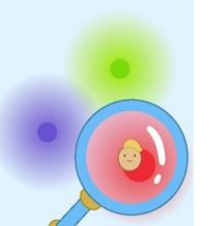
Termos com que Kiwi talvez se identifique:
Demigaroto, transmasculino não-binário, transviado, apenas homem (cis ou trans), não-binário etc.

Provável pronome que Kiwi utiliza:
Masculinos (ele)



BOLINHA


Bolinha está no espectro **vermelho**, na borda da bolinha ao centro. Bolinha é uma mulher. Bolinha estar na borda pode indicar que ela não seja muito feminina, mas ainda assim mulher.



@nimbusdesenios

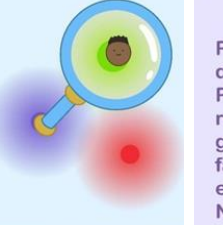
Termos com que Bolinha talvez se identifique:
Mulher (trans ou cis), garota, menina, travesti (caso designada menino ao nascer), tomboy etc.

Provável pronome que Bolinha utiliza:
Feminino (ela)



MIRTILO


Mirtilo está no espectro **verde**, dentro da bolinha ao centro. Mirtilo é alguém de gênero neutro ou de algum outro nome entre as centenas que tem por aí em diferentes culturas.



@nimbusdesenios


Termos com que Mirtilo talvez se identifique:
Gênero neutro, neutrois, Hijra (Índia), Dois-Espíritos (algumas tribos indígenas na América do Norte), "terceiro" gênero, não-binária etc.

Provável pronome que Mirtilo utiliza:
Não há, é necessário perguntar



PIPOCA


Pipoca está do lado de fora das cores. Pipoca não reconhece ter gênero algum, não faz parte de nenhum espectro. Nem feminino, nem masculino, nem neutro.



@nimbusdesenios

Termos com que Pipoca talvez se identifique:
Agênero, sem gênero, não-binária, nenhum termo

Provável pronome que Pipoca utiliza:
Não há, é necessário perguntar



Fonte: Nimbus Aragón, disponível em: [Instagram.com/nimbusdesenios](https://www.instagram.com/nimbusdesenios).

O movimento LGBTI brasileiro definiu, como estratégia política de reconhecimento de identidades definidas pela letra "T", os termos "travestis", "mulheres transexuais" e "homens trans" para referir-se a essa população em documentos oficiais,¹⁰ embora outros termos e nomenclaturas também sejam utilizados rotineiramente pelo movimento social (por exemplo: mulheres trans, pessoas transmasculinas, pessoas não binárias (NB), pessoas agênero, transvestigênera etc.).

Ao longo deste documento, todas as pessoas de gênero diferente daquele atribuído ao seu nascimento são referidas pelo termo "peçoas transexuais e travestis", com a finalidade de homogeneização do texto. Porém cada pessoa pode identificar-se com um termo diferente e cabe a profissionais da saúde oferecer espaço para que a pessoa exponha a palavra que melhor a define e/ou como prefere que se refiram a ela, assim como os pronomes. (ver Cadastro e Identificação)

O motivo de especificar o termo "**travesti**" é o fato de ele representar uma construção identitária brasileira, especialmente marginalizada pela nossa história. Ele foi disseminado em nossa cultura no final da década de 1930, associado à prostituição, exibicionismo, baixa escolaridade, furtos e comportamentos imorais, devido à marginalização social que atravessava as vivências dessas

pessoas.¹¹ Trata-se de uma construção de gênero feminino, diferente do gênero designado ao nascimento, que se reverbera na vida social, familiar, cultural e interpessoal através dessa identidade.¹² Portanto, utilizam-se pronomes femininos: "a"/"ela"/"dela", a não ser que a pessoa reivindique outro tratamento.

Embora, historicamente, o termo "travesti" tenha sido utilizado na medicina para diferenciar as pessoas que não desejavam cirurgias de redesignação genital daquelas que desejavam (essas equivocadamente chamadas de "transexuais verdadeiras", como se somente quem desejasse mudar completamente seu corpo fosse transexual), é preciso ter clareza de que o desejo de transformação corporal não indica a identidade de gênero ou a forma com a qual uma pessoa pretende ser reconhecida socialmente. Por motivo de resistência e de resignificação histórica da palavra, algumas pessoas transfemininas posicionam-se politicamente como "travesti", utilizando o termo como sinônimo de "mulher transexual", sem a intenção de que seja indicada diferença da identidade de gênero entre as pessoas que gostariam e as que não gostariam de realizar transformações em seu corpo.¹¹ O termo *transvestite* foi criado pelo médico alemão Magnus Hirschfeld, durante estudos de identidade de gênero, e corresponde, no português do Brasil, a *crossdresser*, não a "travesti" – palavra que não tem correspondência em língua estrangeira de seu significado brasileiro.

Existem representações relacionadas ao gênero que não devem ser atribuídas ao gênero de uma pessoa e, portanto, não devem ser compreendidas como transgeneridade/transsexualidade por si só. Uma pessoa *crossdresser* (ou **CD**) sente-se bem ao utilizar vestimentas e comportar-se de acordo com o esperado para um gênero diferente daquele com o qual se identifica, por motivos diversos e na maioria das vezes somente em situações específicas. Uma pessoa que atua como **transformista**, **drag queen** ou **drag king** realiza performances artísticas representando de maneira exagerada estereótipos de gênero atribuídos a mulheres (*drag queen*) ou homens (*drag king*), sem que essa performance denote seu gênero. Entretanto pessoas transexuais e travestis podem ter práticas de *cross-dressing*, performar como transformista ou como *drag*.

Profissionais de saúde precisam acolher a percepção individual da pessoa em relação ao termo utilizado para referir-se ao seu gênero. Importante reforçar que profissionais de saúde não devem, sob quaisquer circunstâncias, determinar o gênero de uma pessoa ou a nomenclatura que a define, da mesma forma como as necessidades e demandas dessa pessoa devem ser respeitadas e legitimadas.

Alguns estudos sobre gênero discutem que a performatividade o constitui, de maneira consciente ou não, através de atos, gestos e representações.⁶ A **expressão de gênero**, é a forma de cada pessoa se apresentar às demais e de ser percebida dentro dos referenciais sociais conhecidos como feminino (características socialmente atribuídas às mulheres) e masculino (características socialmente atribuídas aos homens), abrange a imagem do corpo, posturas

corporais, vestimentas, maneirismos, modos de fala e forma de estabelecer relações. Ela pode ou não estar de acordo com os estigmas de gênero e com os papéis sociais esperados por uma determinada cultura ou pode ser fluida - percepção que proporcionou o surgimento do movimento *queer*. Muitas pessoas adotam expressões de gênero que revelem sua identidade para que, assim, sejam reconhecidas socialmente dentro de um determinado espectro de gênero, mas nem todas sentem essa necessidade e algumas preferem não adotar determinada performatividade por temerem discriminações. Por isso, profissionais de saúde devem perguntar sobre a identidade de gênero da pessoa e evitar suposições baseadas em sua imagem ou seu comportamento.

2.3. Abordagem de aspectos atribuídos à sexualidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexualidade como “um aspecto central do bem-estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução”. Portanto, ela é inerente à vida de todos os seres humanos, se inicia no nascimento e se encerra na morte, é dinâmica e mutável.

A sexualidade pode ser abordada por diferentes ângulos da ciência e recebe influência sociocultural, abrangendo emoções, sentimentos, crenças e concepções de todos os processos de socialização. Influencia a maneira de indivíduos serem, se inserirem na sociedade e se posicionarem no mundo. Portanto, uma abordagem integral em saúde inclui conhecer o gênero de uma pessoa e os aspectos que ela relaciona à sua sexualidade.

Profissionais nunca devem deduzir o gênero de uma pessoa, nem os demais aspectos atribuídos à sexualidade, a partir de seus próprios valores e percepções. É importante incluir essas informações entre as demais que se buscam conhecer sobre a pessoa em uma anamnese, oferecendo um espaço seguro para isso. O nome e os pronomes (femininos, masculinos ou neutros) com os quais a pessoa prefere ser tratada também devem fazer parte das perguntas habituais durante um atendimento de saúde.

Devem ser considerados, de maneira independente ao gênero de uma pessoa, diversos aspectos que tradicionalmente são atribuídos à sexualidade:

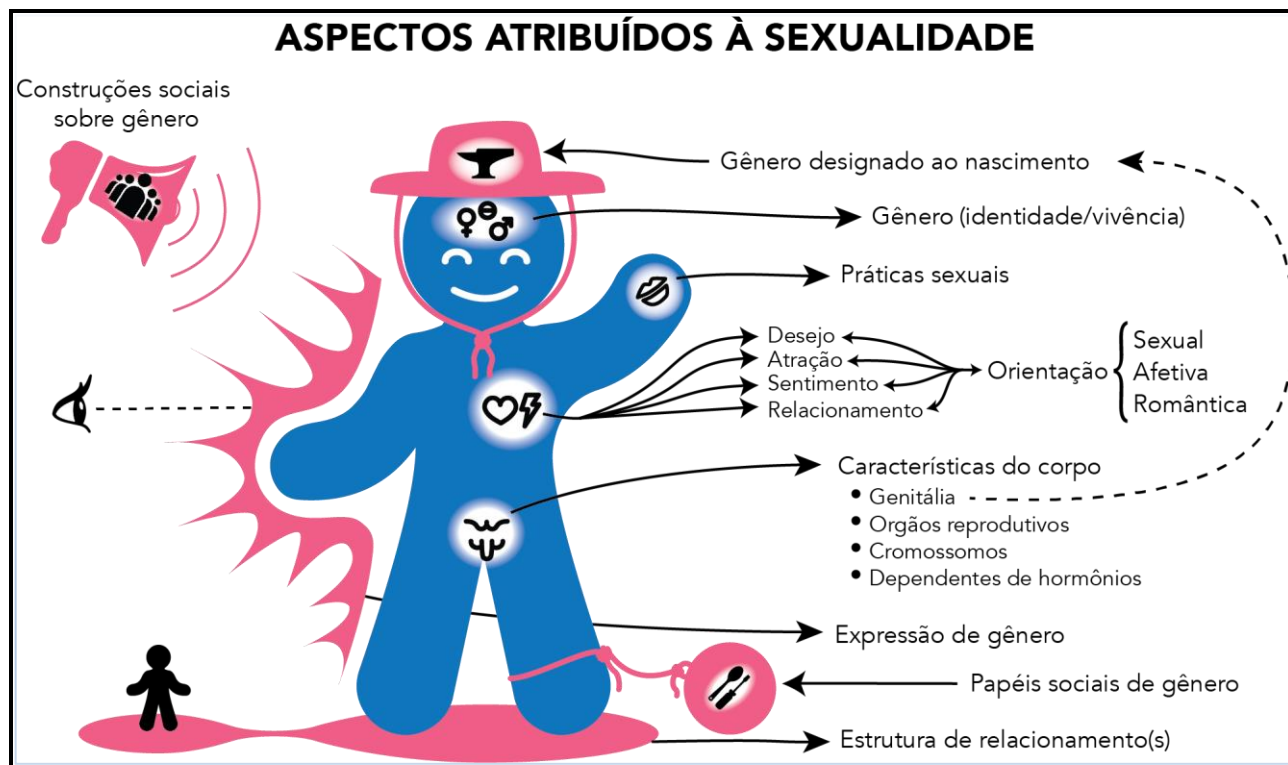
- **Expressão de gênero:** como descrita anteriormente, é a forma como a pessoa se apresenta e como é reconhecida socialmente. Exemplos de expressão de gênero: feminina, masculina, feminina masculinizada, “afeminada”, andrógina etc;
- **Orientação sexual:** é a maneira como uma pessoa se identifica em relação às suas tendências em interessar-se e/ou relacionar-se afetivamente, sexualmente ou romanticamente com pessoas de diferentes gêneros. Uma pessoa que se observa e percebe um determinado padrão no direcionamento de seus desejos, afetos, romances e relacionamentos pode identificar-se, a partir de seus próprios critérios, como: homossexual/homoafetiva/homorromântica se o direcionamento é para pessoas do mesmo gênero que o seu; heterossexual/heteroafetiva/heterorromântica se o direcionamento é para pessoas de outro gênero; bissexual/biafetiva/birromântica se o direcionamento é para pessoas de mais de um gênero (e dentro dessa concepção estariam representadas as pessoas pansexuais/panafetivas/panromânticas, que se atraem e/ou relacionam-se independentemente ao gênero da outra pessoa); assexual/arromântica se não se

atrai ou não se interessa romanticamente por gênero algum. A orientação sexual diz respeito à forma como a pessoa se reconhece e/ou se posiciona perante as demais pessoas, mas não traduz necessariamente suas experiências emocionais, sexuais ou relacionais. Não é uma opção, pois não é possível escolher a quem amar ou desejar e, por não ser doença ou um distúrbio a ser corrigido, não devem ser realizadas quaisquer intervenções com objetivo de que seja alterada.¹³

- **Práticas sexuais:** a maneira de sentir prazer sexual ou de realizar atividade sexual pode ser completamente diferente, mesmo entre pessoas com mesma característica corporal, gênero e orientação sexual. Uma pessoa também pode não realizar qualquer prática sexual. Exemplos de práticas sexuais: penetração anal por pênis, penetração vaginal por dedos, penetração anal com objetos, tribadismo, masturbação, oral vulvar, oral peniana, variações do sadomasoquismo, gouinage.
- **Estrutura de relacionamento(s):** além de manter relacionamentos com acordos de exclusividade (monogâmicos), as pessoas também podem relacionar-se sexualmente/afetivamente/romanticamente com outras tanto a partir de outros acordos (não monogâmicos em modelos diversos: poliamor, amor livre, anarquia relacional, relacionamento aberto etc.), quanto podem viver dentro de estruturas sociais que imprimem outros formatos nos relacionamentos (como a poligamia ou a poliandria) ou que requeiram ausência de relacionamentos (por exemplo, o celibato).
- **Papéis sociais de gênero:** nas famílias, na comunidade e na sociedade como um todo, esperam-se comportamentos, cobram-se funções, possibilitam-se ocupação de espaços e oferecem-se poderes diferentes para homens e mulheres.¹⁴ Pode-se entender também essa segmentação de expectativas e estigmas dentro de espectros, para além dos extremos dos modelos binários (homem-mulher, feminino-masculino, homossexual-heterossexual etc.), considerando construções sociais diversas, complexas e com muitas nuances.
- **Características do corpo:** podem ser utilizadas para que o gênero com o qual a pessoa vai ser inicialmente socializada seja estabelecido, mas não define nenhuma característica própria da pessoa (como a identidade de gênero, a expressão de gênero e a orientação sexual). Além disso, em pessoas Intersexo, a genitália, os órgãos reprodutivos, os “cromossomos sexuais” e as transformações puberais não seguem necessariamente uma linearidade e podem apresentar variações (ex. nem todas as pessoas com cromossomos XX têm vulva e vagina típicas, útero e ovários, assim como podem ter todas essas características, mas não responder aos hormônios endógenos de forma típica durante a puberdade).

A Figura 2 reúne a representação de todos os aspectos detalhados até o momento:

Figura 2 – Representação gráfica de aspectos atribuídos à sexualidade.



Fonte: Ana Paula Andreotti Amorim
Arte: Paulo Eduardo A. Amorim.

Durante o atendimento a uma pessoa é importante oferecer abordagem a cada um desses pontos, que são independentes entre si, perguntando e/ ou oferecendo espaço para que possíveis dúvidas ou adoecimentos relacionados a essas questões possam ser cuidadas.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no ‘Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade’.

3. Direitos



Arte: Paulo Eduardo A. Amorim

3.1. Nome social

Nome social é o nome com o qual uma pessoa quer ser tratada, independentemente ao motivo (que pode estar relacionado à sua identidade de gênero ou não) e aos registros civis.

É um direito das pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)^{15,16} e, portanto, é dever de todas as equipes de profissionais e de todos os setores de uma unidade de saúde tratar a pessoa com o nome e com os pronomes (masculinos, femininos ou neutros) que ela escolher. Esse nome deve constar em todos os registros do serviço de saúde, como cartão do SUS, documentos, receitas e quaisquer formulários utilizados, com garantia de que a pessoa não seja constrangida ao ter seu nome social confrontado com o nome de registro civil. O nome civil não deve ser tornado público.

O respeito ao nome social gerou redução de 29% nas ideações suicidas e de 56% de comportamentos suicidas entre jovens dos EUA,¹⁷ o que demonstra sua potência como ferramenta de cuidado de pessoas transexuais, travestis e de gênero diverso dentro de serviços de saúde.

A prefeitura do município de São Paulo tem decretos específicos que garantem o direito ao nome social¹⁸ (ver [Direitos de pessoas transexuais e travestis](#)) e cartazes sobre o direito ao uso do nome social devem ser fixados em todas as unidades de saúde. (ver [Ambiência](#))

3.2. Retificação de registro civil

Pessoas transexuais e travestis podem alterar prenome e gênero nos documentos de nascimento e de casamento caso desejarem¹⁹ (ver Direito a retificação de nome e gênero). Alguns materiais formulados pelo Movimento Social Organizado trazem detalhamento sobre como proceder:

- [Projeto Eu existo – Alteração do registro civil de pessoas transexuais e travestis](#) (ANTRA e Prios)
- [Guia para retificação do registro civil de pessoas não-cisgêneras](#) (ANTRA, Casa 1 e Baptista Luz)

Depois de realizada a retificação de nome em cartório, a pessoa deve atualizar seus documentos junto aos órgãos responsáveis pela emissão. A carteira de identidade emitida em qualquer estado tem validade nacional.²⁰

Cabe ressaltar que as unidades de saúde não podem exigir que essas alterações sejam realizadas para que uma pessoa seja tratada com o nome e gênero que desejam - o nome social deve ser oferecido e utilizado.

3.3. Direitos de pessoas transexuais e travestis

Pessoas transexuais e travestis têm direito de serem tratadas pelo seu Nome social e não o respeitar é uma violência política que lhe nega o direito à identidade. O SUS garante o uso do nome social através da [Portaria nº 1.820/2009](#), no quarto capítulo da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, com direito ao respeito ao nome social e à identidade de gênero:

“Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;”

O Município de São Paulo, em 16 de maio de 2018, publicou o [Decreto nº 58.228/2018](#) que permite o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans em todos os órgãos da Administração Pública Municipal Direta e nas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista municipais. Cabe às UBS o dever de fixar em local visível cartaz que comunica o direito ao nome social.

Alguns Conselhos Profissionais (como os de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social) também garantem o nome social no documento profissional.

O Conselho Nacional de Justiça em 2018 por meio do [Provimento nº 73/2018](#), permite **retificação de nome e gênero** (alteração nos documentos de registro civil) de pessoas transexuais e travestis diretamente nos cartórios. Essa decisão inédita no país desburocratizou a retificação de nome e sexo de registro e facilitou seu acesso para as pessoas transexuais e travestis que desejam essas alterações, pois até então era necessário iniciar processo judicial e muitas vezes somente pessoas que tinham sido submetidas à cirurgia de redesignação genital conquistavam alterações em seu registro.²¹

No Estado de São Paulo, ainda, o [Provimento nº 16/2018](#), da Corregedoria Geral da Justiça, dispõe sobre o procedimento de averbação da alteração de prenome e sexo diretamente no Registro Civil das Pessoas Naturais.

São Paulo foi primeiro estado a criar legislação que prevê punição contra a LGBTfobia, a [Lei nº 10.948/2001](#). Em 2019, o Supremo Tribunal Federal - STF, no julgamento da [Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº. 26](#) e no [Mandado de Injunção nº. 4.733](#), constituiu a criminalização de todas as formas de discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero (LGBTfobia, pois menciona também pessoas Intersexo) como espécie de racismo social, qualquer que seja a forma de sua manifestação, e a enquadrando nos diversos tipos penais definidos na [Lei nº 7.716/1989](#) (Lei do Racismo), até que sobrevenha legislação autônoma, editada pelo Congresso Nacional.

Essa foi a primeira vez que o Brasil garante a nível Federal proteção penal da população LGBTI contra atos de preconceito e discriminação, ou seja, toda ação ou palavra contra a dignidade de uma pessoa LGBT agora ganha peso de crime, isso garante tanto o respeito ao nome social, como o direito ao uso do banheiro de acordo com o gênero com o qual a pessoa Trans se identifica, pois o impedimento ao uso do banheiro é outra violação contra população Trans (tanto o STF, como o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo já garantiram indenizações para pessoas Trans que foram impedidas ou repreendidas por utilizar um banheiro de acesso público de acordo com o gênero com o qual se identificam).

O acesso à saúde também é algo que cada vez mais tem sido garantido às pessoas transexuais e travestis. A [Portaria GM/MS nº 1.707/2008](#), da [Portaria SAS/MS nº 457/2008](#), instituiu o “**Processo Transexualizador no SUS**”, que foi redefinido e ampliado pela [Portaria GM/MS nº. 2.803/2013](#)²² e garante direito de acesso à hormonização e às intervenções cirúrgicas, caso seja o desejo da pessoa. É importante frisar que não é só quem deseja fazer cirurgias que tem direito de acessar os cuidados relatados no “Processo Transexualizador no SUS”.

Para a pessoa ter acesso aos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo “Processo Transexualizador no SUS” é exigido que tenha sido acompanhada por equipe multiprofissional por, no mínimo, dois anos, embora a atual [resolução CFM nº 2.265/2019](#), que “dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010”,²³ considere a possibilidade de que esse acompanhamento seja de apenas um ano (ver [Transformações corporais cirúrgicas](#)). Profissionais da equipe de atendimento devem fornecer um relatório para encaminhamento para procedimentos cirúrgicos e é importante que a profissional que estiver acompanhando a pessoa não se negue a produzir tais documentos quando solicitados. Por muito tempo, a transexualidade foi classificada como um transtorno mental e, muitas vezes, a autonomia da pessoa transexual ou travesti era questionada apenas por ela ser transexual ou

travesti. Com o “movimento pela despatologização das identidades trans”, felizmente, a OMS retirou a transexualidade do escopo dos transtornos mentais, e realocou a “Incongruência de Gênero” (nomenclatura utilizada na CID-11) no novo capítulo de Condições relacionadas à saúde sexual da CID-11.²⁴

É importante que profissionais da psicologia e de outras áreas da equipe multidisciplinar compreendam a pessoa trans como alguém que deve ter autonomia de decidir sobre as intervenções que deseja no seu corpo, salvo alguns poucos casos específicos em que condições físicas e/ou mentais contraindiquem os procedimentos e/ou prejudiquem a compreensão dessa autonomia.

No ano de 2013 o Ministério da Saúde lançou uma cartilha com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011, por entender a importância da participação civil na construção de políticas públicas para essa população.²⁵ Compreendendo que a universalidade é um princípio da política nacional do SUS, essa cartilha foi lançada com a intenção de diminuir a discriminação que a população LGBTI enfrenta dentro do sistema de saúde pública e, portanto, garantindo o direito e a dignidade dessa população a acessar qualquer tratamento de saúde; incluindo o acompanhamento à hormonização com o acesso ao hormônio pelo próprio SUS, assim como a todas as outras demandas em saúde para a garantia de um cuidado integral.

Em caso de desrespeito aos direitos nas unidades do SUS, é possível acionar a Ouvidoria do SUS em São Paulo por contato telefônico ou virtual. Ela acompanha as denúncias de LGBTIfobia comunicadas, portanto é possível informar especificamente a violência transfóbica sofrida nos serviços. (ver Ouvidoria)

Para situações em que seja necessário acessar o sistema judicial, a população LGBTI pode acessar gratuitamente (sem critério de renda financeira) os serviços do Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR) da Defensoria Pública Estadual de São Paulo nas unidades administrativas e funcionais.

4. Áreas técnicas



Arte: Paulo Eduardo A. Amorim

4.1. Ouvidoria

A Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo possui um canal de denúncia para tratar sobre violências institucionais, sobretudo as relacionadas a identidade de gênero e orientação sexual.

Nos casos de homofobia, lesbofobia, transfobia, bifobia e intersexofobia a população encontra um canal de acolhimento através de contato telefônico (Disque 156) e ou de formulário preenchido [virtualmente pelo site da Secretaria Municipal de Saúde](#). No Disque 156, ao escolher a “opção número 2” uma profissional técnica da ouvidoria registra a denúncia e fornece o número do protocolo. A demanda então é constituída como um documento que é encaminhado para a Supervisão Técnica de Saúde ou para a Autarquia Hospitalar Municipal, a fim de que as gestoras locais realizem as tratativas.

Se necessário, a ouvidoria tem acesso aos setores jurídico e de recursos humanos da região para o olhar técnico da denúncia formalizada. Depois de apurada, é verificada a procedência da denúncia e no mesmo documento é informado qual foi ação foi tomada em relação ao caso denunciado. Se desejar, a pessoa denunciante pode solicitar para as ouvidorias regionais ou para a ouvidoria central uma cópia da demanda de ouvidoria com todas as ações tomadas após a denúncia.

Com isso, espera-se poder mapear as regiões, locais e funcionárias que praticam tais abusos para tomar ações a fim de que seja estruturada uma rede mais humana e igualitária.

