

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



**Ambulatório Trans
Florianópolis**

**PROTOCOLO CLÍNICO DE HORMONIZAÇÃO DE HOMENS E MULHERES
TRANS, TRAVESTIS E PESSOAS NÃO-BINÁRIAS DE FLORIANÓPOLIS**

1ª versão

MAIO DE 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

PROTOCOLO CLÍNICO DE HORMONIZAÇÃO DE HOMENS E MULHERES TRANS, TRAVESTIS E PESSOAS NÃO-BINÁRIAS DE FLORIANÓPOLIS

1ª versão - maio de 2023 - Versão eletrônica

Este documento pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Topazio Silveira Neto

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fernanda Karolinne Melchior Silva Pinto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Cristina Pires Pauluci

GERENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lucilene Gama Paes

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE PÚBLICA

Talita Cristine Rosinski

GERENTE DE INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

Caroline Schweitzer de Oliveira

DIRETORA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO EM SAÚDE

Priscilla Valler dos Santos

COORDENADOR AMBULATÓRIO TRANS FLORIANÓPOLIS

Marcello Medeiros Lucena

ORGANIZAÇÃO

Bianca Niemezewski Silveira

Carolina Gessinger Bertó

Marcello Medeiros Lucena

Marcos Revillion de Oliveira

Mayara Floss

REVISÃO

Ale Mújica Rodríguez

Fernanda Karolinne Melchior Silva Pinto

Filipe Perini

Isadora Ferreira Teixeira

Jéssica Janine Bernhardt Fuchs

Natálie D'Ávila da Silveira

Raíssa Ortiz Pereira

Ronaldo Zonta

FICHA CATALOGRÁFICA

Florianópolis (SC). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Integração Assistencial. "Protocolo clínico de hormonização de homens e mulheres trans, travestis e pessoas não-binárias de Florianópolis", 1ª ed., Secretaria Municipal de Saúde | SMS | PMF, 2023: Maio – p. 41.

Versão eletrônica



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Conceitos em gênero e orientação sexual.....	5
2. HORMONIZAÇÃO	7
2.1 Quem pode hormonizar?.....	8
2.2 Cenário para hormonização.....	12
2.3 Hormonização para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB.....	12
2.3.1 Associação de antiandrógenos para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB.....	14
2.3.2 Cuidados de rotina a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização.....	18
2.4 Hormonização para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB.....	23
2.4.2 Cuidados de rotina a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização.....	27
3. REFERÊNCIAS	33
4. ANEXOS	38
4.1 ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de corresponsabilidade pelo uso de testosterona.....	38
4.2 ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de corresponsabilidade pelo uso de estrógeno e/ou antiandrógeno.....	40



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos em gênero e orientação sexual

Quadro 2 – Critérios para início da hormonização

Quadro 3 – Contraindicações absolutas e relativas para o uso dos medicamentos utilizados na hormonização

Quadro 4 – Efeitos e temporalidade dos efeitos da hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Quadro 5 – Estrógenos utilizados para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Quadro 6 – Antiandrógenos utilizados para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Quadro 7 – Resumo sobre via de administração e associação de antiandrógeno ao estradiol

Quadro 8 – Periodicidade das consultas e resumo dos exames laboratoriais a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização

Quadro 9 – Cuidados de rotina a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização

Quadro 10 – Efeitos e temporalidade dos efeitos da hormonização de homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB

Quadro 11 – Andrógenos utilizados para hormonização de homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB

Quadro 12 – Periodicidade das consultas e resumo dos exames laboratoriais a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização

Quadro 13 – Cuidados de rotina a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização



1. INTRODUÇÃO


São conhecidas as lacunas em conhecimento técnico e em competência cultural de profissionais da saúde na atenção às pessoas trans, travestis e não-binárias. A estigmatização das pessoas sexo-gênero dissidentes da cisheteronormatividade historicamente fundamenta a violência institucional contra essas pessoas nos serviços de saúde e impõe barreiras a direitos fundamentais (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SILVA, FINKLE, MORETTI-PIRES, 2019; RODRIGUEZ, 2014; RODRIGUEZ, 2019).

Profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) - e de outros pontos das redes de atenção à saúde (RAS) – em algum momento, vão atender pessoas travestis, transexuais e não-binárias (GOMES, TESSER, 2022).

É fundamental que haja o apoio e legitimação por parte de todas as categorias profissionais, independentemente das motivações de uma pessoa para realizar modificações corporais. A APS sempre será o local de coordenação do cuidado, mesmo que a pessoa usuária acompanhe em outros pontos do sistema, para garantir a assistência integral.

A hormonização (ou “hormonização cruzada”, aqui expressões utilizadas como sinônimas) faz parte deste cuidado e, desta forma, este protocolo visa instrumentalizar profissionais para o cuidado dessa população.

O Ambulatório Trans de Florianópolis foi criado a partir da iniciativa de movimentos sociais e de profissionais residentes em saúde da família e comunidade em 2015, com proposta de cuidado integral em saúde às pessoas trans, travestis e não-binárias. O serviço passou por diferentes formatos desde o início de sua trajetória, funcionando em diferentes Centros de Saúde de Florianópolis, em horários noturnos e contando com o interesse e a motivação de profissionais e residentes. Mais recentemente, desde julho de 2021, o Ambulatório vem passando por processos de (trans)formação, tendo em vista sua adequação à Portaria N° 2.830 de 2013, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Esse serviço tem papel fundamental em reduzir iniquidades em saúde às pessoas trans, travestis



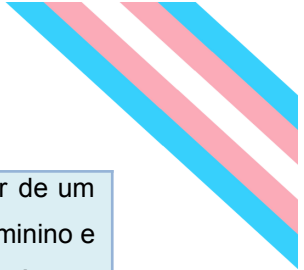
e não-binárias e atua de forma conjunta à RAS de Florianópolis. O Ambulatório Trans de Florianópolis insere-se no eixo saúde do II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT de Florianópolis, instituído pelo Decreto Municipal Nº 15.067, de 18 de agosto de 2015 (linha de ação *1.2 Atendimento específico e tratamento de forma igualitária e universal à população LGBT* e *1.2.3 Garantir o atendimento integral à saúde na atenção primária e nos demais níveis de atenção para população LGBT, em especial às pessoas travestis e transexuais, seguindo os princípios do Plano de Política Nacional de Saúde Integral LGBT*) (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Ressalta-se que o cuidado integral de pessoas trans, travestis e não-binárias é amplo e não deve ser limitado à hormonização. Nem todas as pessoas trans, travestis e não-binárias têm desejo de realizar modificações corporais. Este protocolo foca apenas na hormonização e não tem a intenção de abranger outros aspectos também essenciais ao cuidado dessas pessoas. Desta forma, o objetivo deste protocolo é orientar a prática da hormonização de pessoas que desejem modificações corporais por esse meio.


1. 1 Conceitos em gênero e orientação sexual

Conceituações acerca das principais categorias em gênero e orientação sexual encontram-se no Quadro 1 abaixo. É importante salientar que a expressão humana em gênero e sexualidade dificilmente é definida completamente através de conceituações, as quais são derivadas de tempo histórico e social, e que, portanto, estão em contínua modificação.

Quadro 1 – Conceitos em gênero e orientação sexual




Identidade de gênero	É como cada pessoa compreende seu gênero a partir de um universo simbólico construído socialmente acerca do feminino e masculino. Só a própria pessoa pode falar qual é sua identidade de gênero.
Expressão de gênero	É como cada pessoa se expressa, em determinado momento e contexto, em relação aos padrões sociais de gênero.
Gênero atribuído (imposto) ao nascimento	Rótulo de gênero imposto pelo poder biomédico-jurídico geralmente a partir de genitália visualizada ao nascimento, habitualmente dentro do sistema binário homem-mulher.
Sexo	Conjunto de parâmetros (genitália, gônadas, caracteres sexuais secundários, hormônios, cromossomos) convencionados socialmente e na biologia sobre a diferenciação fenotípica dos indivíduos. Sexo masculino (pênis, testículos, testosterona, XY), feminino (vagina, ovários, estrógeno e progesterona, XX) ou intersexo (diferentes combinações no conjunto de parâmetros que definem sexo e que constituem diferenças no desenvolvimento sexual).
Cisgênero (cis)	Pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi imposto ao nascimento.
Homem cis	Pessoa que se identifica com o gênero homem que lhe foi imposto ao nascimento.
Mulher cis	Pessoa que se identifica com o gênero mulher que lhe foi imposto ao nascimento.
Transgênero/transexual (trans)	Pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi imposto ao nascimento. Pessoas trans podem ser homens, mulheres, travestis e pessoas não-binárias. Conceito que se trata de uma autodeterminação independente de mudanças hormonais ou cirúrgicas.
Homem trans	Pessoa que se identifica como homem e cujo gênero imposto ao nascimento foi diferente de “homem”.
Mulher trans	Pessoa que se identifica como mulher e cujo gênero imposto ao nascimento foi diferente de “mulher”.
Travesti	Identidade de gênero feminina de pessoa que se identifica como travesti e cujo gênero imposto ao nascimento foi diferente de “travesti”.
Pessoa transfeminina	Pessoa que não se identifica com o gênero imposto ao nascimento e se identifica dentro do espectro de feminilidade, não necessariamente como mulher trans ou travesti.



