

## **Protocolo do Ambulatório Multiprofissional para o Atendimento de Travestis e Transexuais - HUMAP**

(1ª ed.)

Autor: Ricardo dos Santos Gomes

Coautores: Demais membros do Ambulatório T

Ano: 2018

### **Introdução**

O atendimento a pacientes trans (travestis e transexuais) é dividido em duas modalidades, ambulatorial e hospitalar, e é normatizado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Modalidade Ambulatorial**

#### Acolhimento

Qualquer pessoa que se encontra em desacordo psíquico com seu sexo biológico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento será acolhido no ambulatório de Saúde Integral que tem como principal objetivo receber esta população, identificar suas demandas, garantir o acesso ao serviço com respeito a sua identidade de gênero, utilizando o nome social, que deve constar nas etiquetas e na capa do prontuário.

Será utilizada ficha onde constarão os primeiros dados, e a de permissão para contato. O primeiro atendimento no serviço tem como principal orientação qualificar a demanda da usuária para em seguida, inseri-la no fluxo adequado para sua necessidade. Realizar orientação quanto ao uso de hormonioterapia, resultados e riscos, complicações do uso de silicone industrial, referência para avaliação de sua retirada quando necessário; avaliação de risco referente às DST/Aids, sexo mais seguro, oferecimento das sorologias de HIV e outras DST e insumos (preservativos e gel lubrificante). Deve ser realizado por psicólogo, assistente social, educador, médico ou enfermeiro sensibilizados para as questões específicas da travestilidade.

#### Avaliação psicológica

Consiste em investigar a psicodinâmica da personalidade da usuária (clinicamente com entrevistas individuais e/ou testes de apoio, com média de três sessões), com foco nas questões de identidade de gênero e sexualidade para compreender e compartilhar sobre sua maturidade psíquica para mudanças corporais pretendidas. Será oferecida avaliação e quando necessário, acompanhamento para todos usuários matriculados no serviço. O acompanhamento psicoterápico poderá ser realizado individualmente ou em grupo.

### Avaliação médica

Trata-se de consulta médica em Clínica Geral voltada para atendimento de demandas gerais e específicas e avaliação de rotina dessa população. Na anamnese e no exame físico serão investigadas questões gerais específicas da travestilidade além de exames laboratoriais e de imagem que devam ser solicitados na rotina.

Ações da avaliação médica:

Investigação de sinais e sintomas de DST e de infecção para HIV;

Identificação para uso hormonioterapia esclarecendo sobre os riscos e doses adequadas e de outros procedimentos necessários para adequação das características do corpo à identidade de gênero;

Realiza ações de prevenção como atualização da carteira vacinal e de promoção da saúde;

Encaminhamento para especialidades de retaguarda.

### Avaliação Urológica

Avalia as intercorrências genito-urinárias, como infecção urinária, alterações prostáticas, disfunção erétil, traumas relacionadas às práticas e/ou violências sexuais dentre outros, como também faz diagnósticos diferenciais. Ações de prevenção das neoplasias renais, vesicais e principalmente as penianas e prostáticas e prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. A avaliação urológica deve ser oferecida rotineiramente 1 vez por ano na ausência de queixas relacionadas.

### Avaliação Psiquiátrica

Avalia e acompanha usuárias acompanhadas por outros profissionais da equipe ou por demanda espontânea.

### Avaliação Endocrinológica

O objetivo é o acompanhamento clínico para utilização de hormônios após preenchimento de termo de Consentimento livre e Esclarecido. Faz orientação quanto aos efeitos colaterais provenientes do uso de hormônios sexuais. Será realizado preferencialmente por médico, preferencialmente endocrinologista, em consultas médicas periódicas a cada 4 meses no primeiro ano de acompanhamento e posteriormente a cada 6 meses ou conforme a necessidade individual.

Em cada consulta serão avaliados o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, os exames laboratoriais (LH, FSH, Testosterona, Estradiol, Prolactina, Enzimas

hepáticas, Hemograma completo, Perfil Lipídico, coagulograma, proteína C ativada, Proteína S) e exames de imagem: Ultrassom de Mamas anualmente; Densitometria Óssea a cada 2 anos e dosagem de PSA para pacientes acima de 50 anos.

### Fonoaudiologia

É oferecida avaliação e acompanhamento fonoaudiológico aos usuários para adequação e treino vocal. O tratamento prevê a modulação da voz em seu timbre e tons naturais utilizando equipamentos específicos da clínica fonoaudiológica e avaliação com otorrinolaringologia.

### Avaliação social

“O assistente social deverá reconhecer a dinâmica relacional do usuário, através de diagnóstico social a fim de promover estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais prementes na vida do usuário.”

### Outros encaminhamentos

Avaliação para realização dos procedimentos de Redesignação sexual necessários para melhor adequação da identidade de gênero, e reparação de danos provocados pela colocação de silicone industrial entre outros, serão encaminhados pela equipe, de acordo com a disponibilização dos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Resolução CFM nº1955 de 12/08/2010, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo, definindo no artigo 4º que a seleção dos pacientes obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar após acompanhamento de no mínimo dois anos.

