

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PROFSAÚDE

Wandson Alves Ribeiro Padilha

Transgeneridade e modificação corporal:
ampliação de cuidados na atenção primária à saúde

Recife
2021

Wandson Alves Ribeiro Padilha

Transgeneridade e modificação corporal:
ampliação de cuidados na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Camila Pimentel Lopes de Melo

Recife
2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

- P123t Padilha, Wandson Alves Ribeiro.
Transgeneridade e modificação corporal:
ampliação de cuidados na atenção primária à
saúde/ Wandson Alves Ribeiro Padilha. — Recife:
[s.n.], 2022.
103 p.: il.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) - Instituto Aggeu
Magalhães, Programa de Pós- Graduação Stricto
Sensu em Saúde da Família (PROFSAUDE),
Recife, 2021.
Orientadora: Camila Pimentel Lopes de Melo.
1. Transexualidade. 2. Hormônios. 3. Atenção
primária à saúde. I. Melo, Camila Pimentel Lopes
de. II. Título.

CDU 572.5

Wandson Alves Ribeiro Padilha

Transgeneridade e modificação corporal:
ampliação de cuidados na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Dr^a Camila Pimentel Lopes de Melo
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Helena Moraes Cortes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dr. Pablo Cardozo Rocon
Universidade Federal do Mato Grosso

Dedico este trabalho a Lorrana Sousa, Michelle Brasil, Dandara dos Santos, Pamella Pamanek, Flávia Furtado, Paulinha, Evelin Ferrari e todas as travestis e pessoas transgênero assassinadas brutalmente em nosso país pelo simples fato de existirem.

Dedico também à professora Fran Demétrio (*in memoriam*), uma grande amiga e uma das principais inspiradoras do desenvolvimento desse trabalho.

Que suas vozes sigam ecoando na luta por uma sociedade livre de preconceitos e repleta de amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a cada um e cada uma que estiveram presentes e dando força nesse período difícil de construção desse trabalho.

Aos meu pais, pela paciência e por estarem sempre ao meu lado, me dando força, mesmo quando sequer imaginam que o estejam fazendo. Ao meu irmão por compreender cada momento em que eu precisava ficar longe ou sozinho ou simplesmente fingindo esquecer do trabalho a ser feito. A meu namorado, Waldemberg Miguel por todo o apoio nos momentos mais difíceis e caóticos, pela paciência, pelas noites em claro e pelo esforço ao meu lado para ver esse trabalho concretizado. Aos meus amigos de todas as horas: Erika Vasconcelos, Amanda Seixas, Gabriela Souza, Flávia Silva e Pedro Vieira por não me deixarem desistir e me impulsionar a seguir em frente na conquista desse sonho, aos meus amigos e amigas da Medicina de Família e Comunidade, que me mostram a cada dia a importância de voltar o nosso olhar para o outro e de nos dedicarmos ao cuidado do povo, sem jamais deixar de levar em consideração as suas vulnerabilidades e os seus processos socioculturais em que estão inseridos. Às professoras Katia Rejane e Camila Pimentel por toda a paciência e perseverança para me ajudarem a chegar nessa etapa de conclusão de ciclo.

E sobretudo a todos e todas as pessoas que são atendidas por mim no Ambulatório de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Trans e Travestis de Petrolina, por me ensinarem a cada dia sobre a importância do cuidado. Muito do que está escrito aqui foi aprendido com cada um e cada uma de vocês, que toda terça feira estão ao meu lado nessa luta por uma saúde pública e de qualidade para todos, todas e todes.

Um brinde

Meu corpo
Um campo de batalha
Chora, grita e sente
Combate de forma valente
Todo o dia
A mesma e nova transfobia
Me constrói
Cada dia mais uma batalha
Venço, perco, segue empatado
Do lado de cá, me fortaleço
Mas eles crescem, não me esqueço
Na mira, sigo perseguida
O corpo, as regras, as normas
Evidência
Hetero, cis, burguês
Essa moral em mim se desfez
Corta, mutila, hormoniza
Transforma a cada dia
De forma desigual é impedida
De ser plenamente reconhecida
Da miséria destinada
À insurreição organizada
Se levanta, me levanto
Sei, nasci pra ser sujeito
Escolhi, decidi, quis ser eu mesma
Me tornei abjeto
Parece comum
Um ser que não parece merecer afeto
A nós, um brinde
Guerreiras sobreviventes
Mais um dia
No campo de batalha
Da vida
Do corpo
Da alma

Virgínia Guitzel (2017)

RESUMO

PADILHA, Wandson Alves Ribeiro. Transgeneridade e modificação corporal: ampliação de cuidados na atenção primária à saúde. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

A identidade de gênero se refere ao gênero com o qual a pessoa se identifica, caracterizado pela maneira como os indivíduos se sentem e se percebem no mundo e de como desejam ser reconhecidos, independente do gênero atribuído no nascimento. Às pessoas que se identificam com o mesmo gênero que lhe foi designado ao nascimento, denominamos cisgênero. Todas aquelas que não se identificam com o gênero designado em seu nascimento, costumam ser identificadas como transgênero. Algumas pessoas trans, buscam o processo de hormonização para adquirir as características mais socialmente aceitas para o gênero com o qual se identificam. Esta pesquisa buscou evidenciar, através de revisão da literatura científica, os principais cuidados da população trans na Atenção Primária à Saúde (APS), no que tange ao processo de hormonização para modificação corporal. A presente revisão envolveu 14 estudos, localizados nas bases de dados LILACS e MEDLINE; publicados entre 2016 e 2021. Nos casos de mulheres trans e travestis, a hormonização é feita a partir do uso de anti-andrógenos e estrógenos. Já nos casos de homens trans e pessoas transmasculinas, o objetivo principal é a masculinização através do uso de testosterona. O médico de família e comunidade ocupa uma posição privilegiada na identificação precoce do sofrimento relacionado a questões de gênero e sexualidade, por acompanhar de perto o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo desde a gestação, nascimento, infância, adolescência até à idade adulta, tornando a APS um espaço potente de cuidado para as pessoas trans. Pretende-se que os resultados do presente estudo contribuam para a ampliação dos cuidados à saúde de pessoas trans na APS e que isto se traduza na melhoria do acesso, acolhimento e cuidados às pessoas trans, diminuindo as desigualdades em saúde e reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: transexualidade; hormônios; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

PADILHA, Wandson Alves Ribeiro. Transgenderism and body modification: expansion of care in primary health care. 2021. Dissertation. (Master in Family Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

Gender identity refers to the gender with which a person identifies, characterized by the way individuals feel and perceive themselves in the world and how they wish to be recognized, regardless of the gender assigned at birth. People who identify with the same gender they were assigned at birth are called cisgender. All those who do not identify with the gender assigned at birth are often identified as transgender. Some trans people seek the hormoneization process to acquire the most socially accepted characteristics for the gender they identify with. This research sought to highlight, through a review of the scientific literature, the main care of the trans population in Primary Health Care (PHC), regarding the hormonalization process for body modification. The present review involved 14 studies, located in the LILACS and MEDLINE databases; published between 2016 and 2021. In the cases of trans women and transvestites, hormoneization is performed using anti-androgens and estrogens. In the case of trans men and transmale people, the main objective is masculinization through the use of testosterone. The family and community doctor occupies a privileged position in the early identification of suffering related to gender and sexuality issues, by closely monitoring the growth and development of the individual from pregnancy, birth, childhood, adolescence to adulthood, making the APS a powerful space of care for trans people. It is intended that the results of the present study contribute to the expansion of health care for trans people in PHC and that this translates into improved access, reception and care for trans people, reducing health inequalities and reaffirming the principles of the Single Health System.

Keywords: transsexuality; hormones; primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASITTI	Associação Brasileira Profissional pela Saúde Integral de Travestis, Transexuais e Intersexos
ACC	Agenesia do corpo caloso
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Receptor de andrógeno
BA	Bahia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
CIS	Cisgênero
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DG	Disforia de gênero
DMO	Densitometria mineral óssea
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da família
FSH	Hormônio folículo estimulante
GLBT's	Gays, lésbicas, bissexuais e transexuais
HDL-C	Colesterol de lipoproteína de alta densidade
HHG	Eixo hipotalâmico-hipofisário gonadal
HIV \ AIDS	Vírus da imunodeficiência humana \ síndrome da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Intramuscular
LDL-C	Colesterol de lipoproteína de baixa densidade
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e outros
LH	Hormônio luteinizante
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RI	Revisão Integrativa
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SOP	Síndrome dos ovários policísticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TD	Transdérmico
TEV	Tromboembolismo venoso
TG	Triglicerídeos
THC	Terapia Hormonal Cruzada
TRANS	Transgênero
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organização da rede de atenção à saúde a partir da APS	22
Figura 2 - Distribuição das bases/artigos e processo de busca e amostragem dos estudos componentes desta Revisão Integrativa.....	45
Quadro 1 - Distribuição dos resultados da pesquisa bibliográfica conforme o ano, os autores, o título e os objetivos.....	47
Quadro 2 - Distribuição dos resultados da pesquisa bibliográfica conforme categoria temática.....	52
Quadro 3 - Cuidados antes do início da terapia de hormonização em mulheres trans e travestis.....	57
Quadro 4 - Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de mulheres trans e travestis.....	62
Quadro 5 - Principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização de mulheres trans e travestis.....	64
Quadro 6 - Cuidados antes do início da terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas.....	65
Quadro 7 - Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas.....	67
Quadro 8 - Principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas.....	68
Quadro 9 - Principais resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis terapia de hormonização em mulheres trans e travestis.....	73
Quadro 10 - Principais resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas.....	79

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS DA PESQUISA	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
3.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
3.3	ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PETROLINA-PE	22
3.4	TRANSGRESSÃO DE IDENTIDADES	23
3.5	CORPO E LEITURAS SOCIOCULTURAIS	27
3.6	BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+	31
3.7	TRANSEXUALIDADE: BARREIRA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	34
3.7.1	Nome Social	35
3.7.2	Preconceito e Estigmas	36
3.7.3	(De)Formação acadêmica	37
3.7.4	Sombras que protegem	38
3.7.5	A transexualidade e o não lugar nos serviços de saúde	38
3.7.6	Hormonização	39
4	MÉTODO	42
4.1	PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	42
4.2	SEGUNDA ETAPA: BUSCA NA LITERATURA	43
4.3	TERCEIRA ETAPA: PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	CATEGORIAS TEMÁTICAS	53
5.1.1	Terapia hormonal no processo de modificação corporal	53
5.1.2	Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis da terapia hormonal	69
6	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge no Brasil a partir de movimentos populares que lutavam pelo direito à saúde de toda a população do país e foi construído após um grande período de luta pela Reforma Sanitária Brasileira a partir das discussões realizadas em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (MENDES; GOMES, 2018). Durante a conferência, definiu-se um conceito mais abrangente de saúde, que é descrito no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. É esse conceito que baliza a lei criada quatro anos depois, em 1990, dando subsídio para todas as políticas de saúde implementadas desde então. A Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/1990) traz em seu escopo o conceito de saúde como um direito de todos e dever do Estado e constituiu um grande avanço para a cidadania do povo brasileiro, se pautando em três princípios fundamentais: Universalidade, Equidade e Integralidade (SANTOS, 2018).

A organização deste sistema, desde o seu surgimento até os dias atuais, é complexa, sobretudo no que tange ao seu financiamento; com gestão federal, estadual e municipal. Além disso, o SUS divide seu espaço com o setor privado de saúde, encontrando desafios importantes para seu avanço decorrentes sobretudo da oposição da iniciativa privada e do avanço de políticas neoliberais que afetam diretamente o SUS e todas as demais políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais (CELUPPI et al., 2019).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, princípios estes dispostos na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, lei orgânica do SUS que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2017; BRASIL, 1990).

O debate sobre acesso e acolhimento no âmbito do SUS, através da Atenção Primária à Saúde (APS), estrategicamente realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), insere uma nova racionalidade no modelo assistencial, pautado na integração dos serviços do SUS e em respostas que sejam efetivamente compatíveis às necessidades de saúde da população brasileira (SILVA et al., 2019). Segundo Starfield (2012), acesso pode ser definido como uso oportuno dos serviços de saúde para o alcance dos melhores resultados possíveis, em termos de tempo e atendimento às necessidades do usuário. Apesar de existirem diversas outras definições de acesso, é a definição de Barbara Starfield que será utilizada nesse trabalho. Já o termo acolhimento, para o qual existem uma multiplicidade de sentidos, quando ligado ao campo da saúde, segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) tem a ver com um dos princípios básicos do SUS, a universalidade; com a presença de uma equipe multiprofissional alinhada com pressupostos de humanização e cidadania em suas relações de cuidado e processos de escuta.

Por muito tempo a população de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e outros (LGBTQIA+), permaneceu desamparada, alvos de um processo de violação do direito fundamental de acesso a saúde pautado no preconceito e estigma, resultando numa situação de vulnerabilidade da população LGBTQIA+, infelizmente ainda muito comum nos dias de hoje (CARDOSO e FERRO, 2012). Frente a esta realidade, em 2004, o Ministério da Saúde lançou uma campanha de sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao preconceito em relação a esta população, utilizando-se de folders, cartazes e panfletos distribuídos pelos serviços de saúde pública do país (BRASIL, 2004). Na mesma época surgiu o Programa Brasil Sem Homofobia, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Era um Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB's (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – sigla utilizada à época) e de promoção da cidadania desse grupo, com a intenção de promover o debate sobre o assunto da maneira mais ampla possível (BRASIL, 2004).

Em 2008 foi lançado o Programa Mais Saúde – Direito de Todos, com vistas à redução da desigualdade e ampliação do acesso a serviços de qualidade. Com isso, era esperado atingir grupos populacionais vulnerabilizados como negros, quilombolas, população LGBTQIA+, ciganos, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, entre outros (BRASIL, 2008). Em 2013, foi lançada a Política Nacional de Saúde

Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, tendo como objetivo principal reduzir a discriminação e preconceito institucional comuns nos serviços de saúde do país, garantindo, por exemplo, o uso do nome social por pessoas trans e travestis, ampliação de acesso aos serviços de saúde, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outras estratégias (BRASIL, 2013).

Essas iniciativas, embora tenham causado certo impacto pelo seu ineditismo, não mantiveram um compromisso com a continuidade das ações, prejudicando, assim, sua amplitude de eficácia no âmbito do SUS (MELO; PERILO; PEDROSA., 2011). Em tese estes documentos garantiriam uma melhoria na atenção à saúde da população LGBTQIA+, com ações transversais e intersetoriais. No entanto, o que se observa na prática, do ponto de vista estrutural, organizacional, comportamental e cultural, é que ainda existem muitos impedimentos ao acesso e acolhimento por este grupo, principalmente quando se trata de pessoas transgênero (MELO; PERILO; PEDROSA., 2011).

A identidade de gênero se refere ao gênero com o qual a pessoa se identifica, caracterizado pela maneira como os indivíduos se sentem e se percebem no mundo e de como desejam ser reconhecidos, podendo ser masculino, feminino transitar entre ambos, como é o caso das pessoas não binárias, independente do gênero que lhe foi atribuído no nascimento (FABRIS e TROMBETTA, 2015). A transexualidade integra o espectro das variações da identidade de gênero e compreende a existência de uma discordância entre o gênero atribuído ao nascimento, de acordo com o sexo biológico e a real identidade de gênero do indivíduo (SAMPAIO e COELHO, 2012). O sofrimento causado pela incongruência entre o gênero atribuído no nascimento e o gênero vivenciado é definido como disforia de gênero (DG) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Pessoas que sofrem de algum grau de disforia de gênero (DG) costumam vivenciar o cenário angustiante de incongruência entre o gênero atribuído ao nascimento e a identificação pessoal (GOOREN, 2011). No entanto, para além disso, o desejo de viver e exprimir caracteres e performances do gênero oposto pode gerar sofrimento considerável ao indivíduo e o cuidado dessas pessoas perpassa, em muitos casos, pelo desejo do indivíduo de utilizar medicamentos hormonais para a obtenção de modificações corporais, adaptações anatômicas obtidas cirurgicamente,

intervenções legais e psicossociais (GOOREN, GILTAY e BUNCK, 2008; KUYPER e WIJSEN, 2014). Assim, as pessoas com algum grau de DG costumam buscar orientação e cuidados de diferentes especialistas e profissionais de saúde, inclusive na Atenção Primária à Saúde. A World Professional Association for Transgender Health (WPATH) considera que apenas algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento da sua vida. Ou seja, a transexualidade e a disforia de gênero nem sempre coexistem (WPATH, 2012).

As pessoas trans e travestis colocam à prova todas as fronteiras de gênero tradicionalmente construídas, enfrentando dificuldades em múltiplos cenários, sendo um deles os serviços públicos de saúde (SOUZA et al., 2014). Tamanha ruptura com o binarismo de gênero e sexualidade tradicionalmente construídos faz com que estas não sejam consideradas vidas legítimas, constituindo-se como um ser “diferente”, “fora do comum”, “marginal” e aquém do modelo heteronormativo pactuado pela sociedade, onde sexo, gênero, prática sexual e desejo devem manter uma relação de linearidade, coerência e continuidade (AMORIN; VIEIRA; BRANCALEONI, 2013).

O preconceito e estigma, às vezes, parte dos próprios profissionais de saúde ao ser revelada a condição de uma pessoa transgênero, condicionando assim essa pessoa a um modo de assistência e cuidados precários (ROCON et al., 2016). Dessa forma, não é garantida a universalidade e equidade da atenção à saúde definida na legislação brasileira como princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que remete ao entendimento de que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis, devido a determinadas especificidades, e que, por isso, deveriam ser priorizados nos processos de intervenção estatal. É dever do SUS atender às necessidades de saúde de qualquer indivíduo, de acordo com os princípios e diretrizes que regem o sistema, independente de sexo, gênero, idade, condição prévia de saúde, classe social etc. (BRASIL, 1990).

As especificidades da prestação de cuidados de saúde primários a transgêneros e a necessidade de evitar que fenômenos discriminatórios gerem barreiras no acolhimento e acesso aos cuidados de saúde contextualizam a importância e relevância do presente estudo, que teve como objetivo a revisão da literatura científica em busca de dados sobre os cuidados dessa população neste nível

de cuidado, sobretudo no que tange ao processo de hormonização na modificação corporal.

Diante do exposto, essa pesquisa tomou como base a seguinte questão norteadora: como os cuidados médicos relacionados ao tratamento hormonal na obtenção de modificações corporais em pessoas trans têm sido abordados na literatura científica?

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos cuidados médicos relacionados à hormonização de pessoas transexuais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as evidências científicas sobre a indicação e os principais cuidados prévios à terapia de hormonização em pessoas trans;
- b) Descrever os principais tratamentos farmacológicos utilizados na terapia de hormonização em pessoas trans;
- c) Evidenciar as principais condutas de controle e acompanhamento clínico na terapia de hormonização em pessoas trans;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A história do Sistema Único de Saúde se inicia muito antes da Constituição de 1988 e reflete todo um processo de luta pela redemocratização política do país. Grupos organizados e movimentos populares se reuniram em torno de uma pauta única: tornar universal e garantir como direito de todos os cidadãos brasileiros o acesso à saúde. Esses processos de discussão e luta culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após intensas discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (MENDES; GOMES, 2018).

Para Carvalho e Barbosa (2010), a VIII Conferência Nacional de Saúde foi a responsável por disseminar politicamente um projeto de reforma sanitária baseado na equidade do atendimento, universalização no acesso e integralidade da atenção, garantindo também a participação da comunidade. Em 1988, com o artigo 196 da Constituição Federal, temos a definição que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Aprovado a partir de 1990, com a criação das leis 8080 e 8142, o SUS baseia-se nos seguintes princípios doutrinários, segundo Polignano (2001, p.23):

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

De acordo com Guidini (2012), o SUS é uma das principais conquistas sociais do povo brasileiro desde a Constituição de 1988 e seu desenvolvimento decorre da evolução político-econômica do país. Ao longo da década de 1990, o SUS apresenta um importante processo de descentralização, com transferência de responsabilidades

e recursos para os níveis estadual e municipal, garantindo saúde cada vez mais próxima das pessoas (SOUZA, 2001).

Como resultado direto da criação do SUS, Souza et al. (2019, p.2) apontam que:

Entre 1990 e 2015, houve reduções significativas das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis e por causas evitáveis, da morbimortalidade materno-infantil e da desnutrição infantil. A expectativa de vida da população, por sua vez, aumentou, passando de 68,4 anos, em 1990, para 75,2 anos, em 2016. As taxas de mortalidade geral padronizadas por idade caíram 34%. A redução da mortalidade de crianças foi impulsionada pelo programa Bolsa Família e pela criação da Estratégia Saúde da Família. Houve progressos acentuados no Norte e Nordeste, que não eliminaram, mas reduziram desigualdades regionais. Enfim, os avanços no SUS e em políticas sociais, somados a melhorias econômicas, confluíram para melhorar a saúde dos brasileiros.

Desde sua criação foram inúmeros os avanços e são inegáveis os resultados alcançados para a melhoria da saúde do povo brasileiro, mas ainda existem diversos problemas que precisam ser enfrentados para consolidá-lo como um sistema de saúde público e universal, garantindo assistência de qualidade a toda a população brasileira (CONASS, 2006). Souza et al. (2019) afirmam que apesar de toda a expansão da cobertura de serviços de saúde, essa aconteceu de maneira heterogênea, mantendo iniquidades e desfavorecendo grupos vulneráveis da população de modo inaceitável nas sociedades civilizadas.