4.2. Sistemas de informação

A “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (PNSILGBT) destaca que os Sistemas de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SIS SUS) tem o objetivo específico de melhorar a qualidade da informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, incluindo os quesitos orientação sexual, identidade de gênero e identidade étnico-racial nos prontuários clínicos.²⁶

Os sistemas de informação disponíveis que são específicos para gerar dados sobre a população LGBTI e seus cuidados são os seguintes:

- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): recém-nascidos Intersexo devem ser especificados na [Declaração de Nascido Vivo: Campo 34 - Manual de Anomalias Congênitas](#). (ver [Consulta médica](#))
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Ao registro de *Violência interpessoal / autoprovocada (CID10 Y09)* pode-se coletar o dado de identidade de gênero (Campo 37) e Orientação Sexual (Campo 36). (ver [Violência](#))
- E-SUS Atenção Básica (e-SUS AB): a [Ficha de Cadastro Individual](#) possui campo específico para registrar a autodeclaração de identidade de gênero e orientação sexual como informação sociodemográfica, assim como para registrar o nome social no como informação de identificação. (ver [Recepção](#))
- Gestão de Sistemas de Saúde (GSS): realiza o controle de estoques de medicamentos exclusivos para a hormonização, nos estabelecimentos definidos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). (ver [Assistência farmacêutica](#))
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA): base nacional dos dados sobre atendimentos ambulatoriais realizados pelos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) prestadores de serviço da rede do SUS no município de São Paulo. Os procedimentos que se relacionam com o cuidado específico de pessoas transexuais e travestis estão descritos no ‘[Quadro 1](#) – Código e descrição dos procedimentos ambulatoriais, relacionados ao atendimento das especificidades de pessoas transexuais e travestis, constantes no Sistema de Informação Ambulatorial SUS’.
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH): base nacional dos dados sobre as internações hospitalares realizadas pelos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) prestadores de serviço da rede do SUS no município de São Paulo. Os procedimentos relacionados ao cuidado hospitalar de pessoas transexuais e travestis estão descritos no ‘[Quadro 2](#) –

Procedimentos relacionados ao atendimento hospitalar específico de pessoas transexuais e travestis’.

Quadro 1 – Código e descrição dos procedimentos ambulatoriais, relacionados ao atendimento das especificidades de pessoas transexuais e travestis, constantes no Sistema de Informação Ambulatorial SUS

Código	Descrição
301130027	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (POR ATENDIMENTO)(excl 12_13)
301130035	ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADO EXCLUSIVAMENTE PARA ATENDIMENTO CLINICO
301130043	ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EXCLUSIVO NAS ETAPAS DO PRÉ E PÓS-OPERATORIO
303030097	TERAPIA HORMONAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS).

Quadro 2 – Procedimentos relacionados ao atendimento hospitalar específico de pessoas transexuais e travestis

Código	Nome
301130027	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (POR ATENDIMENTO)(excl 12_13)
301130035	ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADO EXCLUSIVAMENTE PARA ATENDIMENTO CLINICO
301130043	ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EXCLUSIVO NAS ETAPAS DO PRÉ E PÓS-OPERATORIO
303030089	TRATAMENTO HORMONAL PREPARATÓRIO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO PROCESSO TRANSEXU
303030097	TERAPIA HORMONAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
409060291	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA BILATERAL E COLPECTOMIA SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
410010197	MASTECTOMIA SIMPLES BILATERAL SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR
301060070	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
301060088	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA
303170093	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)
303170140	TRATAMENTO CLINICO PARA CONTENCAO DE COMPORTAMENTO DESORGANIZADO E/OU DISRUPTIVO
404010563	TIREOPLASTIA
409020133	URETROPLASTIA AUTOGENA
409020176	URETROTOMIA INTERNA
409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL
409050075	PLASTICA TOTAL DO PENIS
409050083	POSTECTOMIA
409050130	CIRURGIAS COMPLEMENTARES DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL
409050148	REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO MASCULINO
409070114	CONSTRUÇÃO DE VAGINA
409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS
410010065	MASTECTOMIA SIMPLES
410010073	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA
410010081	PLASTICA MAMARIA MASCULINA
410010138	RETIRADA DE PROTESE MAMARIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PROTESE MAMARIA IMPLANTA
410010154	RETIRADA DE PROTESE MAMARIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA PROTESE,
410010200	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL N
413040020	CORREÇÃO DE RETRAÇÃO CICATRICAL VARIOS ESTAGIOS
415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

4.3. Saúde bucal

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Município de São Paulo realizam atendimento desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a Atenção Terciária: em UBS, Equipes de Consultório na Rua (CnaR), serviços de urgência, Serviços de Assistência Especializada (SAE) em IST/AIDS, hospitais ou Centros de Especialidades Odontológica (CEO). As [Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal](#) são seguidas por todos esses serviços, que devem reconhecer o direito das pessoas a um atendimento integral, com acolhimento de suas necessidades, com a maior resolutividade possível dentro do nível de atenção em que se situa a equipe e com encaminhamento devido quando for necessário, estabelecendo-se vínculo entre a pessoa atendida e o serviço/profissionais da saúde bucal.²⁷

Faz parte da humanização do SUS, o acolher a pessoa que procura a Unidade, ouvir a queixa, atender, orientar, encaminhar e informar sobre seus direitos - um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde.

Na literatura, são poucos os estudos específicos sobre a saúde bucal de pessoas transexuais e travestis. O uso de forma indiscriminada de hormônios e bloqueadores hormonais, em alguns casos, aumenta o risco de xerostomia e osteopenia, o que pode causar perda de elementos dentais devido à falta de inserção óssea.

O silicone líquido industrial é usado de maneira clandestina, pois é uma prática proibida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (ver [Silicone líquido industrial](#)). Quando injetado na face, tem grande chance de evoluir para complicações como abscessos orais, sendo necessária a identificação e monitoramento.²⁸

Os principais problemas bucais estão relacionados com a má higiene bucal, sendo necessário o atendimento básico como para todas as pessoas usuárias do SUS. A violência e suas consequências também podem afetar a saúde bucal, assim traumas faciais gerados por situações de violência necessitam potencialmente de atuação da especialidade de cirurgia bucomaxilofacial.

Feridas que não desaparecem em no máximo quinze dias, devem ser avaliadas pela cirurgia dentista da APS e, se necessário, encaminhadas para a área de estomatologia nos Centros de Especialidade Odontológica (CEO). Pessoas que fazem uso excessivo de álcool, tabaco, associação do tabaco com álcool ou outras drogas, cuja alimentação é pobre em vitaminas e proteínas, e também aquelas que têm prática do sexo oral fazem parte de grupo de risco para o surgimento de lesões cancerizáveis. Portanto, cabe orientação através da Educação Permanente a esse grupo de pacientes para a realização de autoexame bucal.

4.4. Saúde sexual e reprodutiva

4.4.1. Fertilidade e reprodução

Pessoas que atingiram os estágios de Tanner 3 ou 4, assim como aquelas que completaram sua puberdade, são capazes de produzir oócitos e espermatozoides maduros. A supressão puberal com análogos de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), quando iniciada no estágio 2 de Tanner, impede a formação de tecido reprodutivo funcionante, mas a suspensão do tratamento permite a produção hormonal endógena e, portanto, a maturação do sistema reprodutor (entre 6 meses a 3 anos percebe-se produção de espermatozoides, porém não há estudos sobre tempo necessário para maturação de oócitos).²⁹ Apesar do aumento da fertilidade, a suspensão de análogos GnRH não costuma ser tolerada por pessoas transexuais e travestis por gerar transformações corporais indesejadas. Métodos reprodutivos que utilizem tecido ovariano e testicular imaturo ainda estão sendo pesquisados.³⁰

Algumas técnicas cirúrgicas disponíveis para transformação corporal (como remoção de gônadas ou útero e algumas cirurgias de redesignação genital) logicamente afetam a fertilidade. Mas mesmo pessoas transexuais e travestis que mantêm seus órgãos reprodutores e utilizam hormônios para transformação corporal tendem a ter grande queda do potencial reprodutivo, cuja recuperação é imprevisível após a cessação da hormonização.²⁹ O uso prolongado de estrógeno, assim como o uso de antiandrogênio, reduz a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen, enquanto o uso prolongado de testosterona tende a causar atrofia endometrial e anovulação.³¹

Portanto, ao oferecer transformações corporais, deve-se dialogar sobre desejo reprodutivo e possibilidade de criopreservação de gametas (não oferecida pelo SUS). (ver '[Anexo 2](#). TCLE para uso de testosterona' e '[Anexo 3](#). TCLE para uso de estrógeno e antiandrógeno')

4.4.2. Anticoncepção

Apesar de o uso de testosterona reduzir fertilidade, e causar atrofia endometrial e vaginal em homens trans, e o uso do estrógeno e antiandrógenos reduzirem a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen de mulheres transexuais e travestis, a hormonização em pessoas transexuais e travestis não pode ser considerada como contracepção efetiva.³¹

Caso a pessoa tenha práticas sexuais que possam resultar em gravidez indesejada, pode-se oferecer:

- Camisinha vaginal / Camisinha interna;
- Camisinha peniana / 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);
- Esterilização definitiva (vasectomia e laqueadura tubárea).

4.4.3. Prevenção a IST

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) podem ser causadas por bactérias, vírus ou outros microorganismos. As IST são transmitidas por relação sexual desprotegida com uma pessoa infectada. Ao verificar verrugas, lesões (machucados ou feridas), corrimentos ou sentir coceiras na região genital, bem como ter dor ao urinar, a pessoa deve ser orientada a procurar a sua UBS de referência.

As IST podem surgir tanto nos órgãos genitais quanto em outras partes do corpo (olhos, palmas das mãos, gargantas, língua etc.) e qualquer pessoa pode adquiri-las, inclusive pode ser transmitida entre uma pessoa gestante para a criança durante a gestação, o parto ou até a amamentação (a exemplo do HIV). O tratamento das IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções.

A recomendação de uso de métodos de barreira precisa considerar a realidade das práticas sexuais de cada pessoa. Faz parte do cuidado em saúde sexual oferecer espaço seguro e sigiloso para que a pessoa possa conversar e buscar respostas às suas perguntas.

Camisinhas podem ser utilizadas para qualquer tipo de penetração, por pênis, mão, dedos ou objetos, mas devem ser descartadas e trocadas por outra se a penetração for alternada entre as pessoas ou entre ânus, vagina e boca, para evitar a troca de fluídos corporais. Luvas e dedeiras também podem servir para a penetração por mãos, que devem ser mantidas limpas e com as unhas bem aparadas para evitar lesões da mucosa penetrada ou rupturas da barreira utilizada.

Práticas sexuais entre vulvas (como o tribadismo) também têm o potencial de transmitir IST. Métodos de barreira específicos para a prática de tribadismo ou para sexo oral em vulva são placas ou calcinhas com fundo de silicone ou látex resistentes, mas dificilmente são encontrados para comercialização, não estão disponíveis nos serviços de saúde e são pouco tolerados, devido a desinformação de profissionais de saúde e usuárias e devido a concepções culturais heteronormativas sobre as práticas sexuais. Filmes plásticos de uso culinário não devem ser

utilizados por serem porosos e se romperem com facilidade. Uma alternativa viável é confeccionar uma placa de material seguro a partir de uma camisinha (interna ou externa), no momento do ato sexual, seguindo os seguintes passos: abrir o pacote da camisinha e desenrolá-la completamente, retirar o anel da extremidade (rompendo a fina camada de látex junto a ele com um dedo ou cortando com tesoura), cortar ou rasgar a camisinha desde sua base e ao longo de todo seu comprimento, segurar a placa formada com ambas as mãos e mantê-la esticada para evitar o contato direto com a vulva.³²

O sangue menstrual teoricamente aumenta a possibilidade de transmissão de HIV e Hepatite C, portanto conter o extravasamento de sangue também pode ser uma estratégia de prevenção, como o uso de coletores menstruais ou absorventes internos, quando não for realizada penetração vaginal.³³

É relevante incentivar o autoconhecimento corporal e a observação das genitálias em busca de lesões e sintomas suspeitos de IST, com a intenção de evitar contato sexual e procurar atendimento em serviço de saúde caso sejam encontrados. A oferta de testes sorológicos (laboratoriais ou testes rápidos) deve estar disponível. A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) são estratégias importantes de prevenção apenas da transmissão sexual do HIV, portanto é necessário utilizar outros métodos para evitar o contato com outras IST. (ver HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis)

4.4.4. Rastreamentos

- **Câncer de colo do útero**

A colpocitologia oncótica deve ser oferecida a todas as pessoas entre 25 e 65 anos que possuem colo do útero e que já tiveram algum tipo de penetração vaginal ao longo da vida - o que ofereceria risco de exposição ao vírus HPV. A periodicidade deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde (intervalo de um ano entre a primeira e a segunda coleta e, caso não sejam identificados riscos, intervalo de 3 anos até os 65 anos de idade). Homens trans e demais pessoas transmasculinas tem a mesma chance de desenvolver câncer de colo uterino que mulheres cisgênero, mas o rastreamento tende a ser realizado de maneira mais inadequada nessa população. Além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maiores desconforto.³⁴ A realização do exame não pode ser considerada uma condição para que a pessoa seja acompanhada por qualquer motivo, embora seja relevante considerar a oportunidade do contato de homens trans e pessoas transmasculinas com o serviço de saúde para a oferta do rastreamento.

- **Câncer de mama:** a mamografia pode apresentar benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero para pessoas transmasculinas que não tiveram suas glândulas mamárias removidas e para pessoas transfemininas em uso de hormônios há pelo menos 20 anos. A oferta deve incluir informações de benefícios e riscos, como 0,1% de detecção precoce efetiva contra 10% de resultados falso-positivos e 0,5% de tratamentos desnecessários em 10 anos de rastreamento para população com baixo risco para câncer mamário.³⁵ O desconforto disfórico relacionado ao exame para pessoas transmasculinas também precisa ser abordado e considerado, assim como a realização do exame pode ser significativa para afirmação de gênero de mulheres transexuais e travestis.³⁶

O diagnóstico de outras doenças não deve ser realizado por meio de rastreamentos, e sim por investigações diagnósticas a partir de suspeitas clínicas ou após avaliação de riscos específicos.

4.4.5. Considerações sobre o exame ginecológico

Caso a pessoa tenha atrofia vaginal ou grande desconforto ao exame, pode ser utilizado espéculo vaginal de tamanho extra pequeno, ser aplicada lidocaína tópica antes do exame ou mesmo utilizar estrógeno vaginal uma a duas semanas antes de um procedimento agendado.³⁶ Benzodiazepínicos administrados 20 a 60 minutos antes do exame ginecológico podem ser úteis em situações de extrema ansiedade.³⁷

Oferecer que a pessoa introduza o espéculo em si mesma em posição confortável e com liberdade de movimentos (preferencialmente sem utilizar “perneiras”), com disponibilidade de um espelho para acompanhar o procedimento, também são técnicas que incentivam a autonomia e podem minimizar o desconforto do exame.^{38,39}

Atuar pelo conforto da pessoa também inclui criar ambiente e sala de espera acolhedores (preferencialmente que não gere constrangimento por ser voltado somente para mulheres ou por ser LGBTIfóbico), explicar o procedimento antes de realizá-lo, elucidar dúvidas, garantir o direito de ter uma pessoa acompanhante e compreender quais termos são melhores aceitos pela pessoa para tratar de partes do seu corpo (por exemplo, algumas pessoas transmasculinas sentem-se mal em falar “vagina” e preferem referir-se à “frente” ou utilizar outro termo).

Caso a pessoa recuse o exame especular e o exame ginecológico seja indicado, a inspeção vulvar e o toque bimanual podem ser oferecidos e também podem servir como estratégia de adaptação e de estabelecimento de vínculo de confiança com a profissional de saúde, pois uma experiência positiva pode levar a reconsiderações futuras sobre a realização desse e de outros exames.³⁷

4.5. Saúde mental

Em 2019, a OMS excluiu a transexualidade do capítulo de “saúde mental” da CID, sob recomendações de populações e de profissionais de saúde de todo o mundo, pois boas evidências científicas indicam que a transexualidade/transgeneridade/travestilidade não é um transtorno mental e nem é decorrente de adoecimentos mentais.⁴⁰ O termo “**Incongruência de Gênero**”, presente no capítulo de “condições relacionadas à saúde sexual” na nova versão do documento (CID-11), embora possa não ser o termo ideal e é passível de críticas, foi cunhado com a intenção de nomear situações em que o gênero com que uma pessoa se reconhece não é o mesmo que aquele atribuído a ela ao nascimento sem, no entanto, trazer a percepção de patologia – haja vista que a identidade de gênero é uma das expressões da sexualidade humana. O termo “transexualismo”, descrito no Capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10, carregava o estigma de patologização das “identidades trans” e não deve mais ser utilizado.

Independentemente à existência de adoecimentos mentais específicos, pessoas transexuais e travestis estão mais sujeitas a sofrimentos gerados pela exclusão social e pela vulnerabilidade individual que resulta desse processo.^{2,40} O **Estresse de Minoria** é vivenciado por pessoas LGBTI que, de alguma forma, internalizaram a negatividade de sua identidade de gênero ou de sua orientação sexual, que sentem necessidade de ocultar sua sexualidade ou que sofreram experiências negativas causadas por estigma LGBTIfóbico. Esse sofrimento de exclusão pode causar transtornos ansiosos; transtornos de humor, como depressão; automutilação; negligência; compulsividade; transtornos de personalidade borderline e/ou histriônico; transtornos alimentares; transtornos e sintomas psicóticos e transtornos do espectro do autismo. O uso de tabaco, de álcool e de outras substâncias psicoativas é maior entre pessoas transexuais e travestis do que entre a população cisgênero.⁴¹ Uma abordagem em saúde mental de pessoas transexuais e travestis não pode desconsiderar seus sofrimentos sociais específicos.

Histórias de abandono familiar são comuns, assim como dificuldades para concluir o ensino formal em ambientes que não são inclusivos e para inserção no mercado de trabalho. Essas pessoas lidam constantemente com uma realidade de exclusão e violência que ameaça sua existência diretamente.² Organizações Não Governamentais (ONG) que mantêm observatórios de assassinato de pessoas transexuais e travestis divulgados na mídia apontam que o Brasil, uma nação que registra crescimento vertiginoso de assassinatos de pessoas LGBTI, é atualmente o país que mais registra assassinatos em números absolutos dessa população específica.^{42,43}

Imersas nessa realidade, pessoas transexuais e travestis podem vivenciar também **Disforia de Gênero**, um sofrimento causado pela sensação de inconformidade que é vivida por uma pessoa que não se reconhece e/ou não é reconhecida como pertencente ao gênero com o qual se identifica.

Apesar do DSM-5 ter utilizado o termo “disforia de gênero” em substituição a “transtorno de identidade de gênero”, que constava na versão anterior (DSM-IV-TR) e representava patologização da identidade de gênero, é importante ressaltar que disforia de gênero não é sinônimo de transgeneridade, transexualidade ou travestilidade e nem todas as “pessoas trans” apresentam esse sofrimento. A Disforia de Gênero tem raízes na **cisnormatividade** (concepção de que todas as pessoas são “naturalmente” cisgênero, que desconsidera e violenta pessoas transexuais e travestis) e, muitas vezes, as características corporais reconhecidas como **marcadores de gênero** (mamas, barba, “gogó”, traços faciais, voz etc.) são apontadas como agravadoras do sofrimento. Para cuidar de pessoas com sentimentos disfóricos é importante não os confundir com sintomas psicóticos ou com dismorfias corporais que não sejam relacionadas à identidade de gênero.

A avaliação de disforia de gênero deve pautar-se em coletar a história do indivíduo e verificar o desenvolvimento de possíveis sentimentos de disforia. Nas pessoas em que esse sofrimento se faz presente, cabe entender a idade em que o desconforto com o gênero atribuído ao nascer começou, se houve intensificação desse desconforto com o passar do tempo e se ele passou a ser percebido pelas pessoas no entorno, assim como o impacto do estigma relacionado à não conformidade com o gênero atribuído ao nascer e às crenças individuais e familiares (religiosa, cultural e funcional).

4.6. Álcool e outras drogas

A Redução de Danos (RD) é uma ética de cuidado que visa minimizar os danos, tanto sociais quanto à saúde, relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Existem diversas definições conceituais sobre a RD. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "a Redução de Danos é um conjunto de políticas, programas, serviços e ações que visam reduzir os danos a indivíduos, comunidades e à sociedade relacionados às drogas, incluindo a infecção pelo HIV". Para a OMS, a redução de danos "é fundamental na prevenção da infecção pelo HIV entre as pessoas que injetam drogas e suas parcerias sexuais".⁴⁴

Ainda que marcada pelas ações no campo da saúde, a RD, no entanto, nunca se limitou apenas a essa esfera. Suas práticas são repensadas e construídas a todo tempo. Isso acontece, porque as práticas de RD buscam, ao invés de olhar para a substância apenas, olhar para o sujeito, sua relação com a droga e com o mundo, e para isso, é preciso ampliar suas ações para a esfera da cidadania e dos Direitos Humanos.

Nesse sentido, o próprio sujeito é visto como protagonista do seu cuidado com a saúde, da busca pela garantia de seus direitos e da conquista de novos. Portanto, a escolha por um tratamento ou uma estratégia de cuidado, assim como os objetivos delimitados pela pessoa usuária em conjunto com uma profissional da rede, possa ou não visar a abstinência. Mesmo que a abstinência seja uma meta a ser atingida, diversas estratégias de RD podem também ser usadas para que se atinja tal meta. Muitas vezes, as demandas urgentes da pessoa usuária estão em outros campos, como moradia ou trabalho, e essas podem ser questões determinantes para a organização do seu uso.

Pessoas transexuais e travestis que trabalham com sexo, por exemplo, por vezes têm seu uso atrelado à necessidade de trabalhar no período da noite, e por uma longa jornada de horas. Além disso, situações de violência, cárcere privado e uso de substâncias muitas vezes não estão totalmente sob o controle dessas pessoas, colocando-as em risco aumentado para o HIV e para o uso abusivo de substâncias psicoativas, muitas vezes omitidas quando em contato com um serviço de saúde ou assistência social, por medo e desconhecimento de seus direitos enquanto usuárias. Ao mesmo tempo, ao tentar acessar serviços de saúde e/ou de assistência social, ela se depara com inúmeras violências que se sobrepõem como: preconceito e discriminação em espaços públicos, desrespeito ao seu nome social, criminalização por ser usuária de drogas, criminalização por ser trabalhadora do sexo, entre muitas outras.

O uso de determinadas drogas no Brasil não é um crime passível de prisão. No país, o artigo 28 da [Lei nº. 11.343/2006](#), também conhecido como Lei de Drogas, prevê penas restritivas de direitos para quem faz uso, com sanções administrativas, educativas ou penais.

A RD é uma diretriz da [Portaria nº. 3.088/2011](#), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e também é uma prática regulamentada, desde 2005, por meio da [Portaria nº 1.028/2005](#).

Portanto, é um direito de todas as pessoas e uma estratégia mais humana e eficaz de lidar com o uso de drogas. Por ser interseccional, é responsabilidade de todas e todos que atuam na rede de atenção à saúde e assistência social atuarem de acordo com tais diretrizes, terem conhecimento sobre a lei e os direitos das pessoas que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas, para que elas possam ser vinculadas aos serviços e aderir aos tratamentos ou encaminhamentos adequados.

Destacamos, por fim, que a estratégia de Redução de Danos fundamenta as práticas em Saúde Mental e deve atuar, prioritariamente em dirimir o sofrimento psíquico e vulnerabilidade. A atuação deve ocorrer onde o indivíduo se encontra, ao que ele demanda e em seu determinado momento de vida.

O uso de tabaco, álcool e outras drogas pode ser avaliado pelas equipes vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma contextual. Trabalhamos a partir da diferenciação do uso esporádico ou recreativo, uso abusivo e dependência química. Tal avaliação poderá evidenciar a relação do sujeito com a substância em questão e como estão as demais relações desse sujeito com o mundo que o cerca, isto é, as relações familiares, de amizade e laços sociais, com o mundo do trabalho, dentre outras. Quanto mais comprometidas forem as relações do sujeito com o mundo, em detrimento da relação com a droga, maiores são os prejuízos e a gravidade desse uso. Para acolhimento e tratamento das demandas relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas e à dependência química, contamos com o atendimento nos CAPS Álcool e Drogas do município (CAPS AD), que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ofertando atendimento multiprofissional sem necessidade de encaminhamento prévio. Há também os CAPS AD III, os quais possuem funcionamento 24h e dispõe de leitos de hospitalidade noturna para acolhimento de situações de crise a partir da intensificação do cuidado. Quando necessário, o atendimento de urgência e emergência dar-se-á nos Prontos Atendimentos de Hospital Geral, com internação de curta duração para desintoxicação.

Contamos também com as Unidades de Acolhimento (UA) as quais são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que compõem a RAPS, essencialmente vinculados aos CAPS AD, e tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados em saúde a usuários que apresentem maior vulnerabilidade e fragilidade social decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas.

4.7. População em situação de rua

Uma questão central para a atenção à saúde da população de transexuais e travestis que está em situação de rua deve ser reconhecer a experiência da exclusão social e do estigma que interferem diretamente na fragilização de suas redes de proteção social. As pessoas em situação de rua devem ser acolhidas como cidadãs, em quaisquer espaços, para que não se amplie o estigma e a discriminação que as distanciam dos espaços de convivência social e de promoção de saúde. Proporcionando experiências de tratamento digno que possam dirimir os processos de marginalização que marcam tais existências.

A percepção de discriminação é extremamente elevada nesse grupo, havendo a sobreposição de discriminações – tanto pela condição de viver na rua, como pela orientação sexual, raça/cor e geração.⁴⁴

Essa experiência de discriminação também é frequente no âmbito dos serviços de saúde, apesar das orientações fornecidas aos serviços. Os serviços da rede municipal de saúde – sejam serviços de atenção primária em saúde, das redes especializadas e de urgência e emergência ou hospitalares – são orientados a atender à população de acordo com sua singularidade e necessidades individuais, preocupando-se em não estigmatizar as pessoas, acolhê-las em suas especificidades e, a partir disso, lidar com seus sofrimentos.

São frequentes os relatos de pessoas vivendo em situação de rua sobre violências e agressões que sofreram ou a que foram expostas⁴⁵ e podemos supor que sejam ainda mais acentuados entre pessoas transexuais e travestis nessas condições. A precariedade dos vínculos sociais repercute negativamente sobre sua saúde física e mental e a possibilidade de sofrer mais agressões. O uso de álcool e outras substâncias, nesse contexto, muitas vezes ocorrem para ajudar a suportar as duras condições de vida, a ausência ou precariedade de vínculos, a falta de confiança, a exposição a situações de riscos à saúde.

