

RESOLUÇÃO CIB Nº 036/2025 DE 24 DE MARÇO DE 2025.

Dispõe sobre aprovação da NOTA TÉCNICA Nº 01/2025 - CGPEQS/CLGBT/DAPS/SEAPS/SEAESP/SES/AM que informa sobre o fluxo de atendimento no Processo Transexualizador.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS - CIB/AM, na sua 365ª (trecentésima sexagésima quinta), 296ª (ducentésima nonagésima sexta) Reunião Ordinária, realizada no dia 24/03/2025 e;

Considerando a Portaria nº 1.820/2009 – Define os direitos dos usuários da saúde e proíbe discriminação;

Considerando a Portaria nº 2.836/2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

Considerando a Portaria nº 2.803/2013 – Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS;

Considerando o Decreto nº 8.727/2016 – Regulamenta o uso do nome social e reconhecimento da identidade de gênero;

Considerando a Resolução CES/AM nº 016/2018 – Institucionaliza o Ambulatório de Saúde Integral e Diversidade de Gênero na Policlínica Codajás;

Considerando a Portaria nº 239/2021 – Estabelece a Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+ no Amazonas;

Considerando a Lei nº 4.946/2019 – Regulamenta o uso do nome social em órgãos públicos no Amazonas;

Considerando que a Nota Técnica estabelece um fluxo regulado, garantindo que os usuários sejam atendidos inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), encaminhados para avaliação especializada e, quando necessário, tenham acesso a hormonioterapia, acompanhamento multiprofissional e procedimentos cirúrgicos;

Considerando o fluxo de atendimento estabelecido pela Nota Técnica contempla:

- Pessoas trans e travestis – Usuários que necessitam de acompanhamento clínico, hormonioterapia e suporte multiprofissional.
- Pessoas intersexo – Indivíduos cujas características sexuais inatas não seguem o padrão binário, garantindo atendimento especializado.
- Pessoas não binárias – Indivíduos que não se identificam exclusivamente como homem ou mulher, mas necessitam de cuidados específicos.
- Adolescentes e jovens em processo de afirmação de gênero – Com acesso a suporte psicológico e assistência especializada.

Considerando o Processo nº 01.01.017101.005393/2025-21, que dispõe sobre aprovação da NOTA TÉCNICA Nº 01/2025 - CGPEQS/CLGBT/DAPS/SEAPS/SEAESP/SES/AM que informa sobre o fluxo de atendimento no Processo Transexualizador;

Considerando o Parecer favorável da Sra. Suziële da Costa Souza Lima - DERAC/CR/SES-AM, tendo em vista que a proposta está alinhada às diretrizes do SUS e





às políticas públicas de equidade em saúde, o fluxo de atendimento qualifica os serviços já existentes e promove a ampliação do acesso e que a SES-AM possui capacidade técnica e estrutura operacional para viabilizar a implementação do documento.

RESOLVE:

CONSENSUAR pela aprovação da NOTA TÉCNICA N° 01/2025 - CGPEQS/CLGBT/DAPS/SEAPS/SEAESP/SES/AM que informa sobre o fluxo de atendimento no Processo Transsexualizador.

Observação: Recomenda-se que, em conformidade com a Portaria nº 813/2024 SEAPS/GAB/SES-AM, de 27 de setembro de 2024 (DOE, 30 de setembro de 2024), que designa os novos membros para representação do Comitê Técnico Interinstitucional de Saúde Integral LGBTI+ do Estado do Amazonas, sejam incluídos, além das funções já previstas, as atividades de monitoramento e avaliação, com o objetivo de garantir o cumprimento das diretrizes e identificação de oportunidades de aprimoramento contínuo do serviço.

Esta Resolução será publicada no Diário Oficial do Estado do Amazonas sem seus anexos, os quais poderão ser consultados no site www.saude.am.gov.br/cib/index.php.

A Coordenadora da CIB/AM e a Presidente do COSEMS/AM estão de comum acordo com a presente Resolução.

Maria Adriana Moreira
Presidente do
COSEMS/AM

Nayara de Oliveira Maksoud
Coordenadora da CIB/AM

HOMOLOGO as decisões contidas na Resolução CIB/AM N° 036/2025, datada de 24 de março de 2025, nos termos do Decreto de 19 de março de 2024.

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD
Secretária de Estado de Saúde



NOTA TÉCNICA Nº01/2025 - CGPEQS/CLGBT/DAPS/SEAPS/SEAESP/SES/AM		ASSUNTO: Nota Técnica do fluxo de atendimento no Processo Transexualizador.
Data: 11/02/2025		OBJETIVO: Informar sobre o encaminhamento de usuários da Atenção Primária à Saúde ao atendimento especializado no Processo Transexualizador.
Local: Manaus – AM		
A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, por meio da Área Técnica da Saúde LGBTI+, apresenta a Nota Técnica para o Cuidado Integral à Saúde de pessoas trans, travestis, intersexo ou com vivência de variabilidade de gênero a ser implantado no Estado do Amazonas. A Nota Técnica está de acordo com a legislação vigente, que preconiza uma linha de cuidado integral, alinhada a uma assistência humanizada e acolhedora, combatendo os preconceitos e estigmas sofridos pelas pessoas trans, travestis, intersexo ou com variabilidade de gênero. Nesta perspectiva, as orientações descritas a seguir visam ofertar uma linha de cuidado condizente à realidade amazônica, nas diversas densidades tecnológicas, sobretudo, no empoderamento técnico do profissional do Sistema Único de Saúde – SUS ao prestar assistência, bem como possibilitar o fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional assistente, seja ao romper paradigmas, como no compromisso ético. Este documento, redigido pela Coordenação Estadual de Saúde LGBTI+ do Estado do Amazonas e avaliado por membros do Comitê Técnico Interinstitucional de Saúde Integral de Pessoas LGBTI+, pela Dra. Coordenadora do Ambulatório de Sexualidade e Gêneros do PAM Codajás, e por muitas pessoas colaboradoras, é publicado pela Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas – SES/AM, com a finalidade de oferecer apoio didático e técnico a profissionais de saúde que oferecem cuidados às pessoas trans, travestis, intersexo ou com vivências de variabilidade de gênero nos serviços de saúde do Amazonas. Além do foco neste recorte populacional, esta Nota Técnica também aborda conceitualmente, em seus primeiros capítulos, questões gerais de travestis, mulheres transexuais, homens trans e pessoas transmasculinas, demais pessoas “trans” e/ou com variabilidade de gênero, pessoas intersexo, e outras pessoas que não se encaixam no padrão endossexo-cis-heteronormativo.		



1. Considerando a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;
2. Considerando a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT);
3. Considerando a Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde;
4. Considerando o Decreto 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento de identidade de gênero e de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;
5. Considerando a Resolução CES/AM Nº 016, de 31 de julho de 2018, que dispõe sobre a institucionalização do Ambulatório de Saúde Integral e Diversidade e Gênero/Processo Transsexualizador na Policlínica Codajás e outros;
6. Considerando a Portaria nº 426/2019 GSUSAM, de 18 de junho de 2019 (DOE, 05 de agosto de 2019) que institui a Coordenação Estadual de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito da Rede Estadual de Saúde do Amazonas, tendo entre outros fins, implantar e implementar a política estadual de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;
7. Considerando a Lei nº 4.946, de 4 de outubro de 2019, que dispõe sobre a inclusão e o uso do nome social por pessoas travestis e transexuais nos órgãos e entidades da administração pública direta, indireta, autárquica e fundacional do Estado do Amazonas.
8. Considerando a Portaria nº 239, de 11 de maio de 2021, que instituiu a Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+, no Estado do Amazonas, com objetivo de promover saúde para esta população, livre de discriminação e preconceito institucional, reduzindo as desigualdades;
9. Considerando a Portaria nº 813/2024 SEAPS/GAB/SES-AM, de 27 de setembro de 2024 (DOE, 30 de setembro de 2024) que designa os novos membros para representação do Comitê Técnico Interinstitucional de Saúde Integral LGBTI+, do Estado do Amazonas;
10. Considerando que através dessa portaria foi instituído o Comitê Interinstitucional de Saúde LGBTI+ e que a mesma foi aprovada nesse Comitê.



11. OBJETIVOS

11.1. Preconizar o encaminhamento regulado do usuário da Atenção Primária à Saúde ao atendimento especializado em processo transexualizador.

11.2. Garantir atendimento e cuidados médicos especializado no processo transexualizador, realizando acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia para pessoas trans, travestis, intersexo ou com vivências de variabilidade de gênero.

11.3. Assegurar uma linha de cuidado integral, alinhada a uma assistência humanizada e acolhedora nas diversas densidades tecnológicas.

11.4. Prover a continuidade do atendimento inicial, ofertando acompanhamento de equipe multiprofissional no processo transexualizador.

12. PÚBLICO ALVO: Pessoas Trans, Travestis, Intersexo ou com Vivência de Variabilidade de Gênero de todas as faixas etárias

12.1 Mulheres trans/travestis: pessoas que tiveram o gênero “homem” atribuído ao nascimento, mas se reconhecem e reivindicam enquanto mulheres e/ou travestis.

12.2 Homens trans: pessoas que tiveram seu sexo declarado como feminino ao nascer, mas se reconhecem e reivindicam enquanto homens.

12.3 Pessoas não binárias: pessoas que não se percebem completamente como pertencendo a um dos gêneros binários mulher e homem.

12.4 Pessoas Intersexo: pessoas com características corporais relacionadas a gênero (genitália, órgãos reprodutivos, cromossomos sexuais, transformações puberais) não seguem necessariamente a linearidade típica observada nas pessoas **endossexo***.

Pessoas Endossexo* ou Diádica: pessoas cujas características sexuais inatas se encaixam em ideias



médicas típicas ou sociais normativas para corpos femininos ou masculinos.

13. CONSULTA DE ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Profissionais da categoria médica, enfermeiros (as) e equipe multiprofissional.

13.1 O usuário que desejar iniciar o processo transexualizador deverá ter sua guia de encaminhamento para o serviço especializado em consulta de acolhimento no processo transexualizador, que deverá ser agendado via Sistema de Regulação – SISREG.

14. PARA ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO PAM CODAJÁS

- **Guia de encaminhamento:** preenchimento realizado pelo profissional da categoria médica de diversas áreas e especialidades médicas e profissionais enfermeiro, com CID, agendamento para Consulta de Acolhimento no Processo Transexualizador.

15. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID

Trata-se de uma lista de códigos alfanuméricos que padroniza a nomenclatura de doenças e outros problemas de saúde. É atualizada periodicamente, e atualmente encontra-se na sua décima primeira edição (CID-11), que entrou em vigor globalmente em 1º de janeiro de 2022. No entanto, entrará em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2025. Houve uma revisão significativa na CID-11 com relação à transexualidade, que foi retirada do capítulo de “distúrbio mental”, passando para o capítulo “condições relacionadas à saúde sexual”, sendo classificada como “*incongruência de gênero*”.



TABELA DAS PROVÁVEIS CIDS:

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID			
CID-10 Transtornos da identidade sexual - Cap. V		CID-11 Condições relacionadas à saúde sexual - Cap. 17	
F640	Transexualismo	HA60	Incongruência de gênero em adolescentes ou adultos
F641	Travestismo bivalente	HA61	Incongruência de gênero na infância
F642	Transtorno de identidade sexual na infância	HA6Z	Incongruência de gênero não especificada
F648	Outros transtornos da identidade sexual	XX45B7	Intersexo
F649	Transtorno não especificado da identidade sexual		
Q56	Sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo		

16. PRIORIDADE PARA A REGULAÇÃO: Casos de pessoas intersexo capital e interior, crianças e situação de disforias.

17. PRAZO DE ESPERA: 30 dias.

18. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: eletivo.

19. CONSULTA DE ACOLHIMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SERVIÇO ESPECIALIZADO – No serviço especializado o usuário será acolhido e encaminhado de acordo com o fluxo interno do Ambulatório de Diversidade Sexual e Gêneros da Policlínica Codajás.

19.1 Serviço de enfermagem: responsável pelo acolhimento, avaliação inicial, abertura de prontuário, início do fluxo e agendamento interno;

19.2 Serviço social: responsável pelo acolhimento, entrevista social, orientação sobre os direitos dos usuários no SUS, orientação sobre **Nome Social*** no Cartão Nacional do SUS (CNS), orientações sobre o fluxo interno e encaminhamentos;

19.3 Serviço de psicologia: responsável pelo atendimento psicológico, escuta especializada, assinatura do termo de acompanhamento;

19.4 Serviço médico: responsável pela avaliação, anamnese, solicitação e avaliação de exames, hormonioterapia e acompanhamento.



Nome Social*: nome social é o nome pelo qual uma pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada, em vez do nome registrado em cartório. Ele é utilizado quando o nome civil não reflete a identidade de gênero da pessoa. O nome social é um direito assegurado por lei, com a mesma proteção concedida ao nome de registro.

20. EXAME FÍSICO: Na anamnese e no exame físico devem ser investigadas as questões gerais e também as relacionadas à transgeneridade/travestilidade e intersexualidade, porém, somente caso a pessoa tenha interesse e manifeste consentimento nessa abordagem.

21. EXAMES COMPLEMENTARES: Habitualmente realiza-se exames laboratoriais hormonais e de funcionamento hepático e renal, contudo, respeitando a individualidade de cada caso e avaliação clínica.

22. CONTRA-REFERÊNCIA: dependendo da avaliação especializada, poderá ser encaminhado para acompanhamento ambulatorial nas unidades de atenção básica.

23. IDADE PARA INÍCIO DA HORMONIOTERAPIA: 18 ANOS

23.1 OBJETIVOS DA HORMONIZAÇÃO:

Os principais motivos da hormonização são desenvolver os caracteres sexuais secundários dentro da identidade de gênero e amenizar ou suprimir as características sexuais relacionadas ao corpo de nascimento. Porém, é fundamental lembrar que nem toda pessoa transgênero deseja hormonização. Pessoas transexuais e travestis que desejam modificações corporais por meio de hormonização devem ser encaminhadas ao serviço especializado.

É importante ressaltar que algumas pessoas trans acabam se automedicando com hormônios por vários motivos, incluindo medo de rejeição por profissionais de saúde, atrasos no início da hormonização e custo do tratamento. Os riscos da automedicação, o longo tempo de espera para acesso a especialistas focais e o entendimento do papel da atenção primária no cuidado integral e longitudinal dos indivíduos são fatores importantes a serem considerados durante o processo de acolhimento.

24. LIBERAÇÃO DE HORMÔNIOS: deverá ser realizado o cadastro na farmácia do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) da Policlínica Codajás, sendo necessário:**

- Cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do comprovante de residência no nome do paciente ou responsável ou declaração de residência
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (SUS)
- Prescrição médica devidamente preenchida contendo: nome do usuário, CID, dosagem, CPF, CRM



e assinatura do prescritor

- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade 3 meses)
- Não exceda a quantidade de (5) ampolas, ou o equivalente a 90 dias de hormonização

25. HORMÔNIOS LIBERADOS PELO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF

- Estriol – Creme vaginal 1mg/g: utilizado na atrofia genital que ocorre nos homens trans.
- Medroxiprogesterona, Acetato – Solução Injetável 150mg/ML: utilizado no bloqueio ovulatório e atrofia endometrial inibindo a menstruação nos homens trans.
- Norestirona, Enantato + Estradiol, Valerato – Solução injetável (50 + 5) mg/ML: utilizado nas mulheres trans para o estímulo estrogênico para configuração corporal feminina.
- Estradiol – comprimido 1 a 6 mg: utilizado nas mulheres trans e travestis para configuração corporal feminina.
- Espironolactona – Comprimido 100mg: utilizado como bloqueador antiandrogênico inibindo a testosterona.
- Finasterida – Comprimido 5mg: utilizado como bloqueador antiandrogênico usado em mulheres transexuais, travestis e intersexo.
- Undecilato/Undecanoato de Testosterona – Solução Injetável 250mg/ML, ampola 4 ml: utilizado nos homens trans para o estímulo androgênico para configuração corporal masculina.
- Cipionato de Testosterona – Solução injetável 200 mg, ampola 2 ml: utilizado nos homens trans para configuração corporal masculina.

26. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

- Acompanhamento no processo transexualizador por no mínimo dois (2) anos.
- Ter idade a partir de 21 anos.
- Ter desejo de realizar o procedimento.

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

27. ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE MUDANÇAS CORPORAIS: conforme portaria do processo transexualizador vigente (Portaria 2803 de 19 de novembro de 2013), toda pessoa que desejar realizar procedimento cirúrgico deve ser orientada a abrir processo para Tratamento Fora de Domicílio – TFD. O profissional médico que realiza o acompanhamento, deverá preencher o Laudo de Encaminhamento para cirurgia, sendo esse documento entregue ao paciente para que o mesmo se dirija ao Complexo Regulador no setor de TFD, para realização do cadastro no sistema.

28. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

- **Formulário para preenchimento do TFD:** preenchimento realizado no site do Complexo Regulador por meio do link http://ses.saude.am.gov.br/tfdam/tfdam_laudo.php, por profissional do ambulatório de diversidade sexual e gêneros com dados da unidade solicitante, médico solicitante, dados do usuário e do acompanhante;
- **Formalização no Complexo Regulador:** a pessoa interessada deverá dirigir-se ao Complexo Regulador, munido do laudo emitido no ambulatório e demais documentos para proceder a formalização da solicitação do TFD.

29. CÓDIGO DE PROCEDIMENTO NAS ETAPAS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

- 03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário (a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório;
- 03.03.03.009-7 - Tratamento hormonal no processo transexualizador;
- 03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador;
- 03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário (a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.

30. CÓDIGO DE PROCEDIMENTO DAS CIRURGIAS

- 04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino;
- 04.04.01.056-3 – Tireoplastia;
- 04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador



- 04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador;
- 04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual;
- 04.10.01.020-0 - Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador.

31. AGENDA INTERNA DO AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNEROS: o agendamento das consultas de segmento dentro da Policlínica Codajás serão geridas pela própria unidade.

32. HOSPITAIS HABILITADOS NA MODALIDADE DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR POR ESTADO:

- Hospital Jean Bitar – Belém
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiás
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Pernambuco
- Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Rio Grande do Sul
- Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. – Rio Grande do Sul
- Hospital das Clínicas de São Paulo – São Paulo
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Juíz de Fora – Minas Gerais
- Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos – Bahia

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**



QUADRO 1. Estrógenos utilizados para hormonização de travestis, mulheres trans e pessoas transfemininas

Estrógeno	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
Valerato de estradiol injetável (10mg/mL)	10 mg a cada 4, 2 ou 1 semanas, IM	20 mg a cada 4 semanas (sem andrógeno)	Não disponível no SUS	Difícilmente disponível comercialmente de forma isolada, porém é possível obter por manipulação farmacêutica. Era comercializado nos EUA e Europa. Está disponível em associação com enantato de norestirona (Mesigyna*), porém não é habitualmente recomendado pelo possível risco cardiovascular do progestágeno sintético em associação com o estrógeno nessa formulação, embora haja experiências de uso. Nome comercial: indisponível
Enantato de estradiol injetável (10mg/mL)	10 mg a cada 4 ou 2 semanas, IM	10 mg a cada 2 semanas	Não disponível no SUS	Difícilmente disponível comercialmente de forma isolada, porém é possível obter por manipulação farmacêutica. Disponível e muito comercializado no Brasil e América Latina em associação com progestágeno (acetato de dhidrogesterona ou algestona acetofenida 150 mg). Estrógenos injetáveis tendem a gerar picos séricos, com oscilação da sensação de energia e dos possíveis riscos de complicações como TVP. Nome comercial: Perlutan, Pregnanol, Preg-Less, Uno-Ciclo e Daiva
Adesivo de estradiol hemi-hidratado	25, 50, 100 ou 200 mcg a cada 3 a 4 dias, tópico	50 mcg duas vezes por semana	Não disponível no SUS	Nome comercial: Estradiol
17β Estradiol (ou Estradiol bioidêntico)	1 a 6 mg ao dia, VO	4 mg (sem antiandrógeno) 2 a 4 mg (com uso concomitante de antiandrógeno)	Não disponível no SUS	Apesar de documentos de farmacovigilância descreverem dose máxima de 10mg/dia, os efeitos adversos são dose-dependentes e, até o momento, não há relatos da necessidade de prescrição acima de 6 mg/dia pelos ambulatorios já existentes. Dose diária preferencialmente dividida em 2 tomadas diárias, se maior do que 2mg ao dia. Nome comercial: Natifa, Primogyna, Ciocloprimogyna (metade da cartela) entre outros.





Valerato de estradiol	1 a 6 mg ao dia, VO	4 mg (sem antiandrógeno) 2 a 4 mg (com uso concomitante de antiandrógeno)	Disponível no CEAF da Policlínica Codajás	Apesar de documentos de farmacovigilância descreverem dose máxima de 10mg/dia, os efeitos adversos são dose-dependentes e, até o momento, não há relatos da necessidade de prescrição acima de 6 mg/dia pelos ambulatorios já existentes. Dose diária preferencialmente dividida em 2 tomadas diárias, se maior do que 2mg ao dia. Nome comercial: Natifa, Primogyna, Ciocloprimogyna (metade da cartela) entre outros.
Estradiol hemi-hidratado em gel (0,6 mg/g)	1 a 2 doses (régua) de 1,5 mg ao dia, uso tópico 2 a 4 doses (pumps) de 0,75 mg ao dia, uso tópico 3 a 6 doses (bomba dosadora) de 0,5 mg ao dia, uso tópico	2 doses (régua) 4 doses (pumps)	Não disponível no SUS	Aplicada em coxa, abdome ou região limbar sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes do contato de tecidos ou outros materiais com a pele. O gel é apresentado em tubo de alumínio com régua ou válvula que libera doses por pressão (pumps). Cada medida de régua do Oestrogel libera 2,5 g do gel, contendo 1,5 mg de estradiol. A válvula dosadora por pressão libera 1,25 g do gel, o que equivale a 0,75 mg de estradiol hemi-hidratado. Uma medida da régua dosadora equivale a duas pressões (pumps) do tubo com válvula dosadora. Nome comercial: Oestrogel, Estreva, Estrell Gel
17β-estradiol em gel (0,5 ou 1 mg/sachê)	0,5 a 2mg ao dia, uso tópico	1 mg ao dia	Não disponível no SUS	Aplicada em coxa, abdome ou região lombar sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes do contato de tecidos ou outros materiais com a pele. Nome comercial: Sandrena

FONTE: Protocolo para pessoas trans, travestis ou com variabilidade de gênero, São Paulo, 2023.

NOTA:

A. A hormonização cruzada com enantato de estradiol 10 mg + algestona acetônida 150 mg IM parece muito segura e efetiva para feminização e antiandronização de pessoas transfeminas, usada por 82,6% dessa população no Brasil. Essa associação de estrógeno com progestágeno foi muito usada como anticoncepcional injetável na Europa entre as décadas de 1970 e 2010, mas foi descontinuada por falha em mulheres cisgênero ainda que fosse clinicamente segura.

(Fonte: Protocolo para pessoas trans, travestis ou com variabilidade de gênero, São Paulo, 2023.)





QUADRO 2. Exames complementares para travestis, mulheres trans e pessoas transfemininas em hormonização.

Exame	Antes do início	1º Mês	3º mês	6º Mês	Anualmente	Rastreamentos
Hemograma	considerar			considerar	considerar	
Glicemia	considerar				considerar	
Colesterol total e frações	considerar				considerar	
Potássio (K+) A	considerar	considerar	considerar	considerar	considerar	
Creatinina A	considerar				considerar	
TGO/AST e TGP/ALT	x		considerar	x	x	
Testosterona total e livre	x		considerar	considerar	considerar	
Estradiol c	x		considerar	considerar	considerar	
Prolactina D	x			considerar	considerar	
LHE e FSH	considerar				considerar	
Hepatites A,B e C						ofertar
HIV e Sífilis						ofertar
Mamografia						ofertar
USG Prostata						> 40 anos
PSA Total e Livre						> 40 anos

FONTE: Protocolo para pessoas trans, travestis ou com variabilidade de gênero, São Paulo, 2023.





QUADRO 3. Andrógenos utilizados na hormonização para homens trans e pessoas transmasculinas

Formulação de Testosterona	Posologia	Dose habitual	Disponibilidade no SUS	Observações
Undecanato ou Undecilato de Testosterona (250mg/mL)	500mg a 1000 mg (meia ampola ou uma ampola de 4 mL) a cada 120 a 90 dias, IM	1000 mg (1 ampola) a cada 90 dias ^B	Disponível no CEAF da Policlínica Codajás	É hormônio de depósito quando aplicado adequadamente, gera poucas oscilações de humor por manter nível sérico relativamente estável. Pode não ser boa estratégia inicial para pessoas que temam ou não ter efeitos duradouros da testosterona, pois uma aplicação dura pelo menos 3 meses Nome comercial: Nebido e Homus (excipiente: óleo de ricino)
Cipionato de testosterona (100 mg/mL)	200 mg (1 ampola de 2 mL) a cada 28 a 14 dias, IM	200 mg (1 ampola) a cada 14 dias ou 21 dias ^C	Não disponível no SUS	A aplicação garante pouco depósito e tende a oferecer picos séricos, os quais têm queda rápida mas podem atingir níveis suprafisiológicos individuais com aromatização. Portanto, pode gerar rápidas alterações de humor e de efeitos corporais como acne, embora possa ser mais adequado para pessoas que queiram uma aplicação de curta duração. Nome comercial: Deposteron (excipiente: óleo de amendoim)
Decanoato + Fempropionato + Propionato + Isocaproato de testosterona (250mg/mL)	250 mg (1 ampola de 1 mL) a cada 28 a 14 dias, IM	250 mg (1 ampola) a cada 21 dias ^C	Não disponível no SUS	Tende a gerar pico hormonal, assim como o cipionato de testosterona. Não há estudos de qualidade sobre a segurança de seu uso, por isso é menos recomendada embora seja amplamente utilizada com obtenção de transformações corporais semelhante ao cipionato de testosterona. Nome comercial: Durateston (excipiente: óleo de amendoim)
Testosterona em gel (a 1% ou 5%)	25 100 mg (2,5 g a 10 g = metade a dois sachês de 5g da formulação a 1%) ao dia, via tópica	50 mg (1 sachê de 5 g da formulação a 1%) ao dia	Não disponível no SUS	Aplicação em abdome ou braços sobre a pele limpa e seca. Aguarda-se secar antes da pele ter contato com pessoas, tecidos ou outros materiais. Gera níveis séricos mais estáveis, quando a aplicação é regular. Nome comercial: AndroGel

FONTE: Protocolo para pessoas trans, travestis ou com variabilidade de gênero, São Paulo, 2023.



QUADRO 4. Exames complementares para homens trans e pessoas transmasculinas em hormonização

Exame	Antes do início	3º mês	6º Mês	Anualmente	Rastreamentos
Hemograma A	x		X	x	
Glicemia/HbA1C	considerar			considerar	
Colesterol total e frações	considerar			considerar	
TGO/AST e TGP/ALT	x	considerar	X	x	
Testosterona total A e livre	x	considerar	X	x	
Estradiol	x	considerar	considerar	considerar	
Hepatites B e C					ofertar
HIV e Sífilis					ofertar
Papanicolau c					ofertar
Mamografia D					ofertar
Beta HCG E	considerar				ofertar
LHF e FSH	considerar			considerar	

- A. O valor de referência é o mesmo que o esperado para homens cisgênero, se a pessoa estiver em amenorreia, ou o mesmo esperado para mulheres cisgênero, se houver menstruações regulares. O hematócrito não deve ser maior que 50%.
- B. A período da coleta de testosterona deve ser observado, como descrito no quadro seguinte.
- C. O rastreamento de câncer de colo uterino é indicado a pessoas com colo uterino, com mais de 25 anos de idade e que tenha vivenciado qualquer tipo de penetração vaginal na vida (leia em rastreamentos).
- D. Considerar mamografia se a pessoa não tiver tecido glandular mamário desenvolvido e se não tiver realizado mamoplastia com mastectomia total bilateral.
- E. Considerar realizar Beta-HCG, de acordo com práticas sexuais
- F. Caso tenha sido realizada gonadectomia (ooforectomia), o monitoramento do LH oferece parâmetro sobre a suficiência da testosterona ofertada para a manutenção da massa óssea.



REFERÊNCIAS

1. ALEAM. Poder Legislativo. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. Lei nº 4.946, de 4 de outubro de 2019, que dispõe sobre a inclusão e o uso do nome social por pessoas travestis e transexuais nos órgãos e entidades da administração pública direta, indireta, autárquica e fundacional do Estado do Amazonas.
2. ALEAM. Poder Legislativo. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. Portaria nº 239, de 11 de maio de 2021, que instituiu a Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+, no Estado do Amazonas, com objetivo de promover saúde para esta população, livre de discriminação e preconceito institucional, reduzindo as desigualdades.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde.
5. BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde no parágrafo único do art. 4º, “o princípio da não discriminação na rede de serviços de saúde”.
6. BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Decreto 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento de identidade de gênero e de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;
7. CIASCA, SV; Hercowitz A; Lopes Junior A; organizadores. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo: Manole; 2021. 569 p.



8. CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. SAFER JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. Solomon CG, organizador. N Engl J Med [Internet]. 19 de dezembro de 2019 [citado 4 de setembro de 2023];381(25):2451–60. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1903650>.
10. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo “Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo”, 2ª ed. Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP junho/2023.
11. Resolução CES/AM Nº 016, de 31 de julho de 2018, que dispõe sobre a aprovação do processo de nº 17101.016496/2018-35, que solicita a institucionalização do Ambulatório de Saúde Integral e Diversidade e Gênero/Processo Transexualizador no PAM Codajás e outros.

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD MORAES
Secretária de Estado de Saúde

SILVIO ROMANO BENJAMIN JÚNIOR
Secretário Executivo de Saúde

LAÍS MORAES FERREIRA
Secretária Executiva de Atenção Especializada e Políticas de Saúde

NARA NÚBIA VALENTE SANTANA ESQUIVEL
Secretária Executiva Adjunta de Políticas de Saúde

LILIANA LIMA MELO
Chefe de Departamento de Atenção Primária à Saúde

SILVIA PICAÑO DO NASCIMENTO
Coordenadora Geral de Promoção da Equidade em Saúde

ANTHONY MOREIRA
Coordenador Estadual de Saúde Integral LGBTI+

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

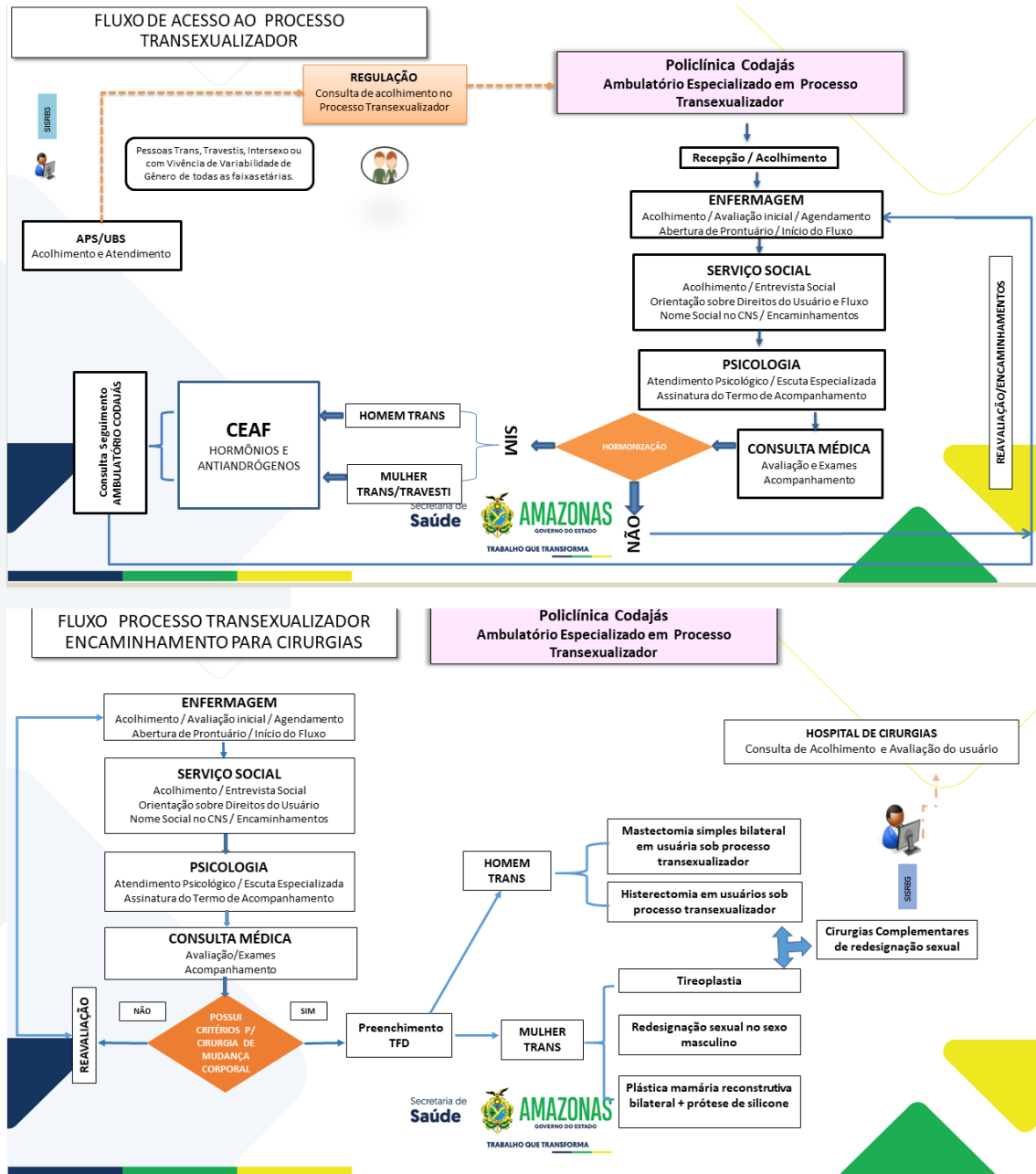
 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**



APÊNDICE A - FLUXO DE ACESSO AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR



FONTE: Coordenação Estadual de Saúde Integral LGBTI+, Amazonas, 2024





AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO B – PRIMEIRA CONSULTA MULHER TRANS

POLICLÍNICA CODAJÁS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNERO
ATENDIMENTO A MULHER TRANS

PRIMEIRA CONSULTA

Data ____/____/____ Prontuário ____
Nome Social ____
Data de Nascimento ____/____/____ Natural ____ Procedente ____
Endereço ____
Cidade ____ UF ____ Bairro ____ Telefone ____
Idade ____ ☐ < 15 ☐ 15 - 35 ☐ > 35
Escolaridade ☐ Nenhuma ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ Pós Graduação
Curso superior ____ Pós Graduação ____
Estado Civil/União ☐ Casada ☐ Solteira(sem união estável) ☐ Solteira (com união estável)
Outra ____
Cor/Raça ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática
Religião ☐ Praticante ☐ Não praticante Orientação sexual ____
Moradia Própria ☐ Alugada ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Alvenaria ☐ Madeira
Reside com ____
Renda Individual ____ Renda Familiar ____
Ocupação atual ____

Idade de início de não conformação com gênero ____ anos, Notou como? ____

Reação familiar em relação a não congruência: ____

Relações interpessoais: ____

Histórico de hormonização prévia: ____

Intervenções com silicone industrial em corpo ____
Histórico Atual: ____

ISDA: Cardiovascular: ____
Gastrointestinal: ____
Urinário: ____
Respiratório: ____
AF: Cardiovascular: ____ Endócrino/Metabólico ____
Câncer: ____
Outros: ____
AP: Clínicos: ____
Cirurgias: ____
IST: ____
PrEP: () Sim () Não PEP () Sim () Não
Uso de condon: () Nunca () Não () Raramente () Eventualmente () Sempre
Tabagismo ____ Etilismo ____
Drogas ilícitas ____
Medicações: ____
AS: 1ºCoito: ____ Nº parceirxs ____
Libido: ____ Orgasmos ____

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

Secretaria de
Saúde



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO C – PRIMEIRA CONSULTA HOMEM TRANS

POLICLINICA CODAJÁS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNERO
ATENDIMENTO AO HOMEM TRANS

PRIMEIRA CONSULTA

Data ____/____/____ Prontuário _____
Nome Social _____
Data de Nascimento ____/____/____ Natural _____ Procedente _____
Endereço _____
Cidade _____ UF _____ Bairro _____ Telefone _____
Idade _____ ☐ < 15 ☐ 15 - 35 ☐ > 35
Escolaridade ☐ Nenhuma ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ Pós Graduação
Curso Superior _____ Pós Graduação _____
Estado Civil/União ☐ Casada ☐ Solteira(sem união estável) ☐ Solteira (com união estável)
Outra _____
Cor/Raça ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática
Religião _____ ☐ Praticante ☐ Não praticante Orientação sexual _____
Moradia Própria ☐ Alugada ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Alvenaria ☐ Madeira
Reside com _____
Renda Individual _____ Renda Familiar: _____
Ocupação atual _____

Idade de início de não conformação com gênero: _____ anos; Notou como? _____

Reação familiar em relação a não congruência: _____

Relações interpessoais: _____

Histórico de hormonização prévia: _____

Histórico Atual: _____

ISDA: Cardiovascular: _____
Gastrointestinal: _____
Urinário: _____
Respiratório: _____

AF: Cardiovascular: _____ Endócrino/Metabólico _____
Câncer: _____
Outros: _____

AP: Clínicos: _____
Cirurgias: _____
Tabagismo: _____ Etilismo: _____
Drogas ilícitas: _____
Medicações: _____

AM: Menarca: _____ ciclos: _____ DUM: _____
Dismenorréia: _____ TPM: _____
Menopausa: natural () cirúrgica () medicamentosa ()

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

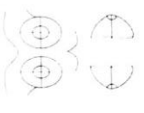
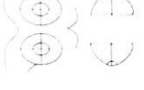
Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

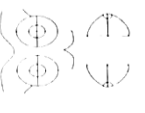
Secretaria de
Saúde



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

ANEXO D – ANOTAÇÕES

Exame Peso _____ PA _____ IMC _____ Ap. cardiovascular _____ Ap. respiratório _____ MMII _____ Circunferência Abdominal _____ Circunferência torax _____ Circunferência braço _____ Circunferência coxa _____ Abdomen _____		INSPEÇÃO GENTILIA:  Plênis _____ Bolsa escrotal _____ Região inguinal direita _____ Região inguinal esquerda _____	
MAMAS  Insp. Estática _____ Insp. Dinâmica _____ Palpação _____ Expressão _____ Avulsas _____		CONDUITA: _____ DIAGNÓSTICO: _____	
INFORMADO ACERCA DO TCLE PARA INICIAR PROCESSO TRANSEXUALIZADOR () Sim () Não ASSINOU TCLE () Sim () Não ORIENTADO A INICIAR PSICOTERAPIA () Sim () Não POSSUI DOCUMENTOS RETIFICADOS () Sim () Não COMO SOUBE ACERCA DO AMBULATÓRIO? _____			
Manaus, _____ de _____ de _____ _____ Assinatura e carimbo de médico responsável		Horário: _____	

AS TCLEs _____ Lado _____ N° parcerias _____ Orgânicos _____		AG Servidão vaginal _____ Cirurgia ginecológica _____ AO Não se aplica _____ P _____ A _____ PNL _____ PC _____ PF _____	
Exame Peso _____ PA _____ IMC _____ Ap. cardiovascular _____ Ap. respiratório _____ MMII _____ Circunferência Abdominal _____ Circunferência torax _____ Circunferência braço _____ Circunferência coxa _____ Abdomen _____		INSPEÇÃO GENTILIA:  Paramétricos _____ Rolo _____ OGE	
MAMAS  Insp. Estática _____ Insp. Dinâmica _____ Palpação _____ Expressão _____ Avulsas _____		ESPECULAR  Plicação _____ Labios _____ Clitoris _____ Uterio _____ G. Bartholin _____ Himen _____ Proctódia PVA _____ PVP _____ Perineo _____ Perda urina _____	
OGE: TOQUE  Vagina _____ Colo _____ Útero _____ Cont. vaginal _____ AN D _____ NA E _____		ESPECULAR  Vagina _____ Colo _____ Útero _____ Cont. vaginal _____	

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
 Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
 Manaus – AM
 CEP: 69060-000

Secretaria de
Saúde



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
 Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**



ANEXO 1E – CONTROLE LABORATORIAL MULHER TRANS

CONTROLE LABORATORIAL MULHER TRANS::

NOME SOCIAL: _____ PRONTUÁRIO: _____

CONTROLE LABORATORIAL:

EXAME	1 (/ /)	2 (/ /)	3 (/ /)	4 (/ /)	5 (/ /)	6 (/ /)	7 (/ /)
HEMOGRAMA	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:
GLICOSE							
C. TOTAL							
HDL							
LDL							
TRIGLICERIDEOS							
TGO							
TGP							
UREIA							
CREATININA							
TSH							
T4 LIVRE							
ESTRADIOL							
FSH							
LH							
TESTO T E L							
COAGULOGRAMA							
TAP/INR							
PSA (>35 ANOS)							
HBsAg							
ANTI-HCV							
ANTI-HIV 1 E 2							
VDRL							
EAS							
EPF							

ANEXO 2E – CONTROLE LABORATORIAL HOMEM TRANS

CONTROLE LABORATORIAL: HOMENS TRANS:

NOME SOCIAL: _____ PRONTUÁRIO: _____

CONTROLE LABORATORIAL:

EXAME	1 (/ /)	2 (/ /)	3 (/ /)	4 (/ /)	5 (/ /)	6 (/ /)	7 (/ /)
HEMOGRAMA	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:	Hb: /ht: /plq:
GLICOSE							
C. TOTAL							
HDL							
LDL							
TRIGLICERIDEOS							
TGO							
TGP							
UREIA							
CREATININA							
TSH							
T4 LIVRE							
ESTRADIOL							
FSH							
LH							
PROGESTERONA							
TESTO T E L							
HBsAg							
ANTI-HCV							
ANTI-HIV 1 E 2							
VDRL							
EAS							
EPF							
SWAB VAGINAL							
CCO							

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

Secretaria de
Saúde



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

ANEXO F – EXAMES DE IMAGEM

EXAMES DE IMAGEM MULHER TRANS:

NOME SOCIAL: _____ PRONTUÁRIO: _____

EXAMES DE IMAGEM:

ULTRASSONOGRÁFIAS	DATA	DATA	DATA	DATA
MAMAS	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:
TIROIDE COM DOPPLER	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.
ABDÔMEN TOTAL				
PELVICA				
MMII COM DOPPLER				
A. CAROTIDAS COM DOPPLER				

EXAMES	DATA	DATA	DATA	DATA
ELETROCARDIOGRAMA				
ECOCARDIOGRAMA				
RADIOGRAFIA TÓRAX				

EXAMES DE IMAGEM HOMENS TRANS:

NOME SOCIAL: _____ PRONTUÁRIO: _____

EXAMES DE IMAGEM:

ULTRASSONOGRÁFIAS	DATA	DATA	DATA	DATA
MAMAS	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:	MD: ME: BIRADS:
TIROIDE COM DOPPLER	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.	LD: LE: IST: VOL: CLAS.
ABDÔMEN TOTAL				
PELVICA	ÚTERO: OD: OE: END: CONC.	ÚTERO: OD: OE: END: CONC.	ÚTERO: OD: OE: END: CONC.	ÚTERO: OD: OE: END: CONC.

EXAMES	DATA	DATA	DATA	DATA
ELETROCARDIOGRAMA				
ECOCARDIOGRAMA				
RADIOGRAFIA TÓRAX				

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**



ANEXO G – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

MULHER TRANS:

NOME SOCIAL _____ PRONTUÁRIO: _____

ALTURA _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

CONSULTAS	PESO	IMC	PA	C.ABDOMEN	C. TORAX	C. BRAÇO	C. COXA
1 (/ /)							
2 (/ /)							
3 (/ /)							
4 (/ /)							
5 (/ /)							
6 (/ /)							
7 (/ /)							
8 (/ /)							
9 (/ /)							
10 (/ /)							
11 (/ /)							
12 (/ /)							
13 (/ /)							
14 (/ /)							
15 (/ /)							
16 (/ /)							
18 (/ /)							
19 (/ /)							
20 (/ /)							
21 (/ /)							
22 (/ /)							
23 (/ /)							
24 (/ /)							
25 (/ /)							

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

HOMENS TRANS:

NOME SOCIAL _____ PRONTUÁRIO: _____

ALTURA _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

CONSULTAS	PESO	IMC	PA	C.ABDOMEN	C. TORAX	C. BRAÇO	C. COXA
1 (/ /)							
2 (/ /)							
3 (/ /)							
4 (/ /)							
5 (/ /)							
6 (/ /)							
7 (/ /)							
8 (/ /)							
9 (/ /)							
10 (/ /)							
11 (/ /)							
12 (/ /)							
13 (/ /)							
14 (/ /)							
15 (/ /)							
16 (/ /)							
18 (/ /)							
19 (/ /)							
20 (/ /)							
21 (/ /)							
22 (/ /)							
23 (/ /)							
24 (/ /)							
25 (/ /)							

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

ANEXO I – TERMO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (MULHER TRANS)

**POLICLÍNICA CODAJÁS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL E GÊNERO
PROCESSO TRANSSEXUALIZADOR - MULHER TRANS**

Eu, _____, CPF: _____, residente em _____, cidade: _____, estado: _____, declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório de Diversidade Sexual e de Gênero da Policlínica Codajás. Neste local conversei com a equipe multiprofissional sobre minha decisão de modificar meu corpo por meio de hormônios. Fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Entendo que os hormônios podem causar modificações permanentes e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será definida pelo uso de hormônios, pois já me sinto mulher desde _____ anos e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física a minha identidade de gênero.

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

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

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

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

Poderão ocorrer:

1. aparecimento de celulite;
2. redistribuição da gordura corporal, com possibilidade de depósito de gordura nas coxas e quadris;
3. ligeira redução dos pelos;
4. afinamento da pele;
5. diminuição da acne (espinhas);
6. diminuição da queda de cabelo;
7. diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo;
8. diminuição da gordura no abdômen;
9. diminuição do desejo sexual;
10. orgasmos menos intensos;
11. aparecimento ou agravamento de depressão (sentimento de tristeza, desânimo, irritabilidade, falta de vontade de realizar atividades diárias ou que antes eram consideradas prazerosas);

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**

ANEXO J – TERMO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR HOMEM TRANS

u. _____, RG _____, CPF: _____, estado: _____, cidade: _____, residente em: _____, declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero da Polícia da Códia, para a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversei comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo. Foi orientado sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

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

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

Principais alterações corporais

- diminuição temporária ou permanente da fertilidade;
- redistribuição de gordura com possibilidade de acúmulo na parte abdominal;
- interrupção da menstruação;
- surgimento de pelos no rosto;
- aumento do clitoris;
- atrofia (ressecamento) vaginal;
- mudança na voz;
- aumento do suor e alteração do cheiro do corpo.

Indicações irreversíveis

1. possibilidade de calvície (queda de cabelo acentuada);
2. mudanças na voz.

Riscos e complicações à saúde em decorrência de terapia hormonal

Eu entendo que o uso de testosterona pode aumentar meu risco de desenvolver câncer de mama e de próstata. Poderia acrescentar ainda problemas cardiovasculares, e possibilidade de problemas musculares, se eu fizer exercícios físicos (musculação) em excesso. Então, devo realizar exames e consultas periodicamente conforme estipulado por equipe multidisciplinar de saúde.

Intendo também que o uso de hormônio não impedirá a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis, sendo necessário o uso de preservativos e/ou filmes vaginais em todas as relações sexuais.

Intendo que o risco de aparecimento de efeitos colaterais como a trombose aumenta quando estou em seja usuário de tabaco (cigarro) e/ou drogas ilícitas (cocaína, maconha, uso de MDMA, crack, etc.). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhado a parar de fumar e de usar drogas completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e eu houver familiar ou pessoal de trombose venosa, problemas no coágulo ou histórico de câncer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marques, _____ de _____ de _____, _____,

Preencher em letra de forma legível:

Nome completo social: _____

Nome completo civil: _____

RG: _____ CPF: _____

ASSINATURA: _____

Médico _____ Psicóloga _____

Enfermeira _____

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024



ANEXO K – TERMO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR MULHER TRANS

12. agravamento de enxaquecas;
13. aparecimento de ruídos e zumbidos;
14. aumento da pressão arterial;
15. alteração na função do fígado.

Não ocorrerão (nem com a retirada dos testículos):

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

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

1. câncer de mama;
2. trombose venosa profunda, embolia pulmonar;
3. infarto;
4. derrame cerebral;
5. osteoporose e fraturas ósseas;
6. piora das taxas de colesterol e aumento nas taxas de triglicérides.

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

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

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

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

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me for solicitado. Se assim será possível prevenir interações medicamentosas e a minha saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Manaus, _____ de _____ de _____.

PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL:

Nome completo social: _____
Nome completo civil: _____
RG: _____ CPF: _____
ASSINATURA: _____

Médico

Psicóloga

Enfermeira

FONTE: Ambulatório de Diversidade e Gêneros, Amazonas, 2024

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 3643-6388
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM
CEP: 69060-000

 **Secretaria de
Saúde**



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://edoc.amazonas.am.gov.br/C051.DF49.C73C.31C2/B249B087>
Código verificador: **C051.DF49.C73C.31C2** CRC: **B249B087**