



EINSTEIN
Hospital Israelita

Guia do Episódio de Cuidado

Avaliação e Acompanhamento Pessoas Trans Adultas

I - ASSISTENCIAL

1. IDENTIFICAÇÃO (ITENS ESPECÍFICOS NECESSÁRIOS)

- Nome Social;
- Nome de Registro;
- Sexo atribuído ao nascimento;
- Gênero com o qual se identifica.

2. ANAMNESE

Dados pessoais relevantes:

- Idade em que reconheceu sua identidade de gênero;
- Idade do início da atividade sexual;
- Descrição da atividade sexual atual;
- Orientação sexual atual;
- Acolhimento da família para identidade de gênero;
- Companheiro/a atual;
- Filhos? Se sim – Biológico ou Adotivo
- Se biológico – Concebido antes ou após a transição de gênero;
- Papel junto aos filhos;
- Tempo de vivência no gênero desejado/Expectativa em relação às mudanças.

História Clínica pregressa relevantes:

- Uso prévio de hormônios? Se sim, quais e em qual dose? Data de início e término;
- Uso atual de hormônios? Se sim, quais e em qual dose? Data de início;
- Descrição de ciclos menstruais (em caso de homens trans);
- Desenvolvimento de pilificação pré-hormonização?.

Antecedentes pessoais e familiares de patologias. Especial atenção para:

- **Homens trans:** hepatopatia, dislipidemia, diabetes, doença cardiovascular pregressa, doenças psiquiátricas, policitemia primária ou secundária, etilismo, uso de drogas ilícitas ou medicações não prescritas para distúrbios psiquiátricos ou sono;
- **Mulheres trans:** coagulopatias (histórico de TEV), hepatopatia, doença cardiovascular pregressa, doenças psiquiátricas, histórico de neoplasias (em especial mama, próstata), tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas ou medicações não prescritas para distúrbios psiquiátricos ou sono.

3. EXAME FÍSICO INICIAL

- Medida de Altura e Peso;
- Distribuição da pilificação corporal: pelos faciais? Pelos torácicos e abdominais? Pelos pubianos (classificação de Tanner);
- Avaliação de Mamas (classificação de Tanner) e avaliar presença de galactorréia (mulheres trans);
- Avaliação de pênis/clitóris: medida em cm + avaliar presença de fimose (mulheres trans – se tiver desejo cirúrgico, quando se sentir confortável);
- Avaliação testículos (mulheres trans) - localização, consistência e medidas em cm ou cm3 – se tiver desejo cirúrgico, quando se sentir confortável);.

4. MULHER TRANS

- Exames Laboratoriais e Seguimento

Exames iniciais pré hormonização

- LH, FSH, Estradiol e Testosterona total;
- Prolactina;
- Hemograma completo;
- TGO, TGP, FALC, GGT;
- Glicemia de jejum e colesterol total e frações/triglicérides;
- Sorologias para HIV, Hepatite C e sífilis (de acordo com exposição sexual de risco);
- Sorologia para Hepatite A e B.

* Contraindicações relativas (nenhuma contraindicação é absoluta):

- Descompensações de doenças de base (especialmente doença cardiovasculares, metabólicas e hepáticas);
- Histórico de TEV;
- Doença psiquiátrica descompensada ou
- Dependência Química;
- Antecedente pessoal ou atividade de Ca de mama;
- Tumor hipofisário ativo sem controle atual.

Avaliação Clínica:

- Avaliar libido, sintomas de depressão (PhQ9);
- Avaliação de peso, altura, Pressão arterial;
- Redução de pelos faciais e corporais (haste peniana);
- Redistribuição de gordura corporal (medida de circ. abdominal e quadril);
- Atrofia testicular;
- Mama (estadiamento - Tanner) e expressão mamária (galactorreia);

Avaliação Laboratorial:

- FSH, LH, Estradiol, Testosterona (alvo para o sexo feminino) e Prolactina - com pesquisa de macroprolactina (se galactorreia);
- Hemograma;
- Glicemia de jejum e Hb glicada (se DM2 ou pré-DM).

Reavaliação com especialista s/n ou compensação clínica

SIM

Contraindicações relativas*?

NÃO

Condição resolvida

Início da hormonização (idealmente):

Agente anti-androgênico:

Acetato de Ciproterona (12,5-50mg/dia) ou Espirolactona (25-200mg/dia);

Estrógeno:

1a linha: Estradiol transdérmico (gel : 1-2mg/dia, adesivo:50-100mg/dia);

2a linha: Valerato de Estradiol 2mg/dia.

1º ano

Avaliação 3 em 3 meses

A partir do 2º ano

Avaliação 6 em 6 meses

Ajustes

Considerar ajustes de acordo com mudanças corporais (vide tabela) - diminuição ou elevação de dose de estrógeno. (**considerar atenção se doses >4mg**)

Mudanças Corporais Esperadas

Modificação	Início das mudanças	Máximo
Redistribuição de gordura corporal	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição de massa muscular e força	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Diminuição de libido e ereção	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Crescimento de mama	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição de volume testicular	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição de pelos terminais	6 a 12 meses	>3 anos

5. HOMEM TRANS

- Exames Laboratoriais e Seguimento

Exames iniciais pré hormonização

- LH, FSH, Estradiol, Progesterona e Testosterona total;
- Hemograma completo;
- TGO, TGP, FALC, GGT;
- Glicemia de jejum e colesterol total e frações/triglicérides;
- Sorologias para HIV, Hepatite C e sífilis (de acordo com exposição sexual de risco);
- Sorologia para Hepatite A e B.