Essas limitações ocorrem sobretudo devido à disputa entre setor público e privado, com distribuição inadequada de recursos entre esses dois setores, bem como à dificuldade de formação de profissionais com competências técnicas, éticas e sociais voltadas à superação do modelo que garante uma atenção à saúde inferior para pessoas pobres, negras, indígenas, deficientes, idosos e pessoas LGBTQIA+ (SOUZA et al. 2019).

Tais processos de desmonte do SUS se tornaram ainda mais intensos após a última eleição presidencial. Weiller (2019) afirma que hoje nos encontramos num momento ainda pior no que diz respeito ao financiamento do SUS, com queda constante nos valores investidos no setor saúde.

O que se pode concluir, de fato, é que o desmonte do SUS já é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o governo Bolsonaro. Para além de analisar o SUS, o que se apresenta pelo governo são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte (Weiller, 2019, p.237).

3.2 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para garantir um modelo de saúde que consiga abranger todo o território e toda a população brasileira, o SUS se organiza a partir de redes de atenção à saúde. Conforme exemplifica Mendes (2010):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população (MENDES, 2010, p. 6).

Dentro desse modelo de organização, a Atenção Primária à Saúde (APS) se coloca como o elo fundamental da rede, posto que é o ponto responsável por garantir a organização da mesma, controlando fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de assistência. Além disso deve se responsabilizar pela resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, bem como garantir promoção à saúde e prevenção de adoecimentos não deixando de se responsabilizar pelos cuidados em saúde dos indivíduos que são direcionados a outros pontos da rede, visto que esses devem sempre retornar aos cuidados da Atenção Primária à saúde (CONASS, 2015).

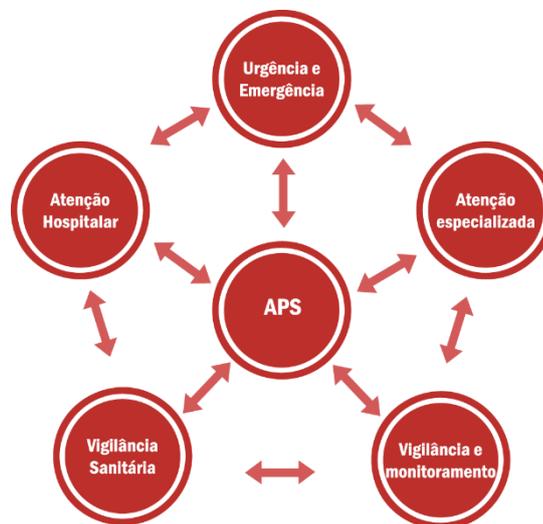


Figura 1 - Organização da rede de atenção à saúde a partir da APS (Fonte: UNASUS /UFMA, 2019 Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo3/und1/19.html).

Na realidade brasileira a APS é representada essencialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa foi implementada no país no ano de 1994, ainda como um programa que posteriormente, em 2006, foi transformado em Estratégia,

deixando de ser um programa de governo e passando a ser uma política de Estado. A estratégia tinha como principal objetivo ampliar a assistência à saúde do país, sobretudo nos locais mais distantes dos grandes centros urbanos, onde até então estavam os principais centros de saúde do país (CONASS, 2015).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por uma equipe de saúde multidisciplinar composta por profissionais da enfermagem, medicina, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, além de odontólogo e auxiliar/técnico de saúde bucal. Essa equipe possui responsabilidade sanitária por um determinado território de abrangência, precisando conhecê-lo, bem como conhecer a população que ali reside, sendo responsável por garantir o cuidado integral em saúde a essas pessoas (BRASIL, 2017). Arantes, Shimizu e Merchán-Hazán (2016), destacam que “a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção.”

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), a Atenção Primária à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Entretanto, segundo Pereira e Chazam (2019) o que se observa é que no que diz respeito ao processo transexualizador e ao acompanhamento integral de saúde da população trans, essa porta de entrada encontra-se frequentemente fechada.

3.3 - ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PETROLINA-PE

O município de Petrolina está localizado a oeste do Estado de Pernambuco. Segundo estimativas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população da cidade de Petrolina, em 2019, era estimada em 349.145 pessoas, sendo considerado o maior município da região do Vale do São Francisco, no sertão pernambucano.

Segundo dados do Ministério da Saúde referentes ao mês de julho de 2020, o município possui atualmente 86 equipes de saúde da família, com uma cobertura populacional de 87,26% pela APS. Isso significa que a maior parte da população do município possui uma equipe de saúde da família de referência.

Essas equipes de Saúde precisam ser responsáveis pelo cuidado em saúde da população que vive em seu território de abrangência, incluindo pessoas trans. Entretanto, como será abordado ao longo desse texto, a formação dos profissionais de saúde e mais especificamente dos profissionais médicos ainda é um grande fator limitante para a assistência integral à saúde dessa população.

3.4 – TRANSGRESSÃO DE IDENTIDADES

Para compreender a necessidade de resignificação do cuidado de pessoas trans no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, é preciso antes de tudo compreender conceitualmente quem são esses sujeitos marginalizados nos mais diversos âmbitos da esfera social no país, inclusive no âmbito da saúde.

Conceitos importantes para a compreensão do assunto abordado nesse trabalho são: Sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual e expressão de gênero.

O sexo biológico é determinado geneticamente através dos cromossomos sexuais X e Y. O indivíduo com genótipo XX geralmente apresenta características físicas consideradas femininas, apresentando vagina, vulva, útero, ovários e o desenvolvimento de caracteres secundários como aumento de mamas, menstruação e ciclos ovulatórios e distribuição de gordura corporal característica, por exemplo. A pessoa que possui cromossomos XY geralmente apresenta características físicas consideradas masculinas, possuindo pênis e sistema reprodutor testicular e desenvolvendo caracteres corporais como maior desenvolvimento muscular, ejaculação, alterações na voz, crescimento de cartilagem tireoide, maior quantidade de pelos corporais e faciais, por exemplo (PARISOTTO et al., 2003).

As identidades vêm sendo utilizadas pela humanidade para determinar as mais diversas características de nossa existência. É o que afirma Sen (2006), que reforça

ainda que é possível verificar a necessidade de recorrer a elas, para responder às mais simples perguntas, como: Quem é você?

Assim que nascemos, temos uma identidade, relacionada ao gênero, que nos é imposta para caracterizar qual o nosso lugar e papel no mundo. É importante pensar que identificar-se com outras pessoas, de diferentes maneiras, pode ser extremamente importante para viver em sociedade, e que ao falar de identidades, há uma grande variedade de categorias às quais simultaneamente pertencemos (SEN, 2006, p.19). Segundo Jesus (2012):

Identidade de gênero é entendida como profunda referência à internalidade e experiência de como o indivíduo se identifica com seu gênero, a qual pode corresponder, ou não, com o sexo designado no nascimento, incluindo o senso pessoal de corpo (que pode envolver, livremente, modificações na aparência ou função do corpo por via médica, cirúrgica ou outras formas) e outras expressões de gênero, incluindo vestuário, fala e maneirismos.

É preciso compreender que as características físicas, bem como a carga genética não definem o gênero de uma pessoa, nem a forma como ela vai se relacionar com o mundo. Segundo o relatório final da 3ª conferência nacional de políticas públicas de direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (2016), a identidade de gênero é a dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento. Butler (2003 p. 24-25) reforça essa ideia ao defender que:

Quando o status construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino.

Seguindo esses preceitos, Ciasca, Hercowitz e Júnior (2020) exemplificam que pessoa cisgênero, ou pessoa cis, é aquela que coincide seu pertencimento de gênero àquele projetado pela sociedade, como por exemplo, uma criança designada menino ao nascimento e que se entende e se define como menino/homem. Ainda segundo Ciasca, Hercowitz e Júnior (2020), pessoa transgênero é aquela que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento, construindo uma identidade diferente da que lhe foi imposta.

Vergueiro (2012), enquanto mulher trans¹, exemplifica que se entende por 'identidades trans', ou identidades transgêneras e não-cisgêneras, o conjunto de individualidades cujas identidades ou expressões de gênero sejam, em diferentes graus, deslegitimadas em relação às normas cisgêneras dominantes.

De acordo com a pesquisadora Amara Moira (2017), pesquisadora travesti, o termo trans surgiu bem antes do termo cis, trazendo consigo a conotação daquilo que cruza, que transpassa, que atravessa uma dada linha. Nesse período não existia o termo cisgênero, visto que a sociedade não enxergava a necessidade de nomear aquilo que é o 'normal'. Sequer visualizava-se que as pessoas cis possuíam uma identidade de gênero, já que as pessoas trans é que representavam um desvio da norma. De acordo com Moira (2017), o termo "cis" surge apenas setenta anos após o termo que lhe faz oposição, "trans", este na década de vinte, aquele quase que na virada para o século XXI.

O termo transgênero é um termo guarda-chuva que abriga todas as identidades não cis-normativas e segundo Serano (2007) é um termo questionado pelos movimentos sociais, por de alguma forma, acabar invisibilizando as identidades que vivem na intersecção e experimentam formas múltiplas de preconceito baseadas no gênero. De acordo com Ciasca, Hercowitz e Júnior (2020), as identidades oficialmente reconhecidas pelo movimento no Brasil são: travesti, mulher transexual e homem transexual. Por esse motivo, respeitando o que é preferido pelos movimentos sociais, esses serão os três termos prioritariamente utilizados nesse trabalho.

Jesus (2012) define travesti como:

[...] são travestis as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou como mulheres, mas sim como membros de um terceiro gênero ou de um não-gênero. É importante ressaltar que travestis, independentemente de como se reconhecem, preferem ser tratadas no feminino, considerando insultuoso serem adjetivadas no masculino.

Durante muito tempo a literatura científica trouxe e, em alguns discursos mais patologizantes, ainda traz a diferença entre mulher transexual e travesti como sendo

¹ Neste trabalho, busquei utilizar fontes de pesquisadores e pesquisadoras trans e travestis e destaco a identidade de gênero dos mesmos, como forma de reforçar a importância de trazer informações a partir do ponto de vista dos próprios indivíduos. Objetivo também reforçar a importância de termos cada dia mais travestis, homens e mulheres trans na academia.

mulher transexual a que tem desejo pela cirurgia de redesignação sexual e/ou já realizou o procedimento e travesti como a que não possui desejo de modificação corporal cirúrgica e/ou ainda não o realizou. Entretanto é importante destacar que a identidade de gênero, seja ela transexual ou travesti deriva de uma autopercepção e autoafirmação, não passando pelo desejo ou necessidade de intervenções cirúrgicas para obtenção de modificações corporais (BRASIL, 2011).

O gênero não se define de maneira binária, com apenas dois conceitos, como homem ou mulher, podendo um indivíduo apresentar fluidez entre esses dois conceitos ou mesmo se identificar com um gênero distinto dos dois. São os gêneros denominados não binários. Entre as pessoas que se identificam como não binárias é possível encontrar indivíduos que não se identificam nem como homem, nem como mulher; ou mesmo um pouco homem e um pouco mulher ou ora homem, ora mulher. As pessoas não binárias também estão incluídas dentro da categoria de pessoas transgênero, visto que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento (ARAÚJO, M.F. 2005).

Segundo Jesus (2012), a orientação sexual pode ser definida como atração afetivo-sexual por alguém, independente do gênero ao qual a pessoa se auto identifica. De fato, orientação sexual e identidade de gênero são instâncias distintas e se referem a âmbitos diferentes da vida do indivíduo. Apesar do grande número de orientações sexuais já relatadas na literatura, pode-se destacar quatro: assexualidade, homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade. Define-se como assexual aquela pessoa que não possui interesse sexual por nenhum dos gêneros, homossexual é o indivíduo que se interessa afetivo sexualmente por pessoas do mesmo gênero, heterossexual aquele que se interessa afetivo sexualmente por pessoas do gênero oposto e bissexual a pessoa que se interessa por mais de um gênero. Há ainda o conceito de panssexualidade, usado mais recentemente, que busca ressignificar o possível entendimento binário do termo bissexual, e reafirma as pessoas que possuem interesse afetivo-sexual por todos os gêneros incluindo homens, mulheres, pessoas não binárias, travestis e todas as definições de gênero que possam existir (JESUS, 2012).

Como citado anteriormente, é importante ter a compreensão de que a orientação sexual do indivíduo e a identidade de gênero são coisas distintas. É comum

a confusão criada, por exemplo, ao se tratar mulheres trans ou travestis como homossexuais, sendo que transexualidade e homossexualidade são categorias distintas. Uma pessoa pode ser transexual e homossexual concomitantemente ou pode ser transexual e heterossexual, já que homossexual e heterossexual são termos relacionados à orientação sexual enquanto transgênero e cisgênero dizem respeito à identidade de gênero (BRASIL, 2015).

Logo, uma mulher trans é uma pessoa que nasceu com o sexo biológico masculino e possui uma identidade de gênero feminina. Essa mulher trans pode ser homossexual, caso se interesse afetivo sexualmente por mulheres, heterossexual, caso se interesse afetivo sexualmente por homens ou bissexual, caso possua interesse por mais de um gênero. Uma das principais demandas de saúde da população transgênero diz respeito aos processos de modificação corporal que almejam aproximar sua aparência àquela aceita socialmente para o gênero com o qual se identificam, sendo este o foco deste estudo ao longo da discussão aqui proposta.

3.5 – CORPO E LEITURAS SOCIOCULTURAIS

Para Foucault (2012), o corpo tem valores distintos de acordo com quem o observa e do local onde ele é observado. De modo que o corpo não tem o seu próprio valor, mas um valor que depende do local ocupado por ele. Pensando historicamente, Laqueur (2001) divide o modo de visão desse corpo em dois momentos: um momento antes e outro depois do século XVIII. Nesse momento anterior, o corpo era visto de forma isomórfica, onde o corpo do homem (cis) e da mulher (cis) eram vistos como o mesmo corpo. A diferença é que na mulher a vagina/útero e os ovários eram vistos como pênis/saco escrotal e testículos invertidos, recebendo inclusive a mesma nomenclatura, mas considerados uma versão imperfeita do corpo masculino (Laqueur, 2001).

Ainda segundo Laqueur (2001), ser mulher ou ser homem estava primordialmente relacionado ao lugar social ocupado por aquelas pessoas, visto que não se encarava os corpos como sendo diferentes. Essa visão sobre os corpos e seu lugar no mundo começa a mudar no século XVIII com o surgimento do Iluminismo e da Revolução Industrial. As novas formas de organização social exigiam uma maior produtividade e geração de força de trabalho e acabam usando da argumentação

anatômica e biológica para determinar que a diferenciação entre os sexos deveria levar a uma consequente diferenciação de papéis sociais (Laqueur, 2001).

Pfeil (2019), homem trans e pesquisador, complementa essa teorização afirmando que o sexo se tornou um novo fundamento para o gênero, na medida em que o corpo orgânico foi ressignificado de acordo com novas demandas retóricas dos movimentos sociais, políticos e culturais que atravessaram o século XVIII. Oliveira, Francisco e Gonçalves (2020) afirmam que a partir desse momento a biologia passa a ser usada para patologizar corpos atípicos, cabendo à sociedade respeitar a natureza e preservar-se em “comportamentos adequados”, de acordo com as características corporais.

Apenas no século XX, com o advento da psicanálise e os novos estudos sobre a sexualidade é que surgem novas visões dos corpos para além da exclusivamente biológica (Laqueur, 2001). Segundo Araújo (2005), na cultura indígena do período pré-invasão europeia, os conceitos de gênero eram muito diferentes e não seguiam as regras dicotômicas e binaristas do pensamento europeu, que nos foram impostas posteriormente. Isso corrobora com a ideia de que a construção identitária de gênero do modo como a conhecemos, nem sempre foi assim. Em muitas sociedades ameríndias, há relatos de um terceiro gênero, pessoas conhecidas como “dois espíritos”, por desempenharem socialmente características referentes aos gêneros masculino e feminino. Essas pessoas eram inclusive consideradas presentes das divindades, como afirma Aragón (2016):

Ao contrário do que vemos na atualidade, as pessoas de dois espíritos na América pré contato europeu eram altamente veneradas e as famílias que tinham um membro assim entre eles era considerada sortuda. Se acreditava que o fato de uma pessoa ver o mundo com os olhos de ambos os espíritos (feminino e masculino) ao mesmo tempo, era um presente do Criador” (Aragón, 2016 p.3).

Lanz (2014) reafirma que ninguém nasce um corpo, mas que esse corpo vai se constituindo a partir da construção sociocultural de determinado tempo e lugar. De acordo com Butler (2003), antes da linguagem não há sujeito, ou seja, todas as imposições biologizantes que se atribuem a um corpo são determinadas culturalmente. Segundo Hall (2001), o sujeito possui uma essência interior, o seu “eu real”, mas mesmo essa essência é formada e vai sofrendo modificações de acordo com os estímulos culturais e a partir dos modelos de identidade que lhe são ofertados.

Ser homem e ser mulher podem representar coisas distintas em cada época e em cada sociedade.

Toda essa construção de gênero vai depender essencialmente da oferta cultural que acessamos, como exemplifica Lanz (2014):

Nós projetamos a nós próprios nos modelos culturais de identidade que nos são oferecidos, e é a partir dessas projeções que criamos em nós a noção da pré-existência de uma tal identidade. Através da socialização, internalizamos os atributos, significados, valores e expressões dos modelos identitários que a cultura tem para nos oferecer, tornando-os parte de nós ou, melhor ainda, nos transformando no próprio modelo que nos serviu de inspiração” LANZ (2014, p.114).

São essas normas culturais as responsáveis pelo sofrimento das pessoas que fogem do seu cumprimento. De acordo com Costa-Val (2019), nenhuma norma é estabelecida sem que ocorra uma série de exclusões violentas. Para Nascimento (2021), travesti e pesquisadora, é incoerente que a anatomia corporal seja suficiente para definir o gênero, se desde a infância são ensinadas normas comportamentais específicas para homens e mulheres. É nesse cenário de fuga das normas que Butler (2002) descreve os corpos abjetos. Ela denomina de abjetos os corpos que fogem a esse marco normativo hegemônico, tornando-se ininteligíveis socialmente. Incluem-se nesse grupo pessoas homossexuais, transexuais, travestis, intersexo e todas as pessoas que são marginalizadas por conta de sua etnia, raça, cultura, religião etc.

Para Costa-Val (2019), esses corpos têm uma coisa importante em comum que é o fato de ao mesmo tempo que não possuem vida ou existência social, são responsáveis por um potencial político questionador das normas hegemônicas e responsável por processos de transformação social. Segundo Foucault (2012), no decorrer da época clássica começa a surgir um novo modo de obtenção do poder a partir do domínio dos corpos. O biopoder consiste, resumidamente, em uma técnica de poder que busca desenvolver um modo de vida em determinada população com o objetivo de produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação, durante a época clássica, desta tecnologia de duas faces – anatômica e biológica –, individualmente e especificamente, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida, caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima para baixo (FOUCAULT, 2012, p.152).

Rabinow (2006) destaca que o “biopoder serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana”. Nesse sentido, Pfeil (2019) reforça que “A verdade de ser homem ou mulher opera como instrumento de ridicularização, invasão, vulnerabilização, ocupação de nossos corpos e identidades, pois parte de uma perspectiva “de fora”, empurrando nossas existências à margem.” A cisnormatividade aparece nesse contexto como uma das principais expressões do biopoder, dotada de uma série de forças socioculturais, responsáveis por caracterizar a cisgeneridade como natural e levando à patologização de todas as expressões e identidades não cisgênero (VERGUEIRO, 2015).

Por esse motivo, a busca por aceitação das pessoas transexuais reflete uma tentativa de sobrevivência, já que a repulsa e exclusão, sobretudo quando relacionadas à expressão e identidade de gênero, são geradoras de violências graves (PFEIL, 2019). Em muitas situações, a luta das pessoas trans é por se tornar cada vez mais passáveis. A passabilidade, segundo Lanz (2014), é definida como o quanto a pessoa se aproxima fisicamente do estereótipo do gênero com o qual se identifica, sendo por vezes confundida com uma pessoa cis e assim ‘passando despercebida’ nos ambientes.

Para entender a importância que as modificações corporais têm para as trans, é necessário compreender que é através do corpo que elas se fazem sujeito (PEREIRA e CHAZAM, 2019). De acordo com Vergueiro (2015), a luta para se tornar passável, adquirindo características corporais condizentes com o que é socialmente aceito para a identidade de gênero de determinada pessoa não deve ser lida como uma reprodução acrítica da cisnormatividade, mas como uma possibilidade de resistência às normas de gênero hegemônicas e em muitas situações como a única forma de sobrevivência no ambiente hostil e violento onde se encontram.