Pessoa transmasculina	Pessoa que não se identifica com o gênero imposto ao nascimento e se identifica dentro do espectro de masculinidade, não necessariamente como homem.
Pessoa não-binária	Pessoa que não se identifica com o gênero imposto ao nascimento e se identifica com gênero localizado fora do sistema binário homem-mulher. Por exemplo, pessoas bigênero, gênero fluido, dentre várias outras possibilidades. Utilizaremos “pessoas não-binárias” seguido das siglas AFAB e AMAB, do inglês (<i>assigned female at birth</i> e <i>assigned male at birth</i>), para pessoas não-binárias designadas mulheres ao nascimento e pessoas não-binárias designadas homens ao nascimento, respectivamente.
Orientação sexual	É por quem a pessoa se atrai romântica, afetiva e sexualmente e pode variar entre pessoas do mesmo gênero (homossexual), pessoas de gênero diferente (heterossexual), mais de um gênero (bissexual/pansexual), dentre várias outras possibilidades. A identidade de gênero e a expressão de gênero de uma pessoa não definem a orientação sexual e vice-versa.

A autodefinição da identidade de gênero é um direito humano universal e deve ser respeitada em toda a sua diversidade, constituindo “*parte essencial da [...] personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade*” (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006). As possibilidades de categorias na autodefinição da identidade de gênero são tantas quanto a de indivíduos existentes no planeta. A expressão de gênero de uma pessoa é como a pessoa se expressa socialmente, seja por comportamentos, linguagem, vestimentas, cabelo ou outras características corporais. A hormonização entra como uma das possibilidades de mudanças corporais e, portanto, atua na modificação da expressão de gênero das pessoas. É importante salientar que nem sempre a expressão de gênero condiz com a expectativa dentro da cisheteronormatividade, o que não deve ser motivo para invalidação da identidade de gênero das pessoas (RODRIGUEZ, 2019).

2. HORMONIZAÇÃO




A hormonização é utilizada como forma de produzir mudanças corporais, suprimindo, reduzindo ou desenvolvendo características corporais culturalmente atribuídas ao universo simbólico feminino ou masculino. A hormonização é utilizada para o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários diferentes daqueles adquiridos durante a puberdade da pessoa. 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 e mental. Dessa forma, é necessário abordar desejos e expectativas durante o acolhimento das pessoas que optem por essa forma de transformação corporal, levando em consideração as contraindicações à hormonização e a capacidade crítica e de consentimento da pessoa ao prescrever a hormonização. Quaisquer que sejam as motivações de uma pessoa trans, travesti ou não-binária para transformações corporais, é importante que profissionais de saúde acolham essa demanda e ofereçam acompanhamento adequado (SÃO PAULO, 2023). O medicamento, neste caso, é apontado como um produtor de saúde, o que quebra alguns paradigmas no padrão clássico do medicamento para prevenir e tratar doenças (KULKAMP, 2019).

2.1 Quem pode hormonizar?

São diversos os motivos que levam pessoas trans, travestis e não-binárias a optar pela hormonização, os quais refletem experiências da pessoa com seu gênero e seu corpo. Dessa forma, é importante que profissionais evitem emitir julgamentos acerca dessa decisão ou mesmo impedir que pessoas realizem modificações corporais baseado em sistema de crenças e valores próprios.

É papel de profissional de saúde orientar sobre os efeitos desejados e indesejados da hormonização, a variabilidade dos efeitos, as mudanças definitivas e transitórias e também os riscos inerentes à hormonização. Além disso, é importante avaliar a capacidade decisória da pessoa frente a essas questões, bem como o completo entendimento do processo. A pessoa profissional deve também avaliar a presença de contraindicações à hormonização de forma sempre individualizada, tendo em vista seu impacto na qualidade de vida de pessoas trans, travestis e



não-binárias e na redução de possíveis sofrimentos associados ao corpo (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JUNIOR, 2021; COLEMAN, 2012).

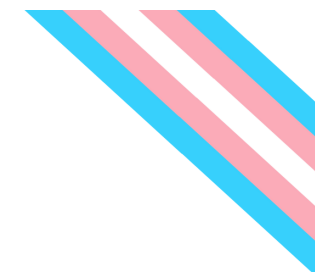
A presença de transtornos mentais, sofrimentos psíquicos, vivências neurodiversas e/ou relacionadas à deficiência não são necessariamente contraindicações à hormonização.

Os critérios para início da hormonização e contraindicações são encontradas nos Quadros 2 e 3, respectivamente, a seguir.

Quadro 2 – Critérios para início da hormonização

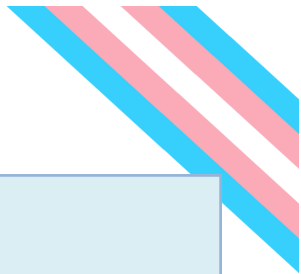
- Desejo da pessoa em realizar hormonização
- Ter capacidade de consentir e usar os medicamentos com pleno conhecimento
- Ter 16 anos ou mais com anuência de responsável legal¹ ou mais de 18 anos
- Ausência de contraindicações aos medicamentos que serão utilizados

¹ O Processo Transsexualizador no SUS define que pessoas transexuais e travestis podem receber hormonização com o objetivo de mudanças corporais a partir dos 18 anos de idade, se assim desejarem (BRASIL, 2013). A atual resolução do CFM no 2.265/2019 reconhece benefícios e possibilidade do início de hormonização cruzada aos 16 anos de idade (CFM, 2019).




Quadro 3 – Contraindicações absolutas e relativas para o uso dos medicamentos utilizados na hormonização

Medicamento	Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas (a serem avaliadas e minimizadas individualmente)
Estradiol	Doença cardiovascular isquêmica instável Câncer sensível a estrógeno conhecido Doença hepática crônica em estágio terminal (para via oral) Condição que limite capacidade de realizar consentimento informado Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula	Doença cardiovascular isquêmica estável Doença cerebrovascular Antecedente pessoal de trombose venosa profunda Coagulopatia Hipertrigliceridemia Hipertensão arterial sistêmica descompensada Diabetes mellitus descompensado com complicações vasculares Tabagismo Síndrome metabólica Migrânea grave, refratária ou focal Distúrbios convulsivos História de hipertensão intracraniana Disfunção hepática Hiperprolactinemia História pessoal ou familiar de câncer de mama
Ciproterona	Doença cardiovascular isquêmica instável Doença hepática crônica em estágio terminal Tumor hepático conhecido Meningioma conhecido Condição que limite capacidade de realizar consentimento informado Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula	Antecedente pessoal de trombose venosa profunda Depressão crônica grave Disfunção hepática Diabetes mellitus descompensado com complicações vasculares Tabagismo Síndrome metabólica
Espironolactona	Taxa de filtração glomerular estimada $<30\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ Hipercalemia Condição que limite capacidade de realizar consentimento informado Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula	Disfunção hepática Taxa de filtração glomerular estimada $<60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ Pessoa idosa com risco de queda por hipotensão
Testosterona	Gestação Lactação Doença cardiovascular isquêmica instável	Ideação suicida Transtorno de humor bipolar não controlado ou condição psiquiátrica com sintomas psicóticos não controlados



	<p>Doença hepática crônica em estágio terminal Hematócrito $\geq 55\%$ Câncer sensível à testosterona conhecido Condição que limite capacidade de realizar consentimento informado Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula</p>	<p>Disfunção hepática Antecedente pessoal de trombose venosa profunda Coagulopatia Hipertrigliceridemia Hipertensão arterial sistêmica descompensada Diabetes mellitus descompensado com complicações vasculares Tabagismo Síndrome metabólica História pessoal ou familiar de câncer de mama</p>
--	---	---

Fonte: CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SÃO PAULO, 2023; HEMBREE, 2017.



Sugere-se a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todas as pessoas que estão iniciando a hormonização. O TCLE trata sobre os efeitos do uso de hormônios, modificações corporais reversíveis e irreversíveis, além dos seus riscos e benefícios. É importante que ele seja entregue antes do efetivo início da hormonização, pois assim, oportuniza-se a leitura com calma e o esclarecimento de dúvidas em atendimentos subsequentes. Pessoas entre 16 e 18 anos, conforme legislação vigente, necessitam do consentimento de pelo menos um responsável legal, através da assinatura do TCLE. O Ambulatório Trans de Florianópolis usa modelos do *Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo* (SÃO PAULO, 2023) (Anexos 1 e 2).


2.2 Cenário para hormonização

A hormonização e acompanhamento integral e longitudinal de pessoas trans, travestis e não-binárias pode ser realizado em serviço específico, como o Ambulatório Trans, e pode ser realizado na Atenção Primária à Saúde desde que as pessoas profissionais tenham habilidades e competências para isso. É importante considerar que o atendimento inclui não somente quem prescreve a hormonização, mas sim todas as pessoas profissionais envolvidas desde o primeiro contato da pessoa para solicitação do atendimento na unidade de saúde.

2.3 Hormonização para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Os efeitos e temporalidade dos efeitos com uso de estradiol e antiandrógenos encontram-se no Quadro 4.