* Contraindicações relativas (nenhuma contraindicação é absoluta):

- Descompensações de doenças de base (especialmente doença cardiovasculares, metabólicas e hepáticas);
- Histórico de TEV;
- Doenças linfoproliferativas (ex: policitemias);
- Doença psiquiátrica descompensada ou
- Dependência Química;
- Antecedente pessoal ou atividade de Ca de mama e doenças do endométrio.

Avaliação Clínica:

- Avaliar libido;
- Avaliação de peso, altura, Pressão arterial;
- Redução de pelos faciais e corporais (padrão masculino);
- Aumento de massa muscular (considerar bioimpedância e desintometria de corpo inteiro);
- Atrofia mamária;
- Avaliar clitoromegalia +atrofia vaginal.

Avaliação Laboratorial:

- FSH, LH, Estradiol, Testosterona (alvo para idade/sexo masculino);
- Potássio;
- Hemograma;
- TGO/TGP;
- Glicemia de jejum (todos) e Hb glicada (se DM2 ou pré-DM);
- Colesterol total e frações.

Reavaliação com especialista s/n ou compensação clínica

Condição resolvida

Contraindicações relativas*?

Início da hormonização (idealmente):

- Testosterona*:

Dose inicial: Deposteron 200mg/IM a cada 21 dias por 6 meses **OU** Undecilato de Testosterona 250mg/ml - 1amp IM a cada mês por 3 meses

Dose de Manutenção: Deposteron 200mg/IM a cada 15 dias (de acordo com nível de Testosterona antes da próxima aplicação) **OU** Undecilato de Testosterona 250mg/ml - 1amp IM a cada 3 meses **OU** Testosterona em gel 100mg/tópico/dia

1ºano

Avaliação 3 em 3 meses

A partir do 2ºano

Avaliação 6 em 6 meses

Ajustes

Considerar ajustes de dose de acordo com níveis séricos de testosterona (sexo masculino) + níveis de Hematócrito (se > 53-55%)

Observação : Atenção, se doses inferiores a 15 dias

Mudanças Corporais Esperadas

Modificação	Início das mudanças	Máximo
Acne/oleosidade	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Crescimento de pilificação facial e corpórea	6 a 12 meses	4 a 5 anos
Aumento de massa muscular e força	6 a 12 meses	2 a 5 anos
Redistribuição de gordura	1 a 6 meses	2 a 5 anos
Aumento de clitóris/Atrofia vaginal	1 a 6 meses	1 a 2 anos
Cessação de menstruação	1 a 6 meses	*

6. RASTREAMENTOS ADICIONAIS

MULHER TRANS

- Avaliação urológica (incluindo próstata) > 50 anos;
- Mamografia/USG de mamas - de acordo com protocolo de rastreamento usual.

Densitometria óssea no 1º ano (todos) + seguimento mínimo a cada 2 anos para:

- T ou Z <2,5 na DO inicial (comparado ao sexo feminino);
- > 60 anos se orquiectomia ou se >5 anos sem tratamento com estrógeno.

HOMEM TRANS

- Colpocitológica oncolítica + HPV (se relação sexual vaginal) – de acordo com protocolo de rastreamento usual;
- Mamografia/USG de mamas de acordo com protocolo de rastreamento usual (se não realizou mastoplastia).

Densitometria óssea no 1º ano (todos) + seguimento mínimo a cada 2 anos para:

- OP instalada;
- > 65 anos e >5 anos sem tratamento com testosterona.

II. GLOSSÁRIO

LH: Hormônio luteinizante
FSH: Hormônio folículo-estimulante
TGO: transaminase oxalacética
TGP: transaminase pirúvica
FALC: fosfatase alcalina
GGT: gama glutamyl transferase
OP: Osteoporose
DO: Densitometria óssea

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Revisão Periódico

IV. Referências Bibliográficas

- [1] HEMBREE WC ET AL. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102(11): 3869-3903.
- [2] CENTER OF EXCELLENCE FOR TRANSGENDER HEALTH. *Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*, 2nd ed. Department of Family & Community Medicine, University of California, San Francisco, Madeline B. Deutsch ed.
- [3] Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica Inclusiva: cuidado de pacientes transgênero. SBEM, CBR, SBPC-ML, 2019.
- [4] WPATH – World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health.* 2022; 23(Suppl 1): S1-S259.

Código Documento: CPTW222.3	Elaborador: Gustavo Daher Elaine Frade Costa Andrea Hercowitz	Revisor: Henrique Cecotti Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andréa Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 28/01/2021 Data de revisão: 14/04/2025	Data de Aprovação: 12/05/2025
---------------------------------------	---	--	--	---	---