A infecção pelo HIV atinge desproporcionalmente a população de pessoas travestis e transexuais⁴⁶ e pode ser ainda mais prevalente entre aquelas que se encontram em situação de rua, que são indígenas ou sobretudo negras, que são jovens ou, ainda mais, quando, por exemplo, trata-se de uma mulher transexual negra que usa drogas e se encontra em privação de liberdade. A essa somatória de fatores de exclusão, Parker (2000) nomeou “sinergia de vulnerabilidades”.⁴⁷

A população de pessoas transexuais e travestis que está em situação de rua deve ser encarada, principalmente, pela ótica da exclusão social e do estigma que interfere diretamente nas redes de proteção que essas pessoas poderiam ter. As pessoas em situação de rua devem ser acolhidas como cidadãs, em quaisquer espaços, para que não se amplie o estigma e a discriminação que as distancia dos espaços de convivência social e de promoção de saúde, proporcionando uma abertura para mudanças no estilo de vida, porém sem impô-las.

4.8. Violência

Todos os **Núcleos de Prevenção à Violência (NPV)** das unidades de saúde, formados por profissionais do próprio serviço com a finalidade de organizar os fluxos de atendimento e acompanhar o andamento dos casos de violência, seguem as diretrizes da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência de 2015, de acordo com as demandas e serviços dos territórios.

Cabe ressaltar que os NPV estão implantados em todos os nossos serviços nos diferentes níveis de atenção em saúde e são responsáveis pela organização do atendimento e articulação das ações de promoção e prevenção a serem desencadeadas para a superação da violência e transformação cultural. O atendimento da vítima de violência é de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade e não somente de profissionais que compõem o NPV.

Quando o caso é atendido na atenção secundária ou terciária, ele é encaminhado para a UBS de referência da pessoa atendida e para demais serviços da rede de saúde. Os casos que são comunicados entre serviços de outras coordenadorias ou municípios, são informados para a vigilância em saúde para rápida articulação de cuidado nos seus respectivos territórios.

Todos os casos de violência identificados pelas unidades passam pelo processo de acolhimento, atendimento, vigilância, comunicação aos órgãos protetivos, articulação para seguimento na rede com outros serviços.

As situações de violência devem ser notificadas e registradas atualmente no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A [Lei Municipal nº 13.671/2003](#) e o [Decreto Municipal nº 48.421/2007](#), da Prefeitura de São Paulo, regulamentaram o Programa de Informação para Vítimas de Violência (PIVV), operacionalizado com a implementação do Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) para notificação e registro das situações de violência específicas contra crianças, mulheres e idosos. A partir de 05 de julho de 2015, os acidentes passaram a ser notificados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes (SIVA), sistema que continua sendo gerenciado pela COVISA/SMS-SP, e as situações de violências passaram a ser notificadas e registradas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN):

“Violência interpessoal/autoprovocada - CID10 Y09: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.”

Ao registro de “Violência interpessoal/autoprovocada - CID10 Y09” pode-se coletar o dado de identidade de gênero (Campo 37), conforme a Figura 3:

Figura 3 – Destaque do campo “37 Identidade de gênero” na ficha de notificação de violência interpessoal/ autoprovocada.

Dados Complementares	
33 Nome Social	34 Ocupação
35 Situação conjugal / Estado civil	
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
36 Orientação Sexual	37 Identidade de gênero:
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?
1- Sim 2- Não 9- Ignorado	1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	

Fonte: [COVISA/SMS-SP](#).

4.9. População negra

O Estatuto da Igualdade Racial instituído pela [Lei nº 12.288/2010](#), em seu 7º artigo, define que o conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) – [Portaria GM/MS nº. 992/2009](#), que dialoga com um conjunto de demais políticas voltadas à promoção da equidade no SUS, dentre elas a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ambas têm por objetivo promover a saúde integral dessas populações eliminando a discriminação e o preconceito nas instituições e serviços do SUS.

Um dado importante na caracterização demográfica da população LGBTI é a raça/cor declarada. Dados epidemiológicos mostram que pessoas negras (pretas e pardas) são 40% das vítimas de violência homofóbica registrada, porém estudos amplos sobre a violência no Brasil apontam a população negra como a mais vitimizada pela violência. Entre os casos identificados em 2019, 82% das pessoas transexuais e travestis assassinadas eram negras.⁴⁸

Em dezembro de 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo instituiu a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra por meio da [Portaria 2.283/2016-SMS.G](#). Entre suas diretrizes, destacamos as de números 16 e 17:

“16. Incorporar em seus programas ações que atendam as especificidades de gênero e raça/cor como prática da equidade em atenção à saúde da população negra;

17. Garantir a inclusão das especificidades da população negra em todas as Linhas de Cuidado elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde como: Saúde da Criança/Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde das pessoas LGBT, Saúde do Idoso, Saúde das Pessoas em Situação de Violência e Saúde das Pessoas em Situação de Rua.”

Recomendações:

- Incluir os temas Racismo e Saúde da População Negra na formação e educação permanente dos trabalhadores;
- Incluir em todos os sistemas de informação e formulários utilizados o campo Raça/Cor, bem como seu preenchimento adequado ([Lei Municipal nº 16.129/2015](#));
- Produzir informações com recorte raça/cor para avaliação, monitoramento, censos e programas. ([Lei Municipal nº 16.129/2015](#)).

4.10. HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis

A população de pessoas transexuais e travestis, devido à sua vulnerabilidade social, possuem altas incidências de infecções sexualmente transmissíveis (IST). A partir da abordagem de sexualidade e da percepção de riscos para IST, é possível oferecer rastreamento para IST específicas.

Uma situação comumente percebida pelas pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde é a associação direta que profissionais costumam fazer entre sua identidade de gênero e vulnerabilidades a IST/HIV/Aids, o que alimenta estigmas e as afasta do serviço de saúde. Portanto, é aconselhável oferecer abordagem cuidadosa a respeito de IST em caso de vulnerabilidade identificada, baseada em avaliação de risco.

Se a pessoa usuária de saúde tiver sorologia positiva para o HIV e não estiver em acompanhamento, ela deve ser encaminhada a uma referência de assistência em IST/HIV/Aids, para iniciar o tratamento do HIV. O uso de antirretrovirais reduz as complicações relacionadas à infecção pelo HIV, promove a melhora da qualidade de vida e reduz a mortalidade. Além disso, pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em tratamento com antirretrovirais podem ficar com a carga viral indetectável, quando essa situação permanece por pelo menos seis meses, deixam de transmitir o vírus, o que é conhecido como Indetectável = Intransmissível (I = I). Essa importante informação pode ajudar a diminuir o estigma e a discriminação sobre as PVHIV.⁴⁹

O estigma, experiências negativas em serviços e a priorização da hormonização ou preocupação sobre interações entre ARV e os hormônios são barreiras para vinculação e retenção no cuidado do HIV de pessoas transexuais e travestis. A ausência de discriminação, a oferta de tratamento do HIV associado ao acompanhamento médico da hormonização podem melhorar a adesão à terapia antirretroviral (TARV). A educação entre pares e o empoderamento das pessoas transexuais e travestis são importantes para encorajamento ao início e à permanência no tratamento do HIV.⁴¹

Atualmente, a prevenção do HIV conta com diversas estratégias que podem reduzir a chance de infecção. Para além dos métodos clássicos de prevenção (como as camisinhas penianas e vaginais e o gel lubrificante – visando diminuir o atrito nas penetrações e a possibilidade de microlesões); há estratégias como a testagem regular de HIV e IST seguido de tratamento caso alguma infecção seja identificada; o tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARV) para as PVHIV, com o objetivo de atingir o I = I; a prevenção da transmissão vertical do HIV da pessoa

gestante soropositiva durante a gravidez, parto ou amamentação (não recomendada) e a imunização de hepatite B e do HPV.

Existem duas estratégias que são de extrema relevância que as pessoas transexuais e travestis tenham conhecimento. A primeira é a PEP ao HIV, para que elas possam acessar os serviços em até 72 horas após eventuais exposições de risco. É também importante que saibam sobre a PrEP, que consiste no uso diário de ARV por pessoas soronegativas antes de uma exposição de risco ao HIV, está disponível na Rede Municipal Especializada em IST/Aids. Devido às elevadas taxas de detecção do vírus entre travestis e mulheres transexuais,⁴⁶ as pessoas transexuais e travestis são um dos cinco segmentos populacionais à qual essa estratégia de prevenção se destina até o momento.

Se a pessoa tiver Hepatite B ou C, encaminhar para as referências para mono infectadas de Hepatites, através da regulação da UBS. Se tiver Sífilis, realizar o tratamento na própria UBS de referência.

4.11. Crianças e adolescentes

O desenvolvimento da identidade de gênero faz parte do processo de desenvolvimento global da criança e do adolescente. As UBS e os Serviços de Referência são responsáveis pelo acolhimento e acompanhamento das demandas que surgirem, tanto pessoais quanto de familiares de crianças e adolescentes com variabilidade de gênero ou “trans”, de maneira multiprofissional e intersetorial. Há muitas diferenças na abordagem a depender de em que idade a criança ou adolescente chega ao serviço de saúde.

Tão logo as crianças começam a definir uma identidade de gênero, o que pode ocorrer por volta dos 2 anos de idade, elas podem apresentar variabilidade de gênero com ou sem disforia de gênero (ver [Saúde mental](#)). Não são todas as crianças com variabilidade de gênero que se identificarão como pessoa transexual ou travesti na idade adulta, porém uma disforia de gênero mais intensa é provavelmente um preditor de persistência. Da mesma forma, crianças que se identificam com o mesmo gênero designado ao nascimento podem se identificar como pessoas “trans” na adolescência ou na vida adulta.

De qualquer maneira, é muito comum que a criança com variabilidade de gênero, assim como sua família, experimente ansiedade e sofrimentos decorrentes da dificuldade de compreensão do fenômeno e sua aceitação social. É importante que a criança e sua família recebam um acompanhamento multiprofissional. Na fase pré-puberal (estágio de desenvolvimento puberal Tanner 1), não há nenhuma intervenção médica a ser realizada e o objetivo do acompanhamento é informar e preparar as pessoas responsáveis, assim como garantir que a criança cresça em um ambiente seguro e acolhedor, para que possa desenvolver-se de forma saudável. É papel também de profissionais de saúde intervir junto a instituições como escola ou casa de acolhida de forma a garantir um ambiente seguro para as crianças.

Algumas crianças podem indicar a necessidade de uma transição social para o gênero com o qual se identificam, como, por exemplo, o uso de roupas e prenome utilizado. Cabe à equipe mediar o processo, para garantir direitos e ambientes seguros para a criança, o que poderá ser útil tanto para a criança entender melhor sua identidade de gênero quanto para a equipe acompanhá-la.

Crianças e adolescentes que têm a percepção de que seu gênero identitário diverge do que é socialmente esperado do gênero atribuído ao nascimento, geralmente experimentam ansiedade e certos graus de sofrimento em relação à puberdade⁵⁰ e, para algumas pessoas, as alterações físicas do período podem ser consideradas insuportáveis. É apropriado intervir com o bloqueio da puberdade e, posteriormente, com a hormonização para desenvolvimento de características corporais desejadas.

Considerando os comprovados benefícios em prevenir disforia de gênero e garantir melhores resultados físicos e psíquicos, quando comparado a jovens transexuais e travestis que somente iniciam acompanhamento após as primeiras fases da puberdade, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elaborou parecer técnico específico em 2013⁵¹ e recomenda que o acompanhamento de adolescentes seja em centro dotado de estrutura que possibilite o cuidado adequado e a integralidade da atenção de excelência, que garanta segurança, habilidades técnico-científicas multiprofissionais e suporte adequado de seguimento. Essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível, e é extremamente recomendável a supressão da puberdade antes do desenvolvimento irreversível das características sexuais secundárias. (ver Hormonização em crianças e adolescentes)

Comumente, porém, adolescentes transexuais e travestis já chegam à unidade de saúde com uma identidade de gênero bem definida e um desenvolvimento puberal mais avançado, às vezes já em hormonização por conta própria. Adolescentes transexuais e travestis apresentam uma elevada carga de sofrimento mental e social,⁵² muitas vezes com baixíssimo apoio familiar, histórico de violência e de abandono escolar.

Adolescentes com 18 anos ou mais podem ser encaminhadas para hormonização ou cirurgia de acordo com o fluxo para adultos. Se menor de 18 anos, poderá ser encaminhada para centro especializado em adolescentes, que oferecerá suporte principalmente no manejo das questões médicas específicas. No entanto, nesses casos, a equipe da atenção básica tem um papel fundamental em atender a adolescente e sua família, acolhendo e promovendo o respeito - sobretudo considerando que os serviços para adolescentes transexuais e travestis serão de mais difícil acesso, pela crescente demanda, e que o sofrimento nessa fase é muito agudo.

É importante também oferecer serviços de saúde mental, pela própria UBS e em conjunto com equipamentos de saúde mental que atendam crianças e adolescentes.

Independentemente da idade, entre as ações que a equipe poderá tomar junto a essas pessoas adolescentes estão, primeiramente, a criação de um ambiente acolhedor e o respeito à identidade de gênero e ao nome social, em diálogo franco com as pessoas responsáveis, que nem sempre estão respeitando essa identidade. A equipe de saúde poderá promover afirmação de gênero, orientando no uso do nome social no cartão do SUS, prontuário, exames e por toda a equipe - muitas vezes o cartão do SUS será o primeiro documento com o nome desejado, e a família deve ser orientada sobre como isso não implica em uma mudança legal. Caberá, muitas vezes, à equipe de saúde a primeira oportunidade de legitimação dessa identidade de gênero junto à família (em geral, representada por mães e pais), frequentemente relutante ou confusa.

Entre outras ações importantes da UBS estão: atuar junto a responsáveis, orientando essas pessoas e ajudando-as na aceitação; ofertar serviços de saúde geral para adolescentes, como em

sexualidade, anticoncepção, prevenção e cuidados de IST, aconselhamento em relação a uso de substâncias ou violências; ofertar redução de danos para o possível uso de hormonização por conta própria; intervenção junto à escola para ajudar em questões como *bullying* e outras violências, uso de nome social e uso de banheiros; intervenção junto à justiça ou assistência social.

No atendimento a adolescentes com variabilidade de gênero ou “trans” com menos de 18 anos, devem ser respeitados os princípios de atendimento a adolescentes em geral. Uma avaliação deve ser feita por profissionais de saúde sobre sua capacidade de discernimento e autonomia da pessoa adolescente para balizar a relação entre o serviço de saúde, a profissional de saúde, a pessoa adolescente e a pessoa responsável – que devem ser informadas dos direitos da adolescente no atendimento.

Os direitos da pessoa adolescente incluem: o direito a ser atendida sozinha em serviços de saúde; o direito a momentos privativos na consulta, sem presença da pessoa responsável; o direito a sigilo, com exceção de casos de dano à pessoa atendida ou risco de vida (que não incluem: início de vida sexual, uso esporádico de drogas ou infecção pelo HIV em adolescente que se mostra capaz de seguir seu acompanhamento, por exemplo). Deve-se considerar não registrar informações sigilosas em prontuário, pois os registros podem ser requisitados pela responsável. Deve ser explicado à pessoa responsável que esses direitos são importantes para a preservação da saúde da pessoa adolescente, já que podem abrir o único canal pelo qual questões importantes de saúde poderão ser resolvidas.⁵³

5. Aspectos a serem considerados



Arte: Paulo Eduardo A. Amorim

5.1. Prostituição

A abordagem da prostituição nesse protocolo deve-se ao fato de que é inegável grande parte das pessoas transexuais e travestis ter alguma experiência na prostituição, uma vez que a falta de apoio da família e da comunidade, associada à marginalização social, dificulta ou mesmo impede que elas encontrem empregos estáveis no mercado de trabalho formal ou encontrem outros caminhos. A prostituição passa a ser, nesse contexto, uma das poucas alternativas de trabalho disponíveis.

Devido aos efeitos do estigma social e da não regulamentação do trabalho sexual no Brasil, pessoas em situação de prostituição geralmente apresentam maior vulnerabilidade social e se tornam muito expostas a outros fatores que afetam a saúde: violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV, entre outras) e infecções associadas a condições de vida precárias (como a tuberculose).

Portanto, um primeiro ponto de atenção para profissionais de saúde que se deparem com essa temática no atendimento, é procurar explorar o contexto em que aquela pessoa exerce o trabalho sexual, pois cada situação pode estar relacionada a diferentes fatores que afetam a saúde, como apontadas anteriormente.

É importante considerar na abordagem: os horários de trabalho (diurno ou noturno); o local em que atua (rua, boate, prédio etc.); se mora no local de trabalho; qual o acordo de pagamento para a boate, prédio ou cafetão/cafetina; quantos clientes atende por dia; se e como tem acesso a preservativos, gel lubrificante e informações sobre IST; quais percepções tem sobre o trabalho; se é sua única fonte de renda e há quanto tempo exerce a atividade.

O [Projeto Tudo de Bom](#), do Programa Municipal de DST/Aids, que possui agentes de prevenção, vinculadas à Rede Municipal Especializada de DST/Aids, é uma estratégia importante para acessar as pessoas transexuais e travestis trabalhadoras do sexo, pois através da educação entre pares, ampliam o acesso aos insumos de prevenção e aumentam o conhecimento dessa população sobre prevenção combinada – principalmente as tecnologias de prevenção como PEP e PrEP. Essas agentes visibilizam locais de trabalho, sociabilidade e moradia, e mediam a relação entre as trabalhadoras do sexo e os serviços especializados em IST/HIV/Aids, principalmente no que se refere à linguagem e dias e horários para acessá-las, conforme a realidade e contexto da população.

Porém, essas aproximações só são efetivas por meio de uma escuta atenta e sigilosa, sem julgamentos ou pressuposições, das informações trazidas no atendimento com profissionais. Por exemplo, nem todas as travestis e transexuais se prostituem, e nem todas as que se prostituem

fazem uso abusivo de drogas. Esse tipo de estigma é um dos principais motivos que afasta as trabalhadoras sexuais – sejam elas cisgênero, transexuais ou travestis – dos serviços de saúde, onde elas deveriam, na verdade, encontrar um ambiente de acolhimento para suas demandas.

Assim, o atendimento às especificidades das pessoas transexuais e travestis na atenção básica deve ter como eixo principal a ruptura desse ciclo por parte de todas as profissionais de saúde, passando por questões como: não presumir que todas elas exerçam o trabalho sexual, não reduzir a saúde delas à prevenção das IST e chamá-las pelo nome social, entre outras formas de não discriminação que garantam o atendimento integral à saúde em um ambiente de acolhimento e respeito à diversidade.

5.2. Intersetorialidade

Desenvolver estratégias de cuidado interinstitucionais e formar redes de cuidado a pessoas vítimas de **LGBTIfobia** (preconceito e/ou violência específicos a pessoas LGBTI) são algumas das necessidades para coordenação do cuidado e atendimento longitudinal dessa população.

A interlocução com instituições de ensino, com serviços de assistência social, com setores de defesa a direitos específicos, com instâncias do controle social e a participação na formulação de políticas públicas são importantes na construção de redes locais para suporte. A formação e manutenção dessas redes locais são parte do trabalho da Atenção Primária à Saúde.

No município de São Paulo, existem alguns serviços que constituem uma rede ampliada para acesso e suporte a Direitos da população LGBTI. Esses serviços podem ser acessados diretamente pela população e/ou podem colaborar com profissionais de saúde na formação de redes de suporte locais:

- [Centros de Cidadania LGBTI](#);
- [Centro de Referência e Defesa da Diversidade](#) (CRD);
- [Defensoria Pública Estadual](#) – Núcleo de Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR);
- [Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância](#) - DECRADI (Polícia Civil);
- [Delegacias de Defesa da Mulher](#) (DDM);
- [Rede de Atendimento à Mulher](#);
- [Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua](#) (Centro POP);
- [Centros de Referência de Assistência Social](#) (CRAS) e [Centros de Referência Especializado de Assistência Social](#) (CREAS);
- Controle Social ([Conselho Municipal de Políticas LGBT](#), [Conselho Estadual dos Direitos da População LGBT de São Paulo](#), [Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBT](#));
- Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania da Cidade de São Paulo – [Coordenação de Políticas para LGBTI](#);
- Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado de SP – [Coordenação de Políticas Para a Diversidade Sexual](#).

5.3. Educação continuada

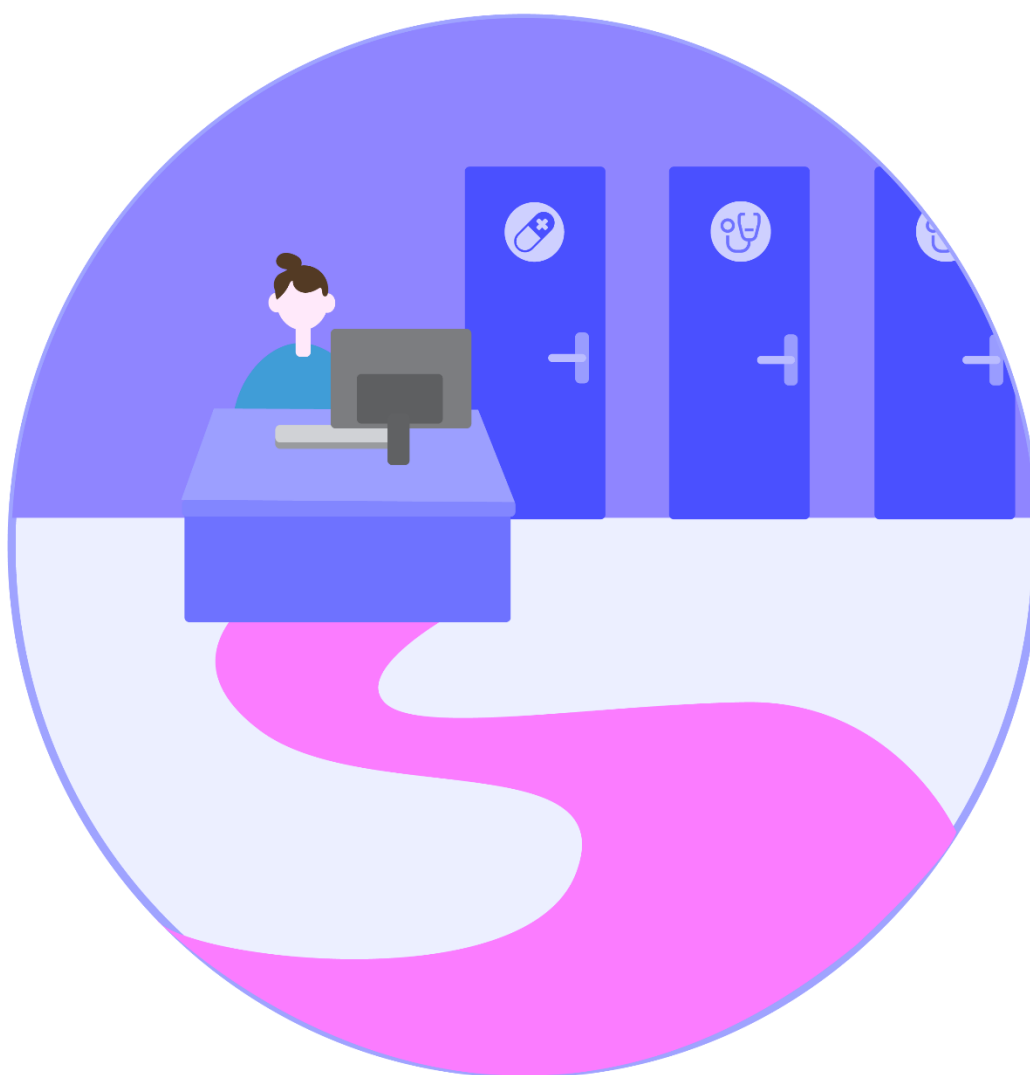
Todas as profissionais envolvidas no cuidado de pessoas LGBTI são responsáveis em manter-se atualizadas em relação às evidências científicas e devem compartilhar seu conhecimento com demais membros da equipe. A troca de informações entre profissionais pode servir para sensibilizações e capacitações específicas, mas também para construção coletiva de processos de trabalho inclusivos e que respeitem as competências e habilidades de diversos profissionais. A [Política Nacional de Humanização](#) gerou muitas publicações que auxiliam a organizar processos de trabalho melhores e mais integrados.

A Secretaria Municipal de Saúde, as Coordenadorias Regionais e as Supervisões Técnicas de Saúde oferecem, periodicamente, sensibilizações e capacitações as profissionais de saúde. Algumas instituições ligadas à Secretaria de Direitos Humanos também apoiam equipes da área da saúde e oferecem capacitações, como os Centros de Cidadania LGBTI. (ver [Intersectorialidade](#))

Alguns cursos on-line gratuitos estão disponíveis, esporadicamente, através de algumas plataformas virtuais de instituições públicas, por exemplo:

- [Universidade Aberta do SUS](#) (UNA-SUS)
- [Promoção e Defesa dos Direitos LGBT](#) (Portal Único de Governo)
- [Política Nacional de Saúde LGBT](#) (UFRG)

6. Fluxos de atendimento na Unidade Básica de Saúde e atribuições por categoria profissional



Arte: Lune Carvalho de Freitas

Todas as pessoas trabalhadoras de serviços de saúde, sejam contratadas—através de concurso público, por Organizações Sociais de Saúde ou por empresas terceirizadas, ou sejam profissionais colaboradoras que prestam serviço voluntário em equipamentos de saúde, são responsáveis por zelar pelos direitos, pela segurança e pela assistência de saúde adequada das pessoas transexuais e travestis. É imprescindível que os serviços se organizem para estruturar os fluxos de cuidado necessários para esse fim, com base nas informações trazidas por este documento e, preferencialmente, dentro da lógica de gestão participativa e de cogestão.⁵⁴

Nesta seção, abordaremos ações que são específicas de cada setor estabelecido dentro das UBS e de cada categoria profissional envolvida no cuidado da população.