Os estrógenos utilizados preferencialmente para hormonização são 17-betaestradiol e valerato de estradiol em apresentação isolada (sem associação com progestágenos) com via de administração oral e o 17-betaestradiol por via transdérmica. A via oral é considerada uma das vias mais seguras de



administração, sendo bastante conveniente. Entretanto, a via transdérmica é preferencial para pessoas com maior risco cardiovascular. Detalhes sobre apresentação, posologia e custos estão descritos no Quadro 5.

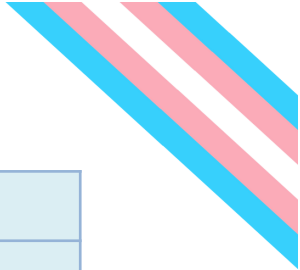
A via intramuscular para a administração de estrógenos, apesar de amplamente utilizada sem prescrição médica por mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB, não é recomendada como primeira escolha, no entanto, pode ser orientada em perspectiva de redução de danos (KRÜGER, 2019).

As apresentações injetáveis de estradiol encontradas no Brasil comumente têm um baixo custo e sempre são associadas a progestágenos, como noretisterona, algestona ou medroxiprogesterona, que têm ação androgênica, antiestrogênica ou não acrescentam efeitos desejados à hormonização (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021). Uma das opções mais utilizadas é enantato de estradiol 10mg + algestona acetofenida 150mg IM, podendo ser orientada sua posologia a cada 2, 3 ou 4 semanas (\$²) (GUSMÃO-SILVA, 2022). Valerato de estradiol isolado injetável 10mg IM a cada 1, 2 ou 4 semanas também seria opção viável, porém somente disponível através de manipulação no Brasil (SÃO PAULO, 2023).

Quadro 4 - Efeitos e temporalidade dos efeitos da hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Efeito	Início esperado	Máximo efeito esperado
Crescimento mamário	3 a 6 meses	1 a 3 anos
Redução de crescimento de pelos	6 a 12 meses	>3 anos
Redistribuição da gordura corporal	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Suavização da pele/ redução da oleosidade	3 a 6 meses	3 anos
Diminuição das ereções espontâneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses

² Estimativas de custo mensal com dose inicial: elaboração própria com base em pesquisa na Internet realizada em março de 2022; legenda: 0-50 reais = \$; 51-100 reais = \$\$; 101-200 reais = \$\$\$; >200 reais = \$\$\$\$.



Diminuição da libido	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Diminuição do volume testicular	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição da produção de esperma	Desconhecido	>3 anos
Diminuição da massa muscular/ força	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Interrupção da queda de cabelo, sem crescimento	1 a 3 meses	Variável

Fonte: HEMBREE, 2017; BOURNS, 2019.

2.3.1 Associação de antiandrógenos para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

A associação de antiandrógenos com estrógenos é preferível, uma vez que possibilita atingir os efeitos esperados com a menor dose possível de estrógeno. Seu uso, no entanto, deve ser individualizado a depender dos efeitos corporais desejados e situações de saúde da pessoa. Os antiandrógenos podem gerar perda de libido e disfunção erétil. Nos casos em que isso causar desconforto ou piora da qualidade de vida, sugere-se utilizar sildenafil ou tadalafil, dosar os níveis de testosterona para considerar intervenções ou mesmo reduzir a dose de antiandrógenos. É importante lembrar também que pode haver prejuízo à massa óssea se uso prolongado de antiandrógenos isolados e que os antiandrógenos podem ser descontinuados para pessoas orquiectomizadas (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SÃO PAULO, 2023; HEMBREE, 2017).

Atenção! O uso do estrógeno e antiandrógenos reduz a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen, porém a hormonização não pode ser considerada como contracepção efetiva. Opções disponíveis devem ser consideradas com a pessoa para a melhor tomada de decisão.

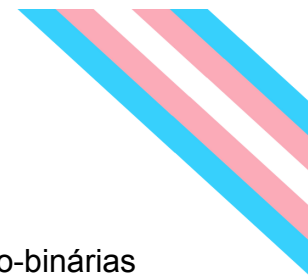


Quadro 5 - Estrógenos utilizados para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Estradiol	Via de administração	Posologia	Apresentações ¹	Custo estimado ¹	Observações
17-betaestradiol micronizado	Oral/Sublingual	2 a 6 mg ao dia	1mg	\$\$\$	Desvantagem posológica pela necessidade do uso de vários comprimidos ao dia.
17-betaestradiol	Transdérmico (<i>patches</i>)	50 a 200 mcg, 2x/semana	25, 50 e 100mcg	\$\$	Via preferencial para pessoas com maior risco cardiovascular.
	Transdérmico (gel)	2 a 4 mg/dia Cada sachê de 1g de gel corresponde a 1mg de estradiol.	0,5mg e 1mg	\$\$\$	Via preferencial para pessoas com maior risco cardiovascular.
		2 a 4 mg/dia Quatro medidas da válvula dosadora correspondem a 3mg de estradiol. Para apresentação de tubo plástico 80g com válvula dosadora, a cada pressão libera-se 1,25 g de gel (equivalente a 0,75 mg de estradiol).	0,6mg/g	\$\$ Disponível pelo SUS em Florianópolis para pessoas prescritoras previamente cadastradas	Via preferencial para pessoas com maior risco cardiovascular.
Valerato de estradiol	Oral	2 a 6 mg ao dia	2mg	\$\$ Disponível pelo SUS em Florianópolis para pessoas prescritoras previamente cadastradas	Se 4mg ou mais, considere dividir em duas tomadas ao dia.

Fonte: adaptado de CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SÃO PAULO, 2023.

¹Estimativas de custo mensal com dose inicial: elaboração própria com base em pesquisa na Internet realizada em março de 2022; legenda: 0-50 reais = \$; 51-100 reais = \$\$; 101-200 reais = \$\$\$; >200 reais = \$\$\$\$.



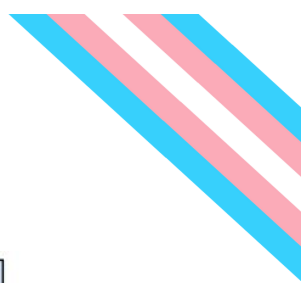
Quadro 6 - Antiandrógenos utilizados para hormonização de mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB

Antiandrógeno	Via de administração	Posologia	Apresentações ¹	Custo estimado ¹	Observações
Espironolactona	Oral	50 a 300mg/dia	25mg, 100mg	Disponível na REMUME apresentação de 25mg. Disponível para prescrição no Ambulatório Trans de Florianópolis apresentação de 100mg.	Necessário monitoramento do potássio e da pressão arterial.
Acetato de Ciproterona	Oral	10mg a 50mg/dia	50mg	\$\$ Disponível pelo SUS em Florianópolis para pessoas prescritoras previamente cadastradas	Necessário partir o comprimido.

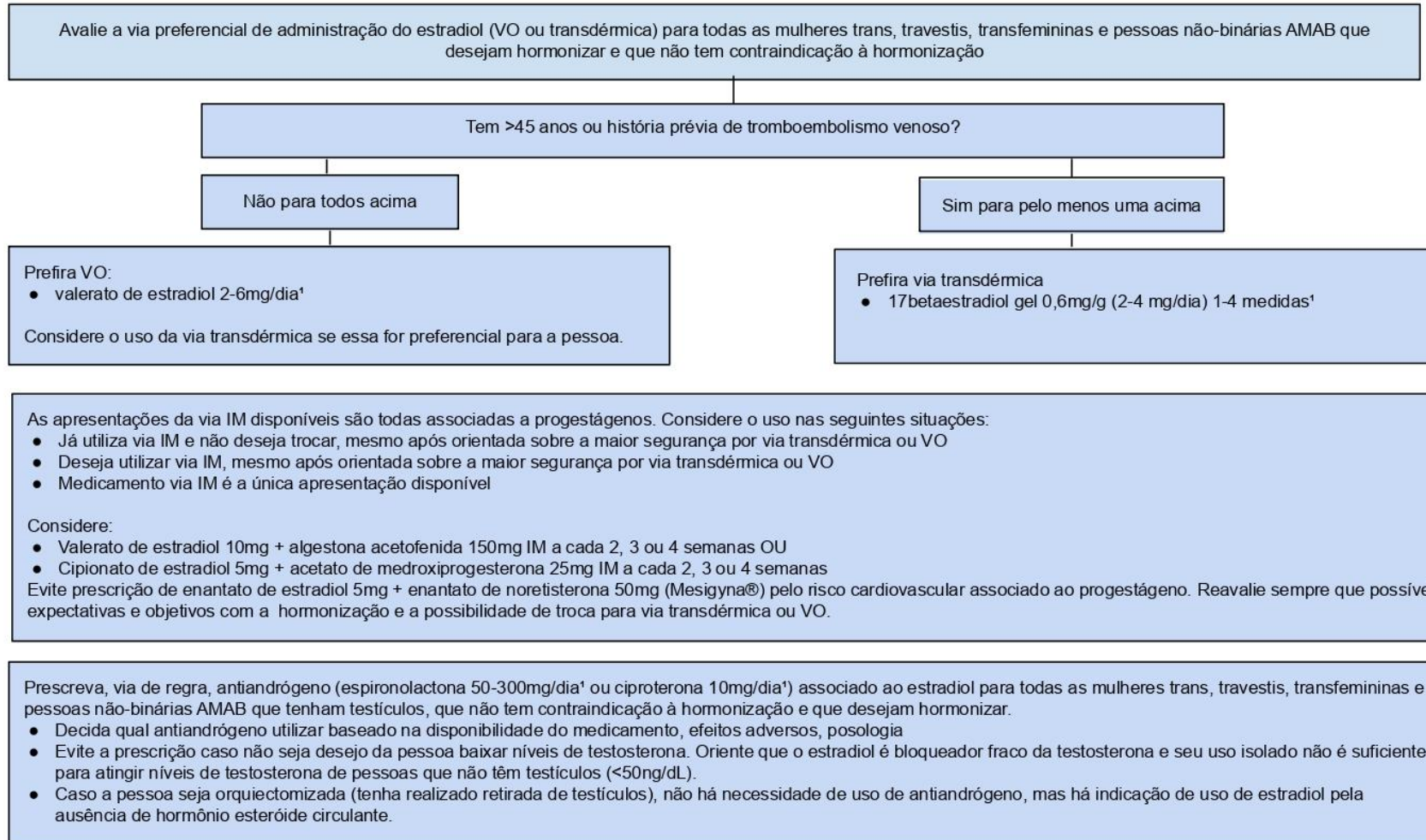
REMUME: relação municipal de medicamentos essenciais