Atualmente, existem poucas instituições hospitalares habilitadas no país que realizam as cirurgias de redesignação sexual. O fluxo desses procedimentos no Estado de Mato Grosso do Sul está sendo através de Tratamento fora de domicílio (TFD) que é realizado através da Secretaria Estadual de Saúde.

O acesso aos procedimentos cirúrgicos será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização.

De acordo com a portaria do processo transexualizador os estabelecimentos abaixo descritos mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

UF	MUNICIPIO	CNES	ESTABELECIMENTO – RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE
SP	São Paulo	2812703	Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP - Inst. de Psiquiatria Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS/ São Paulo (SP)
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clínicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia

OBS: até a presente data - O Hospital das Clínicas de RECIFE é o único habilitado pela Portaria GM/MS nº 2.803/13.

#### Protocolo de Hormonioterapia Trans

##### Critério para hormonioterapia

- Persistente, bem documentada disforia de gênero/incongruência de gênero (mais que 3 meses de acompanhamento psicológico ou mais de 3 meses vivendo conforme gênero ao qual se identifica)
- Capacidade de tomar decisão pós-informado (deve assinar TCLE)
- Bom controle de comorbidade relevante (física ou mental)

##### Mulher trans

##### Antiandrogênico:

- Acetato de Ciproterona 50 a 100mg/dia VO
- Espironolactona 100 a 400mg/d VO

Obs: após oorectomia não há mais necessidade de uso

**Estrogênio:**

- Valerato de Estradiol 2 a 4mg/d VO
- Estrogênios conjugados 0,625 a 1,25mg/d VO

Obs: preferência por Valerato de Estradiol, pois pode ser dosado para monitoramento

**Monitoramento:**

Deve ser realizado consultas trimestrais no primeiro ano de tratamento ou na mudança do regime de tratamento e após, uma ou duas vezes ao ano.

**Exames:**

- Testosterona total (referência: níveis adequados ao sexo feminino)
- E2 (referência: níveis < 200 pg/ml)
- Potássio (para pacientes em uso de espironolactona)
- Triglicérides
- Prolactina
- Mamografia anual após 40 anos de idade ou conforme risco familiar
- Avaliação de próstata (PSA e toque) após 50 anos de idade ou conforme risco familiar
- Densitometria óssea a cada 2 anos em caso de risco individual para osteoporose ou fratura óssea (pacientes que descontinuaram hormonioterapia)

**Homem trans**

**Androgênios:**

Durateston (propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona) 250mg a cada 1 ou 2 semanas IM ou SC

Deposteron (Cipionato de testosterona) 200mg a cada 1 ou 2 semanas IM ou SC

Obs: Deve-se iniciar aplicações semanais por 6 meses para induzir clitorimegalia e após reduzir para aplicações a cada 2 semanas

**Monitoramento:**

Deve ser realizado consultas trimestrais no primeiro ano de tratamento ou na mudança do regime de tratamento e após, uma ou duas vezes ao ano.

**Exames:**

- Testosterona (referência: 400 a 800 ng/dl, evitar picos acima de 1000ng/dl)
- E2 (referência < 50 pg/ml)
- Hematócrito (manter < 55%)
- Lipidograma

- Controle de PA e peso
- Densitometria óssea a cada 2 anos em caso de risco individual para osteoporose ou fratura óssea (pacientes que descontinuaram hormonioterapia)
- Mamografia (desnecessário após mastectomia)
- Colpocitologia oncótica (desnecessário após histerectomia total)
- USG pélvico para avaliar espessura do endométrio (desnecessário após histerectomia)

### Referência

Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803 de 19 novembro de 2013 – Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde;

Diário Oficial de São Paulo de 28 jan. 2010. Seção I, p. 33. Portaria CCD/CRT- DST/AIDS nº 1- Protocolo clínico nos ambulatórios de saúde para travestis e transexuais;

Jamie Feldman, Madeline B Deutsch, Primary care of transgender individuals, UpToDate, nov 2016;

Vin Tangpricha, Joshua D Safer, Transgender men: Evaluation and management, UpToDate, set 2016;

Vin Tangpricha, Joshua D Safer, Transgender women: Evaluation and management, UpToDate, out 2016;

World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero, 2012;

Elaine Maria Frade Costa, Berenice Bilharinho Mendonca, Clinical management of transsexual subjects, Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58/2.