6.1. Recepção

6.1.1. Cadastro e Identificação

Profissionais desse setor devem perguntar se a pessoa usuária de saúde deseja ser chamada por um nome social, independentemente de perceber discordância entre a expressão de gênero da pessoa e o nome que consta no documento de identidade. Pode ser utilizada a pergunta: “Como você quer que te chamem?” ou “Por qual nome prefere que lhe chamem?”. Se a pessoa declarar um nome diferente de seus documentos oficiais, a profissional da recepção deve cadastrar o nome social, imprimir o cartão SUS com seu nome social e registrá-lo no prontuário, para que toda a equipe utilize esse nome. A descrição detalhada sobre como imprimir o Cartão Nacional do SUS com o nome social pode ser encontrada [on-line](#).

Também cabe perguntar à pessoa com quais pronomes ela prefere ser tratada: femininos, masculinos ou neutros (ela/ele/ilu, senhora/senhor/senhore, dela/dele/dilu etc.).

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde⁵⁵ acerca da inclusão das orientações sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, a [Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde](#) (artigo 4º, inciso I).garante “identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo o documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença, ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas”. A [Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais](#) reforça esse direito e busca garantir o uso do nome social de pessoas transexuais e travestis. A criação do campo “Nome Social” nas fichas de Coleta de Dados Simplificada visa assegurar à pessoa usuária o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, referido no [Decreto nº 7.508/2011](#), que dispõe sobre a organização do SUS e regulamenta a [Lei nº 8.080/1990](#).

Portanto, a [Ficha de Cadastro Individual](#) no e-SUS Atenção Básica apresenta variáveis para atender a população de pessoas transexuais e travestis, conforme demonstrado na ‘[Figura 4 – Destaque do campo “Nome Social” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica](#)’ e na ‘[Figura 5 – Destaque do campo “Deseja informar orientação sexual / identidade de gênero?” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica](#)’. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico e com informações qualificadas. A SMS-SP está em fase de implantação do referido sistema no município de São Paulo.

O SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento) não atualiza automaticamente os sistemas GSS (Gestão de Sistemas em Saúde) e CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde). Portanto, assim que o nome social da pessoa for cadastrado por profissionais

da recepção, os setores da farmácia e da regulação precisam ser informados para que o campo “Nome social” seja atualizado nesses outros sistemas.

Figura 4 – Destaque do campo “Nome Social” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**	Nº NIS (PIS/PASEP)
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:

Fonte: DAB/SAS/MS.

6.1.2. Informações sociodemográficas

Caso a pessoa aceite autodeclarar orientação sexual e/ou identidade de gênero, podem ser preenchidos os campos “Deseja informar orientação sexual?” e/ou “Deseja informar identidade de gênero?” de acordo com as possibilidades apresentadas (heterossexual, gay, lésbica, bissexual, travesti, transexual, outros).

Figura 5 – Destaque do campo “Deseja informar orientação sexual / identidade de gênero?” na Ficha de Cadastro Individual e-SUS Atenção Básica

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente		OCUPAÇÃO
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		

Fonte: DAB/SAS/MS.

6.1.3. Agendamento ginecológico para homens trans e pessoas transmasculinas

O agendamento de homens trans e pessoas transmasculinas para consulta com ginecologista e para coleta de papanicolau deve ser oferecido e realizado da mesma forma como são agendadas as mulheres cisgênero. Caso haja dificuldade em conseguir agendar consultas e procedimentos ginecológicos para pessoas que retificaram o “sexo” nos registros civis (e que tenham registro masculino no CNS), a Supervisão Técnica de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde devem ser contatadas.

Em unidades de Estratégia Saúde da Família, não deve ser necessário discriminar o tipo de consulta para o agendamento com médicas ou enfermeiras, já que os mesmos profissionais atendem diferentes demandas (ginecológicas ou não).

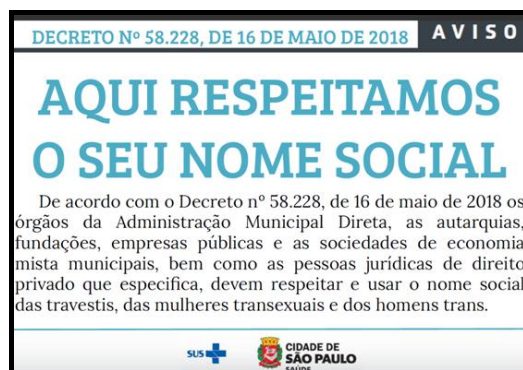
6.1.4. Ambiência

De acordo com o [Decreto nº. 58.228](#), um cartaz sobre o nome social deve estar visível na recepção, assim como o contato da ouvidoria do SUS. É possível imprimir cartazes disponíveis online elaborados pelo [Ministério da Saúde](#) ou pelo [Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI da SMS](#) ('[Figura 6](#) – Modelo de cartaz' e '[Anexo 1](#). Cartaz para divulgação de direito ao uso do nome social').

Outras manifestações que informam ao público que a UBS é um local de acolhimento para a população LGBTI podem incluir:

- Divulgação de leis específicas;
- Símbolos e sinais LGBTI expostos na unidade;
- Sinalização de que os banheiros são utilizados de acordo com o gênero com o qual cada pessoa se identifica (em caso de banheiros separados por gênero);
- Divulgação de acolhimento e fluxos específicos para a população LGBTI e para vítimas de violência.

Figura 6 – Modelo de cartaz (ver '[Anexo 1](#). Cartaz para divulgação de direito ao uso do nome social')



Fonte: Adalberto Kiochi Aguemí

Arte: Julia de Campos Cardoso Rocha

6.2. Agente Comunitário de Saúde (ACS)

6.2.1. Acolhimento extramuros

É comum pessoas transexuais e travestis não buscarem ou, até mesmo, evitarem os serviços de saúde por medo de sofrer violência, por experiências prévias de violências em serviços públicos, por constrangimento de expor-se aos demais membros da comunidade, por privilegiar aspectos de sobrevivência em detrimento ao cuidado profissional com a saúde, ou mesmo por estarem sujeitas a subempregos e não conseguir comparecer à unidade durante o horário comercial. Independentemente dos motivos que possam afastar essas pessoas da sua UBS de referência, cabe às ACS identificarem essas pessoas e cadastrá-las na unidade, elucidando as ofertas do serviço e criando condições para que a mesma possa ser cuidada integralmente.

Acolher através de visita domiciliar uma pessoa em situação de vulnerabilidade, sem que ela precise adentrar a sede da UBS para matricular-se, é um passo fundamental para o acesso ao SUS, para os cuidados gerais e específicos e para todos os demais direitos em saúde.

6.2.2. Cadastro na UBS

Perguntar se a usuária deseja ser chamada por um Nome social (nome pelo qual a pessoa deseja ser chamada, independentemente de seus documentos oficiais). Se sim, identificar a pessoa com seu nome social em todos os formulários e documentos utilizados pela equipe: prontuário individual e familiar, ficha de identificação do prontuário, cabeçalho do prontuário, Cartão Nacional de Saúde e demais formulários/impressos.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações, relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.3. Acolhimento e atendimento de demanda espontânea

A demanda que a pessoa traz deve ser acolhida, seja ela relacionada à transexualidade ou não. Paralelamente, deve-se oferecer à pessoa os cuidados específicos em relação à transexualidade, que incluem avaliação das vulnerabilidades individuais (pois nem todas as pessoas transexuais e travestis passam pelas mesmas situações), explicações das disponibilidades do serviço local e do serviço de referência.

Se o acolhimento for realizado por trabalhadora da equipe interprofissional, que não for da enfermagem ou da medicina, deve ser ofertado o agendamento para consultas com psicóloga e com enfermeira ou médica (considerando que, inicialmente, somente médicas solicitarão exames específicos para o início e acompanhamento da hormonização).

Se o acolhimento for realizado por enfermeira, as demandas trazidas pela pessoa devem ser acolhidas e aproveita-se a oportunidade para oferecer cuidados gerais e específicos de saúde (vacinação, testes rápidos ou sorologias convencionais de acordo com desejo e/ou histórico de vulnerabilidade a IST/HIV/Aids, rastreamentos, transformações corporais seguras caso sejam planejadas pela pessoa etc.).

Se o acolhimento for realizado por profissional da área médica, a oportunidade pode ser aproveitada para solicitação de exames que sejam necessários, assim como para a oferta de agendamento com profissional de referência da psicologia da Unidade e agendamento de retorno médico para avaliação dos exames.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.4. Consulta de enfermagem

6.4.1. Acolhimento

Se o acolhimento for realizado por enfermeira, a profissional deve acolher as demandas trazidas pela pessoa e aproveitar a oportunidade para oferecer cuidados gerais e específicos de saúde (vacinação, testes rápidos ou sorologias convencionais de acordo com desejo e vulnerabilidade à IST/HIV/Aids, rastreamentos, transformações corporais seguras em caso de planejamento da pessoa etc.).

6.4.2. Manutenção da saúde e encaminhamentos

O cuidado deve ser sempre centrado na pessoa atendida, portanto suas percepções, necessidades e desejos devem ser compreendidos e a construção do plano terapêutico precisa ser compartilhada com essa pessoa. Cuidados gerais em saúde, como a atualização da situação vacinal (ver Vacinações), devem ser ofertados.

Caso haja interesse em transformações corporais, orientar quanto às ofertas dentro do SUS e informar sobre a possibilidade de hormonização e cirurgias, elucidar dúvidas e agendar consulta médica.

A vulnerabilidade social à qual pessoas transexuais e travestis estão sujeitas é um fator de risco para sofrimentos e adoecimentos mentais (ver Saúde mental e Psicologia), portanto deve-se oferecer abordagem em saúde mental, assim como oferecer agendamento com psicóloga de referência da Unidade (equipe NASF, psicóloga da UBS ou rede de referência em saúde mental do território). Os cuidados em saúde mental são responsabilidade de todas as profissionais de saúde e não precisam ser realizados exclusivamente por psiquiatras e psicólogas.

6.4.3. Acompanhamento do uso de medicações

O cuidado longitudinal inclui a compreensão de crenças individuais em relação à medicação, avaliação do uso das medicações prescritas, identificação de dificuldades percebidas em seguir as orientações de cuidados, realização de entrevista motivacional em caso de dificuldade de adesão e trabalho interprofissional com demais membros da equipe, que possam contribuir com o plano terapêutico estabelecido de maneira compartilhada com a usuária.

É responsabilidade da enfermeira a decisão sobre local mais apropriado para administração de medicação intramuscular caso a pessoa possua prótese de silicone ou tenha realizado aplicação de silicone industrial. (ver Administração de medicação intramuscular)

6.4.4. Verificação de transformações corporais

As transformações corporais obtidas com hormonização são variáveis, portanto, cada pessoa pode desenvolver características desejadas e indesejadas em diferentes tempos e intensidades, que dependem de sua herança genética, características corporais prévias, dose e tempo de uso de hormônios etc. A ansiedade em obter transformações desejadas pode motivar a pessoa a aumentar a dose recomendada ou fazer uso de medicações adicionais à prescrição ou recorrer à procedimentos clandestinos como aplicação de silicone industrial, aumentando riscos.

Dialogar com a pessoa sobre as transformações esperadas (ver Transformações corporais) e oferecer verificá-las em consultório de maneira adequada tem o potencial de identificar sofrimentos emocionais relacionados a essas transformações e a vivências relacionadas ao corpo, além de trazer informações sobre a efetividade da hormonização que nortearão o plano de cuidado singularizado.

Exames laboratoriais não são utilizados como indicativo determinante de efetividade da hormonização para transformações corporais, mas alguns parâmetros precisam ser observados para garantia de segurança ou para complementação do raciocínio clínico. Esse acompanhamento pode ser realizado por enfermeiras ou médicas. (ver Transformações corporais por meio de hormonização)

Outras técnicas de transformação corporal utilizadas, além da hormonização, também podem ser acompanhadas.

A aplicação de silicone industrial para transformações corporais é uma prática comum entre mulheres transexuais e travestis, porém clandestina e insalubre, que pode acarretar diversos efeitos colaterais e complicações; portanto, pessoas que se submeteram à aplicação de silicone industrial precisam ser acompanhadas periodicamente. Recomenda-se observar e registrar em prontuário o local de inserção do silicone, a cada seis meses, para avaliar migrações, edemas e lesões que necessitem de intervenção.

6.4.5. Rastreamentos oncológicos e de agentes infecciosos

Deve-se oferecer coleta de colpocitologia oncótica a todas as pessoas que possuam colo uterino, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. A mamografia é outro exame de rastreamento a ser considerado. (ver Rastreamentos)

Como para todas as pessoas atendidas nos serviços, durante a entrevista deve-se abordar histórico de vulnerabilidade e pode-se oferecer avaliação dos riscos referente às IST/HIV/Aids. A oferta pode incluir os testes rápidos ou as sorologias convencionais de HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Orientar sobre a Profilaxia Pós-exposição (PEP) ao HIV e a sobre Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV são possibilidades que não devem ser esquecidas, assim como encaminhar para os serviços específicos, se necessário.

Pessoas em vulnerabilidade social possuem risco aumentado de Tuberculose. A identificação de pessoas sintomáticas respiratórias (tosse há mais de três semanas), assim como a oferta de exame de escarro para aquelas que estiverem com sintomas, é fundamental para o estabelecimento precoce do tratamento e do controle epidemiológico da doença.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.5. Equipe de Enfermagem

6.5.1. Administração de medicação intramuscular

Pessoas com próteses de silicone ou que tenham realizado aplicação de silicone industrial precisam ser identificadas e essa informação deve ser registrada em seu prontuário, pois essas regiões não podem ser perfuradas. Caso a pessoa tenha próteses de silicone na região glútea e vasto lateral da coxa, o Conselho Federal de Enfermagem indica a região ventroglútea como segura para aplicação de até cinco mililitros (5 mL) de medicação intramuscular (inclusive “benzetacil”).⁵⁶ Caso essa região esteja comprometida, a região deltoide poderá ser considerada, sendo necessário atentar para a diluição levando-se em consideração que nessa região o maior volume recomendado é de três mililitros (3 mL).⁵⁷

A decisão de localização da administração deverá ser tomada por profissional de enfermagem responsável, que avaliará a localização da prótese ou do acúmulo de silicone industrial, o qual pode ter extravasado para áreas adjacentes ao local aplicado. Em caso de dúvidas, a enfermeira compartilhará a decisão com demais membros da equipe em relação ao local de aplicação, em relação à possibilidade de outra via de administração ou mesmo para considerar a troca da medicação prescrita junto à médica responsável. A entrevista, o exame físico, as decisões de local de administração e o procedimento devem ser registrados em prontuário.

A testosterona injetável é considerada medicação anabolizante pela [Lei nº 9.965/2000](#), submetida a controle especial pela [Resolução RDC nº 98/2000](#), e deve ser administrada no serviço em que elas são dispensadas. Por esse motivo, a unidade deve elaborar fluxo em que a equipe de enfermagem acesse diretamente a medicação dispensada pela farmácia para realizar sua aplicação.

As diversas formulações de testosterona são diluídas em óleos vegetais (de amendoim ou rícino). Por esse motivo é importante questionar, antes da aplicação, se a pessoa possui alergia ou hipersensibilidade ao excipiente da fórmula.

6.5.2. Vacinações

A equipe de enfermagem deve orientar e atualizar a carteira vacinal de acordo com as recomendações do Programa Estadual de Imunizações de São Paulo, descritas na [Resolução SS-34/2020](#).

O esquema de vacinação para pessoas adultas a partir de 20 anos, não gestantes, é o seguinte:

- **Dupla uso adulto contra difteria e tétano (dT):** 3 doses e reforço a cada 10 anos por toda a vida. Na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir esse intervalo de reforço para 5 anos.
- **Hepatite B:** 3 doses básicas.
- **Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR):** para pessoas de 20 a 29 anos de idade recomenda-se 2 doses da vacina SCR. Demais adultos, nascidos a partir de 1960, devem ter pelo menos uma dose da vacina. A vacina também está disponível para pessoas no puerpério.
- **Febre amarela:** dose única. Para pessoas a partir de 60 anos, o serviço de saúde deverá avaliar doenças prévias (comorbidades), doenças autoimunes, tratamentos específicos ou uso contínuo de medicamentos que contraindiquem a aplicação da vacina nessa faixa etária.
- **Hepatite A:** é indicada para pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal, com prioridade para gays, homens bissexuais e demais homens que fazem sexo com homens (HSH), além de travestis e mulheres transexuais. Essa vacina está disponível nos Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids.⁵⁸
- **Influenza:** disponível durante as campanhas anuais. Indicada para pessoas a partir de 55 anos de idade, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis ou com outras condições clínicas especiais.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.6. Psicologia

A saúde mental é um aspecto fundamental para o bem-estar geral de qualquer pessoa e deve ser abordado pela equipe multiprofissional, e não apenas pela psicóloga, no acompanhamento de pessoas transexuais e travestis. Essas pessoas sofrem muitas restrições, carências e violações de direitos humanos e são constantemente expostas aos mais diversos tipos de violências, tanto em contextos públicos quanto privados. Estigmas, discriminações e transfobias (inclusive institucionais) vulnerabilizam ao sofrimento psíquico, o que inclui estresse de minoria, dependência de tabaco, álcool e outras drogas, depressão, transtornos ansiosos (ansiedade generalizada, fobia social, etc), ideação e tentativas de suicídio.

As pessoas buscam profissionais e serviços de saúde para questões relacionadas à identidade de gênero em diversas idades e fases da vida, e também em diferentes momentos da vivência de gênero. Podem precisar e/ou desejar atendimento de uma ou mais áreas de especialidade ou, às vezes, de todos os recursos que o serviço de equipe multiprofissional possa oferecer e disponibilizar.

Vale ressaltar que as pessoas têm demandas das mais variadas ao buscar o atendimento profissional (o que inclui mas não se restringe à psicologia), ou seja, o preceito básico de que cada pessoa é uma pessoa deve ser seguido e o plano de cuidado deve ser singularizado, sem generalizações. Embora as transformações corporais (hormonização, cirurgias e outros procedimentos) sejam uma demanda frequente, é importante considerar que nem todas as pessoas transexuais e travestis desejam ou sentem que precisam de transformações corporais para se reconhecer conforme sua identidade de gênero. A hormonização, assim como outros procedimentos de transformação corporal que estejam disponíveis, devem ser ofertados para quem assim o desejar desde que não haja contraindicação absoluta (ver Transformações corporais por meio de hormonização), mas o cuidado pelas equipes de saúde não deve se pautar na hormonização. É importante salientar que procedimentos cirúrgicos não devem estar condicionados à hormonização, salvo exceções em que a hormonização é um pré-requisito para viabilização e sucesso de resultado cirúrgico (por exemplo, na neofaloplastia).

As pessoas podem buscar o serviço por razões e por atendimentos diversos. São alguns exemplos de motivos para buscar serviços de saúde: querer acompanhamento multiprofissional desde o início do processo de adequação de gênero; já ter iniciado hormonização por conta própria e desejar acompanhamento para não comprometer a saúde; somente agora ter acesso a serviços e/ou a esse tipo de acompanhamento; iniciar transformações corporais; manter transformações corporais já adquiridas; acompanhar complicações de saúde devido a procedimentos previamente realizados; ou apenas para conseguir encaminhamento para procedimentos cirúrgicos. São alguns

exemplos de motivações para buscar atendimento psicológico: estar em processo de descoberta e questionamento sobre si; se sentir fragilizada e buscar atendimento psicológico para melhorar a autoestima e desenvolver estratégias de enfrentamento; buscar terapia breve para questões pontuais; realizar processo psicoterapêutico para autoconhecimento e demandas não relacionadas à identidade de gênero; ou obter relatório para procedimentos cirúrgicos e, assim, consultar-se com profissional de saúde mental (psicóloga ou psiquiatra) como um atendimento obrigatório e não desejado.

É importante ressaltar que o papel da psicologia é acolher, cuidar e promover a saúde mental, o bem-estar geral e a qualidade de vida. O processo inclui o autoconhecimento, com reconhecimento de talentos e dificuldades; o auxílio no desenvolvimento de estratégias de empoderamento, habilidades sociais e enfrentamentos; o fortalecimento do exercício da autonomia do sujeito; assim como ampliação da rede de apoio. Devido às vulnerabilidades, deve-se ter o cuidado ao abordar temas como a percepção de transfobia, vivência de violências, dependência de substâncias, prejuízos e sofrimentos emocionais graves. Se houver interesse, necessidade e possibilidade, pode ser ofertado acompanhamento psicoterápico individual ou em grupo.

Qualquer que seja a situação, o atendimento deve sempre ser respeitoso, acolhedor, empático e sem julgamento, para que a pessoa se sinta confortável para expressar de forma livre e associativa seus anseios, dúvidas e demandas. Sempre que pertinente, devem ser contempladas e discutidas informações sobre o uso de hormônios e procedimentos cirúrgicos, explorando as expectativas sobre transformações corporais e a compreensão sobre os prós e contras dos acompanhamentos e procedimentos pretendidos. A profissional deve reconhecer e legitimar a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação à identidade de gênero, sendo essa também uma diretriz do Conselho Federal de Psicologia.⁵⁹

Pessoas em uso abusivo de álcool e/ou drogas, com saúde mental comprometida ou com presença de sofrimento psíquico moderado ou grave, devem receber oferta de avaliação de outras profissionais da rede de cuidados em saúde mental e pode-se considerar encaminhamento de demandas específicas para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Quaisquer sofrimentos da saúde mental existentes precisam ser avaliados e discutidos com as demais profissionais envolvidas no cuidado integral e/ou no processo de hormonização e transformações corporais. A presença de problemas de saúde mental, *a priori*, não exclui o apoio às transformações corporais desejadas ou às mudanças no papel de gênero vivido, mas todas as questões devem ser acompanhadas conjuntamente, visando o bem-estar geral, além de estabilidade emocional e preservação da capacidade cognitiva e exercício da autonomia.

Segundo o “Processo Transexualizador no SUS”, o encaminhamento de pessoas transexuais e travestis à Atenção Especializada para que realizem algum dos procedimentos cirúrgicos

oferecidos, se assim desejarem, assim como acompanhamentos pré e pós-operatórios, requer a elaboração de um relatório médico (ver Consulta médica). A escuta de uma psicóloga poderá ser solicitada por profissionais da medicina para apoiá-las nesse encaminhamento, através de um relatório construído conjuntamente.

Caso não haja possibilidade de agendamento para profissional de psicologia, a equipe multiprofissional se responsabilizará pela avaliação inicial de saúde mental da pessoa atendida e pela elaboração de relatórios que sejam necessários. Caso o acompanhamento em saúde mental se realize em serviço diferente da UBS de referência do indivíduo, as equipes profissionais envolvidas devem manter comunicação e compartilhamento sobre o plano de cuidado, através de registro em prontuário, contrarreferências, relatórios ou reuniões

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.7. Serviço social

Considerando a [Lei nº 8.662/1993](#), que regulamenta a profissão, e a [Resolução CFESS nº 845/2018](#), que dispõe sobre atuação profissional de serviço social em relação ao “[Processo Transexualizador no SUS](#)”, profissionais assistentes sociais devem atuar nas diferentes perspectivas detalhadas a seguir.⁶⁰

6.7.1. Atendimento Social

Visa realizar o acolhimento e escuta necessários, considerando as especificidades das pessoas transexuais e travestis em acompanhamento no serviço e, à luz dos princípios do código de ética, emitir opinião técnica quando necessário, bem como encaminhar providências e prestar orientação social, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

Avaliar e intervir, quando pertinente, nos casos em que as vulnerabilizações sociais possam dificultar ou inviabilizar de alguma maneira o acesso ao acompanhamento multiprofissional, hormonização e/ou outros procedimentos de transformação corporal.

Compete ao Serviço Social, não de maneira exclusiva, mas como uma das áreas envolvidas no cuidado específico de saúde das pessoas transexuais e travestis: Orientar sobre as possibilidades de benefícios ou agravos à saúde propiciados pela hormonização. No sentido de que as usuárias acessem as informações necessárias, para que tenham autonomia nas decisões que envolvem as transformações corporais.

6.7.2. Trabalho com grupos e/ou famílias

O trabalho visa encaminhar providências, prestar orientação social com objetivo de contribuir para sensibilização do núcleo sobre o “[Processo Transexualizador no SUS](#)”, buscando apresentar e refletir sobre políticas, programas, serviços e benefícios sociais destinados à população LGBTI; apresentar e/ou referenciar o grupo e/ou família na rede socioassistencial e em outros setores que se fizerem necessários; e ofertar espaços de reflexão sobre temas correlatos ao campo dos cuidados de saúde integral LGBTI.

6.7.3. Trabalho em rede

Ao interagir com demais instituições e profissionais, cabe estimular e contribuir com as reflexões acerca da diversidade sexual, assim como a variabilidade de gênero, visando a ampla garantia e respeito à usuária e seus direitos de acesso aos serviços sem discriminação. É importante atuar no campo da defesa de direitos, no tocante à garantia do nome social, do tratamento adequado,

considerando as especificidades de identidade de gênero, e outros. Para tanto, faz-se necessária articulação contínua com a rede de serviços socioassistenciais, rede intersetorial, em especial os órgãos do sistema de justiça, tais como:

- a) Defensoria Pública, principalmente para assistência jurídica e suporte no acesso à medicação de alto custo e outros;
- b) Se residente no município: CRAS e CREAS para eventuais benefícios assistenciais e/ou acompanhamento de acordo com as vulnerabilidades apresentadas;
- c) Se pessoa em situação de rua: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) para eventuais benefícios assistenciais e/ou acompanhamento;
- d) Centro de Cidadania LGBTI, entre outros. (ver Intersetorialidade)

6.7.4. Equipe multi/interdisciplinar

Profissionais do Serviço Social devem compor as equipes multi/interdisciplinares, contribuindo em sua área do conhecimento e especificidades para a defesa de promoção e garantia de direitos, sob a perspectiva da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, garantindo o cumprimento do direito e dever do sigilo profissional no que diz respeito ao compartilhamento de informações, seja verbal ou por escrito, em reuniões, discussão/estudo de caso, na emissão de documentos e preenchimento de sistemas informatizados, mantendo a socialização de informações somente do que for estritamente necessário para o trabalho em equipe.

