



apresentam

ATENDIMENTO À POPULAÇÃO TRAVESTI E TRANSEXUAL NA APS

Marcos Revillion de Oliveira

Médico de Família e Comunidade

Para começar...

Qual a definição de transexualidade?

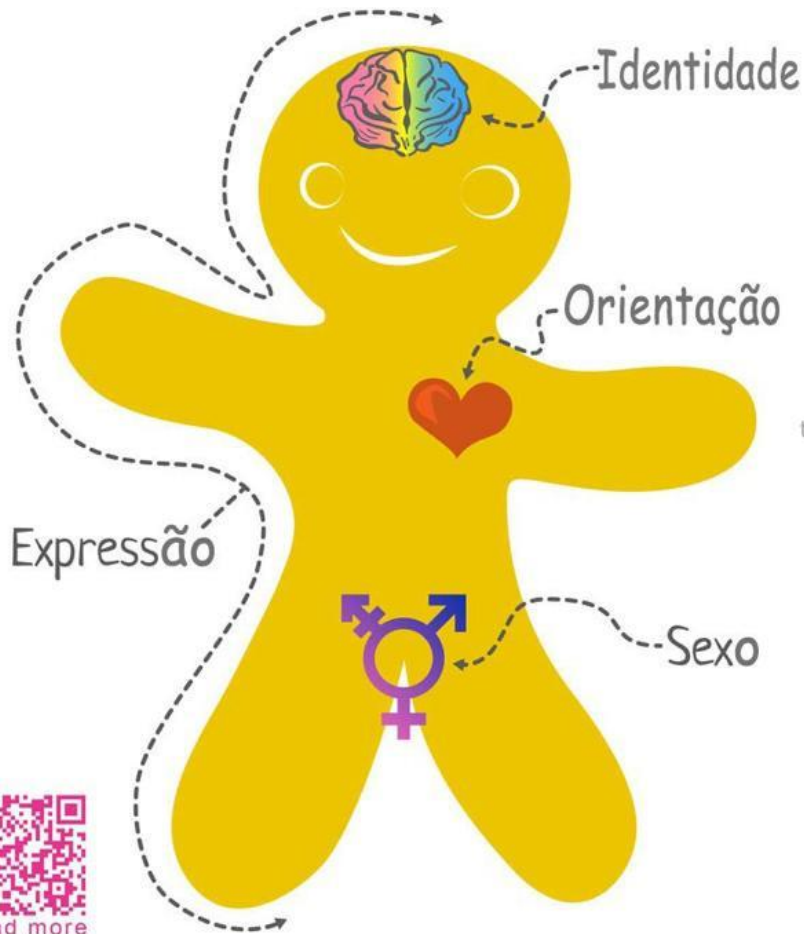
Qual a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual?

Definições

- Transgênero: termo guarda-chuva que abrange as pessoas com identidade de gênero diferente da designada ao nascimento, contemplando homens trans, mulheres trans, travestis e pessoas não-binárias.
- Cisgênero: Pessoa com identidade de gênero congruente com a designada ao nascimento.
- Não-Binário: termo guarda-chuva que abrange qualquer pessoa que não se identifica com as identidades de gênero binárias e estáticas (masculino e feminino). Inclui pessoas que podem se identificar com um gênero intermediário, com múltiplos gêneros, ou com constante mudança de um gênero ao outro ou ainda com nenhum gênero.

O Biscoito Sexual

by www.ItsPronouncedMetrosexual.com



Primeira consulta

- Perguntar como prefere ser chamada(o), qual pronome prefere que seja utilizado, destacar nome social (se houver) no prontuário. Imprimir CNS com NOME SOCIAL;
- Perguntar sobre processo de identidade de gênero, abordar a situação familiar e redes de apoio, vulnerabilidades;
- História prévia de: cirurgias e/ou uso de silicone industrial, uso de hormônios, uso e abuso de álcool ou outras drogas;

Primeira consulta

- Avaliar saúde cardiovascular, abordar expectativas, desejo por uso de hormônios ou cirurgias;
- Avaliar condições de saúde mental prevalentes (ansiedade, depressão, risco de automutilações e de suicídio, traumas e situações de violência vivida);
- Avaliar grau de disforia ("desconforto" com determinadas partes do corpo); avaliar práticas sexuais, como se relacionam com a ereção, menstruação (poderiam ficar pra uma segunda consulta, se ainda não houver vínculo suficiente).