## **Anexo 2**

### **AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL PARA O ATENDIMENTO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - AMBULATÓRIO T**

#### **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

*Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP/UFMS - Filial da Ebserh  
Av. Senador Filinto Muller, 355 - Cidade Universitária - Vila Ipiranga - Campo Grande-MS - 79080-190  
Fone (67) 3345 3302 - (67) 3345 3049(fax) - [www.nhu.ufms.br](http://www.nhu.ufms.br) - e-mail: [secgab@nhu.ufms.br](mailto:secgab@nhu.ufms.br)*

(Terapia hormonal com estrógenos e antiandrógenos)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório T do HUMAP. Neste local conversei com a equipe multiprofissional sobre minha decisão de modificar meu corpo por meio de hormônios. Fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Entendo que os hormônios podem causar modificações permanentes e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será definida pelo meio do uso de hormônios, pois já me sinto mulher desde \_\_\_\_\_ (tempo idade) e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física a minha identidade de gênero.

As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

Mudanças Permanentes - estas não desaparecerão ao interromper o uso de hormônio:

1. desenvolvimento das mamas (atingirão seu tamanho máximo em até 2 anos)
2. diminuição dos testículos
3. diminuição da produção de testosterona (hormônio masculino) pelo testículo
4. diminuição do volume do esperma ou mesmo parada da ejaculação
5. diminuição da fertilidade (pode voltar ou não ao normal após interrupção do uso de hormônio) no entanto, se mantiver relações sexuais com mulher fértil pode ocorrer fecundação (gravidez). Caso não deseje esta situação, faz-se necessário o uso de métodos anticoncepcionais
6. dificuldade de ereção, com possível prejuízo de condição para penetração
7. diminuição da próstata

Mudanças Reversíveis – acontece somente enquanto estiver usando hormônios, mas desaparecem quando parar de tomar:

Poderão ocorrer:

1. aparecimento de celulite
2. redistribuição da gordura corporal, com possibilidade de depósito de gordura nas coxas e quadris



3. ligeira redução dos pelos
4. afinamento da pele
5. diminuição da acne (espinhas)
6. diminuição da queda de cabelo
7. diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo
8. diminuição da gordura no abdome
9. diminuição do desejo sexual
10. orgasmos menos intensos
11. aparecimento ou agravamento de depressão
12. agravamento de enxaquecas
13. aparecimento de náuseas e vômitos
14. aumento da pressão arterial
15. alteração na função do fígado

Não ocorrerão (nem com a retirada dos testículos):

1. desaparecimento dos pelos
2. afinamento da voz
3. diminuição do pomo de Adão

Riscos e complicações à saúde com a terapia hormonal – o uso de hormônios aumenta a chance de ocorrer ou pode piorar estes problemas de saúde, caso apareçam no decorrer da hormonioterapia:

1. câncer de mama
2. trombose venosa profunda, embolia pulmonar
3. infarto
4. derrame cerebral
5. osteoporose e fraturas ósseas



6. piora das taxas de colesterol e aumento nas taxas de triglicérides

Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), logo é necessário usar preservativo durante todas as relações sexuais para evitá-las.

Entendo também que, apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma mulher, se mantiver relações sexuais sem uso de método anticoncepcional.

Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhada a parar de fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa.

Concordo em informar a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar.

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações maléficas a minha saúde.

Fui informada continuarei a ser atendida pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos.

Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas.

Concordo em tomar hormônios como prescrito e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento.

Farei exames clínicos e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios.

Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliada antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonioterapia.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):  
.....

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

(Nome de registro e assinatura)

---

(Nome social e assinatura)

---

(Assinatura e carimbo do médico responsável)

### Anexo 3

## AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL PARA O ATENDIMENTO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - AMBULATÓRIO T

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

(Terapia hormonal com testosterona)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente), declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório T do HUMAP, tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo. Fui orientado sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Os hormônios podem causar modificações corporais, algumas serão permanentes, e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será dada pelo uso do hormônio, pois já me sinto homem desde os ..... anos, e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física à minha identidade de gênero.

As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

### **Principais alterações corporais**

- diminuição temporária ou permanente da fertilidade
- redistribuição de gordura com possibilidade de acúmulo na parte abdominal
- interrupção da menstruação
- aumento do clitóris
- atrofia vaginal
- mudança na voz
- aumento de sudorese e alteração do cheiro do corpo

### **Mudança irreversível**

- possibilidade de calvície

### **Riscos e complicações à saúde em decorrência de terapia hormonal**

Eu entendo que o uso de testosterona pode aumentar meu risco de desenvolver câncer de mamas e útero.

Poderá acarretar ainda problemas cardiovasculares, e possibilidade de lesão muscular, se eu fizer exercícios físicos (musculação) em excesso.

Entendo também que o uso do hormônio não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, sendo necessário o uso de preservativos em todas as relações sexuais.

Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhado a parar de fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa.

Concordo em informar a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar.

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações danosas a minha saúde.

Fui informado que continuarei a ser atendida pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos.

Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas.

Concordo em tomar hormônios **como prescrito e informar** à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento.

Farei exames clínicos e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios.

Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliado **antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonioterapia.**

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

.....

Campo Grande, \_\_\_ de \_\_\_ de 20\_\_.

---

(Nome de registro e assinatura)

---

(Nome social e assinatura)

---

(Assinatura e carimbo do médico responsável)