6.7.5. Autodesenvolvimento

As profissionais precisam buscar constantemente aperfeiçoamento profissional, considerando os avanços do movimento LGBTI no acesso e defesa de seus direitos sociais e humanos, bem como no acesso a programas, serviços e benefícios sociais; certificar-se e acompanhar eventuais atualizações de leis, políticas, benefícios, programas assistenciais de defesa da população LGBTI.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.8. Assistência farmacêutica

A farmácia pode ser a etapa final na linha de cuidado das pessoas durante sua visita ao serviço, uma vez que após atendimento médico, pode ocorrer a dispensação dos hormônios (e/ou demais medicamentos prescritos) e a partir de então, no caso de estrógenos e/ou antiandrogênicos, a pessoa segue a farmacoterapia de forma autônoma, até que ocorra o próximo contato com as profissionais da equipe, que poderão esclarecer suas dúvidas ou modificar a conduta, conforme avaliação de cada caso.

A dispensação não é apenas o ato de aviar a prescrição, pois é nesse momento que se pode orientar a pessoa sobre o uso correto, seguro e racional de medicamentos, dando ênfase à dosagem, possíveis interações (com medicamentos, álcool e outras substâncias psicoativas e/ou alimentos), reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos.⁶¹ A equipe da farmácia da unidade deve estar sempre à disposição para auxiliar nas demandas individuais trazidas pelas pessoas atendidas diariamente, realizando um atendimento personalizado sempre que necessário.

Conforme estabelecido pela [Portaria nº 1.918/2016](#), que “institui os cuidado farmacêutico no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde”, o Cuidado Farmacêutico é ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços clínicos farmacêuticos e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

Além da dispensação dos hormônios, estão envolvidos diversos procedimentos, previstos na legislação, que visam o controle dos medicamentos preconizados pelo programa. A seguir, são apresentados alguns procedimentos a serem seguidos pelas equipes de farmácia, que visam facilitar e organizar os fluxos internos dos serviços.

6.8.1. Nome social (SIGA x GSS)

O sistema GSS (Gestão de Sistemas de Saúde) tem por objetivo fazer o Controle de Estoques de Materiais dos estabelecimentos e serviços da SMS-SP de forma informatizada, incluindo a dispensação dos medicamentos exclusivos para a hormonização de pessoas transexuais e travestis, descritos no [Quadro 3 – Medicamentos de dispensação exclusiva para receitas de prescritoras](#)

autorizadas no município de São Paulo', que são comprados pela SMS-SP e estão disponíveis para essa população através dos serviços que constituem a rede de cuidados municipal.

Quadro 3 – Medicamentos de dispensação exclusiva para receitas de prescritoras autorizadas no município de São Paulo

Classe farmacêutica	Denominação	Forma farmacêutica	Apresentação
Estrógeno	estradiol, valerato	comprimido	2 mg
Andrógeno	testosterona undecilato	solução injetável 250 mg/ml	ampola 4 mL
Antiandrógeno	ciproterona	comprimido	50 mg

Fonte: [REMUME SMS-SP](#).

O sistema GSS não atualiza os dados de nome social que são alterados no SIGA, em que a pessoa pode já ter o nome social registrado (ver [Nome social](#)). Cabe à equipe da farmácia identificar esses casos e realizar a retificação diretamente no sistema GSS, mediante apresentação do cartão do SUS já editado com o nome pelo qual a pessoa prefere ser chamada. Nesses casos, a pessoa não deve ser chamada pelo seu nome de registro (com o qual ela não se identifica).

Sobretudo, a falta do nome social no sistema e/ou divergência do cartão do SUS retificado com o sistema GSS, não impede que a paciente retire qualquer medicamento solicitado.

6.8.2. Dispensação de estrógeno e antiandrógeno

Estradiol valerato (2 mg, em comprimido) e ciproterona (50 mg, em comprimido) são os medicamentos disponíveis na Rede Municipal atualmente, de acordo com a [Portaria nº 2.190/2015](#). Para atendimento das receitas pelas farmácias referenciadas para o fornecimento da hormonização na rede municipal, são necessárias as seguintes exigências, conforme [Portaria nº 82/2015](#):

- Conter identificação do Serviço de Saúde com nome, endereço e telefone.
- Ser individual, escrita em caligrafia legível, à tinta ou digitada, sem rasuras e/ou emendas; observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a forma farmacêutica, a concentração, a dose, o modo de uso (via de administração e intervalo) e a duração do tratamento.
- Conter o nome completo da pessoa atendida (deve ser o nome social, ou o de preferência da pessoa, caso ela não tenha realizado a retificação de prenome nos documentos de registro).
- Conter a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a denominação genérica do medicamento sendo vedado o uso de abreviaturas ou códigos.
- Os dizeres “uso contínuo” validam a prescrição por seis meses. Caso contrário, a prescrição é válida por 30 dias a partir da data de emissão.

- Conter a data de sua emissão e identificação da prescritora (carimbo ou nome completo e CRM legíveis e assinatura), que deve estar cadastrada como prescritora de hormonização na unidade de saúde ou coordenadoria de saúde em que atua.
- A prescrição deve ser legível, sem rasuras ou emendas e apresentada em uma única via.

Após observação de todas as exigências, a pessoa apresentará, juntamente com a receita, o número do cartão do SUS, que será registrado no sistema GSS para dispensação e controle dos medicamentos prescritos.

Nos casos de prescrição de uso contínuo, a quantidade dispensada deverá ser suficiente para 30 dias de seguimento ou a quantidade mais próxima possível, orientando a pessoa sobre a data para a próxima retirada com a mesma receita. A receita será utilizada mensalmente para retirada do medicamento, até que se esgote o prazo de validade da mesma.

No ato da dispensação devem ser registrados na prescrição:

1. Identificação da Unidade Dispensadora.
2. Data da dispensação.
3. Quantidade aviada de cada medicamento.
4. Nome legível da pessoa dispensadora.

Por regulamentação, não é permitida a dispensação de medicações diretamente para pessoas menores de 14 anos, exceto em situações previstas na [Portaria nº 82/2015](#).

Somente prescrições provenientes dos serviços municipais de saúde do SUS (do Município de São Paulo) poderão ser aviadas, conforme [Portaria nº. 2.190/2015](#).

Só serão dispensadas medicações receitadas por médicas autorizadas como prescritoras de hormonização naquela região. O processo de autorização como prescritora é organizado dentro de cada Supervisão de Saúde Distrital ou de cada Coordenação Regional de Saúde.

6.8.3. Dispensação de andrógeno

Testosterona undecanoato ou undecilato (250 mg/mL, em solução injetável) é o medicamento disponível na Rede Municipal atualmente, de acordo com a [Portaria nº. 2.190/2015](#). Testosterona é medicamento de controle especial, pertencente à lista C5 da [Portaria nº 344/98](#), atualizada pela [Resolução RDC nº 98, de 20/11/2000](#). Para atendimento das receitas nas farmácias referenciadas para o fornecimento da hormonização na rede municipal, são exigidas as seguintes informações ([Lei nº 9.965, de 27/04/2000](#)):

- Identificação da emitente: contendo o nome e endereço da unidade;

- Identificação do usuário: nome (deve ser o nome social, ou o de preferência da pessoa, caso não tenha realizado a retificação de prenome nos documentos de registro) e endereço completo;
- Nome da Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia;
- Identificação da prescritora (carimbo ou nome completo e CRM legíveis e assinatura), que deve estar cadastrada como prescritora de harmonização na unidade de saúde ou coordenadoria de saúde em que atua;
- Número do Cadastro da Pessoa Física (CPF) da prescritora;
- Código da CID;
- Data de sua emissão,
- A prescrição deve ser legível, sem rasuras ou emendas e apresentada em duas vias.

Além do preenchimento pela farmácia do campo “Identificação do paciente ou responsável”, no ato da dispensação devem ser registrados também na via da pessoa usuária:

1. Identificação da Unidade Dispensadora.
2. Data da dispensação.
3. Quantidade aviada de cada medicamento.
4. Nome legível da pessoa dispensadora.

Registrar na primeira via, que deve ser retida na farmácia:

1. Data da dispensação.
2. Quantidade aviada de cada medicamento, com o respectivo lote e validade.
3. Nome legível da pessoa dispensadora.

Após observação de todas as exigências, a pessoa apresentará, juntamente com a receita, documento de identificação com foto, e o número do cartão do SUS, que será registrado no sistema GSS para dispensação e controle dos medicamentos prescritos.

É importante salientar que a apresentação de documento oficial com foto é obrigatória por lei para medicamentos da [Portaria nº 344/1998](#), porém a retificação legal do prenome no documento de identidade não é pré-requisito para retirada do medicamento, portanto o uso do nome social não configura impedimento para a retirada do medicamento.

A receita tem validade de 30 dias a partir da data de emissão, conforme [Portaria nº 344/1998](#).

Esse medicamento é retirado pela equipe de enfermagem na farmácia da unidade para administração do mesmo na sala de medicação.

Não é permitido o atendimento de receitas para menores de 18 anos até o momento, porém a [resolução CFM nº 2.265/2019](#), reconhece a possibilidade de prescrição para adolescentes a partir de 16 anos.²³

Todos os procedimentos que envolvem o controle de estoque, guarda e dispensação da testosterona, exigem a presença da farmacêutica responsável, conforme [Portaria nº 344/1998](#).

Só serão dispensadas medicações prescritas por médicas autorizadas como prescritoras de hormonização naquela região. O processo de autorização como prescritora é organizado dentro de cada Supervisão de Saúde Distrital ou de cada Coordenação Regional de Saúde.

6.8.4. Acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas em hormonização ocorre de acordo com a disponibilidade desse tipo de atendimento em cada unidade e corresponde a um acompanhamento longitudinal por parte da farmacêutica e da equipe de saúde, a fim de avaliar e acompanhar a evolução das metas do plano de cuidado proposto.

É necessário que os serviços de referência organizem a oferta do acompanhamento farmacoterapêutico, com o intuito de identificar problemas relacionados à farmacoterapia, como interações medicamentosas, eventos adversos, posologias inadequadas, dentre outros; possibilitando a realização de intervenções que melhorem a farmacoterapia e a qualidade de vida das pessoas usuárias. Além disso, o acompanhamento individual e personalizado permite a prática da educação em saúde e a criação de vínculo entre pessoas atendidas e profissionais de saúde.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no '[Quadro 4](#) – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.9. Assistência laboratorial

Os exames colhidos nas UBS devem ser registrados exclusivamente com o nome social, caso a pessoa atendida o possua (ver Nome social e Cadastro e Identificação), associado ao seu número do Cartão Nacional do SUS (que não se altera com o nome social). Caso a pessoa tenha realizado retificação de seus registros, e por consequência do prenome e/ou do campo “sexo” cadastrados na UBS, esses dados devem ser adotados na solicitação do exame.

Os laboratórios responsáveis pela análise dos materiais entregarão os exames com o nome e gênero referidos na solicitação. Os valores de referência divulgados manterão o padrão nacional (com valores diferentes por “sexo” descritos junto ao resultado) e caberá à profissional de saúde, que interpreta os resultados, analisar quais valores devem ser adotados em cada caso.

6.10. Fonoaudiologia

A voz é uma das ferramentas primárias que o ser humano dispõe para interagir com a sociedade e, por esse meio, também podem ser expressos traços de personalidade, bem como sentimentos e emoções.⁶²

Profissionais de fonoaudiologia devem considerar a perspectiva de uma produção vocal saudável e uma comunicação global eficiente. A pluralidade da voz é trazida por uma ação multidisciplinar, onde diferentes profissionais podem contribuir na construção de uma nova imagem vocal para essa população.

A terapia de voz, ou treinamento vocal, refere-se a qualquer técnica não-cirúrgica utilizada para melhorar ou modificar a voz humana.⁶³ Pessoas transexuais e travestis podem desejar a terapia vocal como parte do processo de afirmação de gênero, a fim de fazer suas vozes soarem mais condizentes com o gênero de identificação e reconhecimento social dentro dos padrões atribuídos ao mesmo.⁶⁴

Dentre os aspectos trabalhados na comunicação de pessoas transexuais e travestis, estão incluídos: timbre, entonação, intensidade vocal, fadiga, ressonância, qualidade vocal, articulação, velocidade de fala, linguagem e comunicação não verbal.

É possível realizar atendimento individual e/ou em grupo nas unidades referenciadas. O acolhimento será agendado e poderá ser feito individual ou grupalmente, de modo a realizar escuta qualificada em relação às demandas de interferência da comunicação oral na percepção de identidade de gênero.

A avaliação deverá ser realizada por fonoaudióloga, que poderá sugerir terapia para auxiliar nas mudanças de voz para adequação à identidade de gênero. O atendimento usualmente se dá de forma semanal por um período aproximado de três a seis meses, podendo ser estendido por até um ano, ou sofrer intervalos na frequência das sessões cada vez maiores, conforme a evolução de cada caso. No entanto, os homens trans e pessoas transmasculinas, geralmente, ficam satisfeitos com a gravidade da voz resultante do uso da testosterona.

Havendo suspeita de alterações vocais não funcionais, ou seja, não decorrentes dos ajustes vocais utilizados, a pessoa deverá ser avaliada por profissionais da área médica e, caso necessário, encaminhada para avaliação otorrinolaringológica na rede de atendimento.

Do mesmo modo, se a estrutura anatômica laríngea não permitir o ajuste vocal desejado, ou se a terapia fonoaudiológica isolada não for suficiente na obtenção dos resultados pretendidos, a pessoa poderá ser encaminhada para serviço onde possa ser realizada a modificação cirúrgica do

arcabouço laríngeo caso exista essa possibilidade (situação mais frequente entre mulheres transexuais e travestis que podem apresentar dificuldade em manter uma emissão aguda confortável).

A cirurgia geralmente é realizada como última alternativa, sendo que, na maioria dos casos, a sua necessidade é irrelevante, haja vista que, com a fonoterapia e intervenção hormonal, os resultados podem ser significativos e satisfatórios para as pessoas atendidas.

Nota: O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde, podem ser verificadas no 'Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade'.

6.11. Consulta médica

Pode ser realizada por profissional da categoria médica de diversas áreas: médica de família e comunidade (MFC), clínica geral, médica generalista ou do “Programa Mais Médicos”, ou mesmo de especialidades focais como endocrinologia, ginecologia, urologia, etc. O atendimento deve considerar demandas gerais e específicas.

Na anamnese e no exame físico devem ser investigadas as questões gerais e também as relacionadas a transexualidade/travestilidade, caso a pessoa tenha interesse nessa abordagem. A solicitação e avaliação de exames deve seguir a lógica clínica, se houver indicações e de acordo com a necessidade observada, como rastreamentos e avaliação de riscos.

Devido às possíveis vulnerabilidades vivenciadas, cabe oferta de avaliação em saúde mental durante a consulta e/ou encaminhamento para agendar com a psicóloga (ver [Saúde mental e Psicologia](#)). Os cuidados em saúde mental são responsabilidade de todas as profissionais de saúde e não precisam ser realizados exclusivamente por psiquiatras e psicólogas. A presença de problemas de saúde mental, *a priori*, não exclui o apoio às transformações corporais desejadas ou às mudanças no papel de gênero vivido, mas todas as questões devem ser acompanhadas conjuntamente, visando o bem estar geral, além de estabilidade emocional, preservação da capacidade cognitiva e da autonomia.

A pessoa deve ser atendida integralmente pela UBS e muitas das ações desenvolvidas por profissionais médicas no cuidado das pessoas transexuais e travestis são compartilhadas e podem ser desenvolvidas por outros membros da equipe. As especificidades médicas se encontram principalmente na prescrição de hormônios e na avaliação das condições relacionadas à hormonização (ver [Transformações corporais por meio de hormonização](#)), assim como diagnósticos clínicos e encaminhamentos pertinentes.

Um relatório médico direcionado aos serviços de Atenção Especializada será necessário, caso a pessoa opte pela realização de cirurgias (ver ‘[Quadro 5 – Recomendação de informações a serem descritas na ficha de referência e contrarreferência](#)’). Esse documento deve ser elaborado, preferencialmente, em conjunto com demais profissionais que acompanham a pessoa na UBS (enfermeira, psicóloga, fonoaudióloga etc.). As ações que envolvem transformações corporais são detalhadas no próximo capítulo. (ver [Transformações corporais](#))

Pessoas e crianças Intersexo não necessariamente são pessoas transexuais ou travestis, mas merecem atenção especial em relação ao risco de patologização de seus corpos e cabem ações de cuidado específicas. Casos de genitália atípica devem ser notificados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), no qual há campo relativo às anomalias congênitas (campo número 34), para gerar indicadores estatísticos e incentivar políticas públicas.

O cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. Veja, no quadro a seguir, ações importantes e que devem compor o cotidiano de médicas que atuam em UBS:

Quadro 4 – Ações necessárias para oferecer cuidados em relação à sexualidade

10 ações importantes e que devem fazer parte do trabalho de médicas de família e comunidade e outras profissionais da Atenção Primária à Saúde
1. Não assuma que você sabe ou que consegue descobrir a orientação sexual, a identidade de gênero ou o desejo reprodutivo de uma pessoa. Pergunte sempre! Isso não é ofensivo e pode disparar uma boa conversa sobre preconceitos mesmo com quem não é LGBTI.
2. Durante uma consulta, ao abordar sexualidade, IST, reprodução e anticoncepção, pergunte sobre as práticas sexuais da pessoa. Mesmo para casais formados por mulher e homem cisgênero, existem outras formas de transar além da penetração vaginal por um pênis. Saiba oferecer prevenção de IST direcionada a todas as práticas sexuais.
3. Pergunte sobre os termos que cada pessoa acredita definir sua identidade de gênero, sua orientação afetivo-sexual, suas relações, seus comportamentos, suas práticas sexuais e seus grupos de convivência. Peça permissão para utilizar os mesmos termos, pois algumas expressões conhecidamente ofensivas podem ser utilizadas exclusivamente por alguns grupos como forma de enfrentar preconceitos e afirmar sua existência.
4. Garanta atendimento privativo e com sigilo das informações, mesmo em relação a demais membros da equipe (principalmente aqueles que não realizam consulta). O medo de violência pela família ou pela comunidade pode ser um motivo para a pessoa não conversar com profissionais.
5. A exclusão social e a violência são importantes causas diretas e indiretas de adoecimento de pessoas LGBTI e, geralmente, são causas ignoradas e/ou negligenciadas por profissionais. O risco aumenta quando outras opressões somam-se à LGBTIfobia, como machismo, racismo, etarismo, discriminações de classe socioeconômica e de formação familiar. Aborde e considere essas situações ao investigar um problema e ao propor uma estratégia de cuidado. Preencha os campos destinados à orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência.
6. A equipe deve oferecer ativamente o uso do nome social, no momento do cadastramento no serviço de saúde. O nome social deve ser utilizado sempre, por toda a equipe de profissionais e em todos os documentos do serviço.
7. Aprenda a acompanhar (e, no caso de profissionais da medicina, também a prescrever) a hormonização de pessoas transexuais e travestis que desejem transformações corporais. Além de ser uma necessidade para muitas dessas pessoas, o risco biológico do uso de hormônios está relacionado principalmente à automedicação com substâncias inadequadas e que costumam ser utilizadas de maneira errada.
8. Organize um ambiente de trabalho que acolha as diferenças e que possa enfrentar as violências sofridas pelas pessoas atendidas e por profissionais dentro do serviço de saúde, através de discussões nas reuniões de equipe, educação continuada e permanente, formação de núcleos de prevenção à violência, ouvidoria efetiva, espaço aberto e seguro para escuta ou outras estratégias. A violência institucional é uma realidade que não pode ser ignorada.
9. Conheça ou forme uma rede intersetorial para garantir acolhimento, atendimento e direitos para as pessoas LGBTI no território que você atende. Informe-se dos direitos garantidos pelo seu município ou estado.
10. Converse sobre as percepções de gênero e aborde as expectativas de cada família para suas crianças. Mulheres e homens heterossexuais cisgênero também estão sujeitos a violências e adoecimentos por consequência dos papéis sociais e dos estereótipos de gênero, transmitidos cultural e historicamente.

Fonte: Adaptação de [publicação do Grupo de Trabalho em Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos](#), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2018)

6.12. Setor de regulação da Unidade Básica de Saúde

As Coordenadorias Regionais de Saúde devem organizar os serviços de seu território que realizarão a harmonização, que pode ser ofertada na própria UBS responsável pelo território de moradia da pessoa atendida, em uma [UBS de referência regional](#) ou em um ambulatório do serviço secundário ou terciário (Ambulatório de Especialidade, Rede Hora Certa ou Hospital). Os serviços disponíveis para harmonização no município de São Paulo podem ser consultados [on-line](#).

As vagas para o acesso à harmonização devem estar na Agenda Regulada do Sistema SIGA Saúde. Para garantir as vagas específicas na agenda da médica, pode-se utilizar o código CID-10: F 64.0 (que em 2022 será substituído, quando a CID-11 entrar em vigor).

O setor de regulação do serviço de saúde da atenção básica ou especializada deve receber o encaminhamento de referência e contrarreferência da médica solicitante, que deve conter resumo clínico e, preferencialmente, as demais informações descritas no '[Quadro 5](#) – Recomendação de informações a serem descritas na ficha de referência e contrarreferência'. Deve-se adotar o seguinte procedimento:

- Buscar vaga na Especialidade Harmonização - Procedimento 0301010072 (Consulta médica em atenção especializada).
- Agendar a consulta com uma das categorias médicas cadastradas no sistema e que podem realizar ou solicitar a harmonização: CBO 225125 (Médica clínica); CBO 225170 (Médica generalista); CBO 225285 (Médica urologista); CBO 225155 (Médica endocrinologista e metabologia); CBO 225250 (Médica ginecologista e obstetra)
- Avisar a pessoa usuária sobre o agendamento, pois essa responsabilidade é da Unidade Básica de Saúde solicitante.

É importante que os serviços de saúde tenham acesso a este protocolo, a fim de direcionar as práticas profissionais, embasar as tomadas de decisões e reduzir as iniquidades em saúde.

7. Transformações corporais



Arte: Lune Carvalho de Freitas

Pessoas transexuais e travestis podem ter ou não ter interesse em transformar partes do seu corpo, visando conforto com a sua imagem corporal, reconhecimento social dentro dos padrões atribuídos ao gênero com o qual se identifica ou até mesmo menor exposição à violência LGBTIfóbica. Quaisquer que sejam as motivações de uma pessoa transexual ou travesti para transformações corporais, é importante que profissionais de saúde legitimem essa demanda e ofereçam acompanhamento.

É necessário oferecer espaço de diálogo sobre os desejos de transformação corporal e suas possibilidades dentro de uma perspectiva realística, para que a pessoa possa decidir conscientemente, considerando inclusive a irreversibilidade e riscos de algumas das técnicas.

A seguir, serão abordadas as transformações corporais mais conhecidas e utilizadas pelas pessoas transexuais e travestis.

7.1. Transformações corporais transitórias

7.1.1. Ocultação das mamas

O uso de compressão elástica específica (*binder*), enfaixamento ou esparadrapagem das mamas são técnicas comumente utilizadas para gerar a diminuição temporária do volume mamário. Não há evidência de câncer de mama associado à prática, porém deve-se tomar cuidado com a formação de lesões na pele, desconforto respiratório por compressão torácica e dores musculares por compressão, má ergonomia ou atrofia muscular.

Alterações posturais também são frequentemente adotadas com esse intuito, como a projeção anterior dos ombros e hipercifose torácica. Essa prática pode causar dores musculares.

7.1.2. Ocultação de pênis e testículos

Habitualmente, realiza-se a tração do pênis posteriormente, junto ao saco escrotal, acompanhada ou não de roupa íntima compressiva ou esparadrapagem (ato conhecido como “*aquendar*”). 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.

Alterações posturais, como hiperlordose, são comuns em pessoas que se incomodam em expor o volume genital.

7.1.3. Próteses externas

Sutiãs de silicone em formato de mamas, roupas íntimas com enchimento em silicone ou tecidos, balões preenchidos por gel, diversas camadas de roupas ou cintas modeladoras são algumas estratégias que modificam a silhueta localmente e temporariamente, mas podem trazer conforto com a aparência.

Packer é uma prótese 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). O uso rotineiro de *packer* pode levar a condições que propiciam dermatite por contato com urina, candidíase vulvar ou lesões por atrito. Ele pode ser mantido junto ao corpo através de cintas ou de roupa íntima, mas algumas pessoas aderem o *packer* ao corpo com produtos adesivos ou colas (como as direcionadas para colar cílios ou unhas), o que também pode acarretar lesões e outros problemas dermatológicos.

Prolongador de clitóris é uma prótese de silicone, normalmente com formato de pênis, que adere ao clitóris hipertrofiado através de pequeno vácuo. Além de ter fins estéticos, também pode ser utilizado para penetração. Não é seguro para ser utilizado por muitos minutos sob o risco teórico de hipoperfusão local, hematoma e edema.

7.2. Transformações corporais independentes de serviços de saúde

Algumas estratégias são utilizadas deliberadamente por pessoas transexuais e travestis, de maneira exclusiva ou associada a outras técnicas disponíveis:

- Hipertrofia muscular de regiões específicas através de exercícios físicos (glúteos, coxas, peitoral, bíceps, trapézio etc.);
- Ganho ou perda de gordura corporal para ocultar ou destacar características reconhecidas como marcadoras de gênero (como contorno da mandíbula, largura de ombros e quadris, volume pubiano etc.);
- Minoxidil 5%: solução tópica aplicada, 1 ou 2 vezes ao dia (preferencialmente com massagem local e antes de dormir), nas regiões em que pretende-se aumentar pilificação;
- Depilação temporária ou definitiva;
- Tratamentos cosméticos, visando transformar linhas de expressão ou alterar a textura da pele, também possuem potencial de atender a demandas específicas;
- Uso de **Pump**: uma bomba de sucção que pode ser comprada, mas também costuma ser artesanalmente construída cortando-se a região distal de uma seringa calibrosa e utilizando-se o êmbolo para produzir vácuo. É utilizada no clitóris com a intenção de aumentar seu volume através da sucção (que gera congestão local e edema) e hipertrofiá-lo com seu uso rotineiro (embora não existam evidências de transformações permanentes geradas com seu uso). Sua utilização frequentemente gera dor, lesões, equimoses e sangramentos locais e não deve ser recomendada.