Fonte: adaptado de CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SÃO PAULO, 2023.

¹Estimativas de custo mensal com dose inicial e pesquisa das apresentações no mercado: elaboração própria com base em pesquisa na Internet realizada em março de 2022; legenda: 0-50 reais = \$; 51-100 reais = \$\$; 101-200 reais = \$\$\$; >200 reais = \$\$\$\$



Quadro 7 - Resumo sobre via de administração e associação de antiandrógeno ao estradiol



¹ Disponível para prescrição no Ambulatório Trans de Florianópolis



2.3.2 Cuidados de rotina a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização

Sugere-se que a periodicidade de consultas seja, no mínimo, antes da hormonização e após iniciar: com 1 mês (se necessário), 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente. Os exames laboratoriais e os cuidados de rotina a serem realizados encontram-se resumidos nos quadros 8 e 9, respectivamente..

Não recomendamos a realização de hemograma rotineiramente para pessoas em uso de estrógeno e antiandrógeno, mas caso esse exame seja realizado por outro motivo, deve-se atentar para os valores de referência de acordo com o tempo de hormonização. Após três meses de hormonização, os valores de hemoglobina e hematócrito tendem a atingir faixas mais baixas. Sugerimos uso de valores de referência de hemoglobina de 11,9g/dL a 16,9g/dL e de hematócrito 35% a 50% (ANTUN, 2020; MEANS; BROADSKY, 2022).

Quadro 8 - Periodicidade das consultas e resumo dos exames laboratoriais a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização

Pré	30 dias (se necessário)	3 meses	6 meses	12 meses	Anual
Testosterona total	Avaliação clínica de efeitos adversos	Testosterona total	Testosterona total	Testosterona total	Testosterona total
Estradiol		Estradiol	Estradiol	Estradiol	Estradiol
Cr		Cr (se em uso de espironolactona)	Cr (se em uso de espironolactona)	Cr (se em uso de espironolactona)	Cr (se em uso de espironolactona)
K		K (se em uso de espironolactona)	K (se em uso de espironolactona)	K (se em uso de espironolactona)	K (se em uso de espironolactona)

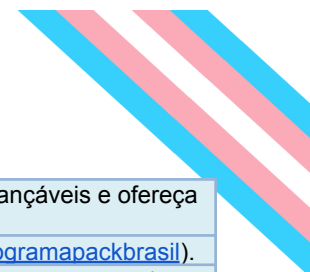
Cr: creatinina. K: potássio.

Obs.: Outros exames e avaliações são realizados conforme Quadro 8.

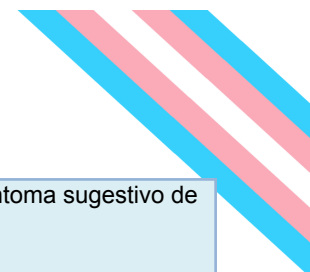


Quadro 9 – Cuidados de rotina a serem realizados para mulheres trans, travestis, transfemininas e pessoas não-binárias AMAB em hormonização

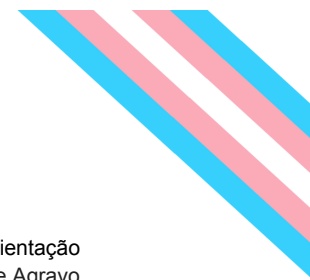
Avalie	Quando avaliar	Observações
Critérios para início	Antes do início	<ul style="list-style-type: none">● Se <16 anos, evite prescrever hormonização. Se já em uso, oriente sobre uso correto em perspectiva de redução de danos.● Se ≥16 anos, avalie se: tem capacidade de consentir e usar a hormonização com pleno conhecimento. Explique sobre efeitos definitivos e transitórios, riscos e possíveis efeitos adversos.<ul style="list-style-type: none">○ Se >16 anos e <18 anos, avalie se tem anuência de responsável legal. Utilize abordagem familiar se necessário.
Planejamento reprodutivo	Antes do início e se necessário	<ul style="list-style-type: none">● Oriente sobre redução da fertilidade com início da hormonização. Caso haja desejo de ter filhas/os/es usando seus espermatozoides, realize decisão compartilhada sobre adiar a hormonização ou possibilidade de congelamento de sêmen (serviço pouco acessível, não disponível no SUS).● Oriente que a hormonização não é método contraceptivo. Ofereça contracepção para a pessoa (vasectomia, preservativos) e parcerias se relações sexuais que possam gerar gestações não planejadas. Evite pressuposições sobre as práticas sexuais da pessoa.
Contraindicações	Toda consulta	<p>Avalie presença de contraindicações conforme Quadro 2.</p> <ul style="list-style-type: none">● Se contraindicações absolutas, evite iniciar ou suspenda hormonização. Discuta com a pessoa sobre riscos e benefícios e avalie conjuntamente estratégias alternativas para as mudanças corporais desejadas.● Se contraindicações relativas, minimize riscos se contraindicação modificável. Discuta com a pessoa sobre riscos e benefícios e utilize julgamento clínico e decisão compartilhada para início ou manutenção da hormonização.
Efeitos adversos	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">● Avalie efeitos adversos em todas as consultas:<ul style="list-style-type: none">○ Alterações de humor: se em uso de ciproterona, realize rastreio para depressão (veja linha abaixo), oriente sobre transitoriedade dos sintomas (geralmente 8 semanas) e utilize julgamento clínico para avaliar suspensão ou troca de antiandrógeno.○ Disfunções sexuais: avalie perda de libido de forma multifatorial. Se perda de libido ou disfunção erétil como efeitos indesejados, considere redução da dose de antiandrógeno e a prescrição de sildenafil ou tadalafila.○ Sinais e sintomas de tromboembolismo: utilize os critérios de Wells modificado² para avaliação de probabilidade pré-teste e maneje de acordo. Suspenda estradiol e ciproterona.○ Se em uso de estradiol IM e fogachos, cefaleia, fadiga: avalie ciclicidade dos sintomas e considere reduzir intervalo nas aplicações ou mudar via de administração do estradiol, visando reduzir ampla variação no estradiol sérico entre uma aplicação e outra.○ Se em uso de espironolactona e hipotensão, hipotensão postural, sonolência, poliúria, polidipsia ou desidratação: considere troca do antiandrógeno se sintomas adversos com prejuízo na qualidade de vida.○ Se em uso de espironolactona e sinais ou sintomas de hipercalemia (fraqueza muscular grave, paralisia, alterações típicas no ECG): suspenda o medicamento e encaminhe com urgência.