Demétrio (2019), mulher trans e pesquisadora, reforça, entretanto, que “se por um lado, a passabilidade trans possibilita maior ‘reconhecimento social’, e segurança social para muitas pessoas trans, por outro, pode ser uma armadilha cis-política” que poderia contribuir com a invisibilização, apagamento e deslegitimação social das identidades trans. Cabe salientar que a busca por modificações e adequações da

aparência para um padrão estético mais aceitável socialmente não é exclusividade das pessoas trans:

Muitas pessoas cisgêneras (que não relatam incongruência entre seus corpos e o gênero atribuído no nascimento) modificam seus corpos por meio de dietas alimentares com uso de suplemento ou produtos farmacológicos, exercícios físicos, procedimentos estéticos, cirurgias, etc. em busca do corpo que lhes satisfaça, capaz de promover bem-estar, sinônimo de saúde e beleza. Da mesma forma, inúmeras pessoas trans investem na modelagem de seus corpos como elemento constitutivo de suas vidas. O que varia são os procedimentos de transformação corporal que, para as pessoas trans, podem consistir em investimentos como: hormonioterapia, aplicações de silicone industrial, mastectomia, cirurgias plásticas ou de transgenitalização, etc. em busca de um ideal de beleza associado à construção das marcas de gênero (Rocon et al., 2015 p. 5).

É importante frisar também que nem todas as pessoas trans têm desejo de realizar modificações corporais através do uso de hormônios feminilizantes ou masculinizantes, tampouco de realizar cirurgias de transgenitalização. Para aquelas pessoas que optam pela realização de procedimentos para modificação corporal, o processo costuma se dar em um primeiro momento através do uso de hormônios. É muito comum entre as pessoas trans a automedicação, sobretudo devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou mesmo ao despreparo dos profissionais médicos acerca do manejo hormonal dessa população.

3.6 - BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Código Internacional de Doenças (CID-10), lançado em 2003 ainda classificava o 'transexualismo' como patologia, estando descrito no capítulo referente a Transtornos Mentais, no Grupo referente a Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. Rebeca Robles e colaboradores (2016), afirma, em estudo realizado com 250 transexuais no México que há evidências suficientes para que a transexualidade deixe de configurar uma patologia na organização do próximo Código Internacional de Doenças. Em seu estudo, publicado em *The Lancet Psychiatry*, os autores concluem que o mal-estar e as disfunções mentais apresentadas por travestis e transgêneros podem resultar mais da estigmatização e dos maus tratos a que são submetidos socialmente, do que de problemas intrínsecos à identidade transexual.

Dessa forma, em 2018, é lançado o novo Código Internacional de Doenças (CID-11) que exclui o termo transexualismo, que antes constava do capítulo

relacionado aos transtornos mentais e passa a categorizar a transexualidade como 'incongruência de gênero' dentro da seção de "Condições relacionadas à saúde Sexual" (FLEURY E ABDO, 2018). Optou-se por manter a condição no CID, diante da necessidade do código para a realização de determinados procedimentos e atendimentos em saúde em alguns sistemas de saúde do mundo. Assim, a transexualidade deixa de ser classificada como doença, mas mantém-se no CID como uma condição que garante o acesso aos sistemas de saúde.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA, 2014) aborda o sofrimento causado pela incongruência entre o sexo atribuído no nascimento e o gênero vivenciado como disforia de gênero (DG). Esse diagnóstico visa classificar os sintomas (disforia) e não o indivíduo. Para que um indivíduo preencha os critérios diagnósticos para disforia de gênero, ele precisa apresentar uma incongruência marcada entre o gênero experimentado/expesso e o gênero atribuído, de pelo menos seis meses de duração.

No Brasil, apenas na década de 90 se inicia a regulamentação referente aos cuidados em saúde das pessoas transexuais e travestis (ARÁN; MURTA e LIONÇO, 2009). Demandas referentes à cirurgia de redesignação sexual começam a surgir, o que leva o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1997, a regulamentar, através da resolução 1482/97, as cirurgias de redesignação genital em caráter experimental no Brasil. Segundo Arán, Murta e Lionço (2009), essa resolução foi baseada nos princípios da beneficência, devido ao fato de oportunizar integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica da pessoa interessada; autonomia – direito a autodesignação e a dispor do próprio corpo – e justiça, pela garantia de que a pessoa não seja discriminada no seu pleito. A partir de então, fica autorizada a realização dessas cirurgias em hospitais universitários, em caráter experimental e de pesquisa, após acompanhamento com equipe multidisciplinar por um período de dois anos e diagnóstico estabelecido de "Transexualismo", segundo critérios do Código Internacional de Doenças.

Em 2002, o CFM cria a resolução 1652/02, revogando a resolução de 1997 e autorizando a realização de cirurgias de neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares para feminilização corporal em hospitais públicos, independente de fins de pesquisa. Autoriza também a cirurgia de neofaloplastia, com masculinização

genital, para homens transexuais em caráter experimental e de pesquisa em Hospitais Universitários devidamente regulamentados. Mantém-se a necessidade de acompanhamento multidisciplinar por um período de dois anos, com laudo psiquiátrico, atestando transtorno de personalidade que autorize o procedimento cirúrgico.

Após importantes cobranças do Movimento LGBT e baseado nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM 1.707 de 18 de agosto de 2008, formaliza Diretrizes Técnicas que balizam o Acesso e fluxo de Pessoas Transgênero aos processos Transexualizadores no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008). Apenas em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2836 de 1º de dezembro de 2011 institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, com o objetivo de promover a saúde integral LGBT eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2011). A Portaria reforça, dentre outros pontos, a importância do direito ao uso do nome social por Travestis e Transexuais em todos os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na confecção do próprio Cartão do SUS desses usuários.

Segundo Guaranha (2014, p.7) “as trajetórias de travestis e transexuais nos serviços de saúde costumam ser marcadas por situações de preconceito e discriminação, fatos que expressam o elevado grau de transfobia nas instituições de saúde”. Observa-se também que as ações em saúde para essa população têm sido priorizadas no âmbito da atenção especializada em nível secundário ou terciário, com pouco investimento nos cuidados em saúde no que concerne à Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (GUARANHA, 2014).

Mesmo no que diz respeito ao acompanhamento especializado, esse acesso é muito difícil. Segundo a Cartilha Nacional de Serviços Públicos de Saúde para a Pessoa Trans (2021), no Brasil, apenas 5 hospitais estão habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar cirurgias de transexualização pelo SUS, sendo apenas um localizado no Nordeste e nenhum no Norte do país. Entre essas cirurgias estão as cirurgias de redesignação sexual, mastectomia, histerectomia, plástica mamária reconstrutiva (incluindo a colocação de próteses de silicone) e tireoplastia.

3.7 - TRANSEXUALIDADE: BARREIRA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Transexualidade em nosso país ainda se constitui enquanto grande barreira de acesso aos mais diversos serviços de saúde e outros espaços de trânsito nas cidades. É comum o relato de não pertencimento social por parte de travestis e de homens e mulheres transexuais aos mais diversos ambientes e situações. Dentre todos esses locais de exclusão, o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui como grande barreira para a manutenção dos cuidados dessa população.

Segundo Barreto, Ferreira e Oliveira (2017), as realidades vivenciadas pelas travestis nas instituições de saúde pública são permeadas por discriminação e estigmatização que negam a essas pessoas o direito pleno à cidadania. De acordo com o Relatório de Violências Homofóbicas no Brasil (Secretaria de Direitos Humanos, Brasil 2012), as travestis estão mais vulneráveis às violências de todas as ordens, ocupando o ranking com 51,68% dos casos denunciados, nos quais 83% das violências são psicológicas. Assim sendo, evidencia-se que no Brasil a transfobia é estrutural, e suas ações desumanizam as “expressões de sexualidades divergentes da heterossexual, atingindo a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em todos os níveis e podendo ser encontrada nos mais diversos espaços” (Secretaria de Direitos Humanos, Brasil, 2012, p. 93).

Muitas vezes, por medo da violência que podem sofrer na procura por atendimento, as pessoas trans e travestis acabam sendo privadas dos cuidados de prevenção de doenças ou mesmo só procuram cuidados adequados para seus adoecimentos quando estes já estão agravados e com menores chances de resolução. A limitação do acesso aos serviços de saúde também leva essa população à automedicação, o que acarreta riscos e danos à saúde muitas vezes irreversíveis (SILVA; ORNAT, 2010). Esse quadro de iniquidade e marginalização contribui para realidades como citado por Antunes (2013) que refere que a expectativa de vida das mulheres trans e travestis não passa de 35 anos, menos da metade da média nacional de 74,9 anos da população em geral (IBGE, 2013). Em levantamento feito no ano de 2017, a ONG Transgender Europe, que atua principalmente na Europa, mas monitora países de outras regiões, mostrou que entre 1 de outubro e 30 de setembro de 2017 foram assassinadas 375 pessoas trans. Destas, 171 (52,62%) ocorreram no Brasil,

país que lidera o ranking mundial de violência contra travestis e transexuais (TDoR, 2017).

A garantia do acesso e do acolhimento é de fundamental importância para a consolidação do direito à saúde mediado pelo SUS, e para isso demanda estratégias de mudança nos processos de trabalho, visando estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre profissionais, serviço, usuários e comunidade, com objetivo de, coletivamente, chegar a soluções conjuntas para resolução das necessidades de saúde e, principalmente, ao alcance da integralidade, outro princípio basilar do SUS (SEHNEM; RODRIGUES e LIPINSKI, 2017).

3.7.1 – Nome Social

Segundo Silva (2017), o nome social apresenta-se como a senha principal de acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde e o desrespeito a essa parcela da população se inicia pelo não uso do seu nome social nesses serviços. A portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, garante a travestis, homens e mulheres transexuais e transgênero o direito ao uso do nome social em todos os serviços de saúde, dando-lhes direito, inclusive, à confecção do Cartão do SUS com nome social. Entretanto, é comum o relato de desrespeito a esse direito, como refere Roger et al. (2016), em seu estudo de análise preliminar acerca da criação de um ambulatório na APS específico para a população trans no município de Florianópolis-SC:

Uma das características mais recorrentes nas entrevistas foi a percepção do não reconhecimento do Nome Social no tratamento a pessoas trans em todos os momentos do processo de atendimento nas UBS's e UPA's. Desde o momento da recepção, esse fator atribui a experiência da procura a serviços de saúde, uma experiência de violência institucional, ferindo a subjetividade da identidade dos sujeitos que procuram um acesso integral (ROGER et al, 2016, p.56).

O não reconhecimento do Nome Social pelos profissionais dos serviços de saúde se deve a dois principais fatores: o desconhecimento acerca da Portaria que garante esse direito e o preconceito e estigmatização que esses profissionais ainda demonstram acerca das diferentes identidades de gênero e orientações sexuais. Alguns relatos colocam o contato com a recepção como uma das principais barreiras, visto que os profissionais que ali trabalham, geralmente tem pouca ou nenhuma

preparação para o atendimento dessa população, como o que é evidenciado no discurso de uma de um participante da pesquisa de Rodriguez (2014), que buscou investigar as principais barreiras de acesso à saúde pelas pessoas trans em ambientes institucionais. “O problema com o nome social e a documentação sempre é com as pessoas da recepção, as que estão marcando consulta. Estas deveriam estar preparadas para atender todo tipo de público.” (RODRIGUEZ, 2014, p. 111).

3.7.2 - Preconceito e Estigmas

A antiga visão patológica das pessoas trans pelo SUS fortalece as dificuldades na manutenção dessa população em se inserir em um contexto integral e satisfatório no âmbito da saúde pública (ROCON et al., 2016). Apesar dos avanços no que se refere à população LGBTQIA+, evidenciando-se em esforços com a implementação de políticas públicas para a efetivação de seus direitos (POPADIUK; OLIVEIRA e SIGNORELLI, 2017), a superação dos preconceitos e estigmas ainda não foram inseridas de forma satisfatória no processo de trabalho dos profissionais, interferindo diretamente na garantia do acesso universal à saúde pelas pessoas trans que são, muitas vezes, incapacitados de utilizarem de maneira integral o SUS, o que contribui para grande parcela dos transexuais evitar os serviços públicos de saúde (SOUZA et al., 2014).

A perpetuação cotidiana de preconceito, estigmas e outras manifestações de discriminação restringe e limita a busca de serviços de saúde pela população transexual, o que públicas implantadas ao longo dos últimos anos, para assegurar direitos e estabelecer o funcionamento dos princípios doutrinários no SUS (ROCON et al., 2016). No que tange a prática profissional sabe-se que atitudes perpassadas por preconceito e discriminação, como indiscrição, olhares discriminatórios e julgamentos, se configuram como um forte aspecto relatado como causa de afastamento das pessoas trans dos serviços de saúde (MORAES, 2014). Outro aspecto importante que gera barreira de acesso e prejuízo no acolhimento é a falta de habilidades de comunicação dos profissionais de saúde (ROGER, 2016).

3.7.3 - (De)Formação acadêmica

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem de um município do Sul do Brasil, muitos enfermeiros e enfermeiras referiram se sentir despreparados para o cuidado com travestis e com a população trans, por não terem tido acesso durante a sua graduação, formação técnica ou complementar a discussões ou abordagens acerca do tema (ROSA; et al., 2019). Sehnem et al. (2017) afirmam que “Quando os cuidados dispensados às travestis vão além da dispensação de preservativos e testagem de HIV/Aids, a assistência oferecida pelos profissionais de saúde passa a ser permeada por dúvidas, dificuldades e inconsistências”.

Segundo Rodriguez (2014), um dos efeitos do paradigma hetero-cis dentro da educação em saúde, é a falta de recursos que estes adquirem ao longo da faculdade para lidar com as pessoas Trans. Em alguns casos reproduzindo os discursos estigmatizantes e preconceituosos e/ou abordando essa pessoa como uma excepcionalidade médica, como uma anormalidade. Sehnem et al. (2017) afirmam que a abordagem limitada deste tema na formação acadêmica dos profissionais de saúde tem corroborado para a consolidação de uma assistência pautada em valores discriminatórios individuais e, também, coletivos pela direta associação das travestis ao HIV/Aids, desconsiderando a saúde deste grupo de forma ampliada.

Também é comum o relato de negativa de atendimento de pessoas trans por profissionais que referem desconhecer as condutas relativas, sobretudo, ao processo de hormonização. Como relata Moraes (2014) em seu estudo acerca dos cuidados em saúde de travestis na cidade de Natal:

Elas procuram as travestis mais “antigas”, mais experientes, chamadas “madrinhas” e se “consultam” com elas, ingerindo dosagens muito altas na expectativa de que o hormônio tenha um efeito mais eficaz (aumentando as características femininas nos seus corpos), ou que ajam de forma mais rápida. Angelina ainda faz uma importante advertência: “Quem tiver pensando em tomar hormônio, não tome assim na louca”. Mas como não tomar “na louca?”, como ter um acompanhamento profissional adequado? Para isso precisar-se-ia, além de condições dignas de acesso, profissionais capacitados para tal (MORAES, 2014, p.138).

3.7.4 - Sombras que protegem

Temendo serem vítimas de preconceito, discriminação, entre outros tipos de violência nas ruas, as pessoas trans evitam sair de casa durante o dia e procuram apenas os serviços de recuperação da saúde, como urgências e emergências hospitalares (SILVA e ORNAT, 2010). Isto contribui para a uma baixa procura dos serviços preventivos e de promoção da saúde, em especial as unidades básicas de saúde e outros equipamentos da Atenção Primária à Saúde, já que a maioria desses estabelecimentos funciona apenas no período diurno.

Segundo Moraes (2014), o ideal é que as políticas públicas de saúde pudessem levar essa característica da população trans em consideração, realizando adaptações de horários de funcionamento das unidades básicas de saúde para o atendimento dessa e de outras parcelas da comunidade que tem o acesso dificultado no período diurno.

3.7.5 - A transexualidade e o não lugar nos serviços de saúde

A transexualidade ainda é um grande tabu e motivo de diversas formas de preconceito e discriminação social. Nos serviços de saúde isso não é diferente. Ir a uma Unidade Básica de Saúde ou a qualquer outro dispositivo de saúde ainda é um ato de enfrentamento e de coragem para a maioria das travestis, dos homens e das mulheres trans (MELLO et al, 2011). Ao chegar a uma Unidade de Saúde da Família, essa população é quase sempre obrigada a enfrentar olhares discriminatórios, comentários preconceituosos e abordagens estigmatizantes não só pelos profissionais de saúde, mas também pelos outros usuários do serviço (ROCON et al., 2016)).

Outro ponto importante que leva a população trans a recusar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e optar por serviços de atenção especializada é a crença (fundamentada ou não) de que apenas naquele espaço, terão suas demandas ouvidas e atendidas. Tagliamento (2012) refere que em muitos momentos as pessoas trans burlam o modelo de acesso, conseguindo comprovantes de residência falsos para garantir seu atendimento em serviços onde receberam informação de que os profissionais as tratam melhor e onde podem ter atendimento direcionado e resolutivo.

A chegada à recepção e o tempo de espera pelo atendimento ou oferta de serviços é também motivo de afastamento dessa parcela da população dos serviços de saúde. Uma iniciativa que vai de encontro a essa problemática é a estratégia de criação de ambulatórios de saúde trans nos equipamentos da APS, garantindo às mesmas uma segurança e conforto maiores, como destaca Roger e colaboradores numa pesquisa que buscou avaliar as barreiras de acesso à saúde pela população trans:

[...] por fim, uma das últimas categorias a ser analisada, conforme o andamento das entrevistas foi a percepção dos sujeitos entrevistados quanto ao serviço de atenção primária para pessoas trans. Uma das características mais marcantes trazidas pelos entrevistados foi a percepção de que esse serviço está associado com a ideia de segurança e proteção quanto a violência e discriminação institucional, e ainda apresenta-se como única forma de atendimento buscada pela maioria dos sujeitos da pesquisa (ROGER et al. 2016, p. 56).

Sobre a criação de ambulatórios específicos para o atendimento da população trans, Moraes (2014) avalia que apesar de ser compreensível e necessária a disseminação de ambulatório trans como um recurso a mais para suprir as necessidades relacionadas à saúde dessa população, é preciso garantir que pessoas trans recebam atendimento digno em qualquer serviço de saúde que procurem, promovendo humanização dos espaços e evitando a segregação.

3.7.6 - Hormonização

O processo de hormonização é uma das ações de maior investimento por parte de pessoas trans e travestis, visto que, possibilita alterar os caracteres sexuais secundários; como mama, quantidade e distribuição de pelos e voz, produzindo uma maior adequação do corpo ao gênero desejado, mesmo antes das cirurgias (LIMA e CRUZ., 2016). A hormonização consiste na administração de agentes endócrinos exógenos para induzir mudanças de feminilização/masculinização do corpo (WPATH, 2012). Os principais objetivos são a redução dos níveis de hormônios sexuais endógenos e a consequente redução dos caracteres sexuais secundários associados ao gênero atribuído e aumento dos níveis hormonais consistentes com a identidade de gênero da pessoa (HEMBREE et al., 2017).

De acordo com Simpson (2015), foi em Paris, na década de 80, que as travestis brasileiras tiveram o primeiro contato com o uso de hormônios e do silicone industrial (substância não recomendada para uso em humanos, mas muito utilizada clandestinamente para modelamento do corpo) que virariam moda no Brasil. A partir de então, o uso indiscriminado e sem acompanhamento de profissionais de saúde se disseminou pelo país. Vale ressaltar que boa parte do uso indiscriminado de medicações hormonais por pessoas trans se deve à ausência de acesso aos serviços de saúde e a profissionais qualificados, como já citado anteriormente.

Os variados corpos trans, em geral, são conformados com diferentes doses hormonais, que poderão variar com as indicações das redes de amizade, solidariedade e mesmo de cafetinagem, considerando que diversos estudos sobre saúde trans apresentam em suas amostras trabalhadoras do sexo (ROCON et al. 2017, p. 524)

Nery (2015, p.25), homem trans, ressalta a importância da hormonização para os homens trans:

Uma das principais demandas da maioria dos trans-homens é a hormonioterapia. Na fase pré-T, há muitos relatos de ansiedade, depressões, síndrome do pânico, diagnósticos errados de transtorno afetivo bipolar, paralisias motoras, tentativas de suicídio, síndromes fóbicas e outras afecções; quase todas como resultantes da transfobia e que cessam quando começam a transição.

O uso de hormônios é na maioria das vezes mais importante que o próprio procedimento cirúrgico para os homens trans. Por esse motivo, na ausência de assistência médica adequada e devido à falta frequente da medicação nas farmácias em muitos estados, os homens trans acabam recorrendo ao mercado ilegal de testosterona, se submetendo a um risco ainda maior à saúde. (Nery, 2015)

A hormonização é um dos pontos críticos vivenciados pelas pessoas trans quando começam um processo de cuidado em saúde em algum serviço, onde é possível perceber a falta de regulamentação da prescrição, o uso de hormônios e seu acompanhamento (LIMA e CRUZ, 2016). Isso compete para a automedicação e uso irracional dos medicamentos hormonais ou um processo de acompanhamento profissional fragilizado (ARÁN e MURTA, 2009). O Brasil ainda não conta com um protocolo clínico e/ou diretriz terapêutica oficial publicada pelo Ministério da Saúde

que oriente a prescrição de hormônios e outros medicamentos, nem que oriente os cuidados em saúde a serem tomados antes do início da terapia e o acompanhamento clínico durante o uso dessas medicações, o que coloca os profissionais médicos, na maioria das vezes, a seguir orientações de protocolos internacionais, muitos desses fora do contexto social brasileiro (AUGUSTO, 2021).