7.3. Transformações da expressão de gênero com alterações posturais

A depender de objetivos individuais e da percepção de cada pessoa sobre quais são as características masculinas / femininas da postura corporal, são possibilidades:

- Observação postural;
- Treinamento ergonômico;
- Treinamento funcional.

7.4. Transformações da expressão de gênero com alterações da voz

Terapias da voz e de comunicação podem ser utilizadas como estratégia para desenvolvimento de habilidades de comunicação, verbais e não verbais, relacionadas à percepção de gênero. (ver [Fonoaudiologia](#))

7.5. Transformações corporais cirúrgicas

O “Processo Transexualizador no SUS” dispõe que pessoas transexuais e travestis, a partir de 21 anos de idade, possam ser encaminhadas para cirurgias de transformações corporais, se assim desejarem, após tempo mínimo de dois anos de acompanhamento multiprofissional.²² A atual resolução CFM nº 2.265/2019, reconhece a possibilidade de realização de cirurgia a partir de 18 anos de idade, após um tempo mínimo de 1 ano de acompanhamento por equipe multiprofissional.²³

Os serviços de cirurgia que realizam esses procedimentos solicitam relatórios clínicos que comprovem o acompanhamento. (ver Consulta médica)

7.5.1. Procedimentos cirúrgicos

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

- Redesignação genital em mulheres transexuais e travestis: Orquiectomia com amputação do pênis, neocolpoplastia e cirurgias complementares (reconstrução da neovagina, meatotomia, meatoplastia, correção dos lábios vulvares, correção de clitóris, tratamento de deiscências e fistulectomia);
- Redesignação genital em homens trans – em caráter experimental:⁶⁵ vaginectomia, neofaloplastia, implante de próteses penianas e testiculares e clitoroplastia. Apesar de essas cirurgias ainda serem realizadas somente sob protocolos de pesquisa no Brasil, alguns serviços podem oferecer procedimentos específicos que não contemplem transformações completas da genitália, como metoidioplastia;
- Mamoplastia masculinizadora: ressecção de mamas, reposicionamento do complexo aréolo mamilar para homens trans;
- Histerectomia com anexectomia e colpectomia: ressecção de útero e ovários para homens trans;
- Plástica mamária bilateral: próteses mamárias de silicone para mulheres transexuais e travestis;
- Tireoplastia: redução da cartilagem tireóide (saliência conhecida como “Pomo de Adão”, ou “gogó”) e/ou alongamento das cordas vocais com vistas à feminização da voz, para mulheres transexuais e travestis.

Além dessas intervenções oferecidas pelo SUS, existem outras cirurgias plásticas e procedimentos estéticos disponíveis somente em serviços particulares:

- “Feminização facial” (modificação do contorno facial com redução de proeminências ósseas de mandíbula/maxila/mento, enxerto ou extração de gordura subcutânea, alteração da arcada dentária, diminuição do lábio superior, rinoplastia, frontoplastia etc.);
- Implante capilar;
- Lipoaspiração corporal;
- Próteses de silicone ou enxerto de gordura em regiões específicas (quadril, coxa, tórax, mento etc.).

7.5.2. Cuidados pré-cirúrgicos

Além de compensação do quadro clínico dos problemas de saúde pré-existentes e da avaliação padrão de risco cirúrgico, é prudente atentar a situações que podem impactar na segurança da pessoa e no resultado final pretendido. Algumas questões mais frequentes são listadas a seguir, de acordo com a cirurgia planejada:

- Qualquer cirurgia: compensar quadros clínicos e considerar, junto à equipe cirúrgica, a necessidade de suspensão de estrógenos e progestágenos, assim como a suspensão do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, 2 a 4 semanas antes do procedimento devido a riscos (por exemplo, de trombose venosa profunda).
- Redesignação genital em mulheres transexuais e travestis, com a técnica de inversão peniana ou com enxerto de pele: orientar realização de depilação definitiva na pele a ser utilizada (procedimento que não é oferecido pelo SUS), pois os folículos pilosos podem prejudicar o aspecto final e aumentar o risco de complicações.
- Mamoplastia masculinizadora: um dos critérios para realização da cirurgia, atualmente utilizados pelos serviços cirúrgicos de referência do Município de São Paulo, é o Índice de Massa Corporal (IMC) menor ou igual a 27. Portanto, cabe diálogo com a equipe cirúrgica quanto a esse critério, para considerar realizar abordagem de peso corporal e possibilidade de cuidados nutricionais.
- Redesignação genital em homens trans: as cirurgias de metoidioplastia e de faloplastia costumam depender de hipertrofia de clitóris prévia, obtida com uso de andrógenos.

7.5.3. Cuidados pós-cirúrgicos

Para oferecer cuidado pós-cirúrgico, é importante compreender os princípios dos procedimentos realizados. As técnicas cirúrgicas a serem utilizadas dependem do protocolo institucional, do treinamento da equipe cirúrgica, da disponibilidade de recursos no serviço e da viabilidade dos tecidos a serem utilizados. A seguir, estão descritas as técnicas mais frequentemente utilizadas nas cirurgias genitais, suas complicações e alguns cuidados específicos.

- **Vulvoplastia:** a (neo)vulva é construída com tecidos do pênis e do testículo, com encurtamento e reposicionamento da uretra. Na vulvoplastia isolada não há criação de canal vaginal, embora possa ser estruturada uma depressão rasa no local. Diferentes porções da glândula podem ser utilizadas para construção de clitóris e/ou localizada no fundo de saco vaginal e os corpos cavernosos podem ser posicionados para formar os lábios, mas em alguns casos esses tecidos são removidos. A orquiectomia é realizada em quase todos os casos, o que reduz bruscamente a produção de testosterona e torna desnecessário o uso de antiandrógenos, porém é recomendado o uso de hormônio esteroide para manutenção do metabolismo ósseo.
- **Vaginoplastia:** a maior diferença entre as diferentes técnicas é o tecido utilizado para revestir o canal vaginal criado na pelve. Após a cirurgia são mantidos drenos, sonda uretral e molde vaginal, que tende a ser substituído por dilatadores vaginais com aumento progressivo de seus tamanhos para manter e aumentar a forma, a profundidade e a largura da vagina. O uso de dilatador varia de acordo com a técnica cirúrgica utilizada, mas costuma ser recomendado com uso de lubrificante várias vezes por dia inicialmente e, após a estabilização, pode ser desnecessário ou ser utilizado apenas algumas vezes por semana. A higiene, o repouso pós-cirúrgico e o uso de dilatadores devem ser orientados e acompanhados pela equipe cirúrgica. Após a estabilização da (neo)vagina, as consultas de acompanhamento podem ser anuais e devem incluir investigação de dispareunia, sangramento, corrimento e sintomas urinários. Dor ou dificuldade de progressão da penetração vaginal podem significar fissuras, estreitamentos, estenoses ou prolapso. Sinais de infecções urinárias, da pele, da mucosa ou IST precisam ser avaliados. Sangramentos e corrimentos devem ser investigados com exame físico pélvico completo, pois além de hematoma pós-cirúrgico, necrose de enxerto, deiscências e tecido de granulação, podem ser sinais de lesão por trauma, fístula, infecção ou neoplasia. O anuscópio pode ser mais apropriado para o exame das paredes da (neo)vagina do que o espéculo vaginal tradicional. Caso seja necessário avaliar a próstata, pode-se palpá-la também posteriormente à (neo)vagina, através de toque vaginal.^{66,67}
- **Vaginoplastia com inversão peniana** é a técnica mais realizada, em que a pele da haste peniana e do saco escrotal passa a revestir a (neo)vagina, mas pode-se somar também um segmento da uretra retificado para criar autolubrificação vaginal. Por não possuir mucosa ou pH reduzido, recomenda-se higiene interna com água e sabonete

em duchas vaginais, diariamente nos primeiros meses e duas a três vezes por semana quando as dilatações deixam de ser necessárias frequentemente. A flora da (neo)vagina é aquela esperada para a pele utilizada somada a algumas espécies da flora vaginal habitual, porém sem cândida e com raros lactobacilos, sendo pouco frequente a ocorrência de vaginose bacteriana ou candidíase. Desequilíbrios da flora podem ser cuidados com a substituição das duchas por uma solução de vinagre ou iodo a 25% em água, durante 2 ou 3 dias. Em caso de persistência de corrimento e odor, é razoável utilizar empiricamente metronidazol vaginal por 5 dias. As causas da maioria dos corrimentos e odores são: secreção sebácea, descamação epitelial, lubrificante ou sêmen retido (após prática de penetração peniana). Caso o odor seja persistente, deve-se investigar outras causas.³⁷

- **Vaginoplastia intestinal** é uma técnica útil quando não há pele peniana suficiente para inversão ou quando é necessária reabordagem cirúrgica. Um segmento de 15 a 20 cm do íleo ou do colo sigmoide revestem o canal vaginal. A vagina construída tende a necessitar de menos dilatação do que na técnica de inversão peniana e torna-se autolubrificável pela produção de muco intestinal, embora possa ocorrer corrimento intenso. Avaliações endoscópicas podem ser úteis para incrementar a investigação de lesões e corrimentos que, além das causas descritas anteriormente, também podem significar pólipos intestinais ou colite inflamatória.
- **Vaginoplastia com enxerto de pele, de mucosa oral ou com peritônio** são técnicas pouco utilizadas. O enxerto de pele pode ser utilizado isoladamente, ao mesmo tempo que a inversão peniana ou em reabordagem cirúrgica com o objetivo de aumentar a largura e a profundidade da vagina. A mucosa oral e o peritônio dissecado de bexiga ou reto são utilizados principalmente para reabordagem cirúrgica e geram umidade natural no canal vaginal.^{66,67}
- **Ooforectomia:** associada ou não à histerectomia e salpingectomia, é desejada por algumas pessoas transmasculinas com o objetivo de cessar a produção de hormônios ovarianos e utilizar menores doses de testosterona. Após gonadectomia, o uso de um hormônio esteroide é importante para manutenção da massa óssea.
- **Histerectomia:** os cuidados pós-cirúrgicos para homens trans e pessoas transmasculinas que escolheram retirar o útero por quaisquer motivos (por exemplo: cessação definitiva de menstruação) não são diferentes dos empregados habitualmente.
- **Metoidioplastia:** são utilizados somente os tecidos subjacentes para recobrir o clitóris (frequentemente já hipertrofiado por estímulo hormonal), que tem seus ligamentos dissecados durante o procedimento para se projetar e formar um (neo)pênis. A técnica completa inclui também alongar a uretra com enxerto de mucosa (vaginal ou oral) até a extremidade do (neo)falo,

vaginectomia e/ou escrotoplastia com prótese testicular. A sensibilidade tátil e erógena é mantida no (neo)falo e, em alguns casos, seu tamanho é suficiente para a prática sexual de penetração. O uso de *pump* é recomendado em algumas situações, durante alguns meses após o procedimento, para evitar a retração do (neo)falo. As complicações mais comuns são problemas uretrais, como estenose e fístula, além de dificuldade urinária devido ao cateter ou *stent* uretral mantidos temporariamente após a cirurgia. Gotejamento e jato urinário em spray tendem a resolver espontaneamente após reabsorção das suturas internas. É comum a presença de leucócitos e hemácias presentes em exames laboratoriais urinários mesmo muitos meses após a reconstrução uretral, portanto a avaliação de infecção urinária por disúria deve ser realizada com urocultura. O acompanhamento pós-cirúrgico deve ser realizado preferencialmente pela equipe cirúrgica responsável.

- **Faloplastia:** enxerto de pele e músculo, mais frequentemente coletado do antebraço, é utilizado para construção de (neo)pênis com maior comprimento e largura. O tecido clitoriano é mantido na base do (neo)falo e a ereção só acontece com implante erétil. Costumam ser necessárias diversas abordagens cirúrgicas e possui mais riscos de complicações que a metoidioplastia. Devem-se observar secreções em drenos, hematomas, infecções, necrose de enxerto, fístulas, tecidos de granulação, deslocamento ou rejeição de prótese testicular, achatamento da coroa da glândula, cicatrizes hipertróficas e queloides. O acompanhamento pós-cirúrgico é realizado pelo mesmo hospital universitário que realizou a intervenção.^{68,69,70,71}
- **Mamoplastia masculinizadora:** é realizada plástica das mamas com retirada da maioria ou da totalidade do tecido glandular mamário, através de abordagem periareolar ou submamária, e se necessário é retirada também a pele em excesso com reposicionamento ou enxerto dos mamilos. Podem ser mantidos drenos após a alta hospitalar e, além dos cuidados para que a cicatriz tenha boa aparência, é recomendado não tracionar a pele local.⁷²

7.5.4. Fluxo de encaminhamento para cirurgias

Quando a pessoa refere desejo de realizar as cirurgias oferecidas pelo SUS, deve ser orientada a preencher a Ficha de Admissão do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ASITT/CRT/SES) – situado na Rua Santa Cruz, 81. Em São Paulo, esse serviço regula a fila de espera para as cirurgias realizadas em hospitais parceiros, localizados na Grande São Paulo.

A Ficha de Admissão do ASITT pode ser obtida através dos seguintes e-mails: claudete@crt.saude.sp.gov.br; gentil@crt.saude.sp.gov.br; ricardomartins@crt.saude.sp.gov.br e, ao receber a ficha, a pessoa deverá preenchê-la com seus dados e enviá-la de volta, com cópia, para os três endereços de e-mail. Caso a pessoa não tenha acesso a e-mail, a profissional de saúde

do serviço em que a pessoa é atendida deve intermediar a solicitação da ficha, o preenchimento e o envio ao ASITT/CRT/SES.

Para saber quais hospitais e procedimentos cirúrgicos estão disponíveis, deve-se consultar o ASITT/CRT/SES. Informamos que, no momento, os procedimentos cirúrgicos disponíveis nos hospitais parceiros para o encaminhamento ao ASITT são: mamoplastia masculinizadora (para homens trans e pessoas transmasculinas) e cirurgia de redesignação genital (para mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas).

Cirurgias de faloplastia são consideradas experimentais no Brasil⁶⁵ e, por esse motivo, apenas hospitais universitários que realizam pesquisa oferecem o procedimento. Desde 2019, pessoas interessadas em faloplastia que não foram absorvidas em protocolos de pesquisa podem ser incluídas nas filas de espera dos serviços responsáveis através de processo judicial.⁷³

O acompanhamento prévio às cirurgias deve ser ofertado pelas unidades de saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde do município e envolve um acompanhamento por, no mínimo, dois anos pela equipe multiprofissional, de acordo com o “Processo Transsexualizador no SUS”,²² embora o Conselho Federal de Medicina tenha emitido a resolução CFM nº 2.265/2019, reconhecendo a possibilidade desse acompanhamento durar somente um ano.²³ Os serviços que realizam cirurgia necessitarão de um relatório da equipe multiprofissional que realizou esse acompanhamento. (ver Consulta médica)

A UBS, como coordenadora do cuidado, deverá continuar a oferecer acesso aos seus serviços e realizar acompanhamento longitudinal da pessoa atendida, considerando também ações de prevenção a doenças e promoção à saúde. A equipe de Atenção Básica deve reconhecer queixas e outras necessidades em saúde e realizar os cuidados em saúde integral.

7.6. Silicone líquido industrial

Esse material de constituição diversa, que traz em sua composição polímeros químicos e óleos, é produzido para lubrificação, limpeza ou vedação de máquinas, carros e peças de avião e na construção civil para impermeabilização de azulejos, vedação de vidros, entre outras utilidades.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o silicone industrial nunca deve ser utilizado no corpo humano e “a sua aplicação como material para cirurgia plástica e outros procedimentos estéticos é considerada crime contra a saúde pública previsto no Código Penal – exercício ilegal da medicina, curandeirismo e lesão corporal”.²⁸

Entretanto, a aplicação clandestina e insalubre dessa substância, realizada através de injeções nas regiões do corpo a serem transformadas, é uma prática comum entre mulheres transexuais e travestis e costuma ser feita por pessoas chamadas de “bombadeiras”, que muitas vezes são travestis experientes.

Além da dor decorrente do procedimento e do claro risco de infecção, a injeção pode atingir regiões não desejadas, causando trombose, tromboembolismo pulmonar, linfedema, necrose de tecidos e outros problemas em longo prazo. Por não se tratar de uma prótese com cápsula, ao longo do tempo a substância pode migrar entre os tecidos e aderir-se a eles, o que torna bastante difícil as cirurgias para remoção nos procedimentos de redução de danos.

Cabe às profissionais de saúde informar os riscos associados ao seu uso e acompanhar a localização e distribuição do silicone já injetado, com registro e desenhos em prontuário, além de avaliação periódica da necessidade de intervenção.

As regiões com silicone não devem ser perfuradas, portanto não devem ser injetadas medicações em glúteo caso a pessoa tenha preenchido a região com silicone. (ver Administração de medicação intramuscular)

7.7. Transformações corporais por meio de hormonização

O “Processo Transexualizador no SUS” define que pessoas transexuais e travestis podem receber hormonização com objetivo de transformações corporais a partir de 18 anos de idade, se assim desejarem.²² No entanto, a atual resolução CFM nº 2.265/2019, reconhece benefícios e possibilidade do início de hormonização cruzada aos 16 anos de idade.²³ Muitas pessoas já se apresentam ao serviço de saúde usando hormônios, frequentemente inapropriados em relação à sua condição de saúde ou administrados de maneira potencialmente danosa à sua integridade física. Nesses casos, não se deve julgar e sim registrar o tipo de hormônio, buscar compreender a crença da pessoa na forma como usa o hormônio, realizar análise clínica e laboratorial cuidadosa para investigar possíveis danos, alertando sobre os potenciais riscos à saúde quanto ao tipo hormonal, superdosagem empregada e/ou modo incorreto de uso e via de administração.

Quando a pessoa que busca atendimento tem idade inferior à regulamentada, deve-se considerar encaminhamento para serviço específico de atendimento a crianças e adolescentes. Na ausência desse serviço, considera-se a possibilidade de aguardar até a idade estabelecida para decisão sobre o início da hormonização. Em casos específicos, recomenda-se estabelecer cuidados para Redução de Danos, indicando hormônios mais adequados e sob supervisão clínica-multiprofissional, pois é sabido que o uso indiscriminado de hormônios e sem orientação adequada pode ocasionar graves problemas de saúde. Além disso, o acompanhamento por profissionais de saúde nessas situações é importante para qualificar a avaliação clínica integrada e pode ser entendido como uma medida preventiva contra potenciais agravos, como os de interação medicamentosa e desfechos pós-cirúrgicos.²⁵

“Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes e sequelas importantes. (...)”

A automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde dessas pessoas”. (Ministério da Saúde – Brasil, 2010)

Pessoas transexuais e travestis que desejam transformações corporais através de hormonização e que não apresentem contra-indicações clínicas para tanto, poderão ser acompanhadas na própria UBS ou, alternativamente, quando disponível ou quando a equipe de saúde compreenda ser necessária, por serviço de especialidade. Caso opte-se por atendimento em serviço de especialidade, após a avaliação dos exames iniciais gerais deve-se encaminhar a pessoa

para a hormonização através de guia, a ser entregue no setor de regulação da UBS. O encaminhamento deve ser realizado para a especialidade de Endocrinologia com o código F64.0 da CID-10 (“transtornos da identidade sexual”) – esse código CID é provisório até a publicação da CID-11, quando passará a ser representado por “Incongruência de Gênero” (ver Saúde mental). A pessoa atendida deverá levar todos os resultados de exames já realizados e avaliados pela UBS, o encaminhamento impresso de referência/contrarreferência e avaliações realizadas no serviço.

Ao encaminhar para um serviço de especialidade, é importante oferecer todas as informações relevantes sobre o acompanhamento, realizado na UBS, à profissional especialista que atenderá a pessoa. Recomenda-se que as informações descritas no Quadro 5 sejam relatadas na ficha de referência e contrarreferência:

Quadro 5 – Recomendação de informações a serem descritas na ficha de referência e contrarreferência

Informações relevantes ao encaminhar para serviço de especialidade

- Características gerais de identificação da pessoa usuária do serviço;
- Informações da avaliação psicossocial da pessoa, incluindo diagnósticos de problemas de saúde mental, caso existam, e o planejamento terapêutico;
- Tempo de acompanhamento pelo serviço e/ou pela profissional que redige a carta, com informações sobre as abordagens e/ou reavaliações realizadas;
- Descrição de doenças diagnosticadas, assim como seu tratamento e quadro clínico atual;
- Antecedentes pessoais, antecedentes familiares significativos e demais fatores de risco para adoecimento já identificados;
- Exames já realizados;
- Contato profissional e disponibilidade para discussão do caso.

Neste documento são apresentados os hormônios que são seguros para serem utilizados com finalidade de transformações corporais em pessoas que não apresentem contraindicações.

Como algumas transformações corporais são irreversíveis, a pessoa deve ser esclarecida sobre todos os efeitos dos hormônios e seu consentimento deve ser especificamente registrado em prontuário ou, preferencialmente, deve ser oferecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser discutido e assinado em duas vias - uma a ser anexada ao prontuário e outra entregue à pessoa (ver ‘Anexo 2. TCLE para uso de testosterona’ e ‘Anexo 3. TCLE para uso de estrógeno e antiandrógeno’). O TCLE pode ser entregue à pessoa antes da consulta em que pretende-se assiná-lo para iniciar a hormonização, a fim de que ela disponha de tempo para realizar a leitura com tranquilidade e refletir sobre as dúvidas que deseja esclarecer com profissionais de saúde.

As medidas de exame físico das transformações corporais esperadas, como a escala de estágios de Tanner, demais descrições de forma e tamanho de estruturas, diâmetro de porções do corpo, distribuição de pelos e gordura corporal devem ser oferecidas periodicamente em consulta, a fim de assegurar acompanhamento clínico objetivo e com atenção da profissional para as expectativas da pessoa, especialmente se houver expectativas não dimensionadas ou inatingíveis. Recomenda-se muito diálogo sobre as crenças sobre os efeitos esperados dos hormônios e sobre a compreensão do seu mecanismo de ação, pois frequentemente pessoas transexuais e travestis utilizam doses elevadas, com aumento de risco de distúrbios cardiovasculares ou hepáticos, porém sem benefícios diretos para o que se deseja.

Idealmente, a hormonização é iniciada com doses baixas que são gradualmente aumentadas, embora seja comum ser iniciada com doses médias. A adequação das doses utilizadas pode ser considerada a partir das transformações corporais identificadas ou não identificadas, levando-se em conta o tempo esperado para a ocorrência de cada uma delas (ver '[Quadro 7](#) – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos' e '[Quadro 10](#) – Efeitos e tempo esperado dos efeitos ao uso de andrógenos'). O objetivo final é alcançar as transformações corporais desejadas em até 5 anos⁷⁴ e, depois dessa fase de indução, clinicamente recomenda-se a menor dose possível de hormônios para manter as transformações obtidas.

7.7.1. Travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas

7.7.1.1. Estrógenos

- **Efeitos esperados:** Desenvolvimento das glândulas mamárias e redistribuição de gordura corporal. Em doses elevadas os estrógenos também apresentam efeitos antiandrogênicos. (ver Antiandrógenos e 'Quadro 7 – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos')
- **Riscos:** tromboembolismo - principalmente associado aos estrógenos sintéticos contidos em pílulas anticoncepcionais de uso oral, como o etinilestradiol – que não deve ser recomendado, e mais acentuadamente quando associado a progestágenos sintéticos – como o acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona e noretisterona.
- **Contraindicações absolutas:** Doença cardiovascular isquêmica instável, câncer estrógeno-dependente, condições psiquiátricas que limitem a habilidade em oferecer consentimento informado e hipersensibilidade aos componentes da formulação.
- **Contraindicações relativas (a serem avaliadas e cuidadas individualmente):** Doença cardiovascular isquêmica estável, doença cerebrovascular, antecedente pessoal de TVP ou coagulopatia, hipertrigliceridemia, HAS descompensada, DM descompensada, tabagismo, história de distúrbios de coagulação, síndrome metabólica, migrânea grave, refratária ou focal, distúrbio convulsivo, doenças cardíacas, hiperprolactinemia, história de hipertensão intracraniana, disfunção hepática, antecedente familiar de câncer de mama, antecedente pessoal ou familiar de porfiria.^{29,36,37,74,75}

Quadro 6 – Estrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas

Estrógeno	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
17 β Estradiol (ou Estradiol - bioidêntico)	1 a 6 mg ao dia, via oral	4 mg (quando não associado com antiandrógeno) 2 – 4 mg (com uso de antiandrógeno)	Não disponível no SUS	Apesar de documentos de farmacovigilância descreverem dose máxima de 10mg/dia, os efeitos adversos são dose-dependentes e, até o momento, não há relatos da necessidade de prescrição acima de 6 mg/dia pelos ambulatórios já existentes no município de São Paulo.
Valerato de estradiol	1 a 6 mg ao dia, via oral	4 mg (quando não associado com antiandrógeno) 2 – 4 mg (com uso de antiandrógeno)	Disponível em farmácias regionais do Município de São Paulo, somente para prescritoras previamente autorizadas	
Estradiol hemi-hidratado em gel (0,6 mg/g)	1 a 2 doses (régua) de 1,5 mg ao dia, uso tópico 2 a 4 doses (<i>pumps</i>) de 0,75 mg ao dia, uso tópico	2 doses (régua) 4 doses (<i>pumps</i>)	Não disponível no SUS	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 (<i>pumps</i>). Cada medida da régua libera 2,5 g do gel, contendo 1,5 mg de estradiol. A válvula dosadora por pressão libera 1,25 g do gel, o que equivale a 0,75 mg de estradiol hemi-hidratado. Uma medida da régua dosadora equivale a duas pressões (<i>pumps</i>) do tubo com válvula dosadora
17 β -estradiol em gel (0,5 ou 1 mg/sachê)	0,5 mg a 2 mg ao dia, uso tópico	1 mg	Não disponível no SUS	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.
Valerato de estradiol injetável (10mg/mL)	10 mg a cada 4, 2 ou 1 semanas, via intramuscular	20 mg a cada 4 semanas (quando não associado com antiandrógeno)	Não disponível no SUS	Difícilmente disponível comercialmente de forma isolada, porém é possível obter por manipulação farmacêutica. Era comercializado nos EUA e Europa. Está disponível em associação com enantato de noretisterona (Mesigyna®), porém não é habitualmente recomendado pelo risco cardiovascular do progestágeno sintético em associação com o estrógeno nessa formulação
Enantato de estradiol injetável (10 mg/mL)	10 mg a cada 2 ou 1 semanas, via intramuscular	10 mg a cada 2 semanas	Não disponível no SUS	Difícilmente disponível comercialmente de forma isolada, porém é possível obter por manipulação farmacêutica. Disponível e muito comercializado no Brasil e América Latina em associação com progestágeno (acetato de dihydrogesterona ou algestona acetofenida 150 mg) ¹

¹ A hormonização cruzada com Enantato de estradiol 10 mg + algestona acetofenida 150 mg intramuscular (Perlutan®, Pregnanol®, Preg-Less®, Uno-Ciclo® e Dáiva®) parece muito segura e efetiva para feminização e antiandrogenização de mulheres transexuais e travestis.⁷⁶ De acordo com um estudo brasileiro, 82,6% da população das mulheres trans usam a associação de estrógeno com progestágeno.⁷⁷ Essa associação de hormônios foi muito usada como anticoncepcional injetável na Europa, entre a década de 70 e anos 2010, mas foi descontinuado por falha contraceptiva em mulheres cisgênero, ainda que fosse clinicamente segura.⁷⁸

7.7.1.2. Antiandrógenos

Também são conhecidos como “bloqueadores de testosterona”.