Expectativas e satisfação	Toda consulta	Avalie expectativas e satisfação com a hormonização (ver Quadro 4). Atente a expectativas inalcançáveis e ofereça suporte. Oriente sobre a singularidade de cada corpo e cada processo.
Uso de tabaco	Toda consulta	Se fuma, avalie a motivação para cessar e apoie a mudança. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	Pergunte se no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, realize avaliação diante do risco de dano/dependência. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Depressão	Toda consulta	Pergunte se no último mês, sentiu 1) desânimo, humor deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, realize avaliação de depressão. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Violência	Toda consulta	Avalie e notifique ¹ situações de violência/transfobia nos ambientes frequentados pela pessoa (por ex.: familiar, escolar, trabalho). Ofereça suporte adequado. Lembre-se que a notificação de violência não gera qualquer processo jurídico/legal e é importante para fins epidemiológicos.
RCV	Se 40-75 anos	<ul style="list-style-type: none"> ● Avalie RCV na primeira consulta, depois conforme resultado. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil). <ul style="list-style-type: none"> ○ Se entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Interprete resultados e use colesterol total para calcular RCV. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil). Utilize julgamento clínico baseado na idade de início da hormonização e tempo de hormonização para decidir se uso do gênero da pessoa, do gênero atribuído/imposto ao nascimento ou uma média entre ambos. ● Fatores RCV: DM, HAS, DRC, tabagismo (atual ou há < 1 ano), IMC>25, circunferência abdominal >88cm ou >102cm (utilize julgamento clínico baseado na idade de início da hormonização e tempo de hormonização para decidir se uso do gênero da pessoa, do gênero atribuído ao nascimento ou uma média entre ambos) ou pais/irmãos com DCV precoce (homens cis <55 anos ou mulheres cis <65 anos).
PA	Primeira consulta, então conforme valor	Verifique PA. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Creatinina e potássio	<ul style="list-style-type: none"> ● Antes do início ● Se em uso de espironolactona, solicite também com 3 meses, 6 meses, 12 meses, anualmente e após ajustes de dose 	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilize para o cálculo da TFGe o gênero atribuído/imposto ao nascimento para a equação CKD-EPI 2021. ● Se TFGe ≤ 45, discuta e considere não iniciar/parar espironolactona, encaminhe com prioridade. ● Se TFGe < 30, discuta/encaminhe com prioridade e evite espironolactona ● Se potássio ≥ 5 repita/confirme imediatamente, considere reduzir dose de espironolactona/discuta. Se potássio $\geq 5,5$: pare espironolactona/discuta.
Testosterona total	Antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente.	Considere alvo < 50 ng/dL. Se > 50 ng/dL e satisfação da pessoa com os efeitos da hormonização, não há obrigatoriedade no ajuste de dose. Algumas pessoas podem apresentar os efeitos clínicos desejados mesmo com valores intermediários de testosterona. Atletas podem necessitar atingir faixas específicas de valores conforme determinações institucionais para participação em competições. Discuta sempre com a pessoa sobre os objetivos da supressão da testosterona para ajuste de dose.
Estradiol	Antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente.	Considere alvo ≤ 200 pg/mL. Se > 200 pg/mL, revise automedicação e considere redução ou suspensão de estradiol. Discuta sempre com a pessoa para ajuste de dose sobre os objetivos da hormonização, expectativas, riscos e benefícios.
Prolactina	Se sintomas sugestivos de hiperprolactinemia	<ul style="list-style-type: none"> ● Se ainda não iniciou hormonização, avalie sintomas sugestivos de hiperprolactinemia: galactorreia⁴, disfunção erétil, ginecomastia, infertilidade.



		<ul style="list-style-type: none"> • Se em hormonização com estradiol e/ou ciproterona: considere somente galactorreia⁴ como sintoma sugestivo de hiperprolactinemia. • Se sintomas sugestivos de hiperprolactinemia, solicite prolactina: <ul style="list-style-type: none"> o Se >40ng/dL, diagnostique hiperprolactinemia. o Se <40ng/dL, discuta para considerar diagnósticos diferenciais e exames complementares. • Se diagnóstico hiperprolactinemia: <ul style="list-style-type: none"> o Descarte causa secundária medicamentosa (geralmente elevações até 100ng/dL): avalie uso concomitante de medicamentos além de estradiol e ciproterona que podem elevar prolactina⁵. Se uso de risperidona, use valor de até 200ng/dL, para considerar indução por medicamento. Considere reduzir dose ou trocar medicamentos (se uso de ciproterona como antiandrógeno, considere troca por espironolactona) por pelo menos uma semana e repita dosagem de prolactina após. Se normalização, considere causa medicamentosa. Use julgamento clínico e decisão compartilhada sobre reiniciar hormonização. o Descarte insuficiência renal e hipotireoidismo primário como causas secundárias: solicite creatinina e TSH. o Se persistência da elevação após suspensão medicamentosa ou descarte de insuficiência renal e hipotireoidismo primário, considere encaminhamento à endocrinologia. o Se sintomas de alterações agudas visuais considere encaminhamento com prioridade à endocrinologia.
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Câncer de mama	Se 50-69 anos e pelo menos 5 anos de hormonização com estradiol	Examine para nódulos/sintomas em mamas ou nódulos em axilas. Solicite MMG (USG não é exame de rastreio) e interprete. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Se necessário • Anualmente • Se fator de risco: a cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique necessidade de rastrear/rastreie HIV. • Fatores de risco para HIV: uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas EV; ou pratica <i>chemsex</i>⁶ e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos. • Se diagnóstico de HIV, trate a pessoa e investigue parcerias. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Se necessário • Se ≤ 30 anos: anualmente • Se fator de risco: a cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique necessidade de rastrear/rastreie sífilis. • Fatores de risco para sífilis: HIV, uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia. • Se diagnóstico de sífilis, trate a pessoa e parcerias. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Hepatite B	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear HBV. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Hepatite C	<ul style="list-style-type: none"> • Se necessário • Se fatores de risco: anualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique necessidade de rastrear/rastreie HCV. • Fatores de risco para HCV: HIV, uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas inaladas/EV; pratica chemsex • Se diagnóstico de sífilis, trate a pessoa e parcerias. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Clamídia (CT) e Gonococo (NG)	Se fatores de risco: anualmente	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco para CT/NG: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo. • Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate a pessoa e parcerias dos últimos 60 dias: dê dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. • Se comente CT detectável, trate paciente e parcerias dos últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.



RCV: Risco Cardiovascular; TFG_e: Taxa de filtração glomerular estimada (unidade: mL/min/1,73m²).

¹Imprima e preencha a ficha SINAN de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada (bit.ly/SINANViolencia). Atente para o correto preenchimento dos campos 36-Orientação Sexual, 37-Identidade de gênero e 55-motivação da violência. Feche o atendimento com CID-10: Y09. No CELK, acesse as abas: Vigilância > Vigilância Epidemiológica > Registro de Agravos. Pesquise o nome da pessoa e copie o Código de Notificação no canto superior direito da ficha SINAN. Entregue a ficha SINAN para a coordenação local do seu serviço, a qual deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica na SMS.

²Crterios de Wells modificado (tradução realizada pelas organizadoras de WELLS, 2003), realize a soma se presença dos seguintes itens: câncer em tratamento atual ou com tratamento nos seis meses anteriores ou em cuidados paliativos (1 ponto); paralisia, paresia ou recente imobilização de extremidades inferiores (1 ponto); recente restrição ao leito por mais de três dias ou cirurgia maior nas últimas 4 semanas (1 ponto); endurecimento localizado ao longo da distribuição do sistema venoso (1 ponto); edema de todo o membro inferior (1 ponto); edema de panturrilha >3cm comparado a perna assintomática (medida abaixo da tuberosidade tibial) (1 ponto); edema com cacifo (maior na perna sintomática) (1 ponto); veias superficiais colaterais (não varicosas) (1 ponto); outro diagnóstico mais provável que trombose venosa profunda (-2 pontos); trombose venosa profunda prévia documentada (1 ponto).

³Creatina não tem interação com os medicamentos utilizados para hormonização, porém pode causar um falso aumento no valor da creatinina.

⁴Secreção mamária geralmente bilateral (podendo ser unilateral), geralmente leitosa branca ou (podendo ter outras colorações) em pessoa que não está amamentando ou induzindo lactação.

⁵Antidepressivos (clomipramina, amitriptilina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina), antipsicóticos (clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, sulpirida), anti-hipertensivos (metildopa, verapamil,), gastrointestinais (domperidona, metoclopramina, cimetidina, ranitidina), opiáceos e cocaína, inibidores da protease.



2.4 Hormonização para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB

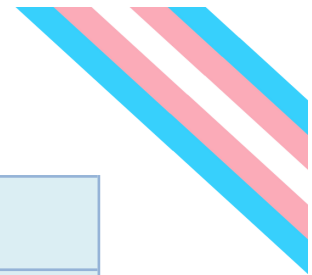
Os efeitos e temporalidade dos efeitos com uso da testosterona encontram-se no Quadro 10.

As apresentações da testosterona disponíveis são para uso parenteral ou transdérmico. A apresentação mais utilizada é a testosterona parenteral, uma vez que as formulações transdérmicas apresentam custos mais elevados. Detalhes sobre apresentação, posologia e custos estão descritos no Quadro 11. O undecilato de testosterona apresenta níveis séricos mais estáveis, o que pode reduzir os efeitos colaterais em relação ao cipionato de testosterona, que produz picos séricos e pode provocar alterações de humor (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021). Não existem estudos que mostrem diferenças nas transformações corporais entre as apresentações injetáveis disponíveis.

Para a obtenção das testosteronas parenterais é obrigatória a apresentação de receita de controle especial, com endereço da pessoa e emissão em duas vias, contendo CPF da pessoa prescritora e CID-10 (F.64) (SÃO PAULO, 2023). Para a obtenção de testosterona transdérmica, é dispensada a apresentação de receita e costuma-se obter níveis intermediários de testosterona (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

Quadro 10 - Efeitos e temporalidade dos efeitos da hormonização de homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB

Efeitos esperados	Início esperado	Máximo efeito esperado
Crescimento do pelo corporal/facial	3 a 6 meses	3 a 5 anos
Aumento da massa muscular/força	6 a 12 meses	2 a 5 anos
Redistribuição da gordura corporal	1 a 6 meses	2 a 5 anos
Cessaçãoda menstruaçãoda	1 a 6 meses	*
Voz grave (definitivo)	6 a 12 meses	1 a 2 anos
Atrofia vaginal	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Aumento do clitóris (definitivo)	3 a 6 meses	1 a 2 anos



Aumento da oleosidade da pele/acne	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Queda de cabelo/alopecia androgênica	6-12 meses	Variável

Fonte: BOURNS, 2019; HEMBREE, 2017.