4 MÉTODO

O Mestrado Profissional em Saúde carrega consigo a importante tarefa de intervir sobre a realidade estudada por seus mestrandos. Pensando nisso e na necessidade de materiais que possam embasar profissionais médicos no processo de harmonização de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, decidiu-se realizar uma revisão integrativa da literatura voltada à identificação de parâmetros clínicos para esse manejo em específico.

A Revisão Integrativa de Literatura, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010, p.102), “proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”. É por isso, uma metodologia amplamente utilizada em pesquisas voltadas para a área da saúde, sobretudo por conseguir incluir tanto os estudos experimentais, quanto os não experimentais para um entendimento mais aprofundado do fenômeno analisado. É uma metodologia que constitui um importante instrumento da Prática Clínica Baseada em Evidências, visto que, de acordo com Souza e colaboradores:

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (Souza, Silva e Carvalho 2010, p.103-104).

A Revisão Integrativa de Literatura compreende a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica do conjunto de dados levantados, a análise dos dados e a discussão dos resultados (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

4.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A partir da experiência do pesquisador que vivencia o cuidado em saúde de pessoas trans no âmbito da Atenção Primária à Saúde, percebeu-se a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da temática. A presente revisão integrativa de literatura baseou-se, portanto, na seguinte questão norteadora: “Como a literatura tem estudado os cuidados médicos relacionados à harmonização de pessoas transexuais?”

4.2 SEGUNDA ETAPA: BUSCA NA LITERATURA

Para responder ao questionamento acima, foram analisados os referenciais bibliográficos acerca dos cuidados hormonais de pessoas trans publicados no período de 2016 a 2021. O período de 5 anos foi definido para a obtenção de informações mais atualizadas no que concerne à literatura médico-científica.

Utilizou-se como material bibliográfico a produção científica disponível online nos idiomas português, inglês e espanhol que versam acerca dos cuidados de saúde relativos a hormonização de pessoas trans nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para revisão bibliográfica de que trata os objetivos deste estudo, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Decs) que foram associados ao operador booleano “and” para obtenção dos artigos: TRANSEXUALIDADE “AND” HORMÔNIOS, além de suas respectivas traduções em inglês: TRANSSEXUALITY “AND” HORMONES e espanhol: TRANSEXUALIDAD “AND” HORMONAS.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que estivessem disponíveis na íntegra e que descrevessem a temática da transexualidade e uso de hormônios para modificação corporal de indivíduos a partir de 16 anos de idade, visto que essa é a idade a partir da qual a hormonização de pessoas trans é permitida no Brasil. Foram critérios de exclusão: livros, capítulos de livros, editoriais, resenhas, cartas, anais de eventos, dissertações, teses, artigos sem os resumos disponíveis para análise nas bases de dados e biblioteca; trabalhos duplicados, trabalhos que não estivessem disponíveis na íntegra, artigos repetidos e aqueles que após a leitura e análise criteriosa não faziam menção de forma específica à temática aqui abordada.

Foram excluídos também os artigos que versavam sobre o bloqueio puberal em adolescentes trans menores de 16 anos, visto que no Brasil, a autorização para a realização desse bloqueio está restrita a determinados serviços de saúde, não podendo ser realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Petrolina-PE e da maioria dos municípios brasileiros.

Foram encontrados 97 artigos nas bases de dados definidas previamente. Dos 97 artigos, 5 estudos foram encontrados na plataforma Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 1 artigo foi encontrado na biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e 91 na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

A busca na base de dados LILACS resultou em 5 artigos, dos quais, 4 foram excluídos a partir da leitura do resumo, por não corresponderem aos objetivos do presente estudo, sendo 1 selecionado. A busca na plataforma SciELO resultou em 1 artigo, entretanto o mesmo já havia sido encontrado na plataforma LILACS, sendo excluído. Na base de dados MEDLINE, via portal PubMed, a busca resultou em 91 resultados, destes, 65 estudos não estavam disponíveis na íntegra e 13, após a leitura do resumo, não correspondiam aos objetivos do estudo, sendo 13 artigos selecionados para análise.

Ao final, a revisão foi composta por 14 artigos. O detalhamento do processo de seleção dos estudos encontra-se descrito no fluxograma apresentado na figura 2. As publicações selecionadas foram analisadas, na íntegra, a fim de responder à questão norteadora do estudo.

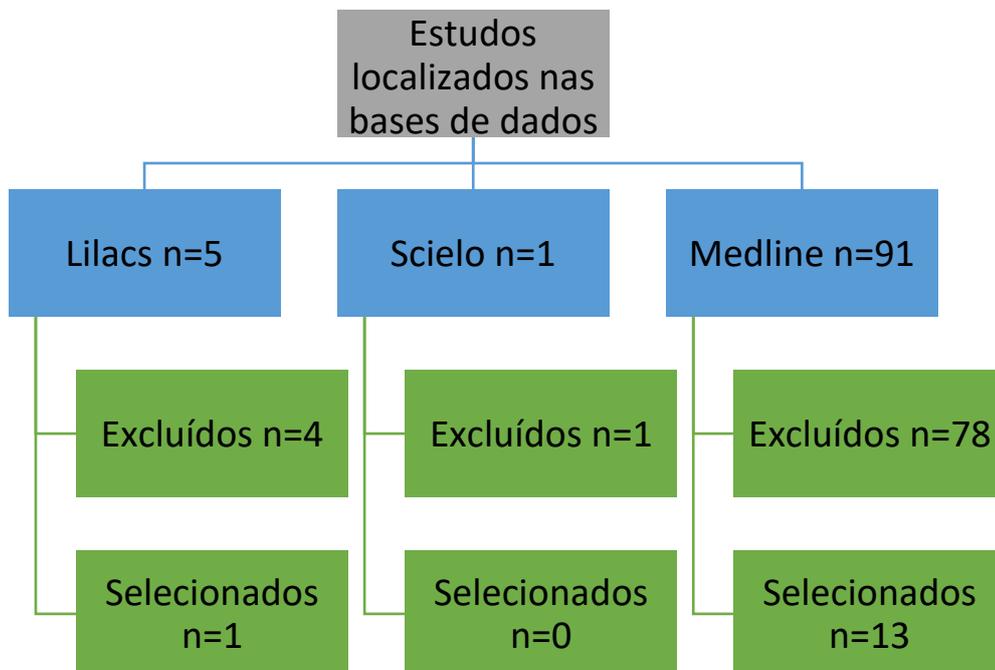


Figura 2: Distribuição das bases/artigos e processo de busca e amostragem dos estudos componentes desta Revisão Integrativa.

4.3 TERCEIRA ETAPA: PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Nesta etapa, procedeu-se a uma avaliação geral dos 14 estudos incluídos nesta RI, de modo a se produzir um agrupamento inicial dos estudos quanto ao delineamento de pesquisa, bem como a formação de categorias temáticas, o que auxiliou na realização das demais etapas do estudo. Conforme Souza et al. (2010), os principais dados que precisam ser observados são: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados.

Após a avaliação inicial realizada a partir da leitura dos resumos, os artigos selecionados foram agrupados de acordo com a leitura completa, relacionando o delineamento de pesquisa, objetivos, e o conteúdo abordado, separados posteriormente em duas categorias temáticas, as quais foram criadas pelo pesquisador, de modo a facilitar a análise. Destaca-se que os artigos foram organizados em ordem decrescente de ano de publicação e numerados de 1 a 14. Tal numeração acompanhou o estudo em todo o processo de revisão, de modo a facilitar sua identificação. O agrupamento dos estudos, a partir desta primeira avaliação, bem como a discussão desses resultados, está descrito a seguir.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo desta revisão integrativa totalizou 14 artigos publicados, dos quais, 1 foi localizado na base de dados LILACS, e 13 na base MEDLINE, esta última com maior predominância de localização dos estudos. No quadro a seguir, são apresentados os dados relacionados aos 14 estudos incluídos nesta revisão, em relação ao tipo de estudo, autoria, ao ano de publicação, título e objetivos. Como dito anteriormente, foram organizados em ordem decrescente do ano de publicação e numerados de 1 a 14.

Nº	ANO	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO
01	2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Enzo Devoto . ● Rafael Ríos ● Lucía Aravena 	Trastorno de Identidad de Género. Parte II: Terapia endocrinológica en el proceso de readecuación corporal	Analisar a partir de revisão de literatura, os cuidados endocrinológicos no processo de readequação corporal de pessoas com Transtorno de Identidade de Género	Revisão de Literatura
02	2016	<ul style="list-style-type: none"> ● R. S. Soleman ● S. Staphorsius ● P. T. Cohen-Kettenis ● B. Lambalk ● J. Veltman ● M. A. A. van Trotsenburg ● P. G. A. Hompes ● M. L. Drent ● W. P. de Ronde ● B. P. C. Kreukels 	Oestrogens are Not Related to Emotional Processing: a Study of Regional Brain Activity in Female-to-Male Transsexuals Under Gonadal Suppression	Estudar se a supressão gonadal e, portanto, os níveis mais baixos de estradiol, estavam associados à ativação cerebral alterada durante o processamento emocional	Estudo Clínico
03	2017	<ul style="list-style-type: none"> ● F. Schneider ● S. Kliesch ● S. Schlatt ● N. Neuhaus 	Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function	revisar o conteúdo de 11 publicações que enfocam a influência da hormonioterapia sexual cruzada na morfologia testicular	Revisão de Literatura
04	2017	<ul style="list-style-type: none"> ● Naykky Singh-Ospina ● Spyridoula Maraka ● Rene Rodriguez-Gutierrez ● Caroline Davidge-Pitts 	Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis	Determinar o grau e o momento das mudanças esperadas na densidade mineral óssea (DMO) ou a incidência	Revisão de Literatura / Meta-análise

		<ul style="list-style-type: none"> • Todd B. Nippoldt • Larry J. Prokop • Mohammad Hassan Murad 		de fraturas a partir de revisão sistemática e meta-análise das evidências disponíveis avaliando os efeitos do tratamento com esteróides sexuais na saúde óssea de indivíduos transgêneros.	
05	2017	<ul style="list-style-type: none"> • Spyridoula Maraka • Naykky Singh Ospina • Rene Rodriguez-Gutierrez • Caroline J. Davidge-Pitts • Todd B. Nippoldt • Larry J. Prokop • M. Hassan Murad 	Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis	Realizar uma revisão sistemática e meta-análise das evidências disponíveis sobre o efeito dos esteróides sexuais sobre os lipídios e importantes desfechos cardiovasculares em indivíduos transgêneros MTF e FTM.	Revisão de Literatura / Meta-análise
06	2017	<ul style="list-style-type: none"> • David Azul • Ulrika Nygren • Maria Södersten • Christiane Neuschaefer-Rube 	Transmasculine People's Voice Function: A Review of the Currently Available Evidence	Identificar e categorizar as evidências atuais relacionadas à função vocal em pessoas transmasculinas, identificar restrições à função vocal que têm sido observadas nessa população e fazer sugestões para futuras pesquisas e	Revisão de Literatura

				prática clínica sobre voz	
07	2018	<ul style="list-style-type: none"> • Christel Josefa Maria de Blok • Maartje Klaver • Chantal Maria Wiepjes • Nienke Marije Nota • Annemieke Corine Heijboer • Alessandra Daphne Fisher • Thomas Schreiner • Guy T'Sjoen • Martin den Heijer 	Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study	Investigar o desenvolvimento da mama em mulheres trans durante o primeiro ano de CHT e se os parâmetros clínicos ou laboratoriais predizem o desenvolvimento da mama.	Estudo Clínico
08	2018	<ul style="list-style-type: none"> • Guy T'Sjoen • Jon Arcelus • Louis Gooren • Daniel T. Klink • Vin Tangpricha 	Endocrinology of Transgender Medicine	Fornecer uma revisão crítica da literatura publicada sobre o tratamento hormonal e monitoramento de longo prazo para crianças e adultos transexuais	Revisão de Literatura
09	2018	<ul style="list-style-type: none"> • Inka Treskova • Ondrej Hes • Vlastimil Bursa 	Long-term hormonal therapy resulting in breast cancer in female-to-male transsexual: Case report	Apresentar um caso raro de câncer de mama em paciente transexual FTM após terapia hormonal de longa duração	Relato de Caso Clínico
10	2019	<ul style="list-style-type: none"> • Jean M. Connors • Saskia Middeldorp 	Transgender patients and the role of the coagulation clinician	Apresentar evidências científicas relacionadas ao risco de risco de tromboembolismo venoso	Revisão de Literatura

				(TEV) em mulheres trans em uso de terapia hormonal cruzada.	
11	2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Gesine Meyer ● Moritz Mayer ● Antonia Mondorf ● Anna Katharina Flügel ● Eva Herrmann ● Joerg Bojunga 	Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: na analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria	Investigar dados sobre eficácia e segurança no tratamento hormonal da terapia de redesignação de gênero em indivíduos com disforia de gênero em uma grande coorte de indivíduos sob tratamento baseado em diretrizes.	Estudo Clínico
12	2020	<ul style="list-style-type: none"> ● SamyahShadi d ● KessewaAbosi-Appeadu ● Anne-Sophie De Maertelaere ● Justine Defreyne ● Laurens Veldeman ● JensJ.Hols ● BrunoLapauw ● TinaVilsbøll ● Guy T'Sjoen 	Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin sensitivity and incretin responses in transgender people.	Investigar as influências a longo prazo da administração de hormônios sexuais sobre a sensibilidade à insulina e incretina em homens e mulheres transgênero.	Estudo Clínico
13	2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Dorte Glintborg ● Guy T'Sjoen ● Pernille Ravn ● Marianne Skovsager Andersen 	Optimal feminizing hormone treatment in transgender people	Discutir evidências sobre o tratamento de feminilização estabelecido e futuro para mulheres transexuais adultas ou pessoas não binárias que	Revisão de Literatura

				buscam a feminilização	
14	2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Jason O. van Heesewijk ● Koen M.A. Dreijerink ● Chantal M. Wiepjes ● Almar A.L. Kok ● Natasja M. van Schoor ● Martijn Huisman ● Martin den Heijer ● Baudewijntje P.C. Kreukels 	Long-Term Gender-Affirming Hormone Therapy and Cognitive Functioning in Older Transgender Women Compared With Cisgender Women and Men	Avaliar as diferenças no funcionamento cognitivo entre mulheres transexuais e mulheres e homens não transgêneros (cisgêneros) e investigar a contribuição de fatores de risco cardiovascular e fatores psicológicos nessas diferenças.	Estudo Clínico

Quadro 1: Distribuição dos resultados da pesquisa bibliográfica conforme o ano, os autores, o título e os objetivos.

Quanto ao ano de publicação, os estudos foram realizados entre os anos de 2016 a 2021, havendo homogeneidade na distribuição dos artigos nestes anos, sendo: 2016, com 2 artigos; 2017, com 4 artigos; 2018, com 3 artigos; 2019, com 1 artigo; 2020, com 2 artigos e 2021, com 2 estudos.

Em relação ao país de origem, a maioria (11 estudos) foi proveniente de estudos multicêntricos realizados na Europa, sobretudo a partir da Rede Europeia para a Investigação da Incongruência de Gênero. Foram identificados autores da Holanda, Bélgica, Suécia, Dinamarca, Reino Unido, Alemanha, Itália, República Tcheca, Estados Unidos, México e Chile, com uma predominância de pesquisadores da Holanda, que estavam presentes em 5 dos 14 estudos. A maioria teve o inglês como idioma de publicação. Havendo 13 estudos publicados em inglês e 1 em espanhol.

Ao analisar os delineamentos metodológicos dos estudos presentes nesta RI, pode-se verificar que 6 estudos se tratavam de pesquisas de Revisão de Literatura, 2 estudos associaram os métodos de Revisão de Literatura e Metanálise, 5 artigos se tratavam de Estudos Clínicos e 1 se configurou como Estudo de Caso. Os estudos de Revisão de Literatura possibilitam uma avaliação crítica e a síntese de evidências

disponíveis sobre um determinado assunto investigado em seu produto final, proporcionando uma organização do estado atual do conhecimento e reflexões para a implementação de novas intervenções (MOWBRAY; WILKINSON; TSE, 2015). A Metanálise, ou meta-análise, é um método estatístico para agregar os resultados de dois ou mais estudos independentes, sobre uma mesma questão de pesquisa, combinando seus resultados em uma medida sumária. Geralmente segue-se à realização de uma revisão de literatura (SEGURA MUNOZ et al., 2002).

O Estudo Clínico consiste basicamente em um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos e que visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde. Pode ser considerado como uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica (SOUZA, 2009). Já o Estudo de Caso é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com objetivo de compreensão, planejamento da intervenção e apresentação de resultados, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009).

Após a leitura minuciosa e a coleta dos dados dos artigos incluídos na revisão, emergiram categorias temáticas relacionadas aos objetivos de estudo, as quais foram: 1- Terapia hormonal no processo de modificação corporal e 2- Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis da terapia hormonal. A primeira categoria foi composta por 4 estudos (1, 3, 8 e 13), os quais tiveram como objeto de estudo a Terapia Hormonal Cruzada no processo de modificação corporal. Nesta categoria, todos artigos se caracterizaram como revisão de literatura. A segunda categoria foi composta por 10 estudos (2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 14) que objetivaram principalmente discutir os efeitos esperados, colaterais e indesejáveis da terapia hormonal.

Categoria Temática 1: Terapia hormonal no processo de modificação corporal	Categoria Temática 2: Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis da terapia hormonal.
Estudo 1: DEVOTO, C.E; RÍOS, S.R; ARAVENA, C.L. Trastorno de identidad de género. Parte II: terapia endocrinológica en el proceso de readecuación corporal. Rev. chil.	Estudo 2: SOLEMAN, R. S; STAPHORSIUS, A. S; COHEN-KETTENIS, P. T et al. Oestrogens are Not Related to Emotional Processing: a Study of Regional Brain Activity in

<p>endocrinol. diabetes ; 9(2): 58-64, 2016.</p>	<p>Female-to-Male Transsexuals Under Gonadal Suppression. Cerebral Cortex, Volume 26, Issue 2, February 2016, Pages 510–516.</p>
<p>Estudo 3: SCHNEIDER, ; KLIESCH, S; SCHLATT, S; NEUHAUS, N. Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. Andrology. 2017 Sep;5(5):873-880. PMID: 28914501.</p>	<p>Estudo 4: SINGH-OSPINA, N; MARAKA, S; RODRIGUEZ-GUTIERREZ, R et al. Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3904-3913. PMID: 28945851.</p>
<p>Estudo 8: T'SJOEN, G; ARCELUS, J; GOOREN, L; KLINK, D.T; TANGPRICHA, V. Endocrinology of Transgender Medicine. Endocr Rev. 2019 Feb 1;40(1):97-117. PMID: 30307546.</p>	<p>Estudo 5:MARAKA, S; SINGH OSPINA, N; RODRIGUEZ-GUTIERREZ, R et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3914-3923. PMID: 28945852..</p>
<p>Estudo 13: GLINTBORG, D; T'SJOEN, G; RAVN, P et al. Management of endocrine disease: Optimal feminizing hormone treatment in transgender people. Eur J Endocrinol. 2021 Jun 28;185(2):R49-R63. PMID: 34081614..</p>	<p>Estudo 6: AZUL, D; NYGREN, U; SÖDERSTEN, M; NEUSCHAEFER-RUBE, C. Transmasculine People's Voice Function: A Review of the Currently Available Evidence. J Voice. 2017 Mar;31(2):261.e9-261.e23. PMID: 27318608.</p>
<p>-</p>	<p>Estudo 7: DE BLOK, C.J.M; KLAVER, M; WIEPJES, C.M et al. Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. J Clin Endocrinol Metab. 2018 Feb 1;103(2):532-538. PMID: 29165635.</p>
<p>-</p>	<p>Estudo 9: TRESKOVA, I; HES, O; BURSA, V. Long-term hormonal therapy resulting in breast cancer in female-to-male transsexual: Case report. Medicine (Baltimore). 2018 Dec;97(52):e13653. PMID: 30593135; PMCID: PMC6314692.</p>
<p>-</p>	<p>Estudo 10: CONNORS, J.M; MIDDELDORP, S. Transgender patients and the role of the coagulation clinician. J Thromb Haemost. 2019 Nov;17(11):1790-1797. PMID: 31465627.</p>

-	Estudo 11: MEYER, G; MAYER, M; MONDORF, A et al. Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: an analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. Eur J Endocrinol. 2020 Feb;182(2):149-156. PMID: 31751300.
-	Estudo 12: SHADID, S; ABOSI-APPEADU, K; DE MAERTELAERE, A.S et al. Effects of Gender-Affirming Hormone Therapy on Insulin Sensitivity and Incretin Responses in Transgender People. Diabetes Care. 2020 Feb;43(2):411-417. PMID: 31740479.
-	Estudo 14: VAN HEESEWIJK, J.O; DREIJERINK, K.M.A; WIEPJES, C.M et al. Long-Term Gender-Affirming Hormone Therapy and Cognitive Functioning in Older Transgender Women Compared With Cisgender Women and Men. J Sex Med. 2021 Aug;18(8):1434-1443. PMID: 34247950.

Quadro 2: Distribuição dos resultados da pesquisa bibliográfica conforme categoria temática.

5.1 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Os resultados contidos nas categorias temáticas da presente Revisão Integrativa são apresentados e descritos a seguir, bem como discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente.