- **Efeitos esperados:** Diminuição de pilificação e oleosidade da pele, redução de musculatura e força, redução do tamanho dos testículos, diminuição de libido, diminuição de ereções (voluntárias e involuntárias) e diminuição na quantidade e qualidade de espermatozóides produzidos, assim como diminuição do volume ejaculado e dos orgasmos. (ver ‘Quadro 7 – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos’)
- **Riscos:** Alterações de humor; tromboembolismo, principalmente quando associado a estrógenos sintéticos contidos em pílulas anticoncepcionais de uso oral (como o etinilestradiol que, como reiterado, não deve ser recomendado) – antiandrógenos de maior risco são: acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona e noretisterona;⁷⁵ prejuízos à massa óssea devido à supressão da biossíntese de andrógeno testicular em longo prazo, assim como a gonadectomia quando não está associada à reposição com estrógenos.^{29,36,37,74}

Observações sobre manejo de antiandrógenos:

- Podem ser utilizados ou não junto a um estrógeno, a depender do efeito esperado pela pessoa, porém considerando-se o risco de prejuízo à massa óssea quando administrado isoladamente.
- Quando associado a um estrógeno, possibilita atingir os efeitos esperados com a menor dose possível de estrógeno.
- O diurético espironolactona tem efeitos antiandrogênicos e também causa ginecomastia, podendo ser utilizado como monoterapia ou associado ao estrógeno.
- Após gonadectomia, os antiandrógenos não são mais necessários.
- A perda de libido e de função erétil pode ser desejada pela pessoa mas, nos casos em que ela gera desconforto e piora da qualidade de vida, pode-se considerar, a depender dos objetivos individuais: utilizar sildenafil ou tadalafila, dosar os níveis de testosterona para considerar intervenções ou mesmo reduzir a dose de antiandrógenos.³⁷

Quadro 7 – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos

Efeito	Início esperado ¹	Máximo efeito esperado ¹
Redistribuição da gordura corporal	3 – 6 meses	2 – 5 anos
Diminuição da massa muscular/força	3 – 6 meses	1 – 2 anos ²
Suavização da pele/diminuição da oleosidade	3 – 6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1 – 3 meses	1 – 2 anos
Diminuição de ereções espontâneas	1 – 3 meses	3 – 6 meses
Crescimento mamário (definitivo)	3 – 6 meses	2 – 3 anos
Diminuição do volume testicular	3 – 6 meses	2 – 3 anos
Diminuição da produção de esperma/fertilidade (pode ser definitivo)	variável	variável
Perda e crescimento desacelerado de pelos corporais e faciais	6 – 12 meses	> 3 anos ³
Diminuição da calvície androgênica	Sem rebote, perda se detém em 1 a 3 meses	1 – 2 anos

Adaptado de: World Professional Association for Transgender Health. [Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero](#). 7ª versão.

¹ As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

² Dependem significativamente da quantidade de exercício.

³ Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

Quadro 8 – Antiandrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas

Antiandrógeno	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
Espironolactona (comprimido de 25 ou 100 mg)	50 a 200 mg ao dia, via oral	100 mg ao dia	Disponível em farmácias da Atenção Básica	Necessário acompanhar a calemia e tolerância à hipotensão. Pela possibilidade de ginecomastia como efeito colateral, pode ser considerado como monoterapia inicial (sem associação com estrógeno).
Acetato de Ciproterona (comprimido de 50 mg)	25 a 100 mg ao dia, via oral	50 mg ao dia	Disponível em farmácias regionais do Município de São Paulo, somente para prescritoras previamente autorizadas	Não recomendado para tabagistas ou com antecedente de tromboembolismo.
Acetato de Medroxiprogesterona (comprimido de 10 mg)	2,5 a 10 mg ao dia, via oral	10 mg ao dia	Disponível em farmácias da Atenção Básica	É um progestágeno com mecanismo de ação central (hipotálamo-hipofisária), suprime o LH com diminuição da produção de testosterona. No entanto, pode gerar efeitos androgênicos periféricos indesejáveis (aumento de pelos) em algumas mulheres transexuais, travestis e pessoas transfemininas. Mulheres transexuais relatam melhora do volume mamário ao uso. O uso isolado de progestágeno ainda é controverso. O risco (teórico) de câncer mamário não foi comprovado em pesquisas.
Dihidrogesterona	10 mg ao dia, via oral	10 mg ao dia	Não disponível no SUS	É um progestágeno com mecanismo de ação central (hipotálamo-hipofisária), que suprime o LH com diminuição da produção de testosterona. Não tem ação androgênica periférica como o acetato de ciproterona. É uma alternativa de progestina oral com menor risco de trombogenicidade (9). Não tem indicação para mulheres transexuais que foram gonadectomizadas. Disponível comercialmente como Duphaston®
Dienogeste	2 mg ao dia, via oral	2 mg ao dia	Não disponível no SUS	É um progestágeno com mecanismo de ação dupla: central e periférica. Como é um progestágeno, atua suprimindo o LH e conseqüentemente diminuição da produção de testosterona. Periféricamente, bloqueia o receptor do andrógeno, porém menos potente que o progestógeno ciproterona. Mais seguro que os demais progestágenos em relação ao risco de tromboembolismo. Disponível comercialmente como Allurene®

Antiandrógeno	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
Dienogeste <i>associado a Valerato de Estradiol</i> (cartela com 28 comprimidos)	2 mg (5 dias) e 3 mg (17 dias) ao dia, via oral	2 ou 3 mg ao dia (associação com Valerato de Estradiol 3/2/1 mg)	Não disponível no SUS	Progestágeno associado ao estrógeno, em doses escalonadas ao longo dos 28 dias de uso de cada cartela. Tem os mesmos benefícios do Dienogeste (descritos acima) porém durante 6 dias (de cada 28 pílulas ativas) não é administrado o antiandrógeno. Tem menor efeito antiandrogênico que a ciproterona. Disponível comercialmente como Qlaira®
Acetato de dihidrogesterona ou Algestona acetofenida (150mg/mL)	150 mg (1 ampola com 1mL) a cada 30 ou 15 dias, via intramuscular	150 mg a cada 30 dias	Não disponível no SUS	Somente comercializada em associação com enantato de estradiol, facilmente acessível. (ver 'Quadro 6 – Estrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas') Como é uma progestina, atua suprimindo o LH e conseqüentemente diminuição da produção endógena de testosterona. Contraindicada nas mulheres transexuais que foram gonadectomizadas por ocasião da cirurgia de redesignação genital feminina.
Finasterida	5 mg ao dia, via oral	5 mg ao dia	Não disponível no SUS	Inibidor da 5a-redutase, enzima que converte testosterona no mais potente andrógeno endógeno, dihidrotestosterona (DHT). Não recomendada atualmente devido aos efeitos colaterais em longo prazo, mas seu uso pode ser considerado em casos especiais, quando há contra-indicação de progestágenos ou no caso em que não haja acesso à depilação definitiva (por oferecer bons resultados na diminuição da pilificação).
Agonistas GnRH	Leuprorelina 3,75 a 7,5mg a cada 30 dias, via intramuscular ou subcutânea Histerelina: implante de 50 mg anualmente	Varia (mensal ou anual)	Não disponível para Atenção Básica.	Tem ação central (hipotálamo-hipofisária) suprimindo o FSH e LH com diminuição da produção de testosterona. Para uso contínuo em pessoas transexuais e travestis adultas, recomenda-se sempre o uso com estrógenos para proteção óssea. Para uso temporário em adolescentes "trans" quando entram em puberdade (a partir do estágio de Tanner 2). Podem ser utilizados de forma isolada durante 2 a 4 anos. Histerelina não está disponível no Brasil.

7.7.1.3. Acompanhamento de hormonização com estrógenos e antiandrógenos

- **Abordagem integral:** oferecer espaço para que a pessoa compartilhe suas percepções em relação ao corpo, suas crenças quanto ao uso dos hormônios, sua vivência na comunidade e seus sentimentos.
- **Investigações:** alterações de humor podem ocorrer também por causa da alteração dos níveis de testosterona/estradiol. Algumas informações oferecidas pela pessoa também contribuem para a compreensão dos efeitos dos hormônios, como presença de ereções voluntárias e involuntárias, mudanças na libido, mudanças no orgasmo e/ou na ejaculação e desconfortos genitais.
- **Exame físico:** Recomenda-se oferecer a cada consulta aferição de peso, investigação de áreas com presença de acne ou xerose (ressecamento da pele ou membranas mucosas), distribuição e espessura de pilificação, presença de alopecia e área acometida, musculatura visível e distribuição de gordura corporal, circunferência de tórax/abdome/quadril/coxa, descarga mamária, tamanho de glândulas mamárias e estágio puberal (Tanner), volume/tamanho testicular. Em caso de aplicação prévia de silicone industrial, observar e registrar localização, presença de lesões ou edema.
- **Exames laboratoriais:** Habitualmente realiza-se uma medida basal antes de início da hormonização e, então, periodicamente ('Quadro 9 – Exames complementares para travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas em hormonização'). Cabe lembrar que os níveis hormonais não devem servir como únicos parâmetros para aumento de doses administradas (ver 'Quadro 7 – Efeitos e tempo esperado das transformações corporais ao uso de estrógenos e antiandrógenos') e seus valores devem ser flexibilizados levando-se em conta o tempo de hormonização, se está sendo realizada reposição hormonal após gonadectomia e a idade da pessoa.³⁷
- **Considerações sobre exames hormonais como parâmetro para a hormonização:** Neste documento, utilizaremos como referência as recomendações veiculadas pelo *Guideline* da Endocrine Society, que tem como princípio a reposição hormonal, largamente adotada para pacientes hipogonádicos, ou seja, para aqueles que sofrem de insuficiência de produção de hormônios sexuais (estrógenos e andrógenos). Essas recomendações não se vinculam da mesma forma ao cuidado das pessoas transexuais e travestis, uma vez que não se trata de insuficiência hormonal e, sim, de hormonização cruzada: portanto adota-se estratégia de suplementação hormonal. Nessa situação, a hormonização deve levar em consideração se houve ou não gonadectomia: após esse procedimento dever-se-ia seguir o *Guideline* como alvo terapêutico e, caso contrário, a dose prescrita mais efetiva de hormônios para transformação corporal deve ser otimizada a cada caso, variando-se a dose de início e manutenção.⁷⁹

Quadro 9 – Exames complementares para travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas em hormonização

Exame	Antes do início	1º mês (considerar)	3º mês (considerar)	6º mês	Anualmente	Rastreamentos ofertados
Hemograma	X	X	X	X	X	
Glicemia (considerar)	X				X	
Colesterol total e frações (considerar)	X				X	
Cr / U	X	X	X	X	X	
Potássio (K ⁺) ¹	X	X	X	X	X	
TGO / TGP	X	X	X	X	X	
Testosterona total ²	X	X	X	X	X	
Estradiol ³	X	X	X	X	X	
Prolactina ⁴	X				X	
Hormônio luteinizante (LH) ⁵	X				X	
Hepatites A, B e C	X					X
HIV e Sífilis						X
Mamografia						X

¹ Potássio: dosar rotineiramente se estiver em uso de espironolactona como antiandrógeno.

² Alvo de testosterona total: inferior a 50 ng/dL.

³ Alvo de estradiol: não deve exceder o pico fisiológico (200 pg/mL).

⁴ Justifica-se por um baixo risco de prolactinoma ao uso de estrógenos, considerando que seus sintomas se confundem aos efeitos esperados da hormonização (hipogonadismo, ginecomastia, alteração da pilificação etc.).

⁵ Serve como marcador de níveis adequados de hormônios esteroides para a manutenção da densidade óssea.

7.7.2. Homens trans e pessoas transmasculinas

7.7.2.1. Testosterona

Todos os andrógenos utilizados são formulações de testosterona.

- **Efeitos esperados:** Crescimento de pelo facial e corporal, crescimento de cartilagem tireoide, tonalidade (*pitch*) mais grave da voz, aumento da força e da massa muscular, redistribuição de gordura corporal, cessação da menstruação, diminuição da fertilidade por anovulação (embora seja comum manter ovulações), alteração da libido (aumenta, na maioria dos casos), hipertrofia do clitóris, atrofia vaginal, alopecia androgênica, aumento da oleosidade da pele e acne. (ver ‘Quadro 10 – Efeitos e tempo esperado dos efeitos ao uso de andrógenos’)

Observações sobre efeitos da testosterona nas questões ginecológicas:

- Dores pélvicas não são esperadas e devem ser avaliadas considerando-se diagnósticos diferenciais (como dismenorreia, endometriose, adenomiose, doença inflamatória pélvica, massas anexiais, aderências pós-cirúrgicas e gestação ectópica, além de problemas musculares, urológicos e gastrointestinais);
- Sangramentos uterinos após os 6 primeiros meses de uso de testosterona devem ser investigados como anormais (utilizando-se, por exemplo, a classificação FIGO PALM-COEIN);
- Vaginite atrófica por privação estrogênica pode gerar desconfortos como os observados na menopausa (por exemplo, dispareunia e sangramento pós-penetração) e pode ser cuidada com lubrificação ou estrógenos vaginais (com baixa absorção sistêmica);³⁴
- Corrimento por vaginite inflamatória descamativa foi descrito com boa resposta ao manejo habitual, porém corrimentos não fisiológicos devem ser investigados considerando-se inclusive IST;⁸⁰
- Hipersensibilidade e desconforto aos estímulos clitorianos, até então habituais, podem ser devidos ao aumento da glândula do clitóris;³⁷
- Cuidados específicos no exame ginecológico, assim como preparo do serviço para que homens trans e pessoas transmasculinas não sejam inseridas em ambientes e fluxos direcionados somente a mulheres, podem trazer conforto e fortalecer o vínculo da profissional com a pessoa atendida.⁶⁸ (ver Considerações sobre o exame ginecológico)
- **Riscos:** Alterações emocionais e no comportamento social podem ocorrer e ser diferente para cada pessoa, não devendo ser estigmatizadas – podem representar um aspecto positivo (com sensação de ganho de energia) ou negativo (com sintomas de irritabilidade e ansiedade, por exemplo). Apesar de poder alterar o perfil lipídico, com aumento de LDL e diminuição de HDL, o uso de testosterona não demonstrou aumento na incidência de eventos cardiovasculares. A hepatotoxicidade de formulações sintéticas de testosterona por via oral não se reproduz nas

formulações bioidênticas recomendadas no 'Quadro 11 – Andrógenos utilizados na hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas'.^{29,37}

- **Contraindicações absolutas:** Hipersensibilidade aos componentes da formulação, gravidez ou amamentação (pelo risco de androgenização fetal, experimentado em cobaias animais), doença cardiovascular isquêmica instável, câncer sensível à testosterona conhecido em atividade, câncer de endométrio conhecido em atividade, psicose mal controlada, irritabilidade extrema com ideação homicida, condições psiquiátricas não estabilizadas e que limitem a habilidade em oferecer consentimento informado.
- **Contraindicações relativas (a serem avaliadas e cuidadas individualmente):** Doença cardiovascular isquêmica estável, HAS descompensada, DM descompensada, dislipidemia descompensada, disfunção hepática, policitemia, histórico de TVP ou coagulopatia, doença respiratória crônica que pode ser agravada por eritrocitose ou policitemia, apneia do sono severa/descompensada, epilepsia sensível a andrógenos, tabagismo, migrânea, sangramento intermenstrual, oligomenorreia ou amenorreia.^{29,36,37,74}

Quadro 10 – Efeitos e tempo esperado dos efeitos ao uso de andrógenos

Efeito	Início esperado ¹	Máximo efeito esperado ¹
Oleosidade da pele/acne	1 – 6 meses	1 – 2 anos
Aumento de pelos faciais e corporais (pode ser definitivo)	3 – 6 meses	3 – 5 anos
Alopecia androgênica (definitiva)	> 12 meses ²	variável
Aumento da massa muscular/força	6 – 12 meses	2 – 5 anos ³
Redistribuição da gordura corporal	3 – 6 meses	2 – 5 anos
Cessaçãõ da menstruaçãõ e diminuiçãõ da fertilidade	2 – 6 meses	n/a
Aumento do clitóris (definitivo)	3 – 6 meses	1 – 2 anos
Atrofia vaginal	3 – 6 meses	1 – 2 anos
Engrossamento da voz e crescimento da cartilagem tireoide (definitivo)	3 – 12 meses	1 – 2 anos

Adaptado de: World Professional Association for Transgender Health. [Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero](#). 7ª versão.

¹ As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

² Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

³ Dependem significativamente da quantidade de exercício.

Quadro 11 – Andrógenos utilizados na hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas

Formulação de Testosterona ¹	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
Undecanoato (ou Undecilato) de Testosterona (250 mg/mL)	1000 mg (1 ampola de 4 mL) a cada 120 a 90 dias, via intramuscular	1000 mg (1 ampola) a cada 90 dias ²	Disponível nas farmácias regionais do município de São Paulo, somente para prescritoras previamente autorizadas	Excipiente oleoso: óleo de rícino Disponível comercialmente como Nebido® e Hormus®.
Cipionato de testosterona (100 mg/mL)	200 mg (1 ampola de 2 mL) a cada 28 a 14 dias, via intramuscular	200 mg (1 ampola) a cada 14 ou 21 dias	Não disponível no SUS	Excipiente oleoso: óleo de amendoim Tende a gerar pico hormonal Disponível comercialmente como Deposteron®
Decanoato + Fempropionato + Propionato + Isocaproato de testosterona (250 mg/mL)	250 mg (1 ampola de 1 mL) a cada 28 a 14 dias, via intramuscular	250 mg (1 ampola) a cada 21 dias	Não disponível no SUS	Excipiente oleoso: óleo de amendoim Tende a gerar pico hormonal Não há estudos de qualidade. Disponível comercialmente como Durateston®
Testosterona em gel (a 1% ou 5%)	25 a 100 mg (2,5 g a 10 g da formulação a 1%) ao dia, via tópica	50 mg (1 sachê de 5 g da formulação a 1%) ao dia	Não disponível no SUS	Aplicação em abdome ou braços sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes da pele ter contato com pessoas, tecidos ou outros materiais.

¹ Formulações orais não são recomendadas devido à sua maior metabolização hepática.

² Pode ser realizada “dose de ataque” inicial, encurtando o primeiro intervalo entre as doses (45 dias) e depois estabelecendo o intervalo de 90 dias.

- **Receita**

A testosterona é considerada uma substância anabolizante pela [Resolução RDC nº 98/2000](#) e, por esse motivo, de acordo com a [Lei nº 9.965/2000](#) e a [Portaria MS nº 344/1998](#), deve ser adquirida sob controle e sua prescrição está sujeita a normas especiais. (ver [Dispensação de andrógeno](#)) Portanto é necessário que a receita de testosterona:

- seja formulada em duas vias,
- contenha endereço da pessoa usuária,
- descreva o código CID (pela CID-10: F 64.0, a partir de 2022 pela CID-11: capítulo 17),
- contenha o CPF da médica prescritora,
- não exceda a quantidade de cinco ampolas, ou a equivalente a 60 dias de hormonização.

A impossibilidade de comprar legalmente testosterona sem uma receita médica faz com que muitas pessoas transmasculinas que realizam automedicação adquiram produtos de qualidade não garantida ou anabolizantes de uso veterinário, aplicados sem técnicas seguras e muitas vezes em posologia inadequada.

7.7.2.2. Acompanhamento de hormonização com andrógenos

- **Abordagem integral:** oferecer espaço para que a pessoa compartilhe suas percepções em relação ao corpo, suas crenças quanto ao uso dos hormônios, sua vivência na comunidade e seus sentimentos.
- **Investigações:** alterações de humor podem ocorrer também por causa da alteração dos níveis de testosterona. Algumas informações são úteis na compreensão de efeitos colaterais do hormônio, como mudanças na libido e no orgasmo.
- **Exame físico:** em cada consulta, oferecer aferição de peso, investigação de áreas com presença de acne, distribuição e espessura de pilificação, presença de alopecia e área acometida, musculatura visível e distribuição de gordura, circunferência de tórax/abdome/quadril/coxa, hipertrofia da glândula do clitóris (aferido em comprimento e largura, com medidas longitudinal e transversal), atrofia de mucosa vaginal/vulvar, menstruação, dor e sangramentos genitais, descarga mamária, mudanças na tonalidade (*pitch*) da voz. Esses exames podem ser descritos ou desenhados no prontuário, considerando-se medidas exatas das características aferíveis para seu acompanhamento.
- **Exames laboratoriais:** Habitualmente realiza-se uma medida basal antes de início da hormonização e, então, periodicamente ([Quadro 12](#) – Exames complementares para homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização). Cabe lembrar que os níveis séricos de testosterona não devem servir como únicos parâmetros para aumento de doses administradas e

podem nem ser utilizados (ver 'Quadro 10 – Efeitos e tempo esperado dos efeitos ao uso de andrógenos'). Os valores de testosterona devem ser flexibilizados levando-se em conta: o tempo de hormonização, se foi realizada gonadectomia e a idade da pessoa.

Doses suprafisiológicas de testosterona são aromatizadas pelos tecidos e convertem-se em estrógenos, gerando características corporais indesejadas (ginecomastia, acne, edema etc.). Pessoas obesas e que consomem grandes quantidades de álcool são mais propensas a aromatizações. Embora inibidores da aromatase pareçam uma possibilidade lógica eles não precisam ser utilizados nesses casos, pois o equilíbrio é buscado simplesmente na adequação da posologia de testosterona (com diminuição da dose e da periodicidade).

A testosterona pode causar policitemia e deve-se considerar suspendê-la ou aumentar o intervalo entre as doses caso o hematócrito atinja ou ultrapasse 50%.^{29,36,37,74}

Quadro 12 – Exames complementares para homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização

Exame	Antes do início	1º mês (considerar)	3º mês (considerar)	6º mês	Anualmente	Rastreamentos ofertados
Hemograma ¹	X	X	X	X	X	
Glicemia / HbA1C (considerar)	X				X	
Colesterol total e frações (considerar)	X				X	
TGO / TGP	X	X	X	X	X	
Testosterona total ²	X	X	X	X	X	
Hepatites A, B e C	X					X
HIV e Sífilis						X
Papanicolau ³						X
Mamografia ⁴						X
Beta-HCG (considerar) ⁵	X					X
Hormônio luteinizante (LH) (só após gonadectomia)	X				X	

¹ O valor de referência é o mesmo que o esperado para homens cisgênero, se a pessoa estiver em amenorreia, ou o mesmo esperado para mulheres cisgênero, se houver menstruações regulares. O hematócrito não deve ser maior que 50%.

² A período da coleta de testosterona deve ser observado, como descrito no Quadro 13.

³ O rastreamento de câncer de colo uterino é indicado a pessoas com colo uterino, com mais de 25 anos de idade e se tiver vivenciado qualquer tipo de penetração vaginal na vida. (ver Rastreamentos)

⁴ Considerar mamografia se a pessoa não tiver tecido glandular mamário desenvolvido e se não tiver realizado mastoplastia com mastectomia total bilateral.

⁵ Considerar realizar Beta-HCG, de acordo com práticas sexuais.

Caso decida-se monitorar o nível sérico de testosterona, sua dosagem é recomendada nos momentos descritos a seguir:

Quadro 13 – Acompanhamento laboratorial de testosterona em homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização

Testosterona utilizada	Quando dosar	Valor esperado de testosterona total
Undecanoato de testosterona (e formulações que estabilizam nível sérico)	Imediatamente antes da próxima dose	> 400 ng/dL (se menor que esse valor, ajustar o intervalo entre as doses)
Cipionato de testosterona (e formulações que geram picos séricos)	Na metade do tempo entre duas doses	400 – 700 ng/dL
Testosterona transdérmica	Após pelo menos uma semana de uso e 2 horas após a aplicação diária	400 – 700 ng/dL

Fonte: Hembree WC et. al. *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab*, November 2017, 102(11):1–35.²⁹

7.7.3. Solicitação de exames para pessoas adultas em hormonização

Inicialmente, os exames descritos neste protocolo (exceto os rastreamentos) serão solicitados por médicas, porém, à medida que essas informações forem inseridas nos demais protocolos do município, a solicitação de tais exames poderá ser atribuída às enfermeiras.

O 'Quadro 9 – Exames complementares para travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas em hormonização' e o 'Quadro 12 – Exames complementares para homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização' evidenciam os exames que podem ser considerados durante o acompanhamento de uma pessoa em hormonização.

Os exames seguintes não devem ser realizados como rotina de avaliação ou rastreamento, portanto só devem ser solicitados como parte de investigação clínica e a partir de hipóteses diagnósticas, como as exemplificadas.^{29,36,37,74}

- Ultrassonografia mamária (suspeita de neoplasia ou de ruptura de implante mamário);
- Ultrassonografia pélvica (suspeita de alteração anatômica, miomatose, síndrome do ovário policístico, neoplasia endometrial ou ovariana);
- Ultrassonografia de abdome superior (suspeita de lesão hepática ou litíase biliar);
- Ultrassonografia de próstata (hiperplasia prostática, sintomas de prostatismo);
- PSA ou toque prostático – retal ou através de (neo)vagina (sintomas de prostatismo);
- Coagulograma, Proteína C ativada e Proteína S (suspeita de trombofilia, antecedentes pessoais ou familiares de trombooses atípicas);
- Densitometria óssea (suspeita de alterações patológicas da densidade mineral óssea, fratura por fragilidade, uso de glicocorticoide, hipogonadismo sem reposição hormonal por longo período);
- Ressonância magnética de implantes mamários (suspeita de ruptura de implante mamário à ultrassonografia deve ser encaminhada ao serviço de referência).

7.7.4. Hormonização em crianças e adolescentes

A assistência a crianças e adolescentes com variabilidade de gênero deve ocorrer o mais precocemente possível, e é extremamente recomendável a supressão da puberdade antes do desenvolvimento irreversível das características sexuais secundárias. (ver Crianças e adolescentes)

Idealmente, o início da intervenção hormonal com agonista LHRH/GnRH (que promovem bloqueio do eixo hormonal hipotálamo/hipófise/gônada) deve acontecer logo aos primeiros sinais puberais (estágio 2 de Tanner) ou o mais precocemente possível após esse momento, com confirmação pelas concentrações hormonais de estradiol (em pessoas designadas ao nascimento como meninas) e de testosterona (em pessoas designadas ao nascimento como meninos). Essa terapia visa promover o bloqueio da puberdade do gênero designado ao nascimento, ao mesmo tempo em que oferece tempo de reflexão para a pessoa adolescente amadurecer sua decisão e tornar-se apta a decidir sobre seu futuro. Os agonistas GnRH são descritos na tabela de antiandrógenos. (ver 'Quadro 8 – Antiandrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres transexuais e pessoas transfemininas')

Durante o uso dos chamados “bloqueadores hormonais”, a pessoa adolescente deve ser estritamente monitorizada para os efeitos adversos do retardo da puberdade (como parada do crescimento e da maturação óssea):

- A cada 3 meses afere-se peso, altura, altura sentada e estadiamento de Tanner;
- A cada 3 meses colhe-se exames laboratoriais (FSH, LH, estradiol em adolescentes transmasculinos e testosterona em adolescentes transfemininas);
- Anualmente realiza-se densitometria óssea e idade óssea através de RX da mão esquerda, além de exames laboratoriais (como função hepática, função renal, lipídios, glicemia, insulina e Hb glicosilada).⁵¹

Aos 16 anos, se persistir a identidade de gênero incongruente com o gênero designado ao nascimento e se a pessoa estiver apta a decidir, deve ser induzida a puberdade com características corporais desejadas.

Para pessoas transfemininas, utiliza-se 17 β estradiol oral (início em 05 micrograma/kg ao dia, com aumento da dose a cada seis meses: 10, 15, 20 microgramas/kg ao dia e então dose plena para adultos = 2mg ao dia). Para pessoas transmasculinas, administra-se testosterona intramuscular (início em 25 mg/m² a cada 2 semanas, com aumento da dose a cada seis meses: 50, 75 e 100 mg/m² a cada 2 semanas e, a partir dos 18 anos = 250mg a cada 3 a 4 semanas em dose plena para adultos).²⁹

Em São Paulo, o AMTIGOS (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, IPq-HC/FMUSP) é um dos serviços que realiza atendimento a crianças e adolescentes transexuais, e possui equipe com endocrinologistas pediatras, psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais disponíveis para matriciamento de equipes multiprofissionais e discussão de casos específicos. O contato com esse ambulatório pode ser feito por meio de correio eletrônico (amtigos.ipq@hc.fm.usp.br). Outros ambulatórios estão sendo organizados para o atendimento de crianças e adolescentes transexuais e travestis no município e as interlocutoras de Saúde LGBTI de cada Coordenadoria de Saúde podem informar aos serviços sobre a existência de um ambulatório regional dedicado a crianças e adolescentes. Acesse atualizações sobre os serviços que oferecem hormonização no município de São Paulo também [on-line](#).

Anexo 1. Cartaz para divulgação de direito ao uso do nome social



DECRETO Nº 58.228, DE 16 DE MAIO DE 2018 AVISO

AQUI RESPEITAMOS O SEU NOME SOCIAL

De acordo com o Decreto nº 58.228, de 16 de maio de 2018 os órgãos da Administração Municipal Direta, as autarquias, fundações, empresas públicas e as sociedades de economia mista municipais, bem como as pessoas jurídicas de direito privado que especifica, devem respeitar e usar o nome social das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans.

SUS  CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE 

Também disponível online, na página do [Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI da SMS](#).

Fonte: Adalberto Kiochi Aguemí

Arte: Julia de Campos Cardoso Rocha

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

Eu, _____ [nome do usuário], declaro ter procurado espontaneamente a UBS / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Fui informado pela equipe e/ou profissional de saúde sobre os riscos associados ao uso de testosterona e que seu uso pode trazer mudanças permanentes, mas também mudanças reversíveis e que poderá me ajudar a adequar minha forma física masculina.

A equipe me informou que as principais modificações corporais, benefícios e efeitos adversos relacionados com o uso de testosterona estão descritos abaixo: **diminuição temporária ou permanente da fertilidade; aumento da oleosidade da pele; aparecimento de acne; crescimento de pelos corporais e faciais; aumento de massa muscular; redistribuição de gordura; interrupção da menstruação; aumento do clitóris; atrofia vaginal; mudança da voz (mais grave).**

Entendo que as mudanças irreversíveis causadas pelo uso de testosterona será a voz mais grossa, aumento do clitóris, a possibilidade de ficar calvo, aparecimento de “pomo de adão”. Entendo também que o uso de hormônio não impedirá a transmissão de nenhuma Infecção Sexualmente Transmissível e que, para isso é crucial o uso de preservativos ou da PrEP (Profilaxia Pré Exposição ao HIV). Entendo que apesar de minha fertilidade tornar-se diminuída, não estou isento da possibilidade de uma gravidez caso mantenha relações sexuais com pessoas com pênis sem uso de métodos anticoncepcionais.

Entendo que posso ter maiores efeitos colaterais com o uso de testosterona caso eu tenha mais de 40 anos, seja fumante ou esteja acima do peso ideal. Fui informado que o uso de testosterona pode aumentar meu risco de desenvolver certos tipos de doenças ginecológicas, assim como poderá haver aumento da minha pressão arterial e do número de glóbulos vermelhos (policitemia). Sei também que poderá haver alterações de humor com o uso de hormônios e comunicarei a equipe caso esteja insatisfeito ou incomodado com isso. Entendo também que poderei ter alterações na minha libido.

Eu concordo em comunicar para a equipe profissional sobre qualquer outro tratamento hormonal, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, drogas ou medicações que por ventura venha a utilizar. Eu entendo também sobre a necessidade de ser transparente na tomada de decisões em conjunto com a equipe multiprofissional. Comprometo-me a compartilhar informações sobre mim para ajudar a prevenir possíveis interações maléficas à minha saúde. Eu fui informado que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu vier a

declarar, relativa aos procedimentos acima descritos. Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a resposta individual e, por isso, entendo que a dosagem hormonal e o acompanhamento oferecido a mim podem não ser exatamente os mesmos do que aqueles adotados pela equipe para outros homens trans e pessoas transmasculinas, ou daqueles que li, inclusive na internet ou redes sociais on-line, e entendo também que podem demorar até 5 (cinco) anos para que as alterações sejam percebidas no meu corpo.

Entendo que caso eu não queira as alterações hormonais, mas sim alterações pontuais como musculatura, voz e/ou aumento dos pelos corporais ou faciais, existem outros métodos que não o hormonal.

Eu concordo em tomar a testosterona como prescrita e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter com o uso da testosterona a curto, médio e longo prazo. Eu farei os exames físicos e laboratoriais periodicamente, quando indicados pela equipe, para ter melhor controle de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o hormônio, e entendo que esses exames são importantes para continuar a hormonização.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que o uso de testosterona poderá causar efeitos adversos importantes que comprometam gravemente a minha saúde, portanto, eu concordo que se a equipe considerar que eu tenha ou venha a apresentar esses efeitos, eu serei avaliado antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonização.

As seguintes reações adversas, possivelmente relacionadas com testosterona, foram observadas em estudos clínicos prévios, e estas podem orientar para os riscos e contraindicações de uso: **acne; aumento do suor e alteração do seu odor; dor nas pernas e articulações; cefaleia; dor nas mamas; vermelhidão na pele; dor no clitóris; dor e hematoma subcutâneo no local da injeção; coceira; diarreia; tontura.**

Eu entendo que eu posso escolher interromper o uso da testosterona em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção do mesmo por razões clínicas que comprometam minha saúde.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do usuário

Nome do usuário:

RG:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde:

Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da(o) médica(o):

Número da inscrição no CRM:

Anexo 3. TCLE para uso de estrógeno e antiandrógeno

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE
PELO USO DE ESTRÓGENO E/OU ANTIANDRÓGENO**

Eu, _____ [nome da usuária], declaro ter procurado espontaneamente a UBS / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendida pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Declaro também que fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Sei que o uso regular de estrógeno e/ou antiandrógeno podem causar modificações permanentes e outras reversíveis, e que a minha identidade de gênero não será garantida unicamente pelo uso desses hormônios. Estou ciente de que a terapia com estrógeno, alternativamente associada com antiandrógeno hormonal ou não hormonal (bloqueadores de testosterona), ajudará a adequar minha forma física feminina.

As informações que eu recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estrógeno e antiandrógeno estão descritos a seguir:

Mudanças permanentes: desenvolvimento das mamas (resposta varia muito de pessoa para pessoa);

Mudanças reversíveis: acontecem somente enquanto estiver usando estrógeno, mas desaparecem quando eu parar de tomar: aparecimento de celulite; depósito de gordura nas coxas e quadris; ligeira redução dos pelos; afinamento da pele; diminuição da acne (espinhas); diminuição da queda de cabelo; diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo; alteração da gordura no abdome; diminuição dos testículos em aproximadamente 40% do tamanho; diminuição da produção de testosterona (hormônio) pelo testículo; diminuição do volume do esperma ou mesmo ausência de volume ejaculatório; diminuição da fertilidade (que pode voltar ou não ao normal após interrupção), no entanto, se mantiver relações sexuais com alguém que possa engravidar, pode haver fecundação (gravidez), fazendo-se assim quando necessário o uso de métodos anticoncepcionais; dificuldade de ereção para penetração; diminuição do desejo sexual; orgasmos menos intensos; surgimento ou agravamento de depressão; agravamento de enxaquecas; aparecimento de náuseas e vômitos; aumento do bom colesterol (HDL) e diminuição do mau colesterol (LDL), o que pode ajudar a evitar obstruções dos vasos no futuro; diminuição da próstata; aumento da pressão arterial; alteração na função do fígado; aparecimento de coágulos nos vasos que poderão levar a: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, danos cerebrais permanentes, que podem impedir de encaminhar ou falar, ou eventualmente risco de morte.

Modificações que não ocorrerão, nem mesmo com a retirada dos testículos: desaparecimento dos pelos; afinamento da voz e diminuição do pomo de Adão.

Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, sendo importante a utilização de métodos preventivos para evitá-las como, por exemplo, o uso de preservativo ou da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV). Entendo também que apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma pessoa que tenha vagina e útero, se mantiver relações sexuais sem uso de método contraceptivo.

Fui informada de que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito se eu fumar. Eu entendo que o risco é tão alto que eu fui aconselhada a parar de fumar completamente. Com o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos (especialmente do tipo Acetato de Ciproterona) orais esse risco aumenta. Eu entendo que estarei mais predisposta a efeitos colaterais se eu fumar, estiver acima do peso

ideal, se tiver mais que 40 anos, se tiver histórico de trombose venosa (meu ou entre familiares), pressão alta e câncer estrógeno-dependente ou progestágeno-dependente, anterior e/ou na família (mama e útero).

Eu concordo em contar para a equipe do serviço de saúde sobre qualquer outro tratamento hormonal a que eu for submetida, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, uso e substâncias, álcool, ou medicações que porventura eu venha a utilizar.

Eu entendo que ser honesta com a equipe é crucial para o desenvolvimento de uma relação de confiança e que compartilhar informações sobre mim ajudará a prevenir possíveis interações malélicas à minha saúde. Eu fui informada de que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu fornecer, relativa aos procedimentos acima descritos.

Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a minha resposta individual frente ao uso de estrógeno e/ou antiandrógeno. Eu entendo que a dosagem ideal para mim pode não ser a mesma do que a usada por outras mulheres transexuais, travestis, ou pessoas transfemininas, portanto eu concordo em tomar os hormônios como prescritos e informar à equipe sobre quaisquer problemas eventuais, assim como insatisfações ou alterações que eu possa vir a desenvolver com o acompanhamento proposto.

Eu farei exames físicos e laboratoriais periodicamente quando indicados pela equipe para ter maior segurança de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o(s) hormônio(s) e entendo que esses exames são importantes para continuar a usar o(s) hormônio(s) ou para mudar o esquema ou a dose utilizada, e me comprometo a não fazer mudanças nesse esquema sem o conhecimento da equipe profissional que me acompanha.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os estrógenos sejam perigosos. Concordo que se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições eu serei avaliada antes da decisão de iniciar, interromper ou continuar com o acompanhamento hormonal com estrógenos.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção da hormonização por razões clínicas.

O meu esquema de hormonização constará, inicialmente, do(s) seguinte(s) medicamento(s):

.....

,

no entanto, esse esquema poderá variar durante o seguimento.

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

 Assinatura da usuária

 Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da usuária:

Nome da médica(o):

RG:

Número da inscrição no CRM:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde:

Referências bibliográficas

1. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Composição do Comitê LGBTI da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial da Cidade de São Paulo; 2019 Junho(27); 64(119): 28.
2. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016; 388(10042):3 90–400.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Gabinete do Ministro da Saúde; 2017.
4. De Toledo LC, Da Rocha MAK, Dermmam MR, Damin MRA, Pacheco M, editors. Manual para o uso não sexista da linguagem - o que bem se diz, bem se entende. [Internet]. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2014: 114. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034366/mod_resource/content/1/Manual para uso não sexista da linguagem.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034366/mod_resource/content/1/Manual_para_uso_nao_sexista_da_linguagem.pdf)
5. United Nations Humans Rights. Intersex [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/UNFE_FactSheet_I_ntersex_EN.pdf
6. Butler J. Gender Trouble [Internet]. 1st ed. Londres: Routledge; 1990: 92. Disponível em: http://lauragonzalez.com/TC/BUTLER_gender_trouble.pdf
7. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Vol. 20, Porto Alegre: Educação & Realidade. 1995; 20(2): 71–99.
8. Bento BAM. O que é transexualidade (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense; 2008: 328.
9. Mardell A. The ABCs of LGBT. Florida: Mango Media; 2016: 190.
10. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos da população LGBT. Relatório Final - 3a Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília. 2016: 126.
11. Lanz L. Dicionário Transgênero. Rio de Janeiro: Ed Transgente. 2016: 26.
12. Reis T, organizador. Manual de Comunicação LGBTI+. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / Gaylatino; 2018: 99.
13. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 001/99, de 22 de março de 1999. Normas de atuação para psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília; 1999. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
14. World Health Organization. Report of a technical consultation on sexual health. Defining Sexual Health. 28-31 January 2002. Geneva; 2006: 5.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Gabinete do Ministro da Saúde; 2009: 1–6.
16. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Uso do nome social e reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2016: 2.
17. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. Journal of Adolescent Health. 2018(63): 503–5.

18. São Paulo (Prefeitura). Decreto nº 58.228, de 16 de maio de 2018. Uso do nome social e reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans em todos os órgãos da Administração Pública Municipal. São Paulo: Casa Civil; 2018.
19. Ministério da Justiça (BR). Provimento nº 73. Alteração de averbação de prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoas transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). 2018;119.
20. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.278, de 5 de fevereiro de 2018. Regulamenta a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, que assegura validade nacional às Carteiras de Identidade e regula sua expedição. Brasília: Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos: Diário Oficial da União; 2018; Fevereiro(06).
21. Ministério da Justiça (BR). Provimento n.73. Dispõe sobre a alteração de averbação de prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoas transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). 2018; 119.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro; 2013.
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. Brasília: Diário Oficial da União; 2020 Janeiro(9): 1(6).
24. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E, Marais A, Meloni Vieirah E, Reedi GM. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Bull World Health Organ. 2014; 92: 672–679. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf>
25. Ministério da saúde (BR). Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais. Brasília: Secr Gestão Estratégica e Particip Dep Apoio à Gestão Particip; 2012: 34. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf
26. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transsexualizador no sistema Unico de saúde (SUS): Avanços e desafios. Cienc e Saude Coletiva. 2017; 22(5): 1509–20.
27. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo: Secretaria da Saúde: Coordenação da Atenção Básica: Área Técnica de Saúde Bucal; 2012: 97. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZESPARAAATENCAOEMSAUDEBUCALVersaoPreliminar03082017.pdf>
28. Anvisa. Risco à saúde: silicone industrial para uso estético. Brasília: Portal Anvisa: Ascom. 2018; Julho (27). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/risco-a-saude-silicone-industrial-para-uso-estetico/219201/pop_up
29. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017; 102(11): 3869–903.
30. Heath RA, Wynne K. A guide to transgender health: state-of-the-art information for gender-affirming people and their supporters [livro eletrônico]. Santa Barbara, California: Praeger, an imprint of ABC-CLIO, LLC; 2019. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=I_8cvgEACAAJ&dq=A+Guide+to+Transgender+Health:+State-of-the-art+Information+for+Gender-Affirming+People+and+Their+Supporters&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKewj5hcXuxIrgAhWIK7kGHXqcALwQ6AEIKDAA

31. De Roo C, Tilleman K, Tsjoen G, De Sutter P. Fertility options in transgender people. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28(1): 112–9.
32. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. *AIDS*. 2005; 19(4): 64-9.
33. Knight DA, Jarrett D. Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. *American Family Physician*. 2017; 95(5): 314-321. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2017/0301/p314-s1>
34. Dendrinós ML, Budryś NM, Sangha R. Addressing the Needs of Transgender Patients: How Gynecologists Can Partner in Their Care. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2019; 74(1): 33-39.
35. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013; 2013(6): 10000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737396>
36. Care PH. Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans Clients. *Rainbow Heal Ontario* [Internet]; 2009: 67. Disponível em: <http://sherbourne.on.ca/lgbt-health/guidelines-protocols-for-trans-care/>
37. Deutsch MB, editor. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. 2ª ed. San Francisco: Center of Excellence for Transgender Health - Department of Family & Community Medicine University of California; 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
38. Murphy M. Immodest witnessing: The epistemology of vaginal self-examination in the U.S. feminist self-help movement. *Fem Stud*. 2004; 30(1): 115–47.
39. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, Doria M, Farnell IV E, Lanham J. Improving women’s experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ Online First*. 2006; June(27): 3.
40. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(9): 850–9.
41. World Health Organization. Transgender People and HIV. 2015; (July):1–34. Disponível em: https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf;jsessionid=92C9061911515E6BCDF9D3EADFB86776?sequenc
42. Michels E, Mott L, Paulinho. Mortes Violentas de LGBT+ no Brasil - Relatório 2018 [Internet]. Grupo Gay da Bahia-GGB. 2018.
43. Transgender Europe. Nota de Imprensa, Dia Internacional da Visibilidade Trans - Mais de 2,000 pessoas trans assassinadas nos últimos 8 anos [Internet]. *Transrespeito Versus Transfobia no Mundo*; 2016; Março(30). Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/dia-internacional-da-visibilidade-trans-mais-de-2000-pessoas-trans-assassinadas-nos-ultimos-8-anos/6043>
44. World Health Organization. International Harm Reduction Development Program [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>
45. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *São Paulo: Saúde Soc*. 2015; 24(1): 219-232.
46. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia ACF, Castro CV, Krüger A, Luz PM, Liu AY, McFarland W, Buchbinder S, Veloso VG, Wilson EC. Unveiling of HIV

- dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV*. 2017; 4: 169–76.
47. Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2000; 16(1): 89-102.
48. Benevides BG, Nogueira SNB, organizadoras. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE. 2020: 80. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>
49. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Indetectável = Intransmissível [Internet]. 2019. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/iiguali>
50. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disforia de gênero - Guia Prático Atualização - Dep Científico Adolescência [Internet]. 2017; 4: 18. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP - Disforia de Genero.pdf
51. Silva LFG. Parecer CFM nº 8/13 – Processo-consulta CFM nº 32/12. Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais [Internet]. Conselho Federal de Medicina. 2013.
52. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ 2nd, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 2016 Nov; 59(5): 489–95.
53. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação – Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO - ConsultaAdolescente - abordClinica orientEticas.pdf
54. Ministério da Saúde (BR). Gestão participativa e cogestão [Internet]. Textos Básicos de Saúde. 2009: 56. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epub/gestao_participativa_cogestao.epub
55. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Editora do Ministério da Saúde. 2008: 246. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf
56. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 09/2016 – PAD nº 0303/2016. Sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone [Internet]. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html
57. Secretaria Municipal de Saúde (Campinas). Nota Técnica 001/2017 – Protocolo de uso de Penicilina Benzatina associada a lidocaína para gestantes com sífilis e parceiros [Internet]. 2017; Junho. Disponível em: http://saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_mulher/2017/Nota_Tecnica_001_2017_Protocolo_de_Uso_de_Penicilina_Benzatina_associada_a_Lidocaina_para_Gestantes_com_Sifilis_e_Parceiros.pdf
58. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa nº 10/2018 – COVIG/CGVP/.DIAHV/SVS/MS. Ampliação da indicação da vacina de Hepatite A para pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-102018-covigcgvpdiahvsvsms>
59. Conselho Federal de Psicologia. Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans [Internet]. 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>

60. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS nº 845, de 26 de fevereiro de 2018. Atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>
61. Conselho Regional de Farmácia (Estado de São Paulo). Manual de orientação ao farmacêutico: aspectos legais da dispensação [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/Aspectos_Legais_da_Dispensacao.pdf.
62. Davies S, Papp VG, Antoni C. Voice and Communication Change for Gender Nonconforming Individuals: Giving Voice to the Person Inside. *International Journal of Transgenderism*. 2015; 16(3): 117-159. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2015.1075931>
63. Gelfer MP, Schofield KJ, Metrics P. Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male. *J Voice* [Internet]. 2000; 14(1): 22–33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10764114>
64. Hancock A, Colton L, Douglas F. Intonation and gender perception: applications for transgender speakers. Author information MeSH terms LinkOut-more resources. *J Voice* [Internet]. 2014; 28(2): 203–12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094799>
65. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. [Internet]. 2002; 2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm
66. Oelschlager AAM, Kirby A, Breech L. Evaluation and management of vaginoplasty complications. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2017; 29(5): 316-321.
67. Petry AR. Mulheres transexuais e o processo transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015 Junho; 36(2): 70-5.
68. Stroumsa S, Wu JP. Welcoming transgender and nonbinary patients: expanding the language of “women’s health”. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2018 December: 585-588.
69. Madruga DP, Silva LFG. Cirurgias usadas no processo de reafirmação de gênero FTM (feminino para masculino): faloplastia total e metoidioplastia - Processo-consulta CFM nº 6/2019 – Parecer CFM nº 25/2019. Conselho Federal de Medicina. 2019.
70. Djordjevic ML, Stojanovic B, Bizic M. Metoidioplasty: techniques and outcomes. *Transl Androl Urol*. 2019; 8(3): 248-253.
71. Bizic MR, Stojanovic B, Joksic I, Djordjevic ML. Metoidioplasty. *Urologic Clinics of North America*. 2019; 46: 555-566.
72. Medalie DA. Invited Discussion on: Masculinizing Chest Reconstruction in Transgender and Nonbinary Individuals: An Analysis of Epidemiology, Surgical Technique and Postoperative Outcomes. *Aesth Plast Surg*. 2019; 43: 1586–1587.
73. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.370, de 21 de junho de 2019. Inclui procedimento na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS [Internet]. 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/06/portaria1370.pdf>
74. Coleman E, et al. Normas de atenção. à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero. [Internet]. World Professional Association for Transgender Health – WPATH. 2012: 125. Disponível em: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf
75. Vinogradova Y, et al. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019; 364: k4810.

76. Taciana Feibelman T, Magnus R. Dias da Silva (coordenadores). Informações obtidas de estudo colaborativo em andamento sobre “uso prévio e atual de hormônios por mulheres transexuais e travestis”. Ambulatório do Núcleo TransUnifesp (Universidade Federal de São Paulo) e ambulatório CRAIST (Centro de Referência e Atenção Integrada à Saúde Transespecífica da Universidade Federal de Uberlândia). Publicação ainda não disponível. 2020.
77. Krüger A, et al. Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019.
78. Coutinho EM, Spinola P, Athayde C, Fernandes Noronha C, Roberto De Melo N, Aparecida Z, et al. Comparison of two regimens of a monthly injectable contraceptive containing dihydroxyprogesterone acetophenide and estradiol enanthate. 2006.
79. Silva MRD. Foundations in Hormonal Treatment. In Global Education Initiative (GEI). Palestra no 25th WPATH Symposium. Buenos Aires. Novembro 2018.
80. Nambiar K, Williams D, Woodroffe T, Parnell A, Richardson D. Case series: Managing desquamative inflammatory vaginitis in trans-men. *Sexually Transmitted Infections*. 2015; 91(1): 12.