

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Thaís Faria Tannure Machado**

**Avaliação dos pacientes transgênero em tratamento hormonal assistidos por  
um ambulatório recentemente credenciado no Processo Transexualizador do  
Sistema Único de Saúde**

Juiz de Fora

2025

**Thaís Faria Tannure Machado**

**Avaliação dos pacientes transgênero em tratamento hormonal assistidos por  
um ambulatório recentemente credenciado no Processo Transexualizador do  
Sistema Único de Saúde**

Orientador: Fernando Antônio Basile Colugnati

Coorientadora: Danielle Guedes Andrade Ezequiel

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tannure Machado, Thaís Faria.

Avaliação dos pacientes transgênero em tratamento hormonal assistidos por um ambulatório recentemente credenciado no Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde / Thaís Faria Tannure Machado. -- 2026.

85 f. : il.

Orientador: Fernando Antônio Basile Colugnati

Coorientadora: Danielle Guedes Andrade Ezequiel

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2026.

1. Incongruência de gênero. 2. Processo transexualizador. 3. População transgênero. 4. Terapia hormonal. 5. Sistema Único de Saúde. I. Colugnati, Fernando Antônio Basile, orient. II. Ezequiel, Danielle Guedes Andrade, coorient. III. Título.

**Thaís Faria Tannure Machado**

**Avaliação dos pacientes transgênero em tratamento hormonal assistidos por um ambulatório recentemente credenciado no Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde**

Dissertação apresentada Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em Saúde Humana.

Aprovada em 19 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati** - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Danielle Guedes Andrade Ezequiel** - Coorientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Christianne Toledo de Souza Leal**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Roberta Martins Costa Moreira Allgayer**  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Juiz de Fora, 02/12/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Antonio Basile Colugnati, Professor(a)**, em 19/12/2025, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Christianne Toledo de Souza Leal, Professor(a)**, em 21/12/2025, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Guedes Andrade Ezequiel, Professor(a)**, em 22/12/2025, às 09:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Martins Costa Moreira Allgayer, Usuário Externo**, em 26/01/2026, às 09:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2774122** e o código CRC **25DD4BE3**.

Ao meu filho, por iluminar minha vida.  
Ao meu marido, por ser meu porto seguro.  
Aos meus pais, pelos valores que moldaram quem sou.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, por sustentar meus passos e renovar minhas forças mesmo nos dias mais desafiadores.

Aos meus orientadores, Fernando e Danielle, pela generosidade de compreenderem todas as fases que passei e pela orientação cuidadosa que tornaram este trabalho possível. Também gostaria de enfatizar a gratidão por cada conselho e incentivo que direcionaram meu caminho ao longo do mestrado.

Professor Fernando, meu orientador, agradeço pela sua paciência em cada explicação e pela forma didática com que compartilhou conhecimentos que ultrapassam esta dissertação. Seu entusiasmo pela pesquisa e seu domínio técnico foram fundamentais para que este trabalho alcançasse qualidade científica e maturidade analítica. Sou especialmente grata pelas inúmeras orientações sobre escrita, desenho de estudo e publicações, que levarei sempre em minha trajetória acadêmica.

Professora Danielle, minha coorientadora e endocrinologista a qual me inspiro, agradeço pela escuta atenta, pela delicadeza com que conduziu nossas as discussões clínicas e pela confiança depositada em mim desde o início. Sua visão sensível e profundamente humana sobre o cuidado de pessoas trans fortaleceu minha formação e ampliou minha compreensão sobre o impacto da prática médica na vida dos pacientes.

Às médicas Christiane e Ana Carmen, endocrinologistas do Ambulatório de Endocrinologia e Diversidade de Gênero, que estiveram ao meu lado nos ambulatórios de terça, contribuindo para este trabalho e para minha formação. A convivência e o aprendizado com vocês foram muito valiosos.

Aos alunos de iniciação científica, Gabriela Neves, Gabriela Boseja e Lev que participaram da coleta de dados com dedicação e seriedade. Este estudo só pôde existir porque vocês estiveram no campo. Tenho certeza de que serão excelentes profissionais.

Aos pacientes do Ambulatório de Endocrinologia e Diversidade de Gênero, que confiaram suas histórias, suas vivências e sua verdade. Cada dado desta pesquisa representa uma trajetória real, marcada por desafios e resistência. Sou profundamente grata por cada pessoa que permitiu que sua experiência contribuísse para a produção científica e para o aprimoramento do cuidado em saúde.

À professora Mônica Barros, endocrinologista que se disponibilizou a trazer contribuição para este trabalho e para minha formação como médica.

Agradeço imensamente a minha família, alicerce de todas as minhas conquistas:

Ao meu filho, André (Dedé), por evidenciar a força que há em mim e por proporcionar meus momentos mais felizes. Filho, você é a razão da minha vida.

Ao meu marido, André, pela presença, paciência e por ser inspiração e apoio incondicional. Por entender meus momentos de ausência e ser meu porto seguro.

Aos meus pais, Marcio e Renira, por todos os valores que moldaram quem sou e me ensinaram resiliência, ética e responsabilidade.

Ao meu irmão, Marcinho, pela parceria de uma vida e incentivo profissional. Ao lado da minha cunhada, Camila, sei o quanto vocês torcem por mim. Agradeço por se fazerem presentes, independente da distância geográfica.

Aos meus avós, Marcio e Maria, Zenyr e Amaury (*in memoriam*) pelas raízes de honestidade, persistência e fé que sempre me acompanharam.

À minha prima Stela, que sempre me amparou, seja com um almoço, uma estadia ou com uma revisão textual às pressas.

À família Tannure, Faria, Guimarães, Machado, aos meus amigos de uma vida e aos colegas de trabalho, agradeço por estarem comigo me ajudando a equilibrar a mente com momentos de descontração e por respeitarem minha ausência nas horas necessárias.

À equipe do HU-UFJF/EBSERH, do Ambulatório de Endocrinologia e Diversidade de Gênero e ao grupo NIEPEN pelo direcionamento acadêmico, acolhimento e pelo apoio institucional.

Finalmente, agradeço a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta etapa da minha vida acadêmica e profissional. A cada um, meu sincero muito obrigada.

“Há caminhos que só se abrem quando alguém escolhe escutar”

(Autor desconhecido)

## RESUMO

A população trans enfrenta barreiras estruturais no acesso à saúde, marcadas por estigma, automedicação hormonal e fragilidade do acompanhamento clínico. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e o acompanhamento multiprofissional de pessoas trans atendidas no Ambulatório Diversidade de Gênero do HU-UFJF/EBSERH, credenciado como serviço regional de referência. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, baseado na análise de 72 prontuários de usuários atendidos entre fevereiro de 2024 e fevereiro de 2025. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, uso de hormônios, dados relacionados à incongruência de gênero, avaliação clínica, saúde mental e acesso ao serviço. Os resultados demonstraram predominância de adultos jovens, solteiros e pardos, com escolaridade média e vínculos laborais informais; 65,3% relataram transfobia e sintomas de ansiedade e depressão foram frequentes. Observou-se início de hormonização sem acompanhamento médico, especialmente entre mulheres trans. Conclui-se que o ambulatório é essencial para a redução da automedicação e para a promoção do cuidado integral, com achados consonantes com a literatura. Como produto do estudo, a Ficha de Anamnese Padronizada contribui para a uniformização dos registros clínicos e para a qualificação da assistência no Processo Transexualizador do SUS.

**Palavras-chave:** População transgênero. Processo transexualizador. Terapia hormonal. Incongruência de gênero. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Transgender populations face structural barriers to accessing health care, marked by stigma, unsupervised hormone use, and fragile clinical follow-up. This study aimed to analyze the sociodemographic profile, health conditions, and multiprofessional follow-up of transgender individuals assisted at the Gender Diversity Outpatient Clinic of HU-UFJF/EBSERH, accredited as a regional referral service. This is an observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, based on the analysis of 72 medical records of users assisted between February 2024 and February 2025. The variables analyzed included sociodemographic characteristics, hormone use, data related to gender incongruence, comprehensive clinical assessment, mental health, and access to the service. The results showed a predominance of young adults, single individuals, and people of mixed race, with secondary education and informal labor ties; 65.3% reported experiences of transphobia, and symptoms of anxiety and depression were frequent. Initiation of hormone therapy without medical supervision was observed, particularly among transgender women. It is concluded that the outpatient clinic is essential for reducing unsupervised hormone use and promoting comprehensive care, with findings consistent with the current scientific literature. As a product of this study, the Standardized Anamnesis Form contributes to the standardization of clinical records and to the qualification of care within the Brazilian Unified Health System's Gender-Affirming Care Process.

**Keywords:** Transgender population. Transsexualizing Process. Hormone therapy. Gender incongruence. Brazilian Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Direitos da população transgênero _____	23
Figura 2 – Fluxograma da metodologia de coleta de dados _____	39
Gráfico 1 – Idade de identificação da incongruência de gênero _____	44
Gráfico 2 – Disforia de gênero segundo gênero de identificação _____	45
Gráfico 3 – Idade de início da terapia hormonal e gênero de identificação _____	45
Gráfico 4 – Tipo de cirurgia desejada segundo incongruência de gênero _____	47
Gráfico 5 – Terapia hormonal em homens trans _____	48
Gráfico 6 – Terapia hormonal em mulheres trans _____	49
Gráfico 7 – Uso de terapia hormonal antes do acompanhamento no HU-EBSERH-UFJF _____	49
Gráfico 8 – Uso de substâncias segundo incongruência de gênero _____	50
Gráfico 9 – Comorbidades referidas segundo incongruência de gênero _____	53
Gráfico 10 - Infecções sexualmente transmissíveis segundo incongruência de gênero _____	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e gênero de identificação _____	43
Tabela 2 – Transfobia e gênero de identificação _____	44
Tabela 3 – Autorrelato de saúde mental e acompanhamento profissional _____	51

## **LISTA DE TERMOS E ABREVIações**

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais

BMI/IMC – Índice de Massa Corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição

Cisgênero – indivíduo que se identifica com o mesmo sexo e gênero de nascimento

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho. Indivíduo que trabalha em regime regular amparado por leis trabalhistas nacionais.

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição

Diamórico- orientação romântica ou sexual que envolve atração tanto por pessoas do mesmo gênero quanto por pessoas de gêneros diferentes, mas de forma distinta do conceito de bissexualidade.

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GLM – Modelos Lineares Generalizados

Hb – Hemoglobina

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Inibidores da MAO - medicamentos que inibem a enzima monoamina oxidase

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados (Brasil)

NIEPEN – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Nefrologia

REDCap® – Research Electronic Data Capture (plataforma de coleta de dados)

SUS – Sistema único de saúde

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

THAG – Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero

THC – Terapia Hormonal Cruzada

TSH – Hormônio Estimulante da Tireoide

TVP – Trombose Venosa Profunda

Trans/ Trangênero - indivíduo que não se identifica com o mesmo sexo e gênero de nascimento

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE TERMOS E ABREVIACIONES	13
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Fundamentação teórica	17
1.1.1 Contexto social	17
1.1.2 Conceitos fundamentais sobre sexo, gênero e sexualidade	18
1.1.3 Acesso à saúde	21
1.1.4 Ambulatório de Endocrinologia/Diversidade de Gênero HU-UFJF	24
1.2 Terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG)	26
1.2.1 THAG para mulheres trans	30
1.2.1 THAG para homens trans	32
2. OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	35
3 METODOLOGIA	36
3.1 Aspectos éticos	36
3.2 População e amostra	36
3.3 Procedimentos de coleta de dados	37
3.4 Banco de dados e segurança da informação	40
3.5 Análise estatística	40
4. RESULTADOS	41
4.1 Sociodemográficos	41
4.2 Incongruência de gênero e comportamento	43
4.3 Acesso à saúde especializada	50

4.4 Condições de saúde mental	51
4.5 Clínico	52
5. DISCUSSÃO	55
6. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS:	
Anexo A – Parecer de Aprovação CEP	73
Anexo B – Ficha de coleta IEDE	77
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
Anexo D – Roteiro de Atendimento HU-EBSERH-UFJF	84

## **1.INTRODUÇÃO**

### **1 Fundamentação Teórica**

#### **1.1.1 Contexto social**

A idade média da população transgênero no Brasil é de 35 anos, segundo relatórios produzidos pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), com base no monitoramento de casos de violência letal contra pessoas trans. Tal fato evidencia uma sobrevivência drasticamente reduzida quando comparada à população geral e essa redução não está relacionada a fatores biológicos, mas à elevada exposição à violência, à exclusão social e às múltiplas vulnerabilidades estruturais que atravessam a trajetória de vida dessa população. Em contraste, a expectativa de vida ao nascer da população brasileira é de aproximadamente 77 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes às tábuas completas de mortalidade de 2021.