5.1.1 Terapia hormonal no processo de modificação corporal

Esta categoria temática foi identificada nos estudos 1, 3, 8 e 13. Integrando os 4 estudos da 1ª categoria, que trata sobre os principais fármacos utilizados no processo de modificação corporal. Nessa categoria foram elencados os princípios diagnósticos, terapias hormonais, controle e acompanhamento clínico, sendo apresentados a seguir.

Identidade de gênero, como já explicitado anteriormente, se refere ao gênero com o qual a pessoa se identifica, caracterizado pela maneira como os indivíduos se

sentem e se percebem no mundo e de como desejam ser reconhecidos, podendo ser masculino, feminino ou não-binário, independente do sexo atribuído no nascimento (FABRIS, BERNARDI e TROMBETTA., 2015). O estudo 8 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de Guy T'sjoen et al. (2019), que teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tratamento hormonal e monitoramento de longo prazo para crianças e adultos transexuais, traz importantes concepções sobre a importância da identificação de pessoas trans. Segundo Guy T'sjoen et al. (2019), devido à exigência em certos países do diagnóstico médico como condição ao financiamento e fornecimento de serviços de saúde - presente sobretudo na esfera privada de atenção à saúde mas também importante etapa nos serviços oferecidos pela iniciativa pública -, os termos que descrevem o sofrimento relacionado ao gênero de pessoas trans permanecem parte dos critérios diagnósticos atuais.

Até a sua 10ª edição, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997) classificava a transgeneridade com o diagnóstico de "transexualismo", e estava classificada dentro do capítulo de adoecimentos mentais, fazendo parte da categoria diagnóstica de "transtornos de identidade sexual". Tal classificação já é criticada há bastante tempo, visto que a transgeneridade não é considerada um adoecimento. Por esse motivo, na 11ª edição do manual (CID-11) houve a alteração do termo para "incongruência de gênero", saindo do capítulo de saúde mental e passando a integrar a categoria de "saúde sexual" (OMS, 2019). Tal fato, apesar de ainda criticado, é considerado um avanço pelo fato de que a partir dessa classificação, a transgeneridade deixa de ser considerada um adoecimento e é identificada como uma característica do indivíduo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA, 2014) aborda o sofrimento causado pela incongruência entre o sexo atribuído no nascimento e o gênero vivenciado como disforia de gênero (DG). Esse diagnóstico visa classificar os sintomas (disforia) e não o indivíduo. Para que um indivíduo preencha os critérios diagnósticos para disforia de gênero, ele precisa apresentar uma incongruência marcada entre o gênero experimentado / expresso e o gênero atribuído, de pelo menos seis meses de duração.

As vias de cuidado da transgeneridade são complexas e isso pode dificultar a organização do cuidado médico (ARCELUS et al., 2015), sobretudo quando não existem protocolos clínicos validados para auxiliar a prática profissional, como é o

caso da maioria dos estados brasileiros. De acordo com as diretrizes europeias da Endocrine Society, referência na publicação científica do cuidado a pessoas transgênero, o cuidado relacionado às modificações corporais de pessoas trans consiste em psicoterapia e acompanhamento social, terapia hormonal e em alguns casos, terapia cirúrgica (HEMBREE et al., 2009).

Até o momento, o procedimento de modificação corporal através do uso de hormônios em transgêneros não está totalmente padronizado. As razões para isso incluem ao número reduzido de ensaios clínicos controlados sobre regimes de hormônios feminilizantes e masculinizantes e a segurança ou eficácia em alcançar a transição física de caracteres sexuais secundários (WPATH 2012, MERIGGIOLA e BERRA, 2013). Ainda não existe um consenso sobre o regime ideal de hormonização para pessoas trans (VAN KESTEREN et al., 2007). As recomendações para a prática clínica são, portanto, baseadas muitas vezes na opinião de especialistas (GOOREN, GILTAY e BUNCK, 2008), que orientam a oferta de um cuidado personalizado. Como os tipos de formulação, dosagem e vias de administração (oral, transdérmica ou intramuscular) são variáveis (WIERCKX et al., 2014), isso pode dificultar o acompanhamento profissional (WIERCKX et al., 2014).

Mesmo na ausência de consenso acerca do regime ideal de hormonização, já se identifica que os cuidados em saúde relacionados à transição de gênero já demonstram um grande benefício no que diz respeito à qualidade da saúde mental de pessoas trans, reduzindo os índices de depressão, ansiedade e automutilação, conforme indica o estudo 8 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de T'sjoen et al. (2019). Um 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 (BAUER et al., 2015). Percebe-se que os benefícios trazidos pelo acompanhamento médico adequado no regime de hormonização de pessoas trans supera os riscos trazidos pela mesma.

Nesta perspectiva, os estudos de revisão integrativa de literatura e as metanálises são importantes ferramentas na sistematização do conhecimento científico, auxiliando os profissionais em sua prática clínica. O estudo 1 da mostra de artigos selecionados, de autoria de Devoto, Ríos e Aravena (2016), consiste em uma revisão integrativa da literatura que buscou avaliar os cuidados médicos no processo

de modificação corporal de pessoas trans, evidenciando os seguintes dados e condutas terapêuticas:

Em adultos e adolescentes com mais de 16 anos sem bloqueio prévio do eixo hipotalâmico-hipofisário gonadal (HHG) (principal terapia utilizada em indivíduos menores de 16 anos, em estágio de Tanner entre II a V, que visa o bloqueio do desenvolvimento puberal e mudanças físicas e consequente expressão de caracteres femininos e masculinos específicos), orienta-se iniciar a terapia hormonal cruzada (THC). Nos casos de mulheres trans e travestis, segundo o estudo de Devoto, Ríos e Aravena (2016), o objetivo principal da hormonização é reduzir os caracteres secundários masculinos com o uso de antiandrogênios e induzir o surgimento de caracteres secundários femininos pela administração de estrogênio. Antes do início da hormonização neste público, deve-se investigar história pessoal e familiar de eventos trombóticos e de embolia. A avaliação laboratorial deve incluir perfil hormonal (testosterona, estradiol, gonadotrofinas, prolactina), lipídico e hepático, dosagem de glicemia de jejum e insulinemia). Entretanto, os outros 3 estudos da amostra referem que a dosagem do estradiol não se mostrou eficiente na predição do desenvolvimento das mamas ou de outras características, não havendo indicação de monitoramento desse hormônio. Além disso, nenhum dos outros estudos citou a necessidade de dosagem da insulinemia ou de gonadotrofinas. Para além desses cuidados iniciais, o estudo 8 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de T'sjoen et al. (2019), chama atenção para a investigação de outras condições patológicas que devem ser avaliadas antes do início da terapia com estrogênio, como câncer sensível a hormônios, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, hiperprolactinemia, hipertrigliceridemia e colelitíase, pois essas condições podem ser exacerbadas pelo uso do estrogênio. A seguir, o quadro 3 sintetiza informações sobre os principais cuidados antes do início da terapia de hormonização em mulheres trans e travestis:

Cuidados antes do início da terapia de hormonização em mulheres trans e travestis	
Avaliação Clínica	Avaliação Laboratorial

<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar história trombótica pessoal e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perfil hormonal para testosterona e prolactina
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar história de embolia pulmonar pessoal e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perfil lipídico e hepático
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar história de câncer sensível a hormônios pessoal e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dosagem de glicemia de jejum
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar história e fatores de risco de doença arterial coronariana pessoal e familiar 	-
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar história de doença cerebrovascular pessoal e familiar 	-
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar IMC, tabagismo, circunferência abdominal e pressão arterial 	

Quadro 3: Cuidados antes do início da terapia de hormonização em mulheres trans e travestis. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; T'SJOEN et al., 2019).

Na terapia com uso de estrogênio, historicamente esteve em uso o etinilestradiol 100 microgramas por dia, no entanto esta conduta atualmente não é recomendada devido à alta frequência de fenômenos tromboembólicos. A administração de anticoncepcionais orais combinados (uma mistura de progestogênios e estrogênio) ou estrogênios injetáveis que geram valores supra-fisiológicos e têm curto período de ação também é considerada uma terapia inadequada. Esta prática é comumente identificada em mulheres trans e travestis que não realizam acompanhamento clínico específico e se automedicam (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016).

As indicações da revisão integrativa realizada pelos autores do estudo 1 para adultos e adolescentes acima de 16 anos apontam que, no caso da escolha pela via oral de administração, deve ser optado pelo 17 β - estradiol ou Valerato de estradiol 2

a 6 mg por dia, recomendando começar com 2 mg. Em discussão com a literatura da área, Frade Costa e Mendonça (2014) apontam que esta é uma alternativa de baixo custo financeiro em comparação com a via transdérmica, mas a primeira etapa hepática acarreta um risco de tromboembolismo, embora muito menor do que com o etinilestradiol. Estrogênios conjugados entre 0,625 e 2,5 mg por dia também têm sido utilizados. O estudo de número 13 desta RI, de autoria de Dorte Glintborg et al. (2021), uma revisão integrativa de literatura que teve como objetivo discutir as evidências sobre os métodos estabelecidos e futuros para o tratamento de feminilização em mulheres transexuais adultas com desejo de feminização, evidenciou que o fármaco 17- β -estradiol é o medicamento de primeira linha para THC em mulheres transexuais, podendo ser aplicado por via oral, transdérmica ou como injeções intramusculares.

Na escolha da via de administração transdérmica, devem ser utilizados adesivos de 50 a 100 mg por dia de valerato de estradiol, hoje superados pelo gel de estradiol administrado em sachê (Sandrena®) ou através do dispensador de sopro (Estreva®, Ginoderm®, Hormogel®). O suprimento de estradiol de cada inalação ou sachê de gel deve ser considerado e avaliado no objetivo de atingir a dose terapêutica. A testosterona plasmática deve estar na faixa feminina (<55 pg / ml) (HEMBREE et al., 2009). Deve-se orientar sobre a aplicação adequada, evitando mamas, rosto e genitália externa, aguardar a absorção do gel, evitar banho ou praticar esportes após o uso do gel, lavar as mãos após o uso, e lembrar que o contato pele a pele com outra pessoa após aplicação pode acarretar transmissão do hormônio.

O estudo 3 da amostra desta RI, de autoria de Schneider et al. (2017), caracterizado por um estudo de revisão da literatura que teve como objetivo analisar o conteúdo de 11 publicações que focavam a influência da hormonioterapia sexual cruzada na morfologia testicular, traz em seu bojo elementos sobre a hormonização em mulheres trans e travestis. Na revisão realizada pelos autores, aparece a indicação do fármaco acetato de ciproterona (CPA) na primeira fase da hormonização, denominada de “desmasculinização” por Devoto, Ríos e Aravena (2016) no estudo 2 desta RI. Na segunda fase da THC, denominada 'feminização', há uma convergência dos dois trabalhos (1 e 3) quando indicam o uso de estrogênios em associação com anti-andrógenos.

Levando em consideração a realidade brasileira, o estudo de revisão de literatura realizado por Moraes et al. (2021), que teve como objetivo investigar a disponibilidade on-line de protocolos brasileiros de THC para população trans disponíveis on-line, evidenciou a existência de apenas três documentos que tratam sobre a terapia hormonal cruzada (THC) para pessoas trans. São eles: (1) “Posicionamento Conjunto - Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero”, de 2019, do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por imagem e das Sociedades Brasileiras de Patologia Clínica e de Endocrinologia e Metabologia (SBPC/ML, SBEM e CBR, 2019); (2) “Protocolo do Ambulatório Multiprofissional para o Atendimento de Travestis e Transexuais - HUMAP”, de 2018, do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP, 2018); e (3) “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, de 2020, da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUSA) da cidade (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020).

O posicionamento conjunto da SBPC/ML, SBEM e CBR estabelece que os estrogênios podem ser administrados pela via oral (VO), transdérmica (TD) ou intramuscular (IM). Dentre os fármacos orais, o protocolo destaca os estrogênios conjugados, como o etinilestradiol (que vai de encontro às recomendações de todos os protocolos e estudos identificados na presente RI), o 17- β -estradiol e o valerato de estradiol. A via TD, mais onerosa e segura, conta com o 17- β -estradiol e o estradiol hemi-hidratado, administrados na forma de gel. Em relação aos medicamentos administrados por via IM, no Brasil estão disponíveis o valerato de estradiol e o enantato de estradiol, entretanto, ambos estão disponíveis no país apenas em apresentações com associação a progestágenos, apresentações essas que não são encontradas nos estudos de hormonização de pessoas trans. O protocolo do HUMAP sugere apenas dois estrogênios: o valerato de estradiol de 2 a 4 mg diários e os estrogênios conjugados de 0,625 a 1,25 mg/dia, ambos administrados por VO. O protocolo da SEMUSA de São Paulo, por sua vez, recomenda, por via oral, o 17- β -estradiol e o valerato de estradiol, ambos com posologia usual de 4 mg/dia, podendo ser menor no caso da associação a anti-andrógenos.

Em relação às formulações tópicas, são citados o estradiol hemi-hidratado em gel 0,6 mg/g (medido na régua ou pump) e o 17- β -estradiol em gel, 0,5 ou 1 mg por sachê. A posologia do primeiro varia de 1 a 2 doses (régua) de 1,5 mg/dia ou 2 a 4

pumps de 0,75 mg, enquanto a dose do segundo não deve ultrapassar 2 mg diários. As formulações injetáveis, como o valerato de estradiol e o enantato de estradiol, devem ser administradas IM a cada 1, 2 ou 4 semanas. Dentre os anti-andrógenos, o acetato de ciproterona VO é a medicação mais utilizada em países europeus (SBPC/ML, SBEM e CBR, 2019). A espironolactona VO, mais utilizada nos EUA, e disponível pelo SUS, seria uma boa opção de escolha. Suas posologias variam de 100 a 400 mg/dia (HUMAP, 2018) ou 50 a 200 mg/dia (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020).

O estudo 8 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de T'sjoen et al. (2019) traz um importante comparativo entre a ação da ciproterona e da espironolactona como medicações utilizadas para reduzir os níveis de testosterona. Segundo a revisão, a ciproterona é a medicação mais utilizada na Europa e na dosagem de 50mg/dia demonstrou níveis de redução da testosterona maiores do que a espironolactona. Isso se dá devido à ação da ciproterona, que atua duplamente: no antagonismo de receptores androgênicos e no bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Entretanto, o estudo cita também, que a ciproterona pode aumentar o risco cardiovascular à medida que estudos demonstraram redução dos níveis de HDL, aumento da resistência insulínica e aumento da prolactina. A prolactina, por sua vez, atua como uma adipocina, que também elevaria os riscos metabólicos. Dessa forma, alguns centros têm optado por doses mais baixas de ciproterona (25 a 50mg/dia), que podem ser reduzidos a 12,5mg e posteriormente serem gradativamente reduzidos. Já em relação à espironolactona, estudos com dosagens de 100mg/dia mostraram redução menor dos níveis de testosterona, entretanto não demonstraram que isso significasse um menor efeito em relação à modificação corporal. Esses mesmos estudos, trouxeram ainda uma possível redução do risco metabólico em relação à ciproterona, visto que foi percebido um aumento do HDL e manutenção dos níveis de prolactina. (T'SJOEN et al., 2019)

O acetato de medroxiprogesterona (2,5 a 10 mg/dia VO) não é sugerido como parte da terapia hormonal padrão por promover efeitos androgênicos periféricos, como aumento de pelos (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020). Além disso, de acordo com T'sjoen et al. (2019), há limitações nas evidências em relação ao efeito de progestágenos em relação ao desenvolvimento das mamas e seu uso está relacionado a um aumento do risco de Tromboembolismo Venoso (TEV), depressão, retenção de líquido, aumento de pressão arterial e aumento do peso.

O estudo de número 13 desta RI, de autoria de Dorte Glintborg et al. (2021), faz importante consideração sobre o uso do fármaco flutamida, que atua como um antagonista seletivo do receptor de andrógeno (AR) e é usado no tratamento do câncer de próstata. Os níveis de testosterona permanecem inalterados durante o tratamento com flutamida e devido ao risco de efeitos colaterais hepatotóxicos, a flutamida **não** é recomendada para a hormonização de mulheres trans.

O estudo 8 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de T'sjoen et al (2019), chama atenção para o fato de que algumas mulheres trans ainda podem experimentar queda de cabelo compatível com padrão masculino, necessitando eventualmente de tratamentos para conter essa queda e/ou restaurar o crescimento do cabelo. Em geral, reduzir os níveis séricos de testosterona para a faixa feminina cisgênero costuma ser o adequado para conter a queda de cabelo na maioria das mulheres trans; no entanto, ainda existem algumas mulheres transexuais que experimentam queda de cabelo, apesar dos níveis baixos de testosterona sérica. Nestes casos, os autores indicam o consenso clínico do uso de inibidores da enzima 5 alfa redutase, como o fármaco finasterida, que reduz a chance de calvície sem efeitos colaterais significativos. O quadro 4 sintetiza informações sobre os principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de mulheres trans e travestis:

Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de mulheres trans e travestis				
Classe	Princípio Ativo	Via de Administração	Dose	Frequência
Estrógeno	Valerato de estradiol	Oral	2 a 6 mg	Diário
Estrógeno	17- β -estradiol	Oral	2 a 6 mg	Diário

Estrógeno	Estradiol hemi-hidratado	Tópico	1 a 2 doses (régua) de 1,5 mg ou 2 a 4 pumps de 0,75 mg	Diário
Estrógeno	17- β -estradiol	Tópico	0,5 a 1 mg por sachê	Diário
Estrógeno	Enantato de estradiol ou valerato de estradiol	Intramuscular	Não especificado	A cada 1, 2 ou 4 semanas
Antiandrogênio	Espironolactona	Oral	100 a 400 mg e 50 a 200 mg	Diário
Antiandrogênio	Acetato de ciproterona	Oral	25 a 50mg	Diário

Quadro 4: Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de mulheres trans e travestis. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; GLINTBORG et al., 2021; SBPC/ML, SBEM e CBR, 2019; HUMAP, 2018; SEMUSA-SÃO PAULO, 2020).

No acompanhamento clínico de mulheres trans e travestis acima de 16 em hormonização deve ser considerado o controle com exame clínico regular da pele, mama, genitais, pressão arterial, peso e redistribuição de tecido adiposo (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016). O acompanhamento através de exames laboratoriais deve conter dosagem plasmática de testosterona, prolactina (devido ao risco de hiperprolactinemia), perfil lipídico e hepático, bem como da glicemia de jejum. Dependendo desses resultados, deve ser ajustada a dose dos fármacos (T'SJOEN et al., 2019). A depender da necessidade, o apoio psicossocial deve ser mantido em todo o processo. Deve-se esclarecer que as mudanças físicas podem demorar a aparecer, evitando a geração de metas não realistas por parte do paciente e consequente sofrimento ou desistência do tratamento (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016).

A seguir, o quadro 5 sintetiza os principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização de mulheres trans e travestis:

Acompanhamento clínico durante a hormonização de mulheres trans e travestis		
Aspectos clínicos	Aspectos laboratoriais	Aspectos psicossociais
<ul style="list-style-type: none"> Exame clínico regular da pele 	<ul style="list-style-type: none"> Perfil hormonal para testosterona total e prolactina 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio psicológico e social durante todo o processo (se necessário)
<ul style="list-style-type: none"> Exame clínico regular da mama 	<ul style="list-style-type: none"> Perfil lipídico e hepático 	-
<ul style="list-style-type: none"> Exame clínico regular dos genitais 	<ul style="list-style-type: none"> Dosagem de glicemia de jejum 	-
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento dos índices de pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> Dosagem de potássio (se em uso de espironolactona) 	-
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento do peso e redistribuição de tecido adiposo 	-	-

Quadro 5: Principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização de mulheres trans e travestis. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; T'SJOEN et al., 2019).

Já nos casos dos homens trans e pessoas transmasculinas, segundo o estudo de Devoto, Ríos e Aravena (2016), o objetivo principal da THC é reduzir a produção de estradiol e introduzir testosterona exógena. Para os autores, na avaliação clínica inicial pré-hormonização, deve-se investigar a ocorrência de alterações menstruais, como amenorréia, oligomenorréia ou metrorragia, com o objetivo de descartar possíveis neoplasias ou patologias uterinas. Na avaliação clínica pré-hormonização em adolescentes acima de 16 anos de idade, deve-se discutir também os seguintes pontos: a) questões relacionadas à fertilidade. Se houver interesse em salvar gametas, deve ser feito neste momento, referenciando ao profissional especializado em medicina reprodutiva (WPATH, 2012; GOOREN, 2014). b) o efeito negativo na estatura final se ainda houver cartilagem de crescimento nas estruturas ósseas; c) deve ser relatado o risco de câncer no ovário e útero da terapia com androgênios se eles não forem devidamente removidos cirurgicamente a posteriori.

O quadro 6 traz a síntese dos principais cuidados antes do início da terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas:

Cuidados antes do início da terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas
Avaliação Clínica
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar a ocorrência de distúrbios menstruais (amenorréia, oligomenorreia ou metrorragia)
<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar sintomas de hiperandrogenismo (acne, seborréia e hirsutismo)
<ul style="list-style-type: none"> ● Discutir questões relacionadas à fertilidade
<ul style="list-style-type: none"> ● Discutir questões relacionadas ao risco de câncer no ovário e útero decorrentes do uso de androgênios
<ul style="list-style-type: none"> ● Discutir questões relacionadas ao efeito negativo na estatura final se ainda houver cartilagem de crescimento nas estruturas ósseas

Quadro 6: Cuidados antes do início da terapia de hormonização em transgêneros F → M. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; FUTTERWEIT & DELIGDICH, 1986; BABA et al., 2007; WPATH, 2011; GOOREN, 2014).

Na terapia andrôgenica, o estudo de Devoto, Ríos e Aravena (2016) e de Guy T'sjoen e colaboradores (2019), indicam o uso do fármaco Enantato de testosterona (ampolas de 250 mg) e mistura de ésteres de testosterona, como: propionato, fenilpropionato, isocaproato decanoato em ampola de 250 mg (Sustenan depot®). Estes fármacos são administrados via intramuscular (IM), recomendando o uso a cada 15 dias. Entretanto esse fármaco não é disponível no Brasil. Os autores apontam que é necessário individualizar ao máximo a terapia, de modo a evitar níveis suprafisiológicos de testosterona nos momentos de pico após aplicação da medicação. Outro fármaco apontado no estudo é o Undecanoato de testosterona (Nebido®), com apresentação em ampolas de 1.000 mg. Doses IM podem ser utilizadas a cada 12 +/- 2 semanas, de acordo com a duração do nível de testosterona plasmática, que deve ser monitorado. Mueller et al. (2007) afirmam que no caso de níveis baixos de testosterona no plasma antes da nova injeção, o gel de testosterona pode ser usado como uma alternativa à injeção a cada 10 semanas. Existem possibilidades de uso de fármacos pela via transdérmica, como no caso dos géis de testosterona (Actiser T®, Testogel®), no entanto por razões econômicas, seja porque esses medicamentos são de alto custo e não estão disponíveis no setor público, o profissional médico pode enfrentar dificuldades na indicação da melhor via de administração de andrógenos (DEVOTO, RÍOS & ARAVENA, 2016).

Conversando com os resultados dos trabalhos 1 e 8 desta RI, o protocolo da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020) indica a terapia androgênica com administração de testosterona por via intramuscular (IM) ou transdérmica (TD) para homens trans e pessoas transmasculinas, completando que as formulações orais não são recomendadas devido à elevada metabolização hepática. Esta via, além de diminuir o tempo de ação do fármaco e, com isso, sua eficácia, também pode associar-se a icterícia colestática e hepatoma (SNYDER, 2021).

Em relação aos fármacos e formulações, o protocolo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP, 2018) orienta a administração de propionato + fempropionato + isocaproato +

decanoato de testosterona 250 mg - 1mL ou Cipionato de testosterona 200 mg - 2mL, ambos a cada 1 ou 2 semanas por via IM ou SC. Orientam-se aplicações semanais durante os seis primeiros meses de terapia a fim de gerar clitoromegalia, passando, então, para aplicações quinzenais. Essas formulações são as mais utilizadas devido ao custo reduzido (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020; SNYDER, 2021). O protocolo da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SEMUSA-SÃO PAULO, 2020) estabelece terapia semelhante, citando, no entanto, mais duas opções farmacológicas. Quanto aos medicamentos já citados, a diferença encontra-se no intervalo recomendado entre as aplicações, que aqui passa a ser de 14 a 28 dias. As novas formulações são: o undecanoato de testosterona 1000 mg (1 ampola de 4 mL), por via IM, a cada 90 a 120 dias, e a testosterona em gel (a 1% ou 5%) 25 a 100 mg (2,5 g a 10 g da formulação a 1%) diariamente, via transdérmica em abdômen ou braços, limpos e secos, semelhante as indicações do estudo de Devoto, Ríos e Aravena (2016) e a realidade do Chile, origem do estudo 2 da mostra desta RI. A seguir, o quadro 7 sintetiza os principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas:

Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas				
Classe	Princípio Ativo	Via de Administração	Dose	Frequência
Andrógeno	Enantato de testosterona (Não disponível no Brasil)	Intramuscular	250 mg	Não especificado
Andrógeno	Propionato + Fenilpropionato + Isocaproato + Decanoato de testosterona (Durateston®)	Intramuscular	250 mg	A cada 21 dias aproximadamente
Andrógeno	Undecanoato/Undecilato de testosterona	Intramuscular	1.000 mg	12 +/- 2 semanas

Andrógeno	Cipionato de testosterona (Deposteron ®)	Intramuscular ou Subcutâneo	200 mg	A cada 2 a 4 semanas
Andrógeno	Testosterona gel	Tópico	25 a 100 mg	Diário

Quadro 7: Principais fármacos e esquemas terapêuticos utilizados na hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; HUMAP, 2018; SEMUSA-SÃO PAULO, 2020).

Nos casos da hormonização de homens trans e pessoas transmasculinas, o acompanhamento clínico deve incluir monitoramento do aparecimento de mudanças corporais que indiquem o surgimento de caracteres sexuais secundários masculinos. O exame físico deve incluir controle da pressão arterial, peso, circunferência abdominal e alterações na redistribuição da gordura e massa muscular. O acompanhamento através de exames laboratoriais deve incluir níveis metabólicos de glicemia, perfil lipídico e hepático, hemograma e dosagem hormonal de testosterona total durante a hormonização (DEVOTO, RÍOS & ARAVENA, 2016). O estudo de T'sjoen et al. (2019) afirma que, de acordo com as diretrizes da Endocrine Society, este monitoramento clínico é recomendado três a quatro vezes no primeiro ano de tratamento e uma ou duas vezes por ano depois disso. Os autores aconselham ainda o rastreamento do câncer de mama e do colo do útero em homens trans que não se submeteram a intervenções cirúrgicas, seguindo o mesmo critério de rastreio utilizado para mulheres cis. Deve-se esclarecer que as mudanças físicas podem demorar a aparecer, evitando a geração de metas não realistas por parte do paciente e consequente sofrimento ou desistência do tratamento (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016). A seguir, o quadro 8 sintetiza os principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas:

Acompanhamento clínico durante a hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas		
Aspectos clínicos	Aspectos laboratoriais	Aspectos psicossociais

<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento do aparecimento de caracteres masculinos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma e testosterona total 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio psicológico e social durante todo o processo
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento dos índices de pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil lipídico e hepático 	-
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do peso, circunferência abdominal, redistribuição da gordura e massa muscular 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de glicemia de jejum 	-
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento dos índices de pressão arterial 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do peso e redistribuição de tecido adiposo 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento do câncer de mama e do colo do útero (se presença dos órgãos, seguindo mesmos critérios de rastreio de mulheres cis) 	-	-

Quadro 8: Principais aspectos do acompanhamento clínico durante a hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas. Fonte: (DEVOTO, RÍOS e ARAVENA, 2016; T'SJOEN et al., 2019; HEMBREE et al., 2017).

5.1.2 Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis da terapia hormonal

Esta categoria temática foi identificada nos estudos 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 14. Integrando os 10 estudos da segunda categoria, que trata sobre os principais efeitos esperados, colaterais e indesejáveis da hormonização.

O estudo de número 2 desta RI, de autoria de Soleman et al. (2016), buscou analisar se a supressão gonadal e, portanto, os níveis mais baixos de estradiol, estavam associados à ativação cerebral alterada durante o processamento emocional. Segundo os autores, embora a literatura não mostre resultados totalmente consistentes, estrogênios, progesterona ou mesmo a relação estrogênios / progesterona podem ter um papel na ativação ou embotamento da ativação neural durante o processamento emocional. Os esteróides sexuais têm efeitos organizacionais e de ativação no cérebro (PHOENIX et al. 1959). Os efeitos organizacionais refletem a influência dos hormônios no desenvolvimento (e na diferenciação sexual) do cérebro, enquanto os efeitos ativadores se referem à modulação dos processos cerebrais existentes. Ambos os mecanismos provavelmente têm um papel importante no desenvolvimento comportamental e nas diferenças entre homens e mulheres, por exemplo, no processamento emocional.

No presente estudo, homens trans com supressão completa da produção de hormônio gonadal e mulheres cis (grupo controle) sem supressão realizaram uma tarefa de processamento afetivo de imagem durante a varredura de ressonância magnética funcional. Embora a opinião predominante seja a de que os processos emocionais são influenciados pelos hormônios sexuais, o estudo de Soleman et al. (2016) mostrou que sob supressão gonadal, os homens trans mostraram menos ativação cerebral no lobo temporal superior em comparação com as mulheres cis do grupo controle durante a percepção de imagens afetivas positivas. O lobo temporal superior está envolvido em vários processos cognitivos, bem como no processamento de emoções e cognição social. A análise de regressão realizada pelos autores, mostrou que, durante o processamento de imagens afetivas positivas, a atividade cerebral no lobo temporal superior direito não estava correlacionada com os níveis de estradiol, hormônio luteinizante e hormônio folículo-estimulante. Na ausência de associações com os níveis hormonais, a diferença na ativação no lobo temporal

superior durante estímulos emocionais positivos entre homens trans e mulheres cis pode ser atribuída a outras diferenças entre os dois grupos, corroborando para a hipótese de que o uso de hormônios sexuais isoladamente não influencia a diferenciação sexual do cérebro.

Estudos anteriores ao de Soleman et al. (2016) mostraram várias diferenças cerebrais estruturais e funcionais entre indivíduos transexuais e cisgênero. Diferenças foram encontradas entre homens trans e mulheres cis no que diz respeito à microestrutura da substância branca (RAMETTI et al., 2011), volume subcortical (putâmen) (ZUBIAURRE-ELORZA et al., 2013), e fluxo sanguíneo regional na ínsula e agenesia do corpo caloso (ACC) (NAWATA et al., 2010), no entanto, nem todos os estudos que investigaram essas diferenças, a priori, apoiam diferenciação na funcionalidade do cérebro e consequente repercussão comportamental entre os dois grupos.

O estudo 4 desta RI, de autoria de Singh-Ospina et al. (2017), através de uma revisão integrativa da literatura buscou investigar os efeitos dos esteroides sexuais na saúde óssea de indivíduos trans. É sabido que esteroides sexuais (estrogênio e testosterona) são importantes reguladores da saúde dos ossos, tanto em homens quanto em mulheres (CLARKE e KHOSLA, 2009; CAULEY, 2015). A testosterona desempenha um importante papel para a homeostase do esqueleto masculino e um nível mínimo de estradiol é necessário para a maturação esquelética ideal (VANDENPUT e OHLSSON, 2009). Em mulheres, há um sabido efeito da ação do estrogênio na homeostase óssea do esqueleto, mas o efeito dos andrógenos, como a testosterona, não é claro (CLARKE e KHOSLA, 2009; CAULEY, 2015). Portanto, é sabido que repercussões na saúde óssea podem ser esperadas como resultado da terapia com esteroides sexuais. Médicos que cuidam de indivíduos trans em hormonização precisam de informações sobre os riscos e benefícios associados à terapia. No caso da saúde óssea, determinar o grau e o momento das mudanças esperadas na densidade mineral óssea (DMO) ou a incidência de fraturas pode ajudar a identificar complicações no intercurso do tratamento.

Os resultados do estudo de Singh-Ospina et al. (2017) apontam que em homens trans não houve alterações estatisticamente significativas na coluna lombar, colo femoral e DMO total do quadril em 12 e 24 meses após o início do tratamento em

comparação com os valores basais. No caso de mulheres trans em comparação com os valores basais, houve um aumento estatisticamente significativo da DMO em 12 meses, e em 24 meses na coluna lombar. Os autores concluem que a terapia masculinizante não está associada a mudanças significativas na saúde óssea, já a terapia de feminilização pode estar associada à melhora da DMO da coluna lombar, no entanto, os impactos mais importantes dessas mudanças na DMO, como o risco de fratura, permanece incerto.

De acordo com Padilha, Crenitte e Júnior (2021), as evidências para a recomendação de rastreio de osteoporose entre pessoas trans com densitometria óssea são insuficientes, entretanto existem protocolos internacionais que indicam a realização do rastreio para pessoas trans (independente do gênero) a partir dos 65 anos. No caso daquelas pessoas que passaram por gonadectomia sem acompanhamento hormonal ou que apresentem fatores de risco conhecidos, o rastreio pode ser iniciado entre os 50 e 64 anos.

Um importante achado clínico na terapia hormonal cruzada é o potencial efeito negativo sobre os lipídios e o risco cardiovascular associado. Para investigar tais efeitos adversos da hormonização em pessoas trans, o estudo 5 desta RI, de autoria de Maraka et al. (2017), buscou investigar o tema através da realização de um estudo de revisão de literatura associado a uma metanálise. Os resultados apontam que em homens trans, a terapia com hormônio masculinizante (baseada em testosterona) está associada a aumentos significativos nos níveis de colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), níveis de níveis de triglicerídeos (TG) e uma diminuição no nível de colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C). Já em mulheres trans e travestis, a terapia com hormônio feminilizante (baseada em estrogênio) foi associada a um aumento estatisticamente significativo nos níveis de TG.

É sabido que o declínio no nível de HDL-C pode aumentar consideravelmente o risco de eventos cardiovasculares (INGELSSON et al., 2007), enquanto o efeito clínico das mudanças observadas nos níveis de LDL-C e TG pode ser menor (BAIGENT et al., 2005). No entanto, como o perfil lipídico é um marcador de risco para a saúde cardiovascular geral, o efeito desses achados pode ter desfechos importantes para o paciente, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, durante a hormonização de longo prazo, e isso deve ser considerado e monitorado. Os dados

obtidos no estudo de Maraka et al. (2017) são semelhantes aos resultados de uma revisão sistemática anterior, de autoria de Elamin et al. (2010), que mostrou que o aumento de TG foi observado com o uso de estrogênio oral.

Os médicos podem apresentar dificuldade para calcular o risco cardiovascular de pessoas trans, visto que a maioria das calculadoras que fazem esse cálculo levam em consideração o sexo da pessoa avaliada (masculino ou feminino). Dessa forma, o que se orienta é que seja levada em consideração a idade da pessoa e o tempo de hormonização até aquele momento. Para pessoas que iniciaram a hormonização recentemente, utiliza-se o sexo biológico no cálculo. Para aquelas pessoas mais idosas e com mais tempo de hormonização, pode-se utilizar a identidade de gênero. (PADILHA, et al. 2021)

Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis da hormonização em mulheres trans e travestis
Principais resultados esperados:
<ul style="list-style-type: none"> ● Feminilização
<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolvimento dos seios
<ul style="list-style-type: none"> ● Possíveis efeitos benéficos no funcionamento cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> ● Suavização da pele e redução de pelos
<ul style="list-style-type: none"> ● Redistribuição da gordura corporal
Principais efeitos colaterais e indesejáveis:

<ul style="list-style-type: none"> ● Possíveis repercussões na saúde óssea (aumento da densitometria mineral óssea - DMO)
<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento estatisticamente significativo nos níveis de triglicerídeos (TG)
<ul style="list-style-type: none"> ● Risco de tromboembolismo venoso (TEV)
<ul style="list-style-type: none"> ● Possíveis alterações quanto a sensibilidade à insulina e incretina

Quadro 9: Principais resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis na hormonização em mulheres trans e travestis. Fonte: (SINGH-OSPINA et al, 2017; MARAKA et al, 2017; BLOK et al, 2018; CONNORS e MIDDELDOR, 2019; MEYER et al, 2020; SHADID et al, 2020; HEESEWIJK et al, 2021).

O estudo 6 desta RI, de autoria Azul et al. (2017), que teve como objetivo identificar restrições à função vocal que têm sido observadas na população trans, traz importantes achados sobre as repercussões da hormonização sobre a voz. Sabe-se que a voz é um importante fator de preocupação para as pessoas trans, por ser um importante aspecto relacionado ao gênero e grau de passabilidade. Segundo Nygren et al. (2015), maior alcance vocal, variabilidade de pitch, menor intensidade vocal e qualidade de voz soprosa tendem a estar associados ao gênero feminino e, portanto, seriam vistos como desejáveis para mulheres trans e travestis. Por outro lado, a melodia monótona da fala, a menor extensão vocal habitual e fisiológica e a maior intensidade vocal tendem a estar associadas ao gênero masculino e, portanto, seriam vistas como desejáveis para homens trans e pessoas transmasculinas.

A revisão de literatura realizada por Azul et al. (2017), dentre outros aspectos, salienta que o tratamento com testosterona demonstrou levar a mudanças no tecido das pregas vocais, diminuindo o tom de voz em homens trans e pessoas transmasculinas, o que conseqüentemente pode aumentar as chances de serem percebidos e tratados como homens. Contrariamente a isso, a terapia hormonal cruzada em mulheres trans e travestis, baseada no uso de estrogênio, não gera feminilização da voz, podendo se configurar como uma situação angustiante para essas pessoas e muitas vezes exigir intervenção especializada na forma de tratamento de voz com profissionais fonoaudiólogos ou até mesmo cirurgia laríngea.

Ainda sobre passabilidade, para as mulheres trans, o desenvolvimento dos seios é um importante marcador de sucesso na hormonização, por serem vistos socialmente como um importante símbolo de feminilidade. O estudo 7 desta RI, do tipo estudo clínico, de autoria de Blok et al. (2018), que buscou investigar o desenvolvimento da mama em mulheres transexuais após um ano de uso de terapia hormonal cruzada, evidenciou que na população de estudo (926 mulheres trans), o desenvolvimento após um ano de uso da THC feminizante é modesto e ocorre principalmente nos primeiros seis meses, com um aumento de 1,8 cm ao longo dos primeiros três meses, e 1,3 cm ao longo dos três meses seguintes. Os autores afirmam ainda que os níveis de estradiol sérico não previram o desenvolvimento da mama após um ano de THC, assim, este não é um marcador laboratorial preditivo.

Segundo Klaver et al. (2016), o tecido mamário consiste em componentes epiteliais, com ductos e lóbulos, e elementos estromais, constituídos por tecido conjuntivo adiposo e fibroso. Este último é responsável pela maior parte do volume total da mama. A distribuição de gordura em mulheres trans após um ano de THC ainda está em desenvolvimento e ainda não é semelhante à de mulheres cis, além disso, a exposição a níveis elevados de testosterona durante a puberdade masculina induz algumas mudanças estruturais que podem inibir o desenvolvimento mamário. Esses fatores podem ter contribuído para o desenvolvimento modesto da mama na mostra de participantes do estudo de Blok et al. (2018).

O estudo 9 desta RI é um relato de caso clínico realizado por Treskova et al. (2018), e apresenta um caso de câncer de mama num homem trans como consequência da hormonização de longo prazo. Alguns estudos sugerem que altos níveis de andrógenos circulantes aumentem o risco de desenvolvimento de câncer de mama (GOOREN et al., 2013; KATAYAMA et al., 2016). Segundo os autores, o papel da testosterona no tecido mamário não está claro. No entanto, sabe-se que a testosterona fornecida exogenamente estimula a atividade dos receptores hormonais no tecido mamário. O possível mecanismo é que a testosterona é aromatizada em estrogênios e níveis mais elevados de testosterona circulantes podem aumentar a geração de estrogênio na glândula mamária. Outro mecanismo pode ser a ativação direta dos receptores de andrógenos.

Entretanto, não existem estudos clínicos que comprovem essa afirmação teórica, sobretudo pelo fato de que a hormonização com testosterona, possui como uma das principais consequências a queda na produção de estrógenos, reduzindo assim o risco do desenvolvimento do câncer de mama. Por não haver estudos conclusivos, orienta-se que homens trans e pessoas transmasculinas que ainda possuam mamas, sigam os mesmos critérios de rastreio oncológico indicados para todas as pessoas com mama. (PADILHA et al., 2021)

No caso de mulheres trans, também se orienta que sigam os mesmos critérios clínicos de rastreio que as mulheres cis. Entretanto, recomenda-se que o rastreio não inicie antes de 5 a 10 anos de hormonização. Outra questão a ser considerada é a alta densidade das mamas de mulheres trans e travestis, o que pode dificultar o rastreio através da mamografia, podendo se pensar na possibilidade de rastreio através da ultrassonografia mamária. (PADILHA et al. 2021)

Um outro risco da hormonização, mais frequente na clínica de cuidados à saúde de mulheres trans e travestis, é o risco de tromboembolismo venoso (TEV), mais preocupante pelo seu imediatismo e gravidade em relação às outras possíveis complicações e efeitos colaterais da hormonização neste público. Sobre este assunto, o estudo de número 10 da mostra de artigos selecionados nesta RI, de autoria de Connors e Middeldor (2019), faz um importante levantamento a partir de uma revisão de literatura sobre o risco de tromboembolismo venoso (TEV) em mulheres trans em uso de terapia hormonal cruzada.

Segundo os autores, o estrogênio afeta a síntese dos fatores de coagulação. Os níveis de fibrinogênio, fator VIII, fator de von Willebrand, fator VII, fator X e protrombina aumentam enquanto o nível de proteína S diminui. A resistência adquirida à proteína C ativada também pode se desenvolver, em parte devido à diminuição da proteína S; mudanças nos níveis de globulina de ligação aos hormônios sexuais podem ser responsáveis. A soma dessas alterações resulta em um estado pró-trombótico e um aumento no risco de TEV nesta população. No entanto, embora o risco deste e de outros efeitos adversos seja elevado, os riscos absolutos não são tão altos a ponto de contraindicar o uso de estrógenos por pessoas trans. Os autores concluem que o início da terapia e o acompanhamento clínico deve levar em

consideração o histórico familiar e pessoal de TEV, obesidade, idade e fatores de risco cardiovascular padrão.

Para Meyer et al. (2020), autores do estudo de número 11 da mostra de trabalhos que compõem esta RI, que teve como objetivo, através de um estudo clínico do tipo coorte, investigar dados sobre a eficácia e segurança do tratamento hormonal na terapia de redesignação de gênero em indivíduos trans baseado em diretrizes, existem outras complicações que devem ser observadas no acompanhamento clínico, para além da gama de efeitos indesejados e eventos adversos já descritos anteriormente. Os autores analisaram arquivos médicos de um ambulatório de atenção especializada à saúde de pessoas trans, entre 2009 e 2017. Ao total foram analisados 155 prontuários de mulheres trans e 233 prontuários de homens trans.

Os resultados apontam que o tempo médio para atingir a amenorreia em homens trans em monoterapia com testosterona foi de 3 meses, independentemente de ter sido usado undecanoato de testosterona ou gel. Homens trans com níveis mais altos de hemoglobina, em 3 a 4 meses após o início da hormonização, tiveram uma chance maior de atingir amenorréia precoce, enquanto os níveis de testosterona não mostraram correlação significativa. Os efeitos colaterais mais relevantes foram acne (44,8%), eritrocitose (até 5,6%) em homens trans e tromboembolismo venoso (1,9%) em mulheres trans. Levando esses dados em consideração, os autores concluem afirmando que a terapia hormonal de afirmação de gênero, de acordo com as diretrizes atuais da prática clínica disponibilizados pela Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero (WPATH, 2012) é eficiente e segura. Sobre a eficiência, eficácia e segurança da hormonização, o estudo de Wierckx et al. (2014) afirma ainda que se o tratamento for conduzido utilizando componentes farmacológicos modernos e um acompanhamento clínico que possa prevenir as possíveis complicações, os seus riscos podem ser seguramente diminuídos.

Ainda sobre os possíveis efeitos indesejados da hormonização, o estudo de número 12 desta RI, de autoria de Shadid et al. (2020), que buscou investigar as influências a longo prazo da administração de hormônios sexuais sobre a sensibilidade à insulina e incretina em homens e mulheres transgênero através de um estudo clínico de coorte prospectivo, mostrou que neste estudo com pessoas trans, não só a sensibilidade à insulina, mas também as respostas à incretina pós testes

orais de tolerância à glicose, tendem a aumentar com a terapia hormonal cruzada masculinizante e a diminuir com a terapia feminilizante, concluindo que os efeitos diretos dos hormônios sexuais na sensibilidade à insulina são inconclusivos e o tema carece de mais estudos, todavia esse estudo aconselha monitorar os parâmetros de sensibilidade à insulina regularmente em pessoas transexuais em uso de terapia hormonal cruzada para afirmação de gênero.

Importante, entretanto, tomar cuidado na solicitação excessiva de exames, sobretudo em situações em que os dados são inconclusivos acerca da necessidade de solicitação dos mesmos. De acordo com Padilha et al. (2021) é importante ter sempre em mente o conceito de prevenção quaternária, que consiste em um tipo de ação preventiva que objetiva proteger os pacientes de possíveis iatrogenias causadas por intervenções médicas como solicitação de exames e procedimentos desnecessários.

Por fim, o estudo de número 14 desta RI, de autoria de Heesewijk et al. (2021), buscou investigar os impactos da hormonização sobre a cognição de pessoas trans. Neste estudo, 37 mulheres transexuais (faixa etária de 55 a 69) em hormonização por pelo menos dez anos foram examinadas e seu funcionamento cognitivo foi comparado a uma coorte pareada por idade e nível de educação, consistindo em 222 mulheres e homens cisgêneros. Os autores afirmam que a terapia hormonal cruzada para afirmação de gênero a longo prazo em mulheres trans pode ter efeitos benéficos no funcionamento cognitivo, pois os hormônios afetam o funcionamento cognitivo e podem exercer uma influência potencialmente neuroprotetora via andrógenos e receptores de estrogênio localizados em áreas do cérebro envolvidas no funcionamento cognitivo, como o hipocampo e o córtex pré-frontal. Em estudos anteriores, o efeito neuroprotetor dos estrogênios também foi observado em mulheres e homens cisgêneros (ALI; BEGUM e REZA., 2018; NAVARRO-PARDO; HOLLAND e CANO, 2017).

Resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas

Principais resultados esperados:
<ul style="list-style-type: none"> • Masculinização
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia
<ul style="list-style-type: none"> • Engrossamento da voz
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de pêlos em face e corpo
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do clitóris
Principais efeitos colaterais e indesejáveis:
<ul style="list-style-type: none"> • Acne
<ul style="list-style-type: none"> • Eritrocitose
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentos significativos nos níveis de colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), níveis de níveis de triglicerídeos (TG) e uma diminuição no nível de colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C)

Quadro 10: Principais resultados esperados, efeitos colaterais e indesejáveis terapia de hormonização em homens trans e pessoas transmasculinas. Fonte: (MARAKA et al, 2017; AZUL et al, 2017; TRESKOVA et al, 2018; SHADID et al, 2020).

6. CONCLUSÃO

Nesta Revisão Integrativa (RI) da Literatura foi possível reunir, sintetizar e avaliar os conhecimentos produzidos sobre os cuidados médicos relacionados à hormonização de pessoas transexuais, buscando assim aprofundar as discussões sobre tal temática, de modo a contribuir para uma prática médica baseada em evidências. A presente revisão envolveu 14 estudos, localizados nas bases de dados LILACS e MEDLINE; publicados entre 2016 e 2021, a maioria proveniente de estudos multicêntricos realizados na Europa, sobretudo a partir da Rede Europeia para a Investigação da Incongruência de Gênero.

Houve convergência teórica entre a maioria dos estudos, que recomendaram o uso da hormonização em indivíduos trans adultos e em adolescentes a partir de 16 anos. Nos casos de mulheres trans e travestis, o objetivo principal da terapia é atingir a redução dos níveis de testosterona com o uso de antiandrogênicos e aumento dos níveis de estradiol pela administração de estrogênio. Já nos casos de homens trans e pessoas transmasculinas, o objetivo principal é o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos, através da redução dos níveis de estradiol e administração exógena de testosterona.

Nesse sentido, a hormonização com anti-andrógenos, estrógenos e testosterona faz parte do desejo de muitas pessoas trans de se tornarem passáveis, adquirindo características corporais condizentes com o que é socialmente aceito para a sua identidade de gênero. Essa aproximação da passabilidade ainda gera divergência entre a militância e mesmo entre cientistas da comunidade trans. Parte desse grupo defende que a busca pela passabilidade não deve ser lida como uma reprodução acrítica da cisnormatividade, mas muitas vezes, como uma forma de sobrevivência frente às diversas situações de transfobia vivenciadas por essa população. Outra parte acredita que isso poderia contribuir com a invisibilização, apagamento e deslegitimação social das identidades trans.

Ao profissional de saúde cabe acolher as demandas dessa população e estar apto a cuidar de cada pessoa de modo individual, contribuindo com o seu cuidado de acordo com o desejo de cada um. Para isso deve estar apto, inclusive, a acompanhar o processo de hormonização dessas pessoas. Já se sabe que a saúde mental das

peças trans, é diretamente abalada pela transfobia, resultando em problemas como ansiedade, depressão, automutilação e ideação suicida. O processo de hormonização, com acompanhamento médico adequado tende a melhorar a saúde mental dessas pessoas, o que deve ser um dos focos principais do cuidado médico em saúde.

A avaliação clínica inicial pré-terapia hormonal bem como o monitoramento clínico durante a hormonização em pacientes trans de ambos os grupos se configuram como etapas indispensáveis do tratamento. Em relação aos principais efeitos colaterais e indesejáveis, conclui-se a partir desta RI, que se o tratamento for conduzido utilizando componentes farmacológicos modernos e um acompanhamento clínico que possa prevenir as possíveis complicações, os riscos da hormonização podem ser seguramente diminuídos.

Nenhum dos estudos da mostra de artigos selecionados nesta RI trouxe relatos de utilização da Terapia Hormonal Cruzada para afirmação de gênero, bem como outras estratégias de cuidados de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, especificamente. No entanto, os dados sobre o processo de hormonização na modificação corporal obtidos nesta RI podem ser úteis na elaboração de protocolos de cuidados médicos bem como na formulação de políticas públicas voltadas para essa parcela da população neste nível de atenção à saúde.

Cabe ressaltar que o SUS configura-se a partir de 3 princípios fundamentais: Universalidade, Integralidade e Equidade e que esses princípios ainda não são totalmente empregados, sobretudo quando tratamos de algumas populações vulnerabilizadas como pessoas trans e travestis. A Constituição Federal define a saúde como um direito de todo e dever do Estado, entretanto diversos estudos ressaltaram a dificuldade de acesso dessas pessoas ao sistema de saúde, evidenciando que para essa parcela da população o sistema não é universal, integral, tampouco equânime.

Levando-se em consideração que a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e que é o ponto da rede de assistência que encontra-se mais próximo da população, é importante reforçar a importância de que a APS deve ser a principal responsável por acolher as demandas de toda a

população, resolvendo cerca de 85% das demandas do sistema de saúde. Esse acolhimento e essa resolução de problemas de saúde devem incluir a população trans, podendo inclusive facilitar o acesso dessa população a cuidados como a hormonização, por exemplo. O currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) já indica que o manejo da hormonização de pessoas trans é uma competência que pode ser executada pelo Médico de Família e Comunidade dentro da Atenção Primária à Saúde.

Portanto, considerou-se de extrema relevância a execução desta revisão, a qual permitiu mapear as publicações referentes à hormonização de pessoas trans e reconhecer as lacunas ainda existentes. O estudo realizado apresenta como limitação apenas o fato de a busca pelos estudos que compuseram a revisão de literatura que integra este trabalho não ter sido feita por pares. Pretende-se que os resultados do presente estudo contribuam para a ampliação dos cuidados à saúde de pessoas trans na atenção primária e que isto se traduza na melhoria do acesso, acolhimento e cuidados às pessoas trans, diminuindo as desigualdades em saúde e reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde.

O médico de família e comunidade ocupa uma posição privilegiada na identificação precoce do sofrimento relacionado a questões de gênero e sexualidade, por acompanhar de perto o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo desde a gestação, nascimento, infância, adolescência até à idade adulta, tornando a APS um espaço potente de cuidado para as pessoas trans. Além disso, por estar capilarizado nas mais distintas regiões do país, pode garantir uma maior acessibilidade de pessoas trans e travestis nos mais diversos municípios, seja das capitais ou do interior. Portanto, é importante ressaltar a importância da sensibilização dos profissionais de saúde que atuam nesse nível de cuidado à saúde. Se faz necessário também tensionar sempre o debate sobre a temática da saúde LGBTQIA+ na formação médica bem como a implementação de políticas públicas de saúde e a elaboração de documentos oficiais que possam servir como diretriz clínica no cuidado à saúde desta população.

REFERÊNCIAS

- 01-** ALI, S.A; BEGUM, T; REZA, F. Influência hormonal na função cognitiva. **Malays J Med Sci.** 25: 31–41. doi:10.21315 / mjms2018.25.4.3, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610613505>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 02-** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 03-** AMORIN, S.M.G; VIEIRA, F.S; BRANCALEONI, A.P. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. **Saúde Debate** [Internet]. Sept 37(98):525-35, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300016>. Acesso em 27 Ago 2021.
- 04-** ANTUNES, P.P.S. Travestis envelhecem? São Paulo: Dissertação de mestrado em Gerontologia. PUC - SP, 2010. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=11719. Acesso em 06 Julho 2021.
- 05-** APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014
- 06-** ARCELUS, J; BOUMAN, W.P; VAN DEN NOORTGATE, W; CLAES, L; WITCOMB, G; FERNANDEZ-ARANDA, F. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de prevalência em transexualismo. **Eur Psychiatry** 30, 807–815, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972020000200007.
- 07-** ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.R; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 5, pp. 1499-1510, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1499-1510/#>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 08-** AUGUSTO, R.M. **Perfil dos serviços e das prescrições de medicamentos para hormonização de pessoas trans e travestis no estado do Rio Grande**

- do Sul.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS - BR, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/230221>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 09-** ARAN, M; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redefinições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro. Vol. 19, p. 15-41, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bVhTsYHczGZMK3HMHVHTFVsg/?lang=pt>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 10-** ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 4, pp. 1141-1149, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 11-** ARAGÓN, N. 2014. Reportagem de Nayo Aragón publicada em 14 de julho de 2016 em LAMULA.PE. Disponível em: <https://bit.ly/2VuymgM>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 12-** ARAÚJO, M. F. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicologia Clínica**. v. 17, n. 2 , pp. 41-52, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652005000200004>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 13-** AZUL, D; NYGREN, U; SÖDERSTEN, M; NEUSCHAEFER-RUBE, C. Transmasculine People's Voice Function: A Review of the Currently Available Evidence. **J Voice**. 2017 Mar;31(2):261.e9-261.e23. PMID: 27318608. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27318608/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 14-** BABA, T, ENDO, T, HONNMA, H, KITAJIMA, Y, HAYASHY, T, IKEDA, H et al. Associação entre a síndrome dos ovários policísticos e transexualidade mulher-para-homem. **Human Reproduction** 22: 1011-1016. 2007. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n2/a4720.pdf>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 15-** BAIGENT, C; KEECH, A; KEARNEY, P.M; BLACKWELL, L; BUCK, G; POLLICINO, C; KIRBY, A; SOURJINA, T; PETO, R; COLLINS, R; SIMES, R. Eficácia e segurança do tratamento pararedução do colesterol: meta-análise

- prospectiva de dados de 90.056 participantes em 14 ensaios clínicos randomizados de estatinas. **Lancet**. 366 (9493): 1267–1278, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16214597/>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 16- BARRETO, D.J; FERREIRA, J.A; OLIVEIRA, L.G. Problematizações (im)pertinentes: (sobre)vivências das travestis nos serviços de atenção básica em saúde no Brasil. Athenea Digital. Universitat Autònoma de Barcelona. **Revista de Pensamiento e Investigación Social**, vol. 17, núm. 1, pp. 117-143, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/537/53749962007/html/>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 17- Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. **BMC Public Health**, 2015. Disponível em: <https://transpulseproject.ca/research/intervenable-factors-associated-with-suicide-risk-in-transgender-persons/>. Acesso em 13 out. 2021
- 18- BLOK, C.J.M; KLAVER, M; WIEPJES, C.M; NOTA, N.M; HEIJBOER, A.C; FISHER, A.D; SCHREINER, T; T'SJOEN, G; DEN HEIJER, M. Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. **J Clin Endocrinol Metab**. 2018 Feb 1;103(2):532-538. PMID: 29165635. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165635/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 19- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- 20- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). **Relatório Sobre Violência Homofóbica no Brasil**: Ano de 2012. Disponível em https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/08/SDH_relatorioviolencihomofobica2012.pdf. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 21- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 194 p. : il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em 25 Julho 2021.

- 22-** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 23-** BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 24-** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria **2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 06 Julho 2021.
- 25-** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 22 Ago 2021.
- 26-** BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, 20 set. 1990**. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099718>. Acesso em 22 Ago 2021.
- 27-** BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e a discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf.
Acesso em 24 Ago 2021.

- 28-** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos : 2008 – 2011**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf. Acesso em 24 Ago 2021.
- 29-** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 25 Ago 2021.
- 30-** BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sus-avancos-e-desafios/>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 31-** BRASIL. **Relatório Final** – 3ª Conferência nacional de políticas públicas de direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. BRASÍLIA, 2016. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 32-** BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97 [resolução na internet]. **Diário Oficial da União 2 dez 2002.**]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 33-** BRASIL. Conselho Federal de Medicina . Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02 [resolução na internet]. **Diário Oficial da União 3 set 2010**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em 02 Agosto 2021.

- 34- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008 (Revogada pela PRT GM/MS nº 2803 de 19.11.2013). Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU nº 225, de 20-11-2013**, Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 35- BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- 36- BUTLER, J. **“Cuerpos que Importan”** – Sobre lossmateriales y discursivos“sexo”. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós, 2002.
- 37- CAMPO GRANDE. Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. **Protocolo do Ambulatório Multiprofissional para o Atendimento de Travestis e Transexuais - HUMAP**. 2018, 13 p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/3273413/Protocolo+do+Ambulatório+Multiprofissional+para+o+Atendimento+de+Travestis+e+Transexuais.pdf/9e83c999-98ee-4a72-86eb-2f020f9f80cb> . Acesso em 29 outubro 2021.
- 38- CARDOSO, M.R; FERRO, L.F. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012; 32(3):552-563. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8pg9SMjN4bhYXmYmxFwmJ8t/abstract/?lang=pt>. Acesso em 24 Ago 2021.
- 39- CARVALHO, A.I; BARBOSA, P. R. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p. Disponível em:<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401442/1/Politica%20Saude%20GS%203ed%20WEB.pdf>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 40- CAULEY, J.A. Estrogênio e saúde óssea em homens e mulheres.**Esteróides**. 2015;99 (Pt A): 11–15. doi: 10.1016/j.steroids.2007.10.573.18. PMID: 19688871; PMID: PMC2679948. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/z4c3JGZz5PxTRHPdcyXBYsN/?lang=pt>. Acesso em 29 outubro 2021.

- 41- CELUPPI, I. C; GEREMIA, D.S; FERREIRA, J; PEREIRA, A.M.M; SOUZA, J.B. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate** [online]. ISSN 2358-2898, v. 43, n. 121, pp. 302-313, 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912101>. Acesso em 22 Ago 2021.
- 42- CIASCA, S.V; HERCOWITZ A; LOPES JUNIOR, A (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ed.Santana de Parnaíba: Manole, 2021, v. 1, p. 292-300.
- 43- CLARKE, B.L; KHOSLA, S. Androgens and bone. **Esteróides**. Mar;74(3):296-305. 2009 doi: 10.1016/j.steroids.2008.10.003.17. PMID: 18992761; PMCID: PMC2679948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18992761/>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 44- CONNORS, J.M; MIDDELDORP, S. Transgender patients and the role of the coagulation clinician. **J Thromb Haemost**. 2019 Nov;17(11):1790-1797. PMID: 31465627. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31465627/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 45- COSTA-VAL, A. Corpos trans: um ensaio sobre normas, singularidades e acontecimento político. **Saúde Soc**. São Paulo, v.28, n.1, p.121-134, 2019. DOI 10.1590/S0104-12902019170251. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RQZm47Qh5RLsrtCkcbTthTF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 46- DEMÉTRIO, F. Pele trans, máscaras cis: eu tive que “cispassar por” para chegar até aqui. Prefácio. In: DUQUE, Tiago. Gêneros incríveis: um estudo sócio-antropológico sobre o (não) passar por homem e/ou mulher. Salvador: **Devires**, 2019. p. 09-13. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/historia/article/download/66509/36167/305280>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 47- DEVOTO, C.E; RÍOS, S.R; ARAVENA, C.L. Trastorno de identidad de género. Parte II: terapia endocrinológica en el proceso de readecuación corporal. **Rev. chil. endocrinol. diabetes** ; 9(2): 58-64, 2016. Disponível em: http://www.revistasoched.cl/2_2016/4.pdf. Acesso em 25 Outubro 2021.
- 48- ELAMIN, M.B; GARCIA, M.Z; MURAD, M.H; ERWIN, P.J; MONTORI, V.M. Efeito do uso de esteróides sexuais no risco cardiovascular em indivíduos transexuais: uma revisão sistemática e meta-análises. **Clin Endocrinol (Oxf)**.

- 2010;72 (1): 1–10. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/36967/1/Daniela%20Dias%20Mest%20Transsexualida.pdf>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 49- FABRIS, B; BERNARDI, S; TROMBETTA, C. Terapia hormonal de sexo cruzado para disforia de gênero. **J Endocrinol Invest** 38, 269–282. 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/journal/40618/volumes-and-issues/38-3>. Acesso em 30 Outubro 2021.
- 50- FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. Excitação sexual feminina subjetiva. **Revista diagnóstico & tratamento**, São Paulo, v. 23, p. 57-58, 2018. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904899/rdt_v23n2_57-58.pdf. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 51- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**; tradução de Maria Thereza da Costa e J. A. Guilhon Albuquerque. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- 52- FRADE COSTA, E.M; MENDONÇA, B.B. Clinical management of transsexual subjects. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. ISSN 1677-9487, v. 58, n. 2, pp. 188-196. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003091>. <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003091>. Acesso em 31 Outubro 2021.
- 53- FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 1990; 15(2):345-353. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 Ago 2021.
- 54- FUTTERWEIT, W; DELIGDICH, L. Efeitos histopatológicos da testosterona administrada exogenamente em 19 transexuais femininos e masculinos. **J Clin Endocrinol Metab** 62: 16-21. 1986. Jan;62(1):16-21. doi: 10.1210/jcem-62-1-16. PMID: 3940265. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3940265/>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 55- GLINTBORG, D; T'SJOEN, G; RAVN, P; ANDERSEN, M.S. Management of endocrine disease: Optimal feminizing hormone treatment in transgender people. **Eur J Endocrinol**. 2021 Jun 28;185(2):R49-R63. PMID: 34081614.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34081614/> Acesso em 27 Outubro 2021.