Termo de compromisso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

É muito importante lembrar que todo organismo é diferente e que a extensão e velocidade em que as alterações ocorrem dependem de muitos fatores. Esses fatores incluem a sua genética, a idade em que você começar a tomar os hormônios e seu estado geral de saúde. Também é importante lembrar que, porque todo mundo é diferente, os medicamentos e dosagens podem variar muito dos de suas amigas, ou do que você pode ter lido em livros ou online. Muitas pessoas ficam ansiosas, desejando que as mudanças ocorram rapidamente. Lembre-se que você está passando por uma segunda puberdade e que a puberdade normalmente leva vários anos para que os efeitos completos estejam finalizados. Tomar altas doses de hormônios não vai necessariamente fazer com que a mudança ocorra mais rapidamente e pode, no entanto, por em perigo a sua saúde.

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

Medo da hormonização

- Estudo da Trans PULSE Project identificou que as taxas de suicídio eram de 27% em pessoas trans que ainda não tinham passado pela transição, e de apenas 1% após.
- Atentar, portanto, que a terapia hormonal (tirando contraindicações óbvias) geralmente melhora desfecho em saúde mental.

Fonte: <http://transpulseproject.ca/research/>

Contraindicações absolutas à terapia com estrogênio:

- Doença cardiovascular isquêmica instável;
- Doença hepática em último estágio;
- Câncer estrogênio-dependente;
- Condição psiquiátrica que limita a habilidade de prover uma decisão informada;
- Hipersensibilidade aos componentes das formulações.

* TVP é uma contraindicação relativa: é seguro o uso de estrogênio transdérmico.

Contraindicações absolutas à terapia com testosterona:

- Doença cardiovascular isquêmica instável;
- Gravidez ou amamentação;
- Câncer androgênio-dependente;
- Condição psiquiátrica que limita a habilidade de prover uma decisão informada;
- Psicose ativa;
- Hipersensibilidade aos componentes das formulações – alergia à amendoim! Considerar formulações transdérmicas ou Nebido (usa óleo de rícino).

Hormonização feminilizante

Hormônio	Dose inicial mais baixa	Dose inicial habitual	Dose máxima	Comentários
Estradiol oral / sublingual	1 mg / dia	2-4 mg / dia	8 mg / dia	Se dose > 2 mg, recomenda-se dividir em 2 tomadas
Estradiol transdérmico	50 mcg	100 mcg	100 – 400 mcg	Dose máxima em um adesivo é de 100 mcg
Valerato de estradiol IM	< 20mg IM 1x a cada 2 semanas	20 mg IM 1x a cada 2 semanas	40 mg IM 1x a cada 2 semanas	Pode dividir a dose em injeções semanais para sintomas cíclicos
Cipionato de estradiol IM	< 2mg IM 1x a cada 2 semanas	2 mg IM 1x a cada 2 semanas	5 mg IM 1x a cada 2 semanas	Pode dividir a dose em injeções semanais para sintomas cíclicos
Acetato de medroxiprogesterona oral	2,5 mg na hora de dormir		5-10 mg na hora de dormir	
Progesterona Micronizada			100 – 200 mg na hora de dormir	
Espironolactona	25 mg / dia	50 mg 2x ao dia	200 mg 2x ao dia	
Finasterida	1 mg / dia		5 mg / dia	
Dutasterida			0,5 mg / dia	
cipionato estradiol + medroxiprogest		a cada 3 semanas		40 reais a ampola

Hormonização feminilizante

1) Estrogênios: maiores responsáveis pelos efeitos feminilizantes.

- Natifa: estradiol bioidêntico 1mg (28cp) R\$40,00
- Prymogina: Valerato de Estradiol 1mg (28cp) R\$27-38,00
2mg (28cp) R\$55-76,00
- Cicloprymogina* : 11 drágeas - valerato estradiol 2mg (21cp) R\$8,00
10 drágeas - valerato estradiol 2mg + levonorgestrel 0,25mg
- Climene: 11 drágeas - valerato estradiol 2mg (21cp) R\$21-29
10 drágeas - valerato estradiol 2mg + acetato ciproterona 1mg
- Depomes (cipionato de estradiol 5mg + acetato de medroxiprogesterona 25mg):
1 ampola – R\$ 40

Hormonização feminilizante

2) Anti-androgênicos: ajudam a suprimir a produção de testosterona e a bloquear seus efeitos, contribuindo para supressão ou minimização das características sexuais secundárias.

- Espironolactona – dose inicial de 50mg/dia (1-2x/dia), aumentando 50mg/semana até dose usual de 200mg/dia (opção para quem quer apenas reduzir níveis de testosterona, contraindicação ao uso de estrogênio, etc);
- Inibidores da 5-alfa-redutase (Finasterida) – opção pra quem não tolera espiro;
- Progesteronas: Ciproterona 25-50mg/dia (Uptodate, Guideline Endocrino, Canadá) e Medroxiprogesterona 5-10mg/dia (Universidade San Francisco).

Hormonização masculinizante:

Andrógeno	Dose baixa padrão ^b	Dose inicial - padrão	Máxima dose padrão ^c	Comentário
Cipionato de Testosterona ^a (depos)	20mg/semana IM/SC	50mg/semana IM/SC	100mg/semana IM/SC	Para cada 2 semana, duplicar dose
Enantato de testosterona ^a	20mg/semana IM/SC	50mg/semana IM/SC	100mg/semana IM/SC	Para cada 2 semana, duplicar dose
Testosterona tópico gel 1%	12,5-25mg toda manha	50mg toda manha	100mg toda manha	Pode vir em pacote ou dosador
Testosterona tópica gel 1,62% ^d	20,25mg toda manha	40,5-60,75mg toda manha	103,25mg toda manha	Pode vir em pacote ou dosador
Testosterona adesivo	1-2mg toda noite	4mg toda noite	8mg toda noite	Adesivos vêm em 2mg E 4mg. Para Doses mais baixas, pode ser cortado
Creme de testosterona ^e	10mg	50mg	100mg	
Testosterona gel axilar 2%	30mg toda manhã	60mg toda manhã	90-120mg toda manhã	Vem em dosador de 30mg
Undecanoato de testosterona ^f	---	750mg IM, repetir em 4 semanas, depois a cada 10 semanas	---	Requer participação em Programa monitorado do fabricante

Hormonização masculinizante:

Testosterona:

- Deposteron* (cipionato): 200mg IM ou SC a cada 2 semanas (caixa com 3 ampolas de 200mg/2ml) – aproximadamente R\$40,00;
- Durateston: 250mg IM profundo a cada 2-4 semanas (caixa com 1 ampola 250mg/ml) – entre R\$8,00 e R\$15,00;
- Nebido (undecanoato): 750-1000mg IM a cada 10-14 semanas (caixa com 1 ampola de 1000mg/4ml) - entre R\$350,00 e R\$450,00;
- Testosterona gel ou creme 1-10% ou 10mg/g – aplicar na parte interna da coxa.

Hormonização masculinizante:

- Para aumento do clitóris – Testosterona tópica 1% para aplicação no clitóris (diminuir da quantidade total da testosterona IM);
- Se aumento da libido for incômodo, considerar IRSS em baixas doses, discutindo riscos e benefícios com o paciente;
- Para alopecia androgênica: finasterida ou minoxidil 10% tópico. Avise o paciente que a finasterida pode diminuir ou retardar o crescimento secundário dos pelos (braços, peito e barba) e pode diminuir ou retardar a clitorimegalia.

Como prescrever?

- Estrogênios não demandam receita médica (mas esta ajuda na segurança do paciente).
- Testosteronas devem ser prescritas em receituário especial, com CPF do médico prescritor e CID (F64), de acordo com lei federal.

Contracepção

- A testosterona não é uma substância contraceptiva. Homens trans que são penetrados por pessoas que possuam esperma podem engravidar.

Sempre lembrar que se temos uma pessoa com útero que se relaciona com uma pessoa com esperma, pode haver gestação. Fica mais fácil do que pensar nos gêneros.

Seguimento e rotina de exames – Mulheres Trans

Exame	Indicações	1ª consulta	3 meses*	6 meses*	12 meses*	Anual	S/N
-------	------------	-------------	----------	----------	-----------	-------	-----

* Apenas no primeiro ano de tratamento

** Usado para calcular a biodisponibilidade da testosterona; monitorar a biodisponibilidade da testosterona é opcional e pode ser útil em casos complexos.

BUN/Cr/K+	Somente em uso de espironolactona	X	X	X	X	X	X
Lipídeos	Não há evidência que sustente monitoramento em nenhum momento; use discernimento clínico	Baseado no guia USPSTF (US Preventive Services Task Force)					X
Hb glicosilada ou glicemia de jejum.	Não há evidência que sustente monitoramento em nenhum momento; use discernimento clínico	Baseado no guia USPSTF (US Preventive Services Task Force)					
Estradiol			X	X			X
Testosterona total			X	X	X		X
SHBG**			X	X	X		X
Albumina**			X	X	X		X
Prolactina	Somente se sintomas de prolactinoma						X

Seguimento e rotina de exames – Homens Trans

Terapia	Comentário	Evidência	tratamento	3 m*	6 m*	12m	Anual
Lipídios	Sem evidência que suporte monitoramento a qualquer momento; uso a critério clínico	Baseado no protocolo USPSTF	X				
Hb glicada ou glicemia jejum	Sem evidencia que suporte monitoramento a qualquer momento; uso a critério clínico	Baseado no protocolo USPSTF					
Estradiol			x				
Testosterona Total			x	X	X	X	
SHGB**			X	X	X	X	
Albumina**			XX	X	X	X	
Hb/Ht			X	X	X	X	X

Metas dos níveis hormonais:

- Mulheres trans:

- Testosterona total < 55 ng/dL.
- Estradiol entre 100-200 pg/mL.

- Homens trans:

- Com o cipionato (Deposteron) a meta de testosterona total é de 400-700 ng/dL e deve ser medida entre as injeções.
- Com o undecanoato (Nebido), medir logo antes da próxima injeção, se tiver <400 diminuir o espaçamento.

Na primeira consulta (mulheres trans):

- Checar contraindicações ao estrogênio, saúde mental, estilo de vida saudável, rede de apoio;
- Checar PA, peso, altura, circunferência abdominal e cintura, medir mama se desejável pela paciente;
- Solicitar laboratórios. Sorologias (prática sexual).
O protocolo canadense sugere ECG (para acima de 40 anos ou antes se fator de risco, também com TE);
- Entregar termo de consentimento livre e esclarecido para ser devolvido assinado.

Nos retornos (mulheres trans):

- Checar efeitos esperados, efeitos colaterais, presença ou não de ereção matinal;
- Repetir exame físico: checar PA, peso, altura, circunferência abdominal e cintura, exame abdominal com palpação de fígado e avaliação de extremidades.

QUADRO 1B: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS FEMINIZANTES ^A

Efeito	Início esperado^a	Máximo efeito esperado^a
Redistribuição da gordura corporal	3–6 meses	2–5 anos
Diminuição da massa muscular/ força	3–6 meses	1–2 anos ^c
Suavização da pele/diminuição da oleosidade	3–6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1–3 meses	1–2 anos
Diminuição de ereções espontâneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunção sexual masculina	variável	variável
Crescimento mamário	3–6 meses	2–3 anos
Diminuição do volume testicular	3–6 meses	2–3 anos
Diminuição da produção de esperma	variável	variável
Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial	6–12 meses	> 3 anos ^d
Calvície de padrão masculino	Sem rebrote, perda se detém 1–3 meses	1–2 anos

^A Adaptado com a autorização de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedade de Endocrinologia*.

^B As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

^C Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

^D Dependem significativamente da quantidade de exercício.

Na primeira consulta (homens trans):

- Checar contraindicações à testosterona, saúde mental, estilo de vida saudável, redes de apoio;
- No exame físico: checar PA, peso, altura, circunferência abdominal e cintura, papanicolau se necessário;
- Solicitar laboratório. Sorologias(praticas sexuais). O protocolo canadense sugere ECG (nos acima de 40 anos ou antes se fator de risco, também com TE);
- Sugerem ainda teste de gravidez antes da primeira aplicação;
- Entregar termo de consentimento livre e esclarecido para ser devolvido assinado.

Nos retornos (homens trans):

- Checar os efeitos esperados, efeitos colaterais, interrupção da menstruação;
- Repetir exame físico: checar PA, peso, altura, circunferência abdominal e cintura, exame abdominal com palpação de fígado.

QUADRO 1A: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS MASCULINIZANTES ^A

Efeito	Início esperado ^a	Máximo efeito esperado ^a
Oleosidade da pele/acne	1–6 meses	1–2 anos
Crescimento do pelo facial/corporal	3–6 meses	3–5 anos
Alopecia androgênica	>12 meses ^c	variável
Aumento da massa muscular/força	6–12 meses	2–5 anos ^d
Redistribuição da gordura corporal	3–6 meses	2–5 anos
Fim da menstruação	2–6 meses	n/a
Aumento do clitóris	3–6 meses	1–2 anos
Atrofia vaginal	3–6 meses	1–2 anos
Engrossamento da voz	3–12 meses	1–2 anos

^A Adaptado com a autorização de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedade de Endocrinologia*.

^B As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

^C Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

^D Dependem significativamente da quantidade de exercício.

Perguntas e respostas