*Vide Quadro 7, linha "Sinais e sintomas"



Quadro 11 – Andrógenos utilizados para hormonização de homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB

Andrógenos	Posologia	Dose habitual	Via de administração	Apresentações ¹	Custo estimado ¹	Observações
Cipionato de testosterona	200mg (1 ampola) a cada 28 a 14 dias	200mg (1 ampola) a cada 21 dias	Intramuscular	200mg/2mL	\$\$\$	Desvantagem posológica. Apresenta picos séricos, o que pode provocar mais efeitos adversos como alterações de humor.
Undecilato de testosterona	1000mg (1 ampola) a cada 120 a 70 dias	1000mg (1 ampola) a cada 90 dias	Intramuscular	1000mg/4mL	\$\$\$\$ Disponível pelo SUS em Florianópolis para pessoas prescritoras previamente cadastradas	Vantagem posológica. Apresenta níveis séricos mais estáveis.
Propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona	250mg (1 ampola) a cada 28 a 14 dias	250mg (1 ampola) a cada 21 dias	Intramuscular	250mg/mL	\$	Desvantagem posológica. Apresenta picos séricos, o que pode provocar mais efeitos adversos como alterações de humor.
Testosterona em gel	25 a 100mg ao dia de testosterona	50mg (1 sachê de 5g a 1%) ao dia	Transdérmica	1%	\$\$\$\$	Apresenta níveis séricos intermediários. Pode ser preferível para pessoas que apresentam maior risco cardiovascular, desejam mudanças



						corporais mais lentas ou apresentam efeitos adversos com as alternativas intramusculares.
--	--	--	--	--	--	---

Fonte: adaptado de CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021; SÃO PAULO, 2023; BOURNS, 2019.

*Estimativas de custo mensal com dose inicial: elaboração própria com base em pesquisa na Internet realizada em setembro de 2022; legenda: 0-50 reais = \$; 51-100 reais = \$\$; 101-200 reais = \$\$\$; >200 reais = \$\$\$\$.

2.4.2 Cuidados de rotina a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização

Sugere-se que a periodicidade de consultas seja, no mínimo, antes da hormonização e após iniciar: com 1 mês (se necessário), 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente e os exames laboratoriais sejam coletados pré-hormonização e após 3 meses, 6 meses e anualmente (quadro 12). O ajuste da dose de testosterona não deve levar em consideração somente os valores laboratoriais, mas sim as expectativas e resultados atingidos com a hormonização. Se as expectativas tiverem sido alcançadas com níveis de testosterona abaixo do alvo, não há necessidade de ajuste da dose. Deve-se evitar ultrapassar os níveis séricos máximos pelo aumento dos riscos sem benefício associado. Outros exames de rastreamento devem ser realizados conforme a presença do tecido (mamário ou do colo de útero) e a indicação da população geral. As avaliações e periodicidades a serem realizadas estão descritas no Quadro 13.

Quadro 12 - Periodicidade das consultas e resumo dos exames laboratoriais a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização

Pré	30 dias (se necessário)	3 meses	6 meses	12 meses	Anual
Testosterona total	Avaliação de efeitos adversos	Testosterona total	Testosterona total	Testosterona total	Testosterona total
Hemograma		Hemograma	Hemograma	Hemograma	Hemograma

Obs.: Outros exames e avaliações são realizados conforme Quadro 13.

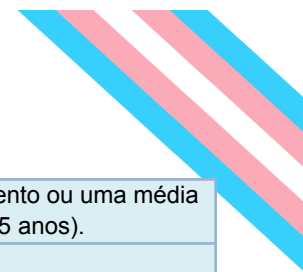


Quadro 13 – Cuidados de rotina a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias AFAB em hormonização

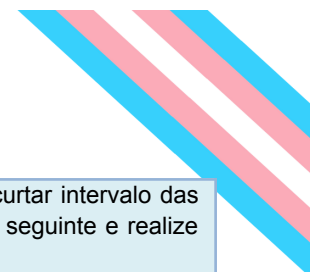
Avalie	Quando avaliar	Observações
Crítérios para início	Antes do início	<ul style="list-style-type: none">• Se <16 anos, evite prescrever hormonização. Se já em uso, oriente sobre uso correto em perspectiva de redução de danos.• Se ≥16 anos, avalie se: tem capacidade de consentir e usar a hormonização com pleno conhecimento. Explique sobre efeitos definitivos e transitórios, riscos e possíveis efeitos adversos.o Se >16 anos e <18 anos, avalie se tem anuência de responsável legal. Utilize abordagem familiar se necessário.
Planejamento reprodutivo	Antes do início e se necessário	<ul style="list-style-type: none">• Oriente sobre redução da fertilidade com início da hormonização. Caso haja desejo de ter filhas/os/es usando seus óvulos, realize decisão compartilhada sobre adiar a hormonização ou possibilidade de congelamento de óvulos (serviço pouco acessível, não disponível no SUS).• Oriente que a hormonização não é método contraceptivo e que o uso de testosterona em vigência de gestação pode acarretar risco de androgenização do feto. Ofereça contracepção para a pessoa e parcerias se relações sexuais que possam gerar gestações não planejadas. Evite pressuposições sobre as práticas sexuais da pessoa. Discuta e decida conjuntamente sobre os métodos contraceptivos (DIU de cobre, métodos hormonais, métodos de barreira). Métodos hormonais, não são contraindicados concomitantemente ao uso de testosterona, sendo preferível medroxiprogesterona 150mg IM 3/3 meses ou outros progestágenos isolados, uma vez que estrógenos podem causar mudanças corporais indesejadas (turgência mamária, menstruação).
Contraindicações	Toda consulta	<p>Avalie presença de contraindicações conforme Quadro 2.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se contraindicações absolutas, evite iniciar ou suspenda hormonização. Discuta com a pessoa sobre riscos e benefícios e avalie conjuntamente estratégias alternativas para as mudanças corporais desejadas.• Se contraindicações relativas, minimize riscos se contraindicação modificável. Discuta com a pessoa sobre riscos e benefícios e utilize julgamento clínico e decisão compartilhada para início ou manutenção da hormonização.
Efeitos adversos	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Avalie efeitos adversos em todas as consultas:<ul style="list-style-type: none">o Alterações de humor: se uso de testosteronas de pico¹, avalie sintomas de fadiga e irritabilidade principalmente nos dias anteriores à aplicação. Considere encurtamento do intervalo entre as aplicações ou troca da testosterona para undecilato de testosterona ou testosterona transdérmica.o Acne: é mais comum e intensa nos primeiros dois anos de hormonização. Oriente lavar a pele com sabão neutro 2x ao dia e a evitar cutucar, apertar ou coçar. Prescreva medicamentos conforme gravidade e características da acne. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).o Calvície androgenética: é bastante dependente da idade de início da hormonização e da história familiar. Pode ter início de 6-12 meses e ter efeito máximo variável. Considere uso de finasterida 1mg/dia e oriente que uso pode afetar o ganho de barba. Reavalie eficácia com 12 meses de uso e mantenha se desejo de manutenção do efeito.



		<ul style="list-style-type: none">• Avalie presença de sangramento menstrual:<ul style="list-style-type: none">o Se <6 meses de hormonização, considere normal a persistência de ciclos menstruais, os quais podem ser irregulares. Se desconforto pela pessoa, considere uso concomitante de medroxiprogesterona 150mg IM 3/3 meses até 6 meses de hormonização.o Se >6 meses de hormonização, avalie regularidade do uso e níveis de testosterona total. Se irregularidade e/ou testosterona total <300ng/dL, persistência de sangramento é esperado. Se desconforto pela pessoa, considere uso concomitante de medroxiprogesterona 150mg IM 3/3 meses, aumento da dose da testosterona, redução dos intervalos das aplicações ou troca da testosterona transdérmica para intramuscular.o Se amenorreia atingida com hormonização e volta de fluxo menstrual após, avalie causas: uso irregular, testosterona total <300 ou >800ng/dL. Ajuste intervalos das aplicações ou dose conforme. Se causa não identificada, considere investigação de sangramento uterino anormal. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Expectativas e satisfação	Toda consulta	Avalie expectativas e satisfação com a hormonização. Atente a expectativas inalcançáveis e ofereça suporte. Oriente sobre a singularidade de cada corpo e cada processo.
Uso de tabaco	Toda consulta	Se fuma, avalie motivação para cessar e apoie a mudança. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Uso de álcool/drogas	Toda consulta	Pergunte se no último ano: 1) bebeu ≥ 4 doses2/vez, 2) usou drogas ilegais ou 3) abusou de medicamentos com/sem prescrição? Se sim para qualquer um, realize avaliação diante do risco de dano/dependência. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Depressão	Toda consulta	Pergunte se no último mês, sentiu 1) desânimo, humor deprimido, sem esperanças ou 2) pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Se sim para qualquer um, realize avaliação de depressão. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Violência	Toda consulta	Avalie e notifique ² situações de violência/transfobia nos ambientes frequentados pela pessoa (por ex.: familiar, escolar, trabalho). Ofereça suporte adequado. Lembre-se que a notificação de violência não gera qualquer processo jurídico/legal e é importante para fins epidemiológicos.
Gestação	Toda consulta	<ul style="list-style-type: none">• Antes de iniciar a testosterona, exclua gestação. Pergunte se a pessoa tem práticas sexuais que podem gerar gestação, uso de métodos contraceptivos e data da última menstruação.• Se gestante, evite prescrição de testosterona, avalie se gestação planejada e realize redução de danos. Inicie pré-natal, use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
RCV	Se 40-75 anos	<ul style="list-style-type: none">• Avalie RCV na primeira consulta, depois conforme resultado. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).<ul style="list-style-type: none">o Se entre 40-75 anos, solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos. Interprete resultados e use colesterol total para calcular RCV. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil). Utilize julgamento clínico baseado na idade de início da hormonização e tempo de hormonização para decidir se uso do gênero da pessoa, do gênero atribuído/imposto ao nascimento ou uma média entre ambos.• Fatores RCV: DM, HAS, DRC, tabagismo (atual ou há < 1 ano), IMC>25, circunferência abdominal >88cm ou >102cm (utilize julgamento clínico baseado na idade de início da hormonização e tempo de