Em relação as características da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) brasileira, estudo recente realizado no município de São Paulo, feito pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea em parceria com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos de São Paulo, apontou que 57% dos entrevistados se autodeclaram negros, 49% saíram de casa entre 16 e 20 anos e 47% relatam terem sido expulsos de casa, enquanto 37% deles recebem entre 1 e 2 salários-mínimos e 51% possuem somente a educação fundamental completa. Inserida neste contexto, a população LGBT ainda é alvo de incontáveis barreiras para acesso a saúde integral (CEDEC, 2023).

Além dos estigmas, preconceitos e exclusão do mercado de trabalho, aspectos sociais como pobreza e evasão escolar são realidades frequentes. Relatórios apontam que mais de 90% das mulheres trans no Brasil recorrem ao trabalho sexual como forma de sobrevivência, e menos de 6% possuem vínculo formal de trabalho (ANTRA, 2021). Tal fato é frequentemente visto na prática ambulatorial, onde há relatos de dificuldades de ingressar no mercado.

O atendimento não humanizado, discriminatório e resistente às questões de diversidade sexual, torna a busca pela saúde exclusiva de urgências e emergências, afastando o indivíduo do cuidado longitudinal e dos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Embora o direito a identificação pelo nome social seja garantido pelo SUS desde 2009, o não respeito a este direito é um dos principais motivos da marginalização (Rocon et al., 2016).

Essas ações dificultam o acesso dos pacientes ao cuidado longitudinal a saúde, que engloba prevenção, gerenciamento de fatores de risco e tratamento de condições crônicas, além da terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG). Assim, são reforçadas barreiras que interferem na continuidade de diversos tratamentos em andamento, mesmo de condições crônicas, como hipertensão, diabetes mellitus, AIDS, câncer, dentre outras (Oliveira et al., 2022).

Evidenciando essa realidade, em 2022 o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) foi avaliado em pesquisa desenvolvida na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e demonstrou que o cuidado às pessoas trans no Hospital das Clínicas ainda é fragmentado e limitado por barreiras estruturais, falta de preparo profissional e episódios recorrentes de discriminação. Esses fatores debilitam o vínculo terapêutico, dificultam a continuidade do acompanhamento e afastam usuários do serviço, evidenciando a necessidade de protocolos claros, formação permanente das equipes e práticas assistenciais que respeitem a identidade de gênero e promovam equidade (Oliveira Junior, 2022).

### **1.1.2 Conceitos fundamentais sobre sexo, gênero e sexualidade**

A compreensão das diferenças entre sexo biológico, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual é essencial para o entendimento das dinâmicas sociais e dos desafios enfrentados por populações cujas identidades fogem à normatividade binária. Esses conceitos possuem definições distintas e implicações específicas na produção de conhecimentos em saúde e o seu entendimento impacta diretamente nas políticas públicas direcionadas para essa população.

O sexo biológico diz respeito às características fisiológicas, anatômicas e genéticas observadas no nascimento, como cromossomos, órgãos reprodutivos, níveis hormonais e características sexuais secundárias. Ainda que tradicionalmente se limite a duas categorias — masculino e feminino —, há reconhecida variabilidade

biológica que inclui pessoas intersexo, revelando que o binarismo sexual não contempla todas as possibilidades humanas (Reis, Pinho; 2016).

A identidade de gênero, por outro lado, refere-se à vivência subjetiva e pessoal do indivíduo em relação ao próprio gênero. Trata-se de uma avaliação individual que pode ou não corresponder ao sexo designado ao nascimento. Pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascer são denominadas transgênero, e dentro desse espectro, situam-se também pessoas com identidades não binárias — aqueles que estão além dos limites estritos entre masculino e feminino. Denomina-se transgênero (trans) feminino aquele que apresenta sexo biológico masculino, mas se identifica com o gênero feminino, e o transgênero (trans) masculino é aquele que apresenta sexo biológico feminino, mas se identifica com o gênero masculino. (Salinas-quiroz; Sweder, 2023).

Outro ponto com necessidade de esclarecimento é o termo “travesti”. A travestilidade é uma experiência de gênero tipicamente latino-americana, na qual as pessoas atribuídas como homens ao nascer constroem uma identidade feminina que desafia tanto as normas de gênero binárias quanto as hierarquias sociais — incorporando resistência política, expressões corporais específicas e marginalização (Rosa, M.C; 2012).

De acordo com Reis e Pinho (2016), o gênero não binário pode ser compreendido como uma identidade de gênero que se posiciona à margem do sistema binário vigente, ou seja, fora das categorias estritas de homem e mulher. Salinas-Quiroz & Sweder (2023) descrevem-no como um termo guarda-chuva para pessoas que se identificam com gênero fora do binário, incluindo aqueles que experienciam múltiplos gêneros ou nenhum.

A expressão de gênero representa a maneira pela qual o indivíduo exterioriza seu gênero, por meio de vestimentas, gestos, linguagem corporal e demais marcadores sociais. Essa manifestação pode ou não estar alinhada às convenções de gênero predominantes. Portanto, é possível que indivíduos se expressem de formas distintas, conforme suas escolhas pessoais e contextos sociais (Monro, 2019).

Por fim, a orientação sexual diz respeito à direção do desejo afetivo e/ou sexual de uma pessoa em relação a outros indivíduos. Pode incluir atrações por pessoas do mesmo gênero (homoafetividade), de gênero diferente (heteroafetividade), por múltiplos gêneros (bissexualidade ou pansexualidade), ou ainda a ausência de atração (assexualidade). Importante destacar que a orientação sexual é um aspecto autônomo, não condicionado pela identidade ou pela expressão de gênero (Reis, Pinho, 2016).

Esses conceitos, quando compreendidos em suas distinções, contribuem para a construção de uma análise mais precisa das identidades humanas e de suas implicações sociais. Para pesquisadores e profissionais da saúde, essa diferenciação é indispensável na formulação de abordagens, sobretudo na área da endocrinologia.

Conforme já citado, a incongruência de gênero é definida como uma condição caracterizada por uma discordância intensa e persistente entre a identidade de gênero internamente vivenciada e o sexo atribuído ao nascimento, sem que essa discrepância, por si só, obrigatoriamente implique em sofrimento psíquico. Anteriormente, a incongruência de gênero era classificada pelo CID-10 como Transtorno de Identidade Sexual e fazia sua subdivisão em cinco categorias: Transtorno de Identidade Sexual na Infância (F64.2), Transexualismo (F64.0), Travestismo Bivalente (F64.1), Travestismo Fetichista (F65.1) e Transtornos Múltiplos de Preferência Sexual (F65.6) (Cruz et al., 2023).

Observam-se avanços no que diz respeito a população trans e sua aceitação social. Mais recentemente, o processo de despatologização das identidades transexuais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), formalizada em 2018 com a publicação da 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), cuja vigência se iniciou em janeiro de 2022, representou um marco na reformulação dos paradigmas médicos e sociais relacionados às pessoas transgênero (trans). Tal atualização reflete um movimento que caminha contra o contexto que marginalizou essa população durante tantos anos. Transexualidade passou a ser considerada uma condição relacionada à identidade e à expressão de gênero reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), não sendo mais classificada como transtorno mental. Desta forma, no CID-11, os códigos HA60 representando

incongruência de gênero em crianças ou adultos e HA61 incongruência de gênero na infância foram incorporados (OMS, 2022)

Entretanto, quando essa incongruência está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento social ou ocupacional, conforme os critérios estabelecidos pela quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), o quadro passa a ser diagnosticado como disforia de gênero (American Psychiatric Association, 2013; Hembree et al., 2017; Cruz et al., 2023; Ruhakisolla et al., 2023).

Disforia de Gênero (DG) se refere à discordância entre o sexo biológico e aquele expresso pelo indivíduo, acompanhado de sofrimento, em um prazo mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, 2013). O nível de inconformidade é variável e pode estar associado a queixas psiquiátricas, tais como isolamento social, depressão e ansiedade. Por vezes, tal percepção se inicia ainda na infância; porém na adolescência, com o início das mudanças corporais, problemas psicossociais podem aflorar (SBP, 2017).

No estudo retrospectivo realizado na Inglaterra, entre os anos de 2011 e 2021, foram identificados 3.782 indivíduos com registros clínicos de incongruência ou disforia de gênero em serviços de atenção primária. Desses, 52,7% apresentaram manifestações clínicas compatíveis com sofrimento psíquico, incluindo diagnósticos documentados de ansiedade, depressão e/ou comportamentos autolesivos — características que corroboram para definição clínica de disforia de gênero segundo os critérios do DSM-5. O diagnóstico foi estabelecido por médicos clínicos gerais utilizando critérios diagnósticos e observações clínicas em prontuário. A maioria dos casos diagnosticados com disforia de gênero era composta por adolescentes do sexo feminino designado ao nascer, com idades entre 16 e 18 anos (Jarvis, 2025).

### **1.1.3 Acesso à saúde**

Na esfera de cuidados a saúde, apesar de avanços relacionados a população trans, no Brasil esses indivíduos ainda enfrentam obstáculos sistemáticos no acesso ao SUS — principalmente relacionados ao desrespeito ao nome social, à trans/travestifobia e à exigência de diagnóstico psiquiátrico para iniciar o processo transexualizador. Também é evidenciado que barreiras como automedicação,

patologização de identidade, uso incorreto de pronomes, falta de linha de cuidado direcionada, baixa capacitação profissional e centralização regional do processo reforçam a exclusão dessa população dos cuidados em saúde (Rocon, 2016; Oliveira e Sprung, 2022).

Autores como Rocon et al. (2022) destacam sobre a antiga exigência de diagnóstico clínico específico para reconhecimento da identidade trans era uma barreira de acesso aos serviços de saúde, o que limitava o cuidado integral e promovia desigualdades no atendimento. Essa situação pode ter contribuído para práticas de automedicação com hormônios e realização de procedimentos clandestinos, expondo indivíduos a riscos evitáveis. Atualmente, conforme a Portaria n<sup>o</sup> 2.803/2013 do Ministério da Saúde, a identidade de gênero é reconhecida a partir da autodeclaração do indivíduo, não sendo exigido diagnóstico psiquiátrico para a identificação de pessoas trans.

Pacientes transgêneros enfrentam dificuldades relacionadas à discriminação, estigmas e preconceitos, além de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, inclusive pelo despreparo do profissional que os assiste. Tal fato dificulta o acesso ao sistema de saúde e proporciona aumento da evasão. A transfobia institucional também afeta diretamente o acesso à saúde. Segundo estudo realizado por Rocon et al. (2016), mais da metade das pessoas trans entrevistadas relataram já ter sofrido discriminação em serviços médicos. Além disso, o estigma e preconceito levam prejuízos a saúde física e mental de uma população que apresenta prevalência de sintomas sugestivos de sofrimento psicológico, como sintomas depressivos, suicídio e abuso de substâncias. (Hembree, 2017; Remafedi, 2007)

Mais recentemente pontes estão sendo construídas entre a necessidade da população e a oferta em saúde. Um exemplo é a inclusão na ampla divulgação de homens e mulheres trans na campanha de rastreio populacional para câncer de mama e próstata. Há um consenso crescente entre especialistas e ativistas brasileiros de que campanhas oncológicas tradicionais devem ser ampliadas para incluir pessoas trans, focando nos órgãos-alvo e não apenas no gênero, garantindo acesso equitativo ao cuidado preventivo. Apesar dessas medidas, ainda é necessário avanço.

Avaliando esse cenário de forma retrospectiva, entre 2008 e 2016 o Brasil consolidou mudanças significativas no reconhecimento dos direitos da população trans no Sistema Único de Saúde (SUS). O marco inicial foi a instituição do Processo Transexualizador, por meio da Portaria GM/MS nº 1.707/2008, que estabeleceu a realização de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos voltados à afirmação de gênero no âmbito do SUS (Brasil, 2008). Esse processo foi detalhado e operacionalizado pela Portaria SAS/MS nº 457/2008, que definiu as diretrizes clínicas e os fluxos de atendimento (Brasil, 2008).

Em 2011, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, formalizada pela Portaria GM/MS nº 2.836/2011, reforçou a necessidade de cuidado humanizado e acesso equitativo aos serviços de saúde para pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2011). No ano seguinte, em 2012, a Instrução Normativa nº 01/2012 – DATASUS (Brasil, 2012) incluiu o campo de nome social no Cartão SUS, conforme o direito já garantido pela Portaria nº 1.820/2009 (Brasil, 2009).

Em 2013, a Portaria GM/MS nº 2.803/2013 ampliou o Processo Transexualizador, descentralizando o atendimento e incluindo homens trans e travestis como usuários do serviço (Brasil, 2013). Finalmente, em 2016, o Decreto Federal nº 8.727/2016 normatizou o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero no âmbito da administração pública federal, consolidando garantias fundamentais à dignidade e à cidadania da população trans (Brasil, 2016). Em 2023, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora passou a ofertar atendimento especializado a pessoas trans por meio do Ambulatório de Diversidade de Gênero do HU-UFJF/EBSERH, cuja habilitação segue as diretrizes de descentralização previstas na Portaria nº 2.803/2013 (Brasil, 2013) e a organização da rede assistencial estabelecida pelo Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011). Essa inclusão marca a interiorização do cuidado transexualizador, ampliando o acesso fora dos grandes centros urbanos. Ver Figura 1.

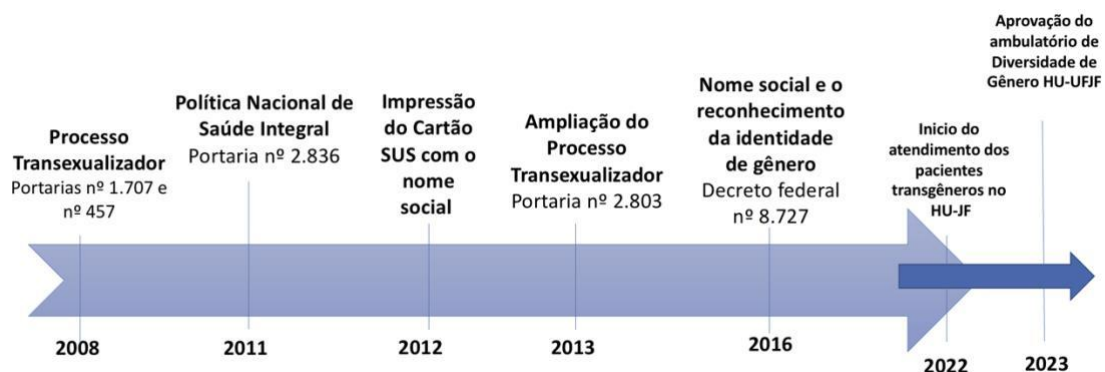


Figura 1: Direitos da população transgênero.

Linha do tempo que identifica a evolução do processo Transexualizador ao longo dos anos.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Embora seja possível observar um avanço no entendimento em relação as questões de gênero - especialmente no que diz respeito a inclusão e diversidade, como também em políticas públicas, tendo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) - ainda existem obstáculos a serem ultrapassados, como por exemplo no preparo dos vários profissionais para o atendimento dessa comunidade.

#### 1.1.4 Ambulatório de Endocrinologia/Diversidade de Gênero Hospital Universitário UFJF

A ampliação do acesso à saúde da população transgênero no Brasil tem se consolidado por meio do fortalecimento do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para o credenciamento de hospitais universitários. Um exemplo notável é o Ambulatório de Endocrinologia/Diversidade de Gênero do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), também nomeado como HU- EBSERH-UFJF, que foi habilitado pelo Ministério da Saúde, em 2023, como Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador nas modalidades cirúrgica e ambulatorial, por meio das Portarias nº 433, de 30 de março,

e nº 733, de 16 de junho, respectivamente. A iniciativa possibilitou a ampliação dos serviços oferecidos, como acompanhamento multiprofissional, hormonização, uso do nome social e cirurgias de redesignação sexual ou que proporcionam adequação de gênero, representando um marco para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS, especialmente no interior de Minas Gerais (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b). A integração do HU-EBSERH-UFJF ao processo reforça a importância da descentralização dos serviços especializados em saúde trans, promovendo maior equidade regional e acesso integral à saúde desta população historicamente marginalizada.

O serviço de acompanhamento do HU-EBSERH-UFJF visa disponibilizar atendimento clínico abrangente à população trans, com foco em saúde integral dessa população por meio de uma linha de cuidado estruturada e composta por profissionais capacitados nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia e assistência social.

O acolhimento à população transgênero nesse serviço se inicia por meio de um atendimento multiprofissional, envolvendo prioritariamente as áreas de psicologia e serviço social. Este primeiro contato pode ser estruturado em atendimentos individuais ou em grupo, com enfoque educativo e, quando necessário, operativo, de modo a promover escuta qualificada, construção de vínculo e levantamento das demandas biopsicossociais. O tempo de acompanhamento psicológico varia conforme a complexidade das necessidades identificadas, sendo o suporte contínuo um dos pilares do cuidado. A partir dessa escuta inicial, os usuários são encaminhados aos atendimentos médicos conforme fluxos internos previamente definidos, respeitando as especificidades de cada caso e as demandas singulares da trajetória de afirmação de gênero.

A atenção médica ambulatorial especializada é conduzida por uma equipe de endocrinologia composta por docentes da Faculdade de Medicina da UFJF, uma médica endocrinologista vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma médica endocrinologista pós-graduanda da UFJF, um professor da Faculdade de Enfermagem, além de médicos residentes em clínica médica e endocrinologia, e discentes dos cursos de enfermagem e medicina, todos pertencentes à Universidade Federal de Juiz de Fora. O cuidado ofertado é fundamentado na concepção de saúde integral, contemplando aspectos

cardiovasculares, metabólicos, ósseos, mentais e sociais, com ênfase na promoção do bem-estar e na qualidade de vida. A terapia hormonal de afirmação de gênero é integrada a esse processo como um dos eixos do plano terapêutico. Destaca-se, ainda, a participação de profissionais da ginecologia, urologia, psiquiatria, cirurgia plástica, enfermagem, psicologia e serviço social, compondo uma equipe multiprofissional comprometida com a humanização e a equidade no cuidado às pessoas transgênero. Quando necessário, os usuários do serviço também são encaminhados para outras especialidades médicas com objetivo de cuidado integral a saúde.

O plano de cuidados oferecido no serviço busca a prevenção das patologias associadas aos tratamentos hormonais vigentes, além da abordagem dos processos psíquicos por vezes associados à incongruência de gênero, dificuldades e os impasses que permeiam a vida cotidiana desse coletivo. Em confluência, são realizadas atividades educativas de promoção de saúde, com especialistas convidados, através de reuniões dos grupos educativos e/ou divulgação de materiais educativos por via digital (através de plataformas como Instagram e WhatsApp). Tais veículos também são utilizados para estreitar a relação médico paciente.

Após mais de 24 meses em operação, este serviço proporcionou importantes informações de saúde, socioeconômicas e psicossociais relacionadas a esta população. Assim, tornou-se importante campo para pesquisas que objetivam conhecer o perfil destas pessoas, e que, conseqüentemente, geram conhecimento para o aprimoramento contínuo do serviço visando o cuidado clínico adequado.

## **1.2. Terapia Hormonal de Afirmação de Gênero**

A terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG), também conhecida como terapia hormonal cruzada (THC), é realizada por muitos pacientes que almejam alinhar sua aparência física à sua identificação pessoal de gênero (Fisher, 2014). De acordo com o *Guideline* apresentado pela *Endocrine Society* (2017), essa terapia tem como objetivo suprimir a produção hormonal endógena do sexo atribuído ao nascimento e alinhar os níveis hormonais dentro da faixa fisiológica do gênero de identificação. A intervenção visa atenuar a incongruência e, possivelmente, a disforia

de gênero, por meio do desenvolvimento de características sexuais secundárias condizentes com o gênero desejado. A THAG envolve a administração controlada de hormônios sexuais (como estradiol e testosterona) para alinhar características corporais ao gênero com o qual a pessoa se identifica, promovendo feminização ou masculinização, conforme necessário. Deve ser realizado com monitoramento laboratorial periódico e ajustes conforme parâmetros clínicos estabelecidos (Hembree et al., 2017).

A terapia hormonal de afirmação de gênero deve ser indicada e conduzida por médico capacitado; porém, há diversos relatos de pacientes que se automedicam com tal finalidade. Este fato pode ser atribuído a um número restrito de serviços especializados e, além disso, pelo distanciamento e desconhecimento dos profissionais de saúde das demandas e cuidados direcionados a este grupo de indivíduos, conforme já discutido anteriormente (Krüger, 2019; Oliveira; Sprung, 2022; Silva et al., 2022).

A terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG) está indicada em pessoas com diagnóstico clínico de incongruência de gênero, o qual deve ser confirmado por avaliação especializada, preferencialmente interdisciplinar, incluindo profissional endocrinologista e de saúde mental. (Hembree et al., 2017; Coleman et al., 2022).

No cuidado de adolescentes, as diretrizes internacionais estabelecem recomendações específicas. Nos Estados Unidos, a supressão puberal com agonistas de GnRH pode ser iniciada a partir do estágio Tanner  $\geq 2$ , com consentimento informado dos responsáveis, avaliação da capacidade decisória e confirmação da persistência da incongruência de gênero (Hembree et al., 2017; Coleman et al., 2022). Já a terapia hormonal cruzada (estradiol ou testosterona) costuma ser iniciada por volta dos 16 anos, embora possa ser antecipada em situações selecionadas, desde que haja maturidade psicológica suficiente e acompanhamento por equipe especializada (Hembree et al., 2017). A decisão deve considerar necessidades individuais, contexto familiar e condições psicossociais, garantindo segurança, acompanhamento contínuo e suporte integral ao adolescente.

No Brasil, até recentemente, o bloqueio puberal em adolescentes com incongruência de gênero era realizado apenas em centros de pesquisa e serviços

altamente especializados, enquanto a terapia hormonal de afirmação de gênero permanecia, na prática assistencial, restrita a maiores de 18 anos. Em abril de 2025, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.378/2025, proibindo a prescrição de análogos de GnRH para menores de 18 anos e restringindo a hormonização a adultos (CFM, 2025). Essa decisão contrasta com o posicionamento técnico da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), que, em documento público de 2019, reafirmou que a supressão puberal via agonistas de GnRH é segura, reversível e respaldada por evidências científicas internacionais (SBEM et al., 2019). A resolução do CFM foi posteriormente suspensa liminarmente pela Justiça Federal do Acre e, na sequência, teve sua suspensão confirmada pelo Supremo Tribunal Federal, que determinou que o CFM revise a norma com participação de especialistas da área (Brasil, 2025). Assim, até nova decisão definitiva, permanece vigente a Resolução CFM nº 2.265/2019, que autoriza o bloqueio puberal a partir do estágio Tanner  $\geq 2$  e a terapia hormonal cruzada a partir dos 18 anos, seguindo protocolos de avaliação multidisciplinar previamente reconhecidos.

A THAG é recomendada para indivíduos com diagnóstico confirmado, capacidade para consentir e acompanhamento multidisciplinar, conforme citado anteriormente. Contraindicações incluem condições médicas graves como trombofilia ativa, neoplasias hormônio-sensíveis e doença cardiovascular descompensada. Recomenda-se avaliação clínica abrangente, inclusive cardiológica e laboratorial. Esta última deve incluir função hepática e renal, perfil lipídico e glicêmico, hematócrito, além do segmento periódico para detecção precoce de riscos (Hembree et al., 2017).

Para as mulheres trans, os exames laboratoriais mais especificamente requisitados são: testosterona total, estradiol e prolactina. Esses exames permitem avaliar a supressão da testosterona endógena e o alcance de níveis séricos adequados de estradiol. Ressalta-se também a importância da monitorização global de saúde devido a possíveis efeitos adversos metabólicos e hepáticos associados à terapia com estrogênios e antiandrógenos. Avaliações específicas como do antígeno prostático específico (PSA) devem ser reservadas a população que se enquadra na faixa etária de risco para alterações prostática (Hembree et al., 2017).

Ainda a respeito da monitorização da terapia hormonal em mulheres trans, a dosagem de prolactina atualmente deve ser direcionada para uma abordagem individualizada, guiada por sintomas e pelo esquema farmacológico. Anteriormente, as Diretrizes da *Endocrine Society* (2017) recomendavam dosagem basal e monitorização seriada deste hormônio durante a transição e, depois, em intervalos periódicos (Hembree et al., 2017).

O posicionamento conjunto brasileiro, feito pela SBEM em conjunto da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem no ano de 2019, também menciona acompanhamento periódico de prolactina em mulheres trans, assim como orientado na Diretriz americana (SBEM, et al., 2019). Já em 2022, o *World Professional Association for Transgender Health – Standards of Care*, versão 8 (WPATH SOC-8) não emitiu recomendação específica de rotina, orientando decisão caso a caso (Coleman, et al., 2022).

Uma revisão crítica recente realizada por endocrinologistas australianos, propõe coleta de prolactina no marco inicial do tratamento e depois, após o início da THAG, não se deve monitorá-la rotineiramente. Sendo assim, neste caso, a recomendação é de testar a prolactina apenas se houver sinais/sintomas de hiperprolactinemia, como por exemplo, galactorreia, cefaleia/alteração de campo visual. Tal sugestão leva em consideração que a hiperprolactinemia associada à THAG tende a ser leve e foi descrita sobretudo em esquemas antigos com doses altas de estrógeno e acetato de ciproterona (CPA). Quando presente no tratamento, o CPA mostra relação dose-dependente com elevação de prolactina, ao passo que espironolactona não tem mostrado aumento significativo (Nolan et al., 2025). Nessa mesma proposta, sugere-se confirmar a elevação e investigar com ressonância magnética (RM) de hipófise quando a prolactina estiver acima de 2.000–3.000 mUI/L, enquanto níveis 600–2.000 mUI/L podem motivar redução/substituição do antiandrógeno e reavaliação (Nolan et al., 2025). Em síntese, atualmente se indica menos rastreamento universal e mais cuidado parcimonioso.

Para os homens trans, por sua vez, os exames laboratoriais solicitados incluem majoritariamente testosterona total e estradiol, além da avaliação global de saúde de forma individualizada. O acompanhamento da testosterona é fundamental para

garantir níveis fisiológicos compatíveis com o sexo masculino e prevenir complicações relacionadas ao uso da testosterona, como policitemia – avaliada especificamente pelo hematócrito. A avaliação do estradiol também pode ser utilizada para verificar a eficácia da supressão do eixo hormonal ovariano (Hembree et al., 2017).

A terapia hormonal pode ser associada a benefícios psicossociais e qualidade de vida, com perfil cardiometabólico manejável por monitoramento adequado. Mostrou preservação da densidade óssea com regime hormonal apropriado e quando bem monitorada, a THAG apresenta risco cardiovascular considerado aceitável (Hembree et al., 2017).

### **1.2.1 Terapia de Afirmação de Gênero para mulheres trans**

A THAG aplicada às mulheres trans consiste na administração de estrogênio exógeno, assim como é realizado em mulheres cisgênero com hipogonadismo ou no climatério. Ambas as terapias possuem similaridades, mas na THAG não há formalmente indicação do uso de progesterona, devido à falta de evidências de segurança e de benefícios comprovados que justifiquem a sua prescrição para mulheres trans (Van Kesteren, 1997; Hembree et al., 2017).

Um protocolo clínico holandês está em busca de avaliar a eficácia da prescrição da progesterona, associado a terapia com estradiol, no que tange aumento de volume mamário. Até o momento, o uso de progesterona micronizada por 12 meses proporcionou o aumento mamário desejados, indicando desfecho favorável, porém, ainda não foram publicados os resultados finais. Esse mesmo protocolo também reconheceu a necessidade de avaliar segurança desta medicação a longo prazo, especialmente em relação aos efeitos tromboembólicos e o impacto no lipidograma (Dijkman Bam et al., 2023).

Os valores-alvo hormonais para mulheres trans incluem estradiol sérico entre 100 e 200 pg/mL e testosterona total menor que 50 ng/dL, com checagem laboratorial realizada a cada 3–6 meses (Hembree et al., 2017; Nota et al., 2021). Os efeitos feminilizantes começam entre 2 e 6 meses após início da terapia e espera-se a finalização das modificações corporais entre 2 até 5 anos (Hembree et al., 2017).

A feminização hormonal em mulheres trans combina o uso de estradiol com antiandrógenos. O Posicionamento Conjunto da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, et al., 2019) aborda as vias de administração de estrógenos para mulheres trans, recomendando estradiol (idêntico ao 17 $\beta$ -estradiol) em formas orais, transdérmicas (géis ou adesivos) e injetáveis (valerato de estradiol). A escolha da via deve considerar o risco cardiovascular individual. A respeito desta última, orienta-se priorizar a via transdérmica em pacientes com maior risco trombótico, pois essa modalidade evita o efeito de primeira passagem hepática, reduzindo potencial estímulo à coagulação (SBEM, et al.,2019).

Os efeitos colaterais da terapia hormonal em mulheres trans são explorados pela literatura desde o início da terapia hormonal cruzada; eles dizem respeito a via de administração, tipo de medicamento e dose; e são descritos como aumento do risco de nódulos mamários, desenvolvimento de dislipidemia, hiperprolactinemia, colelitíase e, principalmente, efeitos tromboembólicos (Asscheman, 2011; Cheung, 2019). A via transdérmica não apresenta metabolismo de primeira passagem hepática; contudo, monitoramento contínuo de coagulograma e avaliação cardiológica são essenciais (Hembree et al., 2017). Apesar das evidências já descritas, a terapia hormonal de afirmação de gênero carece de mais estudos observacionais objetivando apresentar a segurança do tratamento. (T'Sjoen, 2019).

Uma meta-análise publicada em 2021, indicou uma prevalência geral de 2% de tromboembolismo venoso (TEV) em pessoas trans designadas do sexo masculino ao nascimento em uso de terapia hormonal estrogênica, com risco aumentado em indivíduos com mais de 37,5 anos ou em uso da terapia por mais de 53 meses. Em pessoas mais jovens ou com tempo de terapia inferior, o risco foi considerado desprezível. Esses dados reforçam a importância da avaliação individualizada do risco trombótico na prescrição hormonal para essa população (Totaro, M; 2021).

Em estudo retrospectivo conduzido por Ravetch et al. (2025), foram analisados 14 pacientes transgênero e não binários diagnosticados com câncer de mama em um centro especializado entre 2016 e 2023, com ênfase na correlação com o uso de terapia hormonal de afirmação de gênero (THAG). Dentre os sete pacientes que faziam uso de terapia hormonal estrogênica — todas mulheres trans —, seis apresentaram câncer de mama com definição de biomarcadores, sendo três casos

positivos para receptor de estrogênio (ER+) e três negativos (ER-). A idade mediana do diagnóstico entre essas pacientes foi de 53 anos, todas com mais de 40 anos, faixa etária que as torna elegíveis para mamografia de rastreamento. A média de tempo de uso da THAG feminilizante foi de 27,6 anos, variando entre 10 e 40 anos. Esses achados evidenciam apresentação de câncer de mama entre pessoas trans com idade e histórico clínico compatíveis com a população cisgênero, o que ressalta a importância de estratégias específicas para ampliação do acesso e adesão ao rastreamento.

Um estudo recente conduzido por Nolan et al. (2025) investigou o impacto da terapia hormonal de afirmação de gênero nos níveis séricos de prolactina em mulheres trans, revelando um aumento significativo, especialmente entre aquelas em uso de acetato de ciproterona em associação com estradiol. Esse incremento mostrou-se mais acentuado em mulheres trans utilizando altas doses de ciproterona, indicando uma relação dose-dependente. Entretanto, o estudo observou reversibilidade desse quadro em indivíduos submetidos à suspensão da ciproterona ou à gonadectomia, com queda progressiva dos níveis hormonais. Esses achados destacam a importância do monitoramento laboratorial da prolactina durante a terapia hormonal feminilizante, particularmente quando utilizada em regimes que incluem antiandrogênicos como a ciproterona (Nolan et al., 2025).

### **1.2.2. Terapia hormonal de afirmação de gênero para homens trans**

A respeito da terapia hormonal em homens trans, sabe-se que é fundamentada no uso de testosterona exógena para supressão do eixo ovariano e indução de características sexuais secundárias masculinas. A testosterona é o hormônio responsável pelo desenvolvimento das características sexuais masculinas. Aplicada aos homens trans, é administrada por via intramuscular ou transdérmica objetivando atrofia mamária, amenorreia, engrossamento da voz, masculinização dos pelos faciais e corporais (Hembree, et al., 2017).

As Diretrizes da *Endocrine Society* incluem, entre as opções para a terapia hormonal masculinizante, os ésteres enantato ou cipionato de testosterona administrados por via intramuscular a cada 1–2 semanas, bem como formulações transdérmicas (géis ou adesivos) usadas diariamente. Dentre as diversas formulações utilizadas, o tratamento deve visar manter níveis séricos de testosterona dentro da faixa masculina fisiológica (225–900 ng/dL).

O posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), publicado em 2019, reforça que a escolha da via depende do perfil de segurança, aderência, preço, condições clínicas e risco cardiovascular, recomendando o monitoramento periódico dos níveis hormonais, perfil lipídico, hematócrito e parâmetros hepáticos durante os primeiros três meses e gradual espaçamento posterior. Em homens trans, a testosterona promove o ganho significativo de massa muscular e aumento dos níveis de hemoglobina e hematócrito, com efeitos em geral atingindo magnitude clínica expressiva após 6–12 meses de uso contínuo (Hembree, et al., 2017; SBEM, et al., 2019; Costa et al., 2023).

Os alvos hormonais esperados incluem manutenção de níveis masculinos de testosterona com supressão de estrogênio endógeno – embora os níveis normais femininos de estradiol possam persistir em indivíduos sem ooforectomia. De acordo com Nolan et al., 2023 a terapia com testosterona não compromete a densidade mineral óssea em curto e médio prazos (12–24 meses), e pode até melhorá-la em alguns casos. No entanto, é importante ressaltar que pode promover alterações no perfil lipídico – como elevação de LDL e triglicerídeos e redução de HDL – além da tendência à policitemia, o que exige monitorização do hematócrito. Uma revisão sistemática publicada em 2024 corrobora a segurança cardiovascular da testosterona em doses fisiológicas, sem aumento significativo do risco tromboembólico. Observa-se frequentemente alterações da pressão arterial, aumento da prevalência de diabetes mellitus e aumento das enzimas hepáticas. Ainda assim, recomenda-se vigilância clínica regular. A melhora nos marcadores psicológicos e na qualidade de vida também é relatada de forma consistente após o início da terapia (Hembree, et al., 2017; Nolan et al., 2023; Tienforti et al., 2024).

Estudo que comparou homens trans em uso de testosterona com mulheres cis observou que a variabilidade da frequência cardíaca em repouso foi semelhante entre

os grupos, mas a resposta autonômica ao estresse se mostrou reduzida nos homens trans, com menor aumento dos índices simpáticos. Os autores sugerem que essa atenuação pode refletir influência da testosterona na modulação cardíaca, mas ainda há necessidade de mais estudos (Allgayer et al., 2023).

A terapia hormonal com testosterona em homens transgênero apresenta contraindicações clínicas importantes. Segundo as Diretrizes da *Endocrine Society* (2017), contraindicações absolutas incluem hematócrito superior a 54 %, insuficiência cardíaca descompensada, eventos cardiovasculares ou tromboembólicos nos últimos 6 meses, apneia obstrutiva do sono grave e trombofilias conhecidas. O posicionamento da SBEM (2019) reforça que esses casos demandam avaliação multidisciplinar e a terapia deve ser evitada até que tais condições estejam controladas. Além disso, hipertensão grave e policitemia pré-existente representam contraindicações relativas, pois amplificam o risco de eventos trombóticos e cardiovasculares. A terapia com testosterona é absolutamente contraindicada durante gravidez e amamentação devido ao risco teratogênico, e sua administração em indivíduos com tumor sensível a androgênios deve ser evitada. Tal fato é importante ressaltar visto que a terapia hormonal masculinizante não possui efeito contraceptivo e o desejo de prole destes indivíduos pode existir apesar da incongruência (Hembree, et al., 2017; SBEM, et al., 2019).

A monitorização da dosagem de testosterona é essencial para manter eficácia e segurança. A *Endocrine Society* (2017) recomenda medir níveis séricos de testosterona total, hematócrito, perfil lipídico e função hepática a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6–12 meses posteriormente. O hemograma é especialmente importante para detectar policitemia precoce.

Desta forma, podemos destacar que a linha de cuidados para a população trans é de grande complexidade e exige grande conhecimento técnico-científico, abordagem humanizada e holística, além de trabalho em equipe multidisciplinar. Além de exigir entendimento de questões sociais, políticas e jurídicas, áreas em geral, pouco conhecidas por profissionais da saúde.

Diante do exposto, fica claro a importância da pesquisa clínica na construção do conhecimento necessário para melhorias nas linhas de cuidado específicas para esta

população. Logo, a análise do perfil sociodemográfico, comportamental, clínico e laboratorial desta população contribuirá para maior entendimento das especificidades do cuidado para estes indivíduos, historicamente negligenciados da atenção à saúde, proporcionando a elaboração de protocolos de atendimento locais e linhas de cuidado específicas para cada região.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos gerais**

O presente estudo tem por objetivo principal compreender as condições sociais e de saúde dos usuários do ambulatório de Diversidade de Gênero HU/UFJF, além de descrever aspectos relacionados ao perfil clínico e comportamental destes indivíduos.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Análise, sistematização e coleta de dados dos usuários a partir dos prontuários eletrônicos do HU-UFJF
2. Descrição da população de Mulheres Trans e Homens Trans quanto ao perfil sociodemográfico, história patológica pregressa, uso de hormônios para afirmação de gênero, dados de saúde mental, histórico de transição e dados de transfobia, perfil clínico abrangendo características gerais e referentes a transição de gênero.
3. Padronizar uma ficha de anamnese clínica que seja compatível com a assistência e à pesquisa clínica
4. Analisar as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas da população transgênero atendida no ambulatório através da avaliação e sistematização dos dados de prontuários.

### **3. METODOLOGIA**

Este estudo adota um delineamento observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, tendo como foco principal a caracterização do perfil clínico, comportamental e psicossocial da população transgênero em atendimento no ambulatório especializado em saúde da população transgênero do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Trata-se de um estudo transversal, composto por usuários que realizaram acompanhamento desde fevereiro 2024 até fevereiro 2025.

#### **3.1 Aspectos Éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, conforme parecer número 6.625.169 emitido em janeiro 2024 como o trabalho inicial de um estudo longitudinal denominado Projeto Transformar. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, riscos, benefícios e voluntariedade da participação, com garantia de possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízo no atendimento assistencial. Vide Anexo A.

#### **3.2 População e Amostra**

A população-alvo compreende pessoas transgênero atendidas no Ambulatório Diversidade de Gênero do HU-UFJF. Como critério de inclusão foram elencados para pesquisa homens trans, mulheres trans e pessoas não binárias, com idade igual ou superior a 18 anos que estavam em terapia hormonal de afirmação de gênero no ambulatório de Endocrinologia Diversidade de Gênero do HU-UFJF. Todos os indivíduos incluídos aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide anexo C. Para critérios de exclusão da pesquisa, foi determinado que seriam excluídos os indivíduos que se apresentassem de forma contrária ao citado anteriormente e que não continham pelo menos 50% dos dados clínicos, comportamentais e sociais, determinados previamente, descritos em prontuário. A respeito dos critérios de exclusão citados anteriormente, nenhum paciente atendido no período da análise foi excluído.

### 3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por três alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, bolsistas de iniciação científica vinculadas ao projeto Transformar. Os discentes acessaram os prontuários eletrônicos por meio do sistema de gestão hospitalar de hospitais universitários da rede EBSEH (AGHU), utilizando os computadores do Hospital Universitário Dom Bosco, sempre em horários fora do expediente regular, de forma a não interferir no fluxo assistencial. As informações obtidas foram transcritas para fichas eletrônicas elaboradas na plataforma online REDCap. Tais fichas foram elaboradas através do instrumento utilizado para coleta de dados da população transgênero do Trabalho de Conclusão de Curso em Endocrinologia e Metabologia desenvolvido pela pesquisadora no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Este trabalho realizou um estudo retrospectivo da população assistida no ambulatório de Disforia de Gênero do Hospital Moncorvo Filho, na cidade do Rio de Janeiro (Anexo B).

A fim de garantir uniformidade e qualidade dos registros, foram realizadas reuniões semanais - presenciais ou via Google Meet- entre os pesquisadores responsáveis e os bolsistas, destinadas à padronização da coleta, discussão de inconsistências e resolução de dúvidas. Adicionalmente, quando surgiam questionamentos pontuais durante o processo, os bolsistas mantinham contato direto com a pesquisadora, por meio de mensagens instantâneas (WhatsApp), bem como com a professora coordenadora do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HU-UFJF, assegurando a acurácia dos dados coletados.

Devido ao recente credenciamento do serviço, identificou-se ausência de registro de algumas variáveis em prontuário. Tal fato, possivelmente, relaciona-se com a anterior falta de padronização de ficha clínica específica e educação continuada da equipe multidisciplinar, a qual inclui acadêmicos e residentes de todas as áreas envolvidas no cuidado. Isso enfatizou a necessidade de estudos a respeito do tema, para maior divulgação do conhecimento e padronização na coleta de dados, objetivando avanços significativos na linha de cuidado para esta população.

A coleta dos dados se direcionou para as variáveis encontradas na anamnese e exame físico, descritas de forma clara e objetiva em prontuário digital dos participantes da pesquisa no AGHU. Foram incluídas informações sociodemográficas, dados de

história clínica e social, além da descrição de medicamentos em uso e dados relacionados a saúde mental.

1. Variáveis sociodemográficas: idade, sexo de nascimento, gênero de identificação, cor/etnia, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado, religião, realização de retificação de nome e desejo de filhos biológicos.
2. História da incongruência de gênero: idade de início da incongruência, dividida em menos de 10 anos, 11 a 17 anos e igual ou maior que 18 anos. Histórico de transfobia, contemplando agressão verbal, sexual, física ou percepção de rejeição.
3. THAG: tipo de substância, via de administração, dose e duração. Uso de hormônio com ou sem orientação médica.
4. Comorbidades clínicas: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doenças hepáticas, doenças cardiovasculares, obesidade e doenças sexualmente transmissíveis.
5. Saúde mental: relato descrito em prontuário de diagnóstico de ansiedade, depressão, dismorfismo corporal, transtorno bipolar e relato de ideação suicida. Além do uso de medicações para esta finalidade.
6. História de suporte psicossocial: psicoterapia em andamento ou interrompida.
7. Dados sobre assistência do serviço: através de qual encaminhamento o paciente iniciou o acompanhamento no ambulatório.

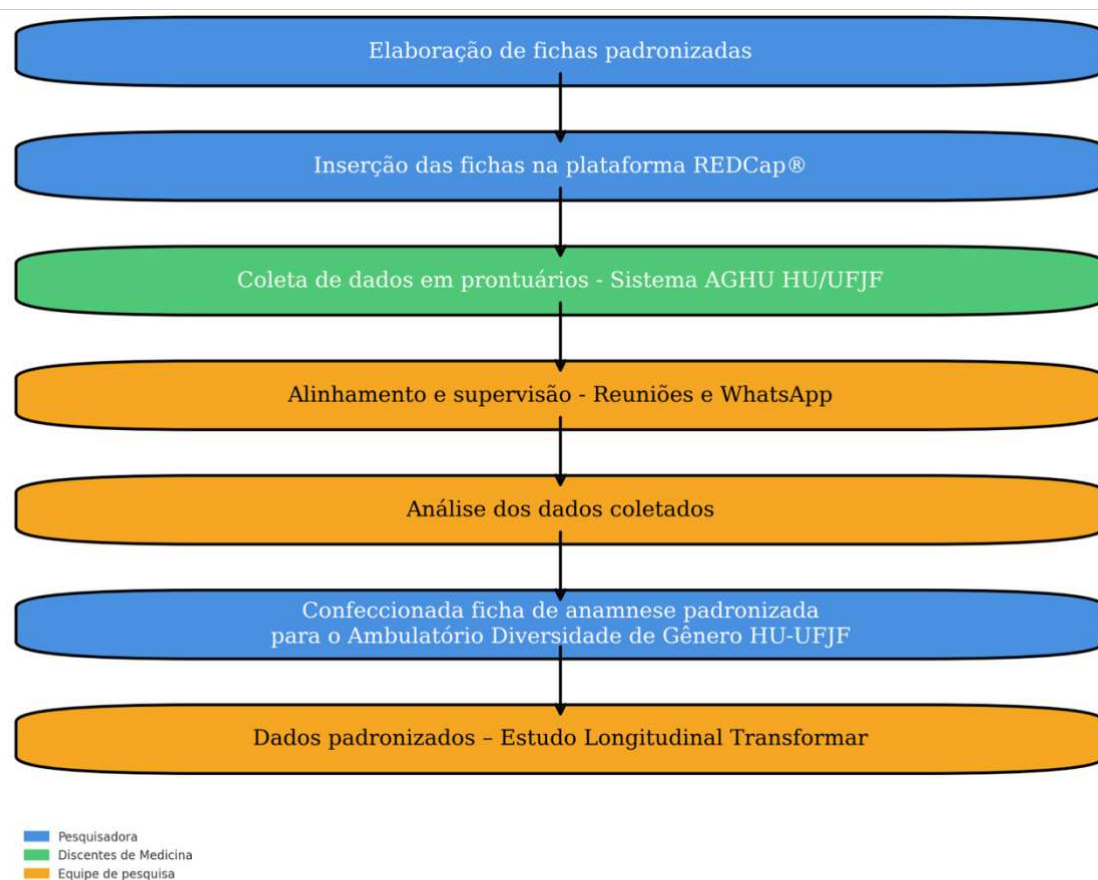


Figura 2: Fluxograma da metodologia de coleta de dados

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Figura 2 sintetiza as etapas da coleta de dados: elaboração e inserção de fichas no REDCap, coleta em prontuários do AGHU, alinhamento e análise pela equipe de pesquisa, e confecção de ficha de anamnese padronizada para o Ambulatório de Diversidade de Gênero. Esta padronização permitirá uma coleta de dados mais adequada para subsequente acompanhamento e análise longitudinal da coorte do Projeto Transformar (início março de 2025). As cores representam os responsáveis: azul (pesquisadora), verde (discentes) e laranja (equipe de pesquisa).

### **3.4 Banco de Dados e Segurança das Informações**

Todas as informações serão armazenadas em plataforma institucional segura (Redcap e planilhas protegidas pelo domínio institucional da UFJF). Nenhum dado identificável foi coletado (como nome, CPF, telefone, e-mail ou data de nascimento). Os dados foram codificados para garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes, respeitando os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/12.

### **3.5 Análise Estatística**

Realizado análise descritiva das variáveis, com cálculo de médias, desvios padrão, frequências absolutas e relativas.

A análise estatística foi realizada com uso de software estatístico Jamovi (versão mais atual), e os resultados foram apresentados com respectivos intervalos de confiança. Conforme recomendação da American Statistical Association (ASA), o valor-p não foi utilizado isoladamente como critério de significância.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Sociodemográficos

A amostra foi composta por conveniência e atingiu 72 pacientes, sendo 5 não binários, 31 homens trans e 36 mulheres trans.

A tabela 1 sintetiza o perfil sociodemográfico da amostra, composta majoritariamente por indivíduos solteiros (87,5%), jovens adultos com média de idade de 30,4 anos (DP 10), predominância de cor parda (37,5%) e naturalidade de Juiz de Fora (55,6%). Em relação à orientação sexual, prevaleceu a heterossexualidade (63,9%), enquanto a escolaridade concentrou-se no ensino médio (51,4%). Observa-se ainda que mais que um terço dos avaliados estava empregada de maneira formal, sobretudo sob regime CLT (30,6%), e a principal opção religiosa autorreferida foi o ateísmo (26,4%), embora haja proporção expressiva de respostas omissas em diferentes variáveis.

Na análise dos ofícios declarados pelos 72 participantes, a profissão mais frequente foi a de estudante, relatada por 37 indivíduos, o que corresponde a 51,4% da amostra total. Quando estratificado por identidade de gênero, observa-se que essa ocupação foi citada por 4 mulheres trans (11,1% do total de mulheres trans), 4 homens trans (12,9%) e por todos os 5 não binários (100%), revelando um padrão diferenciado de inserção social para esse último grupo. Entre as mulheres trans, destacaram-se ainda os registros como cabeleireira/barbeira (11,1%), vendedora/atendente/balconista (11,1%) e profissional do sexo (5,6%), este último frequentemente apontado como alternativa diante das barreiras de empregabilidade formal impostas pela transfobia. Entre os homens trans, observou-se maior presença em trabalhos vinculados à segurança (3,2%), motorista de aplicativo (6,5%) e empregos operacionais ou informais, refletindo inserções laborais em setores de baixa estabilidade. Para os não binários, além da centralidade do papel de estudante, houve menção isolada ao exercício da profissão de sexo.

A prevalência de retificação de nome entre os participantes foi alta: 62,5% relataram já ter realizado esse processo, 34,7% ainda não haviam feito e apenas 2,8% não tinham interesse.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos e gênero de identificação

<b>Sexo de nascimento</b>	<b>Homem Trans</b>	<b>Mulher Trans</b>	<b>Não Binário</b>	<b>Total (72)</b>
<b>Masculino</b>	0	36	1	37
<b>Feminino</b>	31	0	4	35
	43,1%	50%	6,9%	
<b>Cor da Pele</b>				
<b>Branca</b>	11 (35,3%)	12 (33,3%)	2 (40%)	25 (34,7%)
<b>Preta</b>	6 (19,4%)	12 (33,3%)	0 (0%)	18 (25%)
<b>Parda</b>	14 (45,2%)	10 (27,8%)	3 (60%)	27 (37,5%)
<b>Omisso</b>	0 (0%)	2 (5,6%)	0 (0%)	2 (2,8%)
<b>Média de Idade (anos)</b>	31,6 (DP 8,8)	30,1(DP 11,3)	24,4 (DP 1,7)	30,4 (DP 10)
<b>Estado Civil</b>				
<b>Casado</b>	2 (6,5%)	4 (11,1%)	0 (0%)	6 (8,3%)
<b>Solteiro</b>	28 (90,3%)	30 (38,3%)	5 (100%)	36 (87,5%)
<b>Omisso</b>	1 (3,2%)	2 (5,6%)	0 (0%)	3 (4,2%)
<b>Naturalidade</b>				
<b>Juiz de Fora</b>	18(58,1%)	19 (52,8%)	3 (60%)	40 (55,6%)
<b>Minas Gerais</b>	10 (32,3%)	8 (22,2%)	0 (0%)	18 (25%)
<b>Outro estado</b>	8 (25,8%)	4 (11,1%)	2 (40%)	14 (19,4%)
<b>Orientação Sexual</b>				
<b>Heterossexual</b>	21 (67,7%)	25 (69,4%)	0 (0%)	46 (63,9%)
<b>Bissexual</b>	4 (12,9%)	4 (11,1%)	0 (0%)	8 (11,1%)
<b>Diamórico</b>	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	2 (2,8%)
<b>Outros</b>	6 (19,4%)	4 (11,1%)	3 (60%)	13 (18,1%)
<b>Escolaridade</b>				
<b>Ensino Fundamental</b>	1 (3,2%)	1 (2,8%)	0 (0%)	2 (2,8%)
<b>Ensino Médio</b>	16 (51,6%)	20 (55,6%)	1 (20%)	37 (51,4%)
<b>Ensino Superior</b>	13 (41,9%)	8 (22,2%)	3 (60%)	24 (33,3%)
<b>Ensino Técnico</b>	1 (3,2%)	4 (11,1%)	0 (0%)	5 (6,9%)
<b>Pós-graduação</b>	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (1,4%)
<b>Omisso</b>	0 (0%)	3 (8,3%)	0 (0%)	3 (4,2%)

<b>Empregabilidade</b>				
<b>Desempregado</b>	1 (3,2%)	5 (13,9%)	3 (60%)	9 (12,5%)
<b>Autônomo</b>	8 (25,8%)	9 (25%)	0 (0%)	17 (23,6%)
<b>Contratado/temporário</b>	2 (6,5%)	1 (2,8%)	0 (0%)	3 (4,2%)
<b>Empregado CLT</b>	14 (45,2%)	8 (22,2%)	0 (0%)	22 (30,6%)
<b>Outros</b>	1 (3,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)
<b>Omisso</b>	5 (16,1%)	13 (36,1%)	2 (40%)	20 (27,8%)

<b>Religião</b>				
<b>Ateu</b>	11(35,5%)	5 (13,9%)	3 (60%)	19 (26,4%)
<b>Cristão</b>	4 (12,9%)	6 (16,7%)	1 (20%)	11 (15,3%)
<b>Espírita</b>	3 (9,7%)	1 (2,8%)	0 (0%)	4 (5,6%)
<b>Umbanda</b>	5 (16,1%)	2 (5,6%)	1 (20%)	8 (11,1%)
<b>Outros</b>	3 (9,7%)	12 (33,3%)	0 (0%)	15 (20,8%)
<b>Omisso</b>	5 (16,1%)	10 (27,8%)	0 (0%)	15 (20,8%)

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

## 4.2 Incongruência de Gênero e Comportamento

Verifica-se que a maioria dos participantes relatou a identificação da incongruência de gênero ainda na infância (51,4%), seguida pela adolescência (34,7%) e, em menor proporção, na vida adulta (6,9%). Vide Gráfico 1.

A maioria dos pacientes não desejava ter filhos biológicos (83,6%)

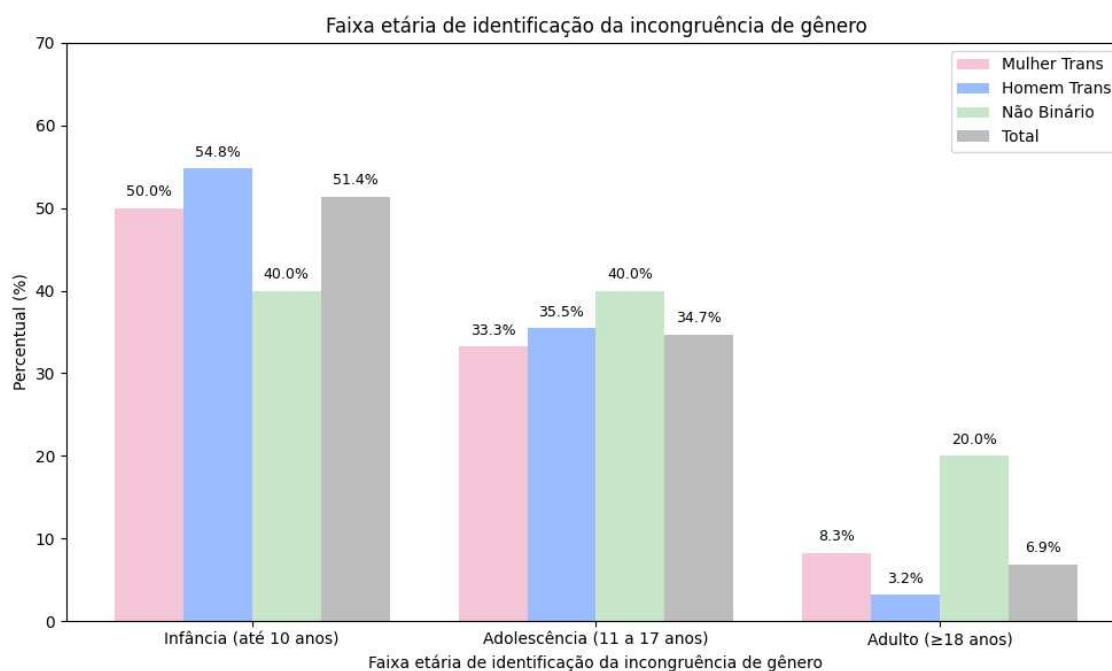


Gráfico 1: Idade identificação incongruência de gênero

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Tabela 2: Transfobia e gênero de identificação

Transfobia	Homem Trans (31)	Mulher Trans (36)	Não binário (5)	Total (72)
Agressão Física	2 (6,5%)	1 (2,8%)	0 (0%)	3 (4,2%)
Agressão verbal	0 (0%)	1 (2,8%)	0 (0%)	1 (1,4%)
Abuso sexual	0 (0%)	2 (5,6%)	0 (0%)	2 (2,8%)
Sim, mas não especificada	8 (25,8%)	9 (25%)	1 (20%)	18 (25%)
Outro	4 (12,9%)	12 (33,3%)	4 (80%)	20 (27,8%)
Nega	12 (38,7%)	12 (33,3%)	1 (20%)	25 (34,7%)

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Entre os 72 participantes da pesquisa, mulheres trans relataram 24 ocorrências de transfobia, o que corresponde a 33,3% da amostra total; homens trans registraram 22 ocorrências (30,6% do total); e as pessoas não binárias relataram 5 ocorrências (6,9% do total) (Tabela 2). Embora em números absolutos mulheres trans tenham apresentado o maior quantitativo, proporcionalmente o grupo não binário foi o mais

afetado, já que praticamente todos relataram algum episódio de transfobia. Os tipos mais frequentes incluíram agressões físicas, verbais, abuso sexual e discriminações não especificadas. No grupo “outros”, emergiram exemplos de violência e exclusão, como rejeição e conflito familiar, não reconhecimento do nome social, discriminação em processos seletivos e no ambiente profissional.

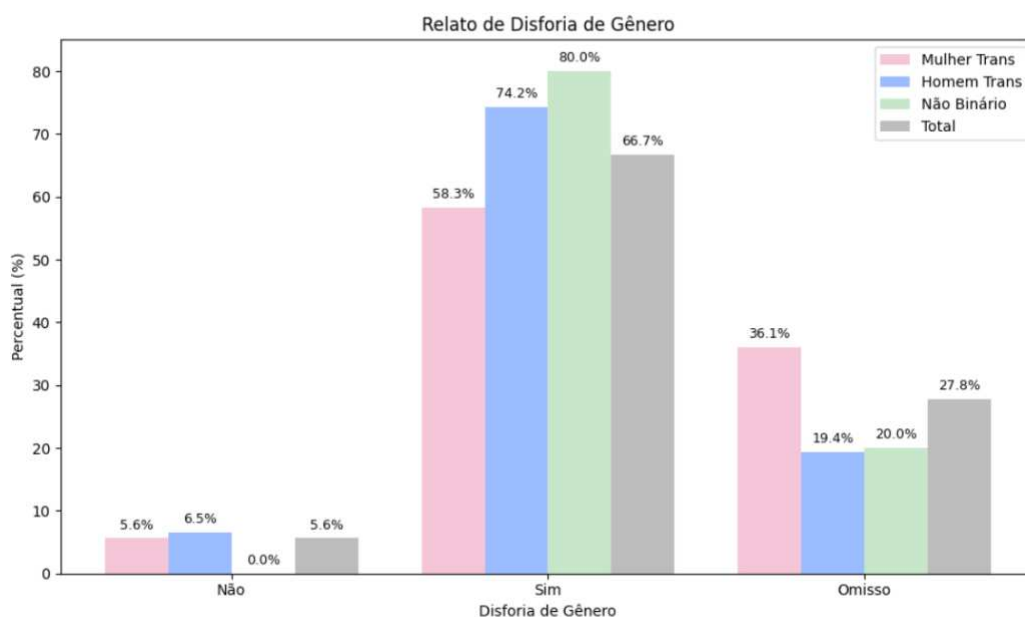


Gráfico 2: Disforia de gênero e gênero de identificação

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O Gráfico 2 evidencia que a disforia de gênero foi relatada pela maioria dos participantes (66,7%) cujo este dado estava presente em prontuário, sendo mais frequente entre pessoas não binárias (80%) e homens trans (74,2%). Entre as mulheres trans, 58,3% relataram disforia de gênero. Esses achados reforçam a expressiva presença da disforia de gênero na população estudada, ainda que com variações conforme o gênero de identificação.

Constata-se que a maioria dos participantes iniciou a terapia hormonal entre 18 e 39 anos (Gráfico 3), correspondendo a 63,9% das mulheres trans, 77,4% dos homens trans e 60,0% das pessoas não binárias. Inícios precoces, antes dos 16 anos, foram relatados por 8,3% das mulheres trans e 3,2% dos homens trans, enquanto inícios tardios, a partir dos 40 anos, ocorreram em apenas 2,8% e 6,5%,

respectivamente, sem registros entre não binários. Destaca-se ainda que houve ausência de respostas em 13,9% dos questionários (10 omissões em um total de 72 participantes), além de percentuais nulos (0%) em algumas faixas etárias no grupo de não binários.

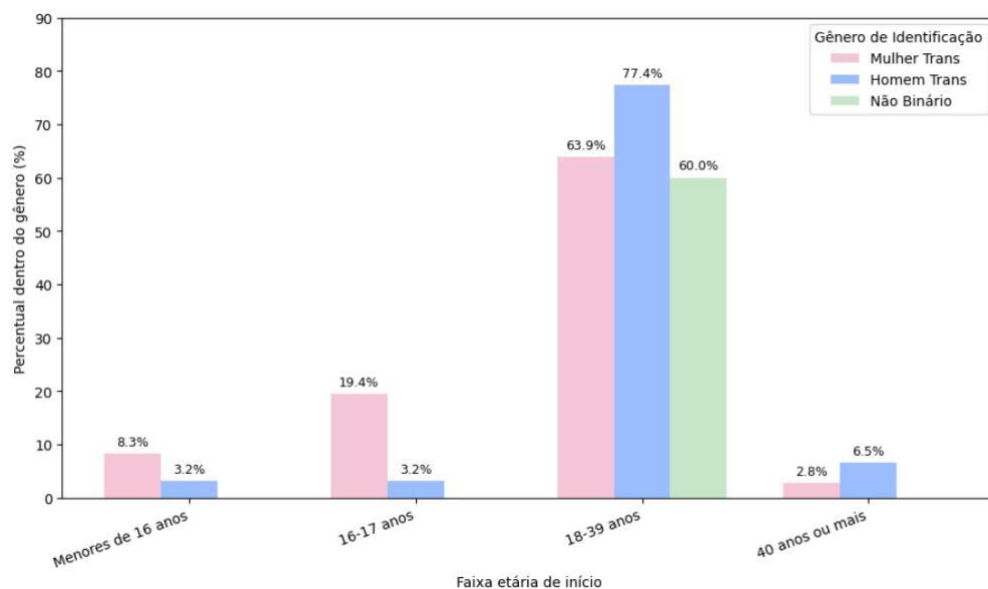


Gráfico 3: Idade início terapia hormonal e gênero de identificação

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O Gráfico 4 demonstra as cirurgias almejadas pela população estudada. Cada prontuário de um indivíduo assistido poderia indicar múltiplos procedimentos. Neste caso, a mastectomia foi o procedimento mais referido (44,4% do total), predominando entre os homens trans, 90,3% dos 31 avaliados, e em 80% das 5 pessoas não binárias presentes no estudo. A mamoplastia com colocação de prótese (31,9%) apareceu exclusivamente entre as mulheres trans, indicada em 63,9% entre as 36 inseridas na pesquisa. Este último procedimento é característico do processo de feminilização. Outra cirurgia almejada pelas mulheres trans é da redesignação sexual (50%). Histerectomia (15,3%) e a ooforectomia (2,8%), foram citadas em menor proporção, restritas sobretudo a homens trans (31) e não binários (5). Apenas 12,5% do total de participantes (72) relatou não ter interesse em nenhum tipo de cirurgia.

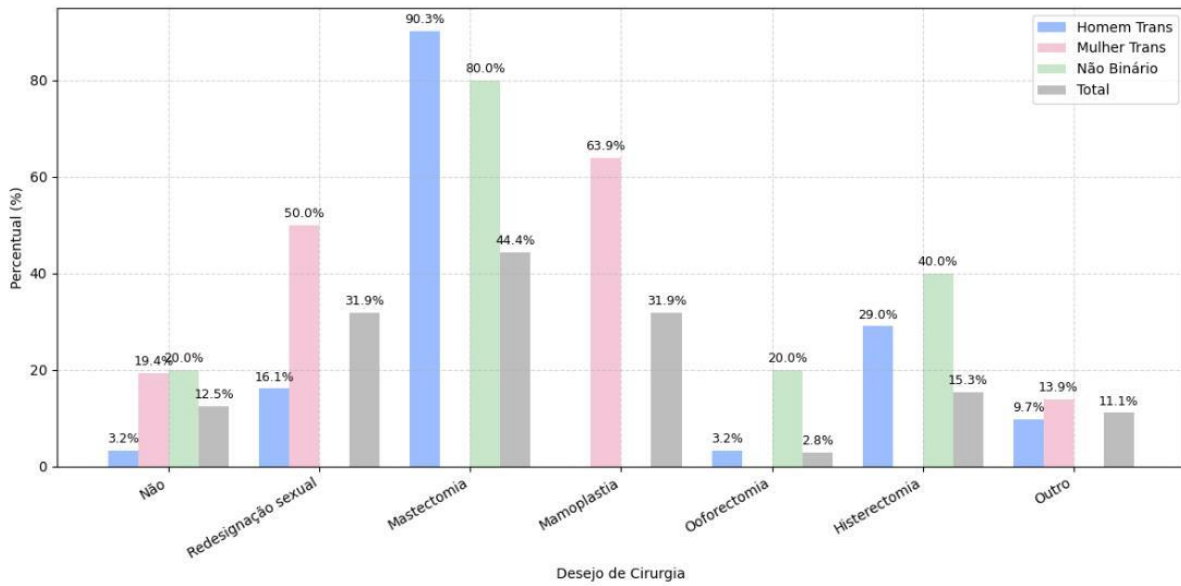


Gráfico 4: Tipo de cirurgia desejada e incongruência de gênero

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Gráficos 5 e 6:

Entre os homens trans, observou-se predomínio expressivo do uso de testosterona intramuscular (87,1%), enquanto a formulação em gel foi utilizada por uma minoria (9,7%). Entre as mulheres trans, os hormônios mais empregados foram o estrogênio oral (47,2%) e a ciproterona (41,7%), seguidos do estrogênio transdérmico (38,9%) e do uso de anticoncepcionais orais (38,6%) e injetáveis (30,6%). Ressalta-se que era possível assinalar mais de um tipo de medicamento, o que explica a sobreposição de percentuais.

Na população não binária, verificou-se uso pontual de diferentes vias hormonais, incluindo testosterona em gel, estrogênio oral e transdérmico, cada uma referida por 20% do grupo. Também nesse caso era possível assinalar múltiplos medicamentos, evidenciando a ausência de padronização terapêutica e a variação conforme o objetivo individual do tratamento.

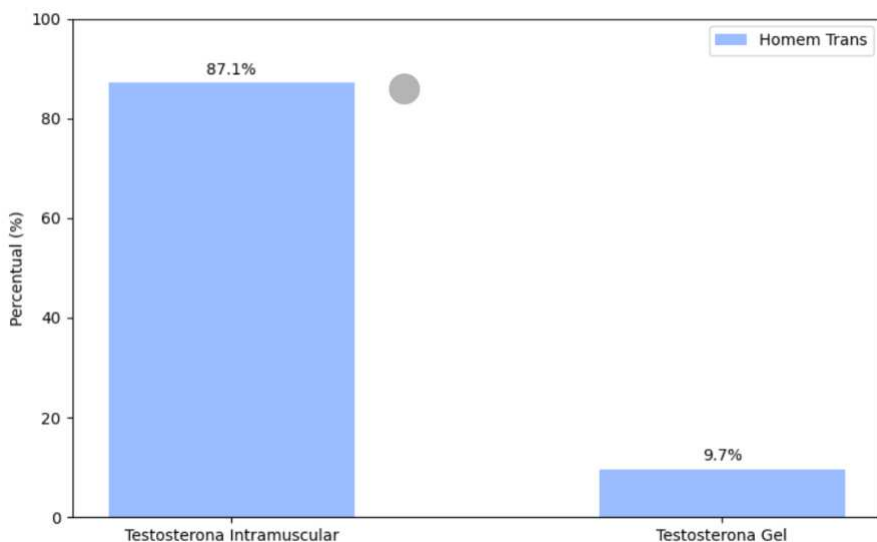
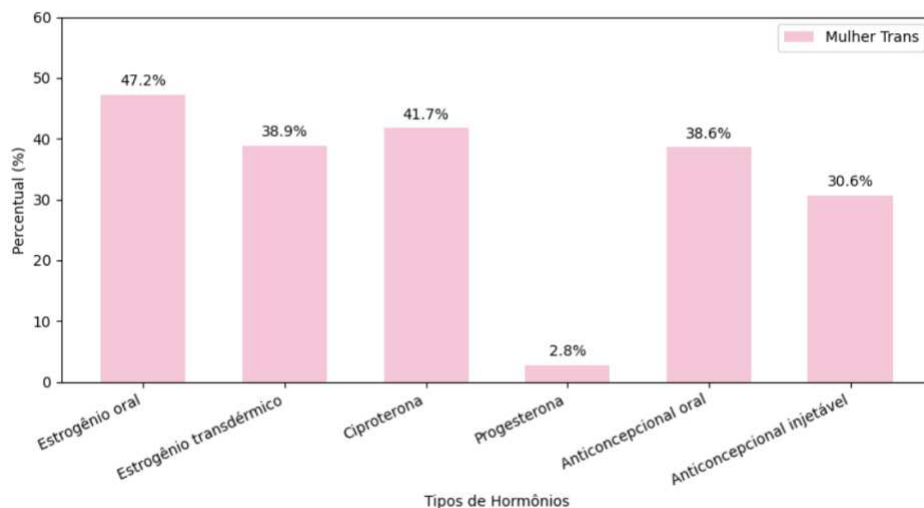


Gráfico 5: Terapia hormonal em Homens Trans

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 6: Terapia hormonal em mulheres trans



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O Gráfico 7 evidencia que o uso de hormônios antes do acompanhamento no HU-UFJF ocorreu em 41,7% da amostra total, sendo mais frequente entre mulheres trans, das quais 72,2% relataram automedicação, e entre homens trans 58,1% relataram uso prévio com acompanhamento médico. No grupo não binário, predominou a ausência de uso (80%), embora 20% tenham feito uso acompanhado.

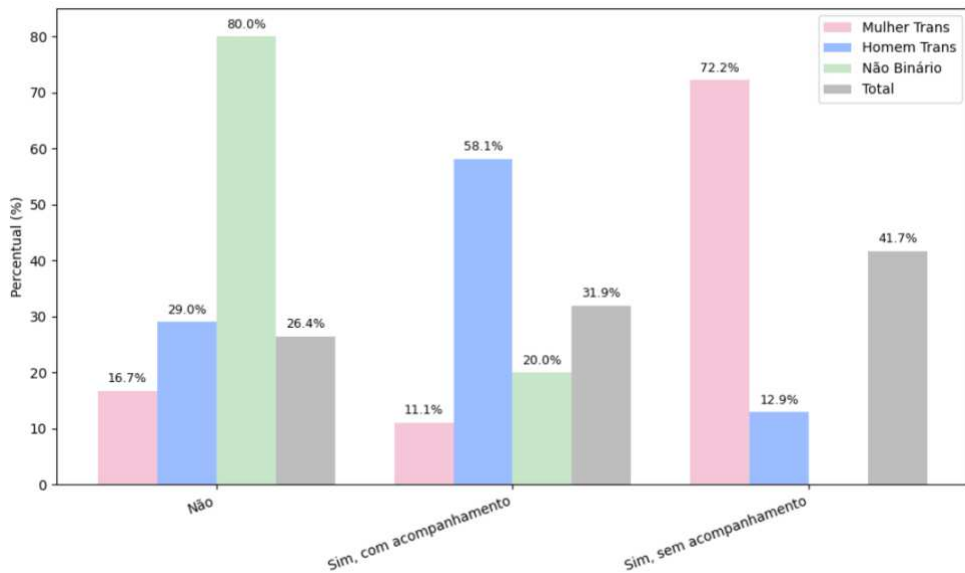


Gráfico 7: Uso de terapia hormonal antes do HU UFJF

Fonte: Elaborada pelo autor (2025).

Observa-se que no Gráfico 8 o álcool foi a substância mais referida entre os participantes (58,3%), seguido pelo cigarro (34,7%) e pela maconha (20,8%). O uso de cocaína foi relatado por 6,9% da amostra, enquanto outras substâncias corresponderam a 2,8%. Destaca-se que 33,3% dos participantes negaram o uso de substâncias e não houve registros de uso de vape.

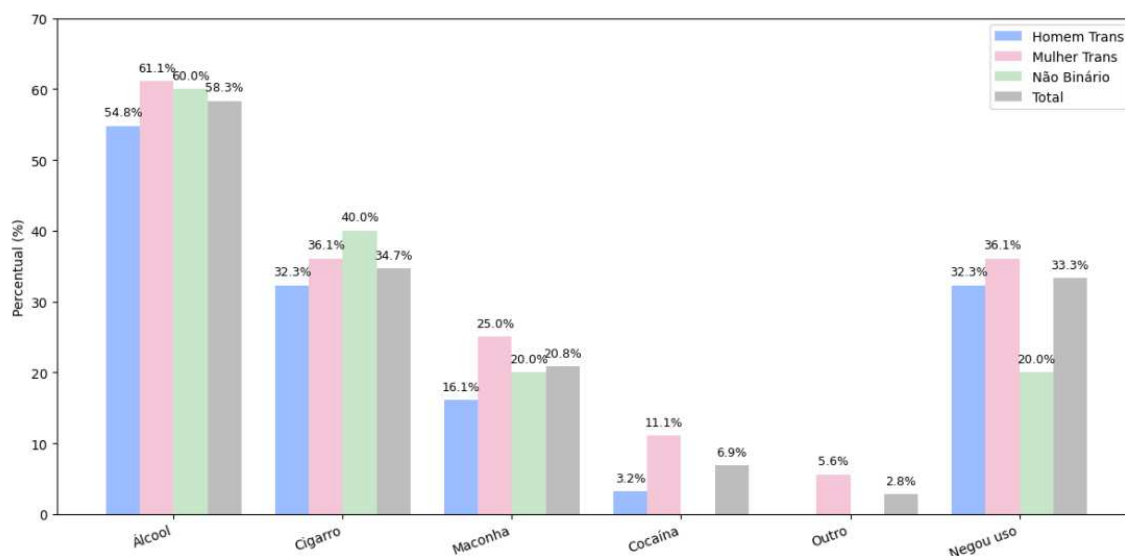


Gráfico 8: Uso de substâncias e incongruência de gênero

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

### 4.3 Acesso à saúde especializada

A maior parte dos registros que evidenciava a forma de ingresso dos pacientes ao Ambulatório Diversidade de Gênero do HU-EBSERH-UFJF estava omissa em prontuário (56 pacientes; 77,8%), o que limitou a análise mais precisa dos fluxos. Ainda assim, os dados apontam para o papel central do HU e da atenção primária como principais portas de entrada formais dessa população.

Dos 72 pacientes atendidos no Ambulatório de Diversidade de Gênero, o encaminhamento interno interdisciplinar foi a principal via registrada (8 casos; 11,1%), seguido das Unidades Básicas de Saúde (5 casos; 6,9%) e da categoria “outros” (3 casos; 4,2%), que corresponde a encaixes e agendamentos internos realizados por profissionais do HU ou por pessoas com vínculo direto com o serviço.

### 4.4 Condições de saúde mental

A Tabela 3 evidencia que os principais agravos de saúde mental autorrelatados foram ansiedade (34,7%) e depressão (25%), enquanto o dimorfismo corporal e outros sintomas apareceram de forma pontual. Observa-se também que a maioria dos participantes já havia realizado acompanhamento profissional prévio (73,6%), e mais

da metade relatou acompanhamento psicológico atual (51,4%), com menor proporção de seguimento psiquiátrico isolado (1,4%) ou combinado com psicólogo (15,3%). Esses dados destacam a relevância do suporte em saúde mental para a população estudada.

Tabela 3: Autorrelato de saúde mental e acompanhamento profissional

<b>Saúde mental autorrelatada</b>	<b>Homem Trans (31)</b>	<b>Mulher Trans (36)</b>	<b>Não Binário (5)</b>	<b>Total (72)</b>
Ansiedade	9 (29%)	16 (44,4%)	0 (0%)	25 (34,7%)
Depressão	7 (22,6%)	8 (22,2%)	3 (60%)	18 (25%)
Dimorfismo corporal	0 (0%)	1 (2,8%)	0 (0%)	1 (1,4%)
Outros	1 (3,2%)	5 (13,9%)	0 (0%)	6 (8,3%)
Omisso	14 (45,2%)	6 (16,7%)	2 (40%)	22 (30,6%)

<b>Acompanhamento profissional prévio</b>				
Não	6 (19,4%)	8 (22,2%)	2 (40%)	16 (22,2%)
Sim	24 (77,4%)	26 (72,2%)	3 (60%)	53 (73,6%)
Omisso	1 (3,2%)	2 (5,6%)	0 (0%)	3 (4,2%)

<b>Acompanhamento profissional atual</b>				
Não	6 (19,4%)	15 (41,7%)	0 (0%)	21 (29,2%)
Sim, com psicólogo e psiquiatra	5 (16,1%)	5 (13,9%)	1 (20%)	11 (15,3%)
Sim, com psicólogo	20 (64,5%)	13 (36,1%)	4 (80%)	37 (51,4%)
Sim, com psiquiatra	0 (0%)	1 (2,8%)	0 (0%)	1 (1,4%)
Omisso	1 (3,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)

<b>Suicídio</b>				
Sim	0 (0%)	3 (8,3%)	2 (40%)	5 (6,9%)
Não	4 (12,9%)	5 (13,9%)	0 (0%)	9 (12,5%)
Omisso	27 (87,1%)	28 (77,8%)	3 (60%)	58 (80,6%)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Conforme evidenciado na tabela anterior, uma parcela expressiva dos participantes relatou sintomas de ansiedade e depressão, bem como histórico de acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Observou-se também neste estudo que os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (IRS) foram os medicamentos mais frequentemente relatados, utilizados por 6,5% dos homens trans (n=2), 16,7% das mulheres trans (n=6) e não referidos entre pessoas não binárias, representando 11,1% do total da população estudada (n=8). Em seguida, destacaram-se os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), referidos por 6,5% dos

homens trans (n=2), 2,8% das mulheres trans (n=1) e 40% dos não binários (n=2), correspondendo a 6,9% do total (n=5). O uso de benzodiazepínicos foi apontado por 6,5% dos homens trans (n=2) e 5,6% das mulheres trans (n=2), sem relatos entre os não binários, totalizando 5,6% da amostra (n=4). Relatos isolados incluíram estabilizadores de humor (2,8% das mulheres trans; n=1), inibidores da recaptção de dopamina e noradrenalina (IRDN) (3,2% dos homens trans, n=1; 2,8% das mulheres trans, n=1), buspirona (2,8% das mulheres trans; n=1) e outros psicofármacos (3,2% dos homens trans, n=1; 5,6% das mulheres trans, n=2), todos com frequência inferior a 5% no total da população. Destaca-se ainda que uma parcela expressiva dos participantes negou o uso de medicamentos psiquiátricos, abrangendo 16,1% dos homens trans (n=5), 27,8% das mulheres trans (n=10) e 100% dos não binários (n=5), o que representa 20,8% da amostra total (n=15). A respeito do uso de medicamentos psiquiátricos, drogas como antidepressivos tricíclicos, antidepressivos atípicos, inibidores da MAO e cannabis medicinal também foram investigados, porém não apresentaram nenhum usuário dentro da amostra analisada.

Na análise de tentativa de suicídio, observou-se que a maioria dos participantes (80,6%) não tinha esse episódio registrado em prontuário, o que configurou a categoria “omissa”, com maior frequência entre homens trans (87,1%) e mulheres trans (77,8%), além de três participantes não binários (60%). Naqueles cujo a descrição estava presente, a tentativa de autoextermínio foi relatada por 6,9% do total da amostra, correspondendo a três mulheres trans (8,3%) e duas pessoas não binárias (40%). Entre os homens trans, não houve relatos de tentativa. Já a resposta negativa (“não”) foi indicada por 12,5% dos participantes, distribuídos entre quatro homens trans (12,9%) e cinco mulheres trans (13,9%), sem registro entre pessoas não binárias.

## 4.5 Clínico

As principais comorbidades relatadas (Gráfico 9) foram hipertensão arterial (5,6%), diabetes mellitus (4,2%) e insuficiência cardíaca (6,5%). Na categoria “Outros”, destacaram-se doenças respiratórias, como asma, única categoria na qual foi relatada pela população não binária (n=3). A maioria dos participantes (61,1%; n=44) negou comorbidades. Esta última informação não foi representada no Gráfico 9 para evidenciar os diagnósticos presentes na população, e, pela mesma razão, o relato da população não binária também não foi apresentada na imagem abaixo. Condições como baixa massa óssea, osteoporose, tromboembolismo, doença coronariana, sobrepeso, obesidade e câncer foram investigadas, mas não houve registros na amostra. A respeito de sobrepeso e obesidade, além da ausência de relatórios diretos, as medidas antropométricas não estavam disponíveis em todos os prontuários avaliados.