- 56-** GUARANHA, C. **O Desafio da Equidade e da Integralidade:** Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde. Dissertação de Mestrado. Orientador: Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/10183/115052/2/000956446.pdf.txt>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 57-** GOOREN, L.J. Prática clínica. Cuidado de pessoas transexuais. **N Engl J Med**. 2011 Mar 31;364(13):1251-7. doi: 10.1056/NEJMcp1008161. PMID: 21449788. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21449788/>. Acesso em 27 Ago 2021.
- 58-** GOOREN, L.J; GILTAY, E.J.E; BUNCK, M.C. Tratamento de longo prazo de transexuais com hormônios do sexo cruzado: extensa experiência pessoal. **J Clin Endocrinol Metab**. 2008 Jan;93(1):19-25. doi: 10.1210/jc.2007-1809. Epub 2007 Nov 6. PMID: 17986639. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17986639/>. Acesso em 27 Ago 2021.
- 59-** GOOREN, .LJ. Gestão de transexuais femininos para masculinos: gestão médica e cirúrgica, esperança de vida. **Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes** 21: 233-238. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400020&script=sci_arttext. Acesso em 29 outubro 2021.
- 60-** GOOREN, L.J; VAN TROTSBURG, M.A; GILTAY, E.J et al. Desenvolvimento de câncer de mama em indivíduos transexuais recebendo tratamento com hormônios sexuais cruzados. **J Sex Med** 2013; 10: 3129–34. Dec;10(12):3129-34. doi: 10.1111/jsm.12319. Epub 2013 Sep 9. PMID: 24010586. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24010586/>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 61-** GUIDINI, C. **ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:** conquistas e desafios. Tio Hugo, RS, Brasil 2012. TCC (Pós-graduação). Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1. Acesso em 06 Julho 2021.

- 62- JESUS, JG. Orientações sobre identidade de gênero : conceitos e termos** / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, 2012. Disponível em: <http://labds.eci.ufmg.br/bitstream/123456789/96/1/07.%20Orienta%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20identidade%20de%20g%C3%AAnero%20conceitos%20e%20termos%20Autor%20Jaqueline%20Gomes%20de%20Jesus.pdf>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 63- HALL, Stuart. A Identidade Cultural na Pós-Modernidade.** Rio de Janeiro: D P & A, 2001.
- 64- HEMBREE, W.C; COHEN-KETTENIS, P; DELEMARRE-VAN DE WAAL, H.A; GOOREN, L.J; MEYER, W.J; SPACK, N.P; TANGPRICHA, V; MONTORI, V.M;** Tratamento endócrino de pessoas transexuais: uma diretriz de prática clínica da Endocrine Society. **J Clin Endocrinol Metab**, 94 (9), 3132–3154, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19509099/>. Acesso em 30 Outubro 2021.
- 65- IBGE –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de População 2019.** Disponível em: [<37d37P://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97742.pdf>](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97742.pdf) Acesso em 25 Julho 2021.
- 66- INGELSSON, E; SCHAEFER, E.J; CONTOIS, J.H; MCNAMARA, J.R; SULLIVAN, L/ KEYES, M.J; PENCINA, M.J; SCHOONMAKER, C; WILSON, P.W; D'AGOSTINO, R.B; VASAN, R.S.** Utilidade clínica de diferentes medidas de lipídios para predição de doença coronariana em homens e mulheres. **JAMA**. 2007; 298 (7): 776–785. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712003000100008. Acesso em 29 outubro 2021.
- 67- KATAYAMA, Y; MOTOKI, T; WATANABE, S et al.** Um caso muito raro de câncer de mama em um transexual feminino para masculino. **Breast Cancer** 2016; 23: 939–44. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/30953/pdf>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 68- KLAVER, M; DEKKER, M.J.H.J; SCHREINER, T; FISHER, A.D; T'SJOEN, G; DEN HEIJER, M.** Terapia de hormônio de sexo cruzado e os efeitos na distribuição de gordura em pessoas trans. **Programa do 24o Simpósio WPATH;** Amsterdã, Holanda 2016. Disponível em:

<http://crprs.org.br/upload/others/file/35a995b2ba8493c19d715c00a03721bd.pdf>. Acesso em 29 Outubro 2021.

- 69- KUYPER, L; WIJSEN, C. Identidades de gênero e disforia de gênero nos Países Baixos. **Arch Sex Behav**, 43, 377–385, 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832448/rdt_v22n1_45-48.pdf. Acesso em 27 Ago 2021.
- 70- LANZ, L. **O CORPO DA ROUPA: A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Adelman Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/36800>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 71- LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud**. Trad.: Vera Whately. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 2001.
- 72- LIMA, F.; CRUZ, K. T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. n. 23 pp. 162-186, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 73- MARAKA, S; SINGH OSPINA, N; RODRIGUEZ-GUTIERREZ, R; DAVIDGE-PITTS, C.J; NIPPOLDT, T.B; PROKOP, L.J; MURAD, M.H. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Clin Endocrinol Metab**. 2017 Nov 1;102(11):3914-3923. PMID: 28945852. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945852/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 74- MELLO, L et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**. N.9 – dec. 2011 – 37d.7-28. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v26n2/v26n2a06.pdf>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 75- MELLO, L; PERILO, M; BRAZ, C.A. PEDROSA C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Revista Latino americana Sexualidad, Salud y Sociedad**. N.9 – dec [Internet] 22d.7-28, 2011. Disponível em:

<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/1440/1618>. Acesso em 25 Ago 2021.

- 76-** MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt#>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 77-** MENDES, L.Z ; GOMES, A.Q. A saúde como direito fundamental no Brasil: da reforma sanitária à implementação do SUS. **Revista Digital Estudios Historicos**. ISSN-e 1688-5317, Nº. 20, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099718>. Acesso em 22 Ago 2021.
- 78-** MERIGGIOLA, M.C; BERRA, M. Segurança do tratamento hormonal em transgêneros. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 20, 565–569, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24468759/>. Acesso em 31 Outubro 2021.
- 79-** MEYER, G; MAYER, M; MONDORF, A; FLÜGEL, A.K; HERRMANN, E; BOJUNGA, J. Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: an analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. **Eur J Endocrinol**. 2020 Feb;182(2):149-156. PMID: 31751300. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31751300/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 80-** MOIRA, R. A. Cis By Trans. **Revista Estudos Feministas** [online]. v. 25, n. 1, pp. 365-373, , 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/Ct6B9JMscBjgK4DZgjXQkgn/?lang=pt#>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 81-** MORAES, A.N.D. **Travestis na atenção primária: o cuidado em saúde na cidade de Natal** . 2014. 192f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em; <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/19586>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 82-** MORAIS, A.A. et al. HORMONIOTERAPIA PARA PESSOAS TRANS NO BRASIL: UMA REVISÃO DOS PROTOCOLOS NACIONAIS in **Medicina: ciências da saúde e pesquisa interdisciplinar** 6 / Organizador Benedito

- Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021 [on-line]. Disponível em: <https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoPDF/54614>. Acesso em 02 Novembro 2021.
- 83-** MOWBRAY, P.K; WILKINSON, A; TSE, H.H. An integrative review of employee voice: Identifying a common conceptualization and research agenda. **Rev International Journal of Management Reviews** [Internet]. 2015;17(3):382-400. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijmr.12045>. Acessado em 07 Jun 2021.
- 84-** MUELLER, A; KIESEWETTER, F; BINDER, H; BECKMANN, W. Administração a longo prazo de undecanoato de testosterona a cada 3 meses para suplementação de testosterona em transexuais de mulher para homem. **J Clin Endocrinol Metab** 92: 3470-3475. 2007. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/36967/1/Daniela%20Dias%20Mest%20Transsexualida.pdf>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 85-** NASCIMENTO, L. **Transfeminismo**. Editora Jandaíra; 1ª edição, 2021.
- 86-** NAVARRO-PARDO, E; HOLLAND, C.A; CANO, A. Hormônios sexuais e envelhecimento psicológico saudável em mulheres. **Front Aging Neurosci**. 9: 1–10, 2017. doi:10.3389 / fnagi.2017.00439. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767260/>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 87-** NAWATA, H; OGOMORI, K; TANAKA, M; NISHIMURA, R; URASHIMA, H; YANO, R; TAKANO, K; KUWABARA, Y. Alterações do fluxo sanguíneo cerebral regional no transtorno de identidade de gênero feminino para masculino. **Psychiatry Clin Neurosci**. 64: 157–161, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22944603/>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 88-** NERY, J.W. Trans-homens: a distopia nos tecno-homens. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em 29 Outubro 2021.

- 89-** NYGREN, U; NORDENSKJÖLD, A; ARVER, S et al. Efeitos na frequência fundamental da voz e na satisfação com a voz em homens trans durante o tratamento com testosterona: um estudo longitudinal. **J Voice**. 2015; doi: 10.1016 / j.jvoice.2015.10.016, S0892-1997 (15) 00234-9 [pii]. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29104/1/2019.pdf>. Acesso em 29 Outubro 2021.
- 90-** OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997
- 91-** PADILHA, W.A.R; CRENITTE, M.R.F; JÚNIOR, A.L. Prevenção e Cuidados das Doenças Crônicas. *In*: CIASCA, S.V; HERCOWITZ A; LOPES JUNIOR, A (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021, v. 1, p. 346-356.
- 92-** PARISOTTO, L et al. Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 25, suppl 1, pp. 75-87, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400009>. Acesso em 25 Julho 2021
- 93-** PEREIRA, L.T.K; GODOY, D.M.A; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. 2009, v. 22, n. 3, pp. 422-429. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000300013>. Acesso em 30 Outubro 2021.
- 94-** PFEIL, C. Pela Emancipação dos Corpos Trans: Transgeneridade e Anarquismo. **Revista Estudos Libertários**. 2(5), 129/155, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/estudoslibertarios/article/view/36238>. Acesso em 25 Julho 2021.
- 95-** PEREIRA, L. B. C E CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 14(41), p. 1795. 2019. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1795. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>. Acesso em 06 Julho 2021.

- 96- PHOENIX, C.H; GOY, R.W; GERALL, A.A; YOUNG, W.C. Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig. **Endocrinology**. 65:369–382, 1959. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14432658/>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 97- POLIGNANO, M. V.. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historiadas-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historiadas-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em 06 Julho 2021
- 98- POPADIUK,G.S; OLIVEIRA, D.C; SIGNORELLI, M.C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 5 [Acessado 26 Novembro 2021] , pp. 1509-1520, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 99- RABINOW, Paul. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais**, n. 24, 2006. 1ª ed. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 100- RAMETTI, G; CARRILLO, B; GÓMEZ-GIL, E; JUNQUE, C; SEGOVIA, S; GOMEZ, A; GUILLAMON, A. Microestrutura da substância branca em transexuais femininos e masculinos antes do tratamento hormonal de sexo cruzado. Um estudo de imagem por tensor de difusão. **J Psychiatr Res**. 45 (2): 199–204, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a14v45n4.pdf>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 101- ROBLES, R.G et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. **The Lancet Psychiatry**. 3. 850-859, 2016. 10.1016/S2215-0366(16)30165-1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305680325_Removing_transgender

_identity_from_the_classification_of_mental_disorders_A_Mexican_field_study_for_ICD-11. Acesso em 02 Agosto 2021.

- 102-** RODRIGUEZ, A.M.M. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93473>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 103-** ROGERS, J; TESSER-JÚNIOR, Z.C.; MORETTI-PIRES, R.O; KOVALESKI, D. F. Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change** 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265347623008>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 104-** ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2525, 1 ago. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802517&script=sci_abstract. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 105-** ROCON, P.C; RODRIGUES, A; ZAMBONI, J; PEDRINI, M.D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Aug 21(8):2517-2525, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2517.pdf>. Acesso em 28 Ago 2021.
- 106-** ROCON, Pablo Cardozo; ZAMBONI, Jésio; SODRÉ, Francis; RODRIGUES, Aleksandro; ROSEIRO, Maria Carolina Fonseca Barbosa. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 521-532, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171907>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n2/521-532/>. Acesso em: 27 nov 2021.
- 107-** ROSA, D.F et al. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Revista Brasileira de**

- Enfermagem.** v. 72, suppl 1, pp. 299-306, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 108-** SAMPAIO, L.L.P; COELHO, M.T.A.D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 16, n. 42 pp. 637-649, ISSN 1807-5762, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>. Acesso em 25 Ago 2021.
- 109-** SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. ISSN 1678-4561 v. 23, n. 6, pp. 1729-1736, 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em 22 Ago 2021.
- 110-** SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo.** Julho 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf . Acesso em 29 outubro 2021.
- 111-** SCHNEIDER, ; KLIESCH, S; SCHLATT, S; NEUHAUS, N. Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. **Andrology.** 2017 Sep;5(5):873-880. PMID: 28914501. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28914501/>. Acesso em 25 Outubro 2021.
- 112-** SEGURA MUNOZ, S.I; TAKAYANAGUI, A.M.M; SANTOS, C.B. *et al.* Systematic literature review and meta-analysis: basic notions about its design, interpretation and application in health research.. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000052002000200010&lng=en&nrm=abn. Acesso em 30 Oct. 2021.
- 113-** SEHNEM, G.D; RODRIGUES, R.L; LIPINSKI, J.M. Assistência em Saúde às Travestis na Atenção Primária: Do Acesso ao Atendimento. **Rev enferm UFPE** online., Recife, 11(4):1676-84, abr., 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15238>.
Acesso em 02 Agosto 2021.

- 114- SEN, Amartya. **Identity and Violence – The Illusion of Destiny**. New York: W. W.Norton & Company, Inc., 2006.
- 115- SERANO, J. **Whipping Girl: a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity**. Emeryville: Seal Press, 2007.
- 116- SHADID, S; ABOSI-APPEADU, K; DE MAERTELAERE, A.S; DEFREYNE, J; VELDEMAN, L; HOLST, J.J; LAPAUW, B; VILSBØLL, T; T'SJOEN, G. Effects of Gender-Affirming Hormone Therapy on Insulin Sensitivity and Incretin Responses in Transgender People. **Diabetes Care**. 2020 Feb;43(2):411-417. PMID: 31740479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31740479/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 117- SILVA, L. A. N; HARAYAMA, R.M; FERNANDES, F. P; LIMA, J.G. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate** [online]. ISSN 2358-2898, v. 43, n. 122, pp. 742-754, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>. Acesso em 22 Ago 2021.
- 118- SILVA, L.K.M. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [3]: 835-846, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000300835&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 119- SILVA, J.M.; ORNAT, M. J. Espaço Urbano, poder e gênero: uma análise da vivência travesti. **Revista de Psicologia da UNESP** 9(1), 2010. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/429>. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 120- SIMPSON, K. Transexualidade e Travestilidade na Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em 29 Outubro 2021.

- 121-** SINGH-OSPINA, N; MARAKA, S; RODRIGUEZ-GUTIERREZ, R; DAVIDGE-PITTS, C; NIPPOLDT, T.B; PROKOP, L.J; MURAD, M.H. Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Clin Endocrinol Metab.** 2017 Nov 1;102(11):3904-3913. PMID: 28945851. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945851/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 122-** SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. **Posicionamento conjunto. Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero.** 2019. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/transgenero-posicionamento-conjunto/> . Acesso em 29 outubro 2021.
- 123-** SNYDER, Peter. Testosterone treatment of male hypogonadism. **UpToDate.** 22 março, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/testosterone-treatment-of-male-hypogonadism> . Acesso em 29 outubro 2021.
- 124-** SOLEMAN, R. S; STAPHORSIUS, A. S; COHEN-KETTENIS, P. T; LAMBALK, C. B; VELTMAN, D. J; VAN TROTSBURG, M. A. A; HOMPES, P. G. A; DRENT, M. L; DE RONDE, W. P; KREUKELS, B. P. C. Oestrogens are Not Related to Emotional Processing: a Study of Regional Brain Activity in Female-to-Male Transsexuals Under Gonadal Suppression. **Cerebral Cortex**, Volume 26, Issue 2, February 2016, Pages 510–516. Disponível em: <https://academic.oup.com/cercor/article/26/2/510/2366286>. Acesso em 25 Outubro 2021.
- 125-** SOUZA, M.H.T et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, SSN 1678-4561, 19(7):2277-2286, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013>. Acesso em 27 Ago 2021.
- 126-** SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 6(2): 451-455, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em 06 Julho 2021.

- 127- SOUZA, M.F.M et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, pp. 1737-1750, 2018, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dmmccQkyjbrC9HLkBdTkjnG/?lang=pt#>. Acesso em 06 Julho 2021.
- 128- SOUZA, M .T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo) [online]. ISSN 2317-6385., v. 8, n. 1, pp. 102-106. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acessado em 25 Outubro 2021.
- 129- SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado?. *Medicina* (Ribeirão Preto), [S. l.], v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/199>. Acesso em: 30 out. 2021
- 130- STARFIELD, B. . **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em 24 Ago 2021.
- 131- TAGLIAMENTO, G. **(In) Visibilidades Caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**. Tese. [Doutorado em Psicologia] – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_51c6fe8963d2a63e32481d2af2c724b7/Details. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 132- TRANSGENDER EUROPE'S TRANS MURDER MONITORING 2015 – FINAL REPORT. Disponível em: www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results/idahot-2015.htm. Acesso em 02 Agosto 2021.
- 133- TRESKOVA, I; HES, O; BURSA, V. Long-term hormonal therapy resulting in breast cancer in female-to-male transsexual: Case report. **Medicine (Baltimore)**. 2018 Dec;97(52):e13653. PMID: 30593135; PMCID: PMC6314692. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30593135/> Acesso em 27 Outubro 2021.

- 134- T'SJOEN, G; ARCELUS, J; GOOREN, L; KLINK, D.T; TANGPRICHA, V. Endocrinology of Transgender Medicine. **Endocr Rev.** 2019 Feb 1;40(1):97-117. PMID: 30307546. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307546/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 135- UFSB. Universidade Federal do Sul da Bahia. **Cartilha Nacional de Serviços Públicos de Saúde para a Pessoa Trans: Rede de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Especializados.** Itabuna, UFSB. 2021. Disponível em: [https://ufsb.edu.br/proaf/images/SEPSE/documentos/Cartilha_Nacional_de_Servi%C3%A7os_P%C3%ABlicos_de_Sa%C3%BAde_para_a_pessoa_tans.pdf](https://ufsb.edu.br/proaf/images/SEPSE/documentos/Cartilha_Nacional_de_Servi%C3%A7os_P%C3%ABlicos_de_Sa%C3%BAde_para_a_pessoa_trans.pdf). Acesso em 02 Agosto 2021.
- 136- VANDENPUT, L; OHLSSON, C. Estrogens as regulators of bone health in men. **Nat Rev Endocrinol.** 2009 Aug;5(8):437-43. doi: 10.1038/nrendo.2009.112. Epub 2009 Jun 16. PMID: 19528961. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19528961/>. Acesso em 29 outubro 2021.
- 137- VAN HEESEWIJK, J.O; DREIJERINK, K.M.A; WIEPJES, C.M; KOK, A.A.L; VAN SCHOOR, N.M; HUISMAN, M; DEN HEIJER, M; KREUKELS, B.P.C. Long-Term Gender-Affirming Hormone Therapy and Cognitive Functioning in Older Transgender Women Compared With Cisgender Women and Men. **J Sex Med.** 2021 Aug;18(8):1434-1443. PMID: 34247950. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247950/> Acesso em 27 Outubro 2021.
- 138- VAN KESTEREN, P.J; ASSCHEMAN, H; MEGENS, J.A; GOOREN. L.J. Mortalidade e morbidade em sujeitos transexuais tratados com hormônios do sexo cruzado. **Clin Endocrinol (Oxf)** 47, 337–342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a14v45n4.pdf>. Acesso em 31 Outubro 2021.
- 139- VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes:** uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/19685/1/VERGUEIRO%20Viviane%20->

%20Por%20inflexoes%20decoloniais%20de%20corpos%20e%20identidades%20de%20genero%20inconformes.pdf. Acesso em 25 Julho 2021.

- 140-** WEILLER, J.A.B. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro.** DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. 1º Edição: OUTRAS EXPRESSÕES, São Paulo – 2019. Disponível em:http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/reelatorio_dh_2019.pdf. Acesso em 06 Julho 2021.
- 141-** WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.** 52(5):546-53, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. PMID: 16268861. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/> Acessado em 25 Outubro 2021.
- 142-** WHO. World Health Organization. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics.** Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 30 Outubro 2021.
- 143-** WIERCKX,K; ELAUT, E; VAN HOORDE, B; HEYLENS, G; DE CUYPERE, G; MONSTREY, S; WEYERS, S; HOEBEKE, P; T'SJOEN, G. Desejo sexual em pessoas trans: associações com tratamento de redesignação sexual. **J Sex Med** 11, 107-118, 2014. Disponível em: <https://revista.br/index.php/RFCMS/article/view/41264>. Acesso em 31 Outubro 2021.
- 144-** WPATH. The World Professional Association for Transgender Health. **The Standards of Care WPATH.** Versão 7, 2012. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>. Acesso em 27 Ago 2021.
- 145-** ZUBIAURRE-ELORZA, L; JUNQUE, C; GOMEZ-GIL, E; SEGOVIA, S; CARRILLO, B; RAMETTI, G; GUILLAMON, A. Espessura cortical em transexuais não tratadas. **Cereb Cortex.** 23 (12): 2855–2862, 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969313/rdt_v23n3_105-108.pdf. Acesso em 29 outubro 2021.