		hormonização para decidir se uso do gênero da pessoa, do gênero atribuído ao nascimento ou uma média entre ambos) ou pais/irmãos com DCV precoce (homens cis <55 anos ou mulheres cis <65 anos).
PA	Primeira consulta, então conforme valor	Verifique PA. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Hemograma	Antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente	Avalie hematócrito (Ht) pelo risco de hemoconcentração com uso de testosterona. <ul style="list-style-type: none">• Se Ht prévio ao uso de testosterona $\geq 50\%$: discuta antes de iniciar e avalie se há outras possíveis causas conhecidas para aumento de Ht (desidratação, doenças neurológicas, tabagismo, cardíacas ou pulmonares que possam causar hipóxia, doenças renais que possam causar aumento de eritropoietina ou doenças hematológicas hereditárias). Se presentes, maneje conforme a causa, discuta/encaminhe se necessário.• Se Ht após o uso de testosterona entre 50-55% e sem outras possíveis causas conhecidas, considere causa provável o uso de testosterona. Considere reduzir dose, aumentar intervalo das aplicações ou trocar via intramuscular para via transdérmica. Repita em 3 meses o exame após ajuste. Se persistir $\geq 50\%$ e $\leq 55\%$, reavalie nível sérico de testosterona total (vide linha abaixo), reavalie se outras causas conhecidas para aumento de Ht, considere nova redução, aumento do intervalo das aplicações, troca para via transdérmica ou suspensão. Repita após 3 meses o exame. Se persistência de 50-55%, mantenha suspensão a testosterona, considere outras causas para alteração, discuta/encaminhe.• Se Ht após o uso de testosterona $> 55\%$ e sem outras possíveis causas conhecidas, considere causa provável o uso de testosterona, suspenda e repita o exame em 3 meses. Se persistir $\geq 50\%$, discuta/encaminhe para investigação de outras causas.
Testosterona total	Antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente.	Interprete o resultado conforme período de coleta do exame em relação à aplicação de testosterona e níveis séricos fisiológicos (300-1000ng/dL). O melhor momento para coleta do exame varia conforme o tipo de testosterona utilizada. Ajuste intervalo entre aplicações e/ou dose conforme as expectativas, mudanças corporais atingidas e satisfação da pessoa, evitando níveis suprafisiológicos. <ul style="list-style-type: none">• Se em uso de testosterona de pico¹, a primeira dosagem deve ser realizada com aplicação de pelo menos 2 ampolas, na metade do ciclo entre uma aplicação e outra. Se exame coletado fora desse período, interprete resultado considerando pico sérico habitual de 2-3 dias após aplicação ($> 1000\text{ng/dL}$) e, após, níveis decrescentes até próxima aplicação. Considere repetir o exame na metade do ciclo se necessário. Se > 800 e exame coletado após 7 dias da aplicação, considere aumentar intervalo das aplicações (ex.: de 21 para 28 dias) ou reduzir dose (ex.: 200mg para 150mg, 21/21dias). Se < 400 da metade para o final do ciclo e insatisfação ou mudanças corporais esperadas não atingidas (considere os tempos para os efeitos conforme Quadro 9), considere encurtar intervalo das aplicações (ex.: de 21 dias para 14 dias). Repita o exame após 3 meses e realize novos ajustes se necessário.• Se em uso de undecilato de testosterona, a dosagem deve ser realizada imediatamente antes da próxima aplicação. Se exame coletado fora desse período, interprete considerando pico sérico habitual com 7 dias após aplicação ($> 1000\text{ng/dL}$) e, após, níveis séricos decrescentes até próxima aplicação. Considere repetir o exame na semana anterior à próxima aplicação se necessário. Se > 800 e exame coletado após 14 dias da aplicação, considere aumentar intervalo das aplicações (ex.: de 12 semanas para 14 semanas) ou reduzir dose (ex.: 1000mg para 750mg, 12/12 semanas). Se < 400 e insatisfação ou mudanças corporais esperadas



		<p>não atingidas (considere os tempos para os efeitos conforme Quadro 9), considere encurtar intervalo das aplicações (ex.: de 12 semanas para 10 semanas). Repita o exame antes da aplicação seguinte e realize novos ajustes se necessário.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se em uso de testosterona transdérmica, a dosagem deve ser após 1 semana de uso, com intervalo maior que 2h após aplicação. Considere repetir exame se coletado fora desse período. Se >800, considere reduzir dose (ex.: 100mg para 50mg/dia). Se <400 e insatisfação ou mudanças corporais esperadas não atingidas (considere os tempos para os efeitos conforme Quadro 9), considere aumentar dose (ex.: 50mg para 100mg/dia) ou troca para testosterona intramuscular.
Diabetes	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear diabetes. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
HIV	<ul style="list-style-type: none"> Se necessário Anualmente Se fator de risco: a cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Verifique necessidade de rastrear/rastreie HIV. Fatores de risco para HIV: uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas EV; ou pratica <i>chemsex</i>⁶ e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos. Se diagnóstico de HIV, trate a pessoa e investigue parcerias. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> Se necessário Se ≤ 30 anos: anualmente Se fator de risco: a cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Verifique necessidade de rastrear/rastreie sífilis. Fatores de risco para sífilis: HIV, uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia. Se diagnóstico de sífilis, trate a pessoa e parcerias. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Hepatite B	Se necessário	Verifique necessidade de rastrear HBV. Use a última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Hepatite C	<ul style="list-style-type: none"> Se necessário Se fatores de risco: anualmente 	<ul style="list-style-type: none"> Verifique necessidade de rastrear/rastreie HCV. Fatores de risco para HCV: HIV, uso irregular de preservativos ou nova/múltiplas parcerias; troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia; usa drogas inaladas/EV; pratica <i>chemsex</i> Se diagnóstico de sífilis, trate a pessoa e parcerias. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Câncer de colo uterino	Se necessário	Avalie necessidade de fazer rastreio de câncer de colo de útero em qualquer pessoa que tenha colo de útero. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Câncer de mama	Se presença das mamas e: <ul style="list-style-type: none"> 50-69 anos ≥40 anos e fatores de risco³ 	Examine para nódulos/sintomas em mamas ou nódulos em axilas. Solicite MMG (USG não é exame de rastreio) e interprete. Use última versão do PACK (bit.ly/programapackbrasil).
Clamídia (CT) e Gonococo (NG)	Se fatores de risco: anualmente	<ul style="list-style-type: none"> Fatores de risco para CT/NG: IST ou PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativo. Se CT e NG detectáveis ou NG detectável, trate a pessoa e parcerias dos últimos 60 dias: dê dose única de ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1g via oral. Se somente CT detectável, trate paciente e parcerias dos últimos 60 dias: prescreva dose única de azitromicina 1g via oral.

RCV: Risco Cardiovascular.

¹Cipionato de testosterona; Propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona.

²Imprima e preencha a ficha SINAN de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada (bit.ly/SINANViolencia). Atente para o correto preenchimento dos campos 36-Orientação Sexual, 37-Identidade de gênero e 55-motivação da violência. Feche o atendimento com CID-10: Y09. No CELK, acesse as abas: Vigilância > Vigilância Epidemiológica > Registro de Agravos. Pesquise o nome da pessoa e copie o Código de Notificação no canto superior direito da ficha SINAN. Entregue a ficha SINAN para a coordenação local do seu serviço, a qual deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica na SMS.



³Mãe/irmã/filha cis ou pai/irmão/filho trans com câncer de mama antes dos 50 anos ou câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade; ou pai/irmão/filho cis ou mãe/irmã/filha trans com câncer de mama em qualquer idade; ou história pessoal de radiação torácica antes dos 30 anos.



3. REFERÊNCIAS

ANTUN, A. et al. Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, v. 4, n. 11, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BOURNS, A. et al. *Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients*. 4. ed. Toronto: Sherbourne Health Centre, 2019. Disponível em: <<http://www.transforumquinte.ca/downloads/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2019.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013*. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: maio 2022.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A (ed.). *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.


COLEMAN, E. et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. Tradução: Lukas Berredo. 7ª ed. World Professional Association for Transgender Health, 2012. Disponível em: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf>. Acesso em: maio 2022.

COLEMAN, E. et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People. 8ª ed. International Journal of Transgender Health, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>>. Acesso em: ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília: *Diário Oficial da União*, [2020]. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: maio 2022.

DEUTSCH, M. B. (ed.). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*. 2ª ed. São Francisco (Estados Unidos da América): Universidade da Califórnia, 2016. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. *II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT*.



Florianópolis: Prefeitura Municipal, 2015. Disponível em:
https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_07_2016_17.23.04.65add48650e7aca604f0f170bc9fd7ec.pdf. Acesso em: 17 maio 2023.

GOMES, J. A. S.; TESSER JUNIOR, Z. C. . Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 2407, 2022. Disponível em:
<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2407>>. Acesso em: 21 jun. 2022.

GUSMÃO-SILVA, J. V. *et al.* Body, metabolic and renal changes following cross-sex estrogen/progesterone therapy in a rodent model simulating its use by transwomen. *Journal of Endocrinological Investigation*, [Internet], 2022. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1007/s40618-022-01817-3>>. Acesso em: jun. 2022.

GRABER, E. Acne vulgaris: Overview of management. *UpToDate*. Disponível em:
<https://www.uptodate.com/contents/acne-vulgaris-overview-of-management?search=acne§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H2817828288&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H1674145152>. Acesso em: 08 fev. 2023


HEMBREE, W. C. *et al.* Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society*Clinical Practice Guideline. 2017. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Estados Unidos da América, v. 102, n. 11, p. 3869-3903. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/153399329>. Acesso em: 1º maio 2022.

JESUS, J. G. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. 2ª ed. Jaqueline Gomes de Jesus: Brasília, 2012. Disponível em:
<<https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%80NERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2022.

KULKAMP, A. S. *et al.* Barriers To Health Services Access For Trans People In Florianópolis, Brazil. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies*, Florianópolis, v. 6, n. 5, p. 95-99, 2019. Disponível em:
<http://www.ijiras.com/2019/Vol_6-Issue_5/paper_15.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

KUJIPERS, S. M. E. *et al.* Toward a Lowest Effective Dose of Cyproterone Acetate in Trans Women: Results From the ENIGI Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 106, n. 10, p. 3936–3945, 2010. Disponível em:
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34125226/>>. Acesso em: maio de 2022.

KRÜGER, A. *et al.* Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9Cshmsw95pNmdmGtxMZcqYc/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Uma%20das%20tecnologias%20m%C3%A9dicas%20utilizadas,sa%C3%BAdede%20para%20realizar%20sua%20hormoniza%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: maio 2022.



LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. LOPES, M. Margaret.

LANZ, Leticia. *O corpo da roupa. A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero*. Dissertação de Mestrado. Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p.290-342. 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/36800/R%20-%20D%20-%20LETICIA%20LANZ.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2023

MEANS, Robert T; BRODSKY, Robert A. *Diagnostic approach to anemia in adults*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-anemia-in-adults?search=anemia&ionRank=1&usage_type=default&anchor=H2531674152&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H2531674152>. Acesso em: 08 fev. 2023.

MILLINGTON, Kate et al. The effect of gender-affirming hormone treatment on serum creatinine in transgender and gender-diverse youth: implications for estimating GFR. *Pediatric Nephrology*, p. 1-10, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35083530/>>. Acesso em: jun. 2022.

PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. *Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde*. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020. Título original: Practical Approach to Care Kit – PACK Global Adult.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Yogyakarta, 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 31 maio 2022.

RODRIGUEZ, A. M. et al. *Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017-2018*. 2019. Tese (doutorado em saúde coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215200>>. Acesso em: abr. 2023.

RODRIGUEZ, A. M. M. et al. *Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC*. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129499>>. Acesso em: abr. 2023.

SÃO PAULO (Município). *Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo*. 2ª ed. Versão preliminar em consulta pública - atualizada em 27 de abril de 2023. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: <https://participemais.prefeitura.sp.gov.br/legislation/processes/241/draft_versions/3>



4>. Acesso em: maio 2023.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, educação e saúde*, v. 17, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/fJ8zJth7rcy68BddtPwg75w/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: ago. 2022.

SNYDER, P.J. Causes of hyperprolactinemia. *UpToDate*. Última atualização em 29 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hyperprolactinemia?search=hiperprolactinemia§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H12&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H12>. Acesso em: maio 2022.

SNYDER, P.J. Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia. *UpToDate*. Última atualização em 09 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-hyperprolactinemia?search=hiperprolactinemia&topicRef=6626&source=related_link#H438375078>. Acesso em: maio 2022.

SNYDER, P. J. Management of hyperprolactinemia. *UpToDate*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hyperprolactinemia?search=hiperprolactinemia&topicRef=6626&source=related_link>. Acesso em: maio 2022.

SNYDER, P. J.; MATSUMOTO, A. M.; MARTIN, A. K. Testosterone treatment of male hypogonadism. *UpToDate*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/testosterone-treatment-of-male-hypogonadism?search=testosterone§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H165682339&source=machineLearning&selectedTitle=2~148&display_rank=1#H1198649151>. Acesso em: 8 fev. 2023.

TANGPRICHA, V.; SAFER, J. D. Transgender women: Evaluation and management. *UpToDate*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=VALERATO%20DE%20ESTRADIOL%20TRANSGENDER&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H10>. Acesso em: 1º maio 2022.

TELESSAÚDERS (Rio Grande do Sul). *Quais são as causas e como avaliar a hiperprolactinemia?*. 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/hiperprolactinemia/>>. Acesso em: 08 fev. 2023.

TELESSAÚDERS (Rio Grande do Sul). *Telecondutas: Acne*. 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_acne.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2023

URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. *Guía clínica para la hormonización en personas trans*. Uruguai: Ministerio de Salud Pública, 2016. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica>>



a-para-personas-trans-hormonizacion>. Acesso em: 1º maio 2022.

VERGUEIRO, V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S., CASTRO, M. G., MOUTINHO, L. (orgs.). *Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 249–270. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/mg3c9/pdf/messeder-9788523218669.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2022.

WELLS, Philip S. et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 13, p. 1227-1235, 2003.

WILSON, Lisa M. et al. Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International journal of transgender health*, v. 21, n. 4, p. 391-402, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2020.1819505?journalCode=wijt21>>. Acesso em: maio 2022.

4. ANEXOS

4.1 ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de corresponsabilidade pelo uso de testosterona

(Fonte: adaptado de SÃO PAULO, 2020)


Eu, _____ [nome da pessoa usuária], declaro ter procurado espontaneamente o Centro de Saúde / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendido/e 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/e 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. 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/e, 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/e da possibilidade de uma gravidez caso mantenha relações sexuais que possam gerar gestação 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 com sobrepeso/obesidade. Fui informado/e 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/e ou incomodado/e 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 medicamentos 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/e 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/e 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; dor de cabeça; 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 sua interrupção por razões clínicas que comprometam minha saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura da pessoa usuária

Nome:

CPF:

Assinatura/carimbo de profissional

Nome:

CRM:

4.2 ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de corresponsabilidade pelo uso de estrógeno e/ou antiandrógeno

(Fonte: adaptado de SÃO PAULO, 2020)

Eu, _____ [nome da pessoa usuária], declaro ter procurado espontaneamente o Centro de Saúde / Ambulatório _____ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendida/e 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/e 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.

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 (resposta varia muito de pessoa para pessoa e as regiões aumentadas podem reduzir parcialmente quando parar de tomar estrógeno): desenvolvimento das mamas; depósito de gordura nas coxas, quadris, mamas e em outras regiões (possivelmente barriga, face). Mudanças reversíveis (acontecem somente enquanto estiver usando estrógeno, mas desaparecem quando eu parar de tomar): aparecimento de celulite; ligeira redução dos pelos (podem ficar mais finos e demorarem mais para crescer); diminuição da oleosidade e sensação de afinamento da pele; diminuição da acne (espinhas); diminuição da queda de cabelo em locais específicos (“entradas” e “topo da cabeça”); 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), se não for utilizado método anticoncepcional; 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; 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/e 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/e 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/e a efeitos colaterais se eu fumar, estiver com sobrepeso/obesidade, 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/e, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, uso e substâncias, álcool, ou medicamentos que porventura eu venha a utilizar. Eu entendo que ser honesta/e com a equipe é crucial para o desenvolvimento de uma relação de confiança e que compartilhar informações sobre mim ajudará a prevenir possíveis interações maléficas à minha saúde. Eu fui informada/e 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, pessoas transfemininas ou pessoas não-binárias designadas homem ao nascimento, 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.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da pessoa usuária

Nome:

CPF:

Assinatura/carimbo de profissional

Nome:

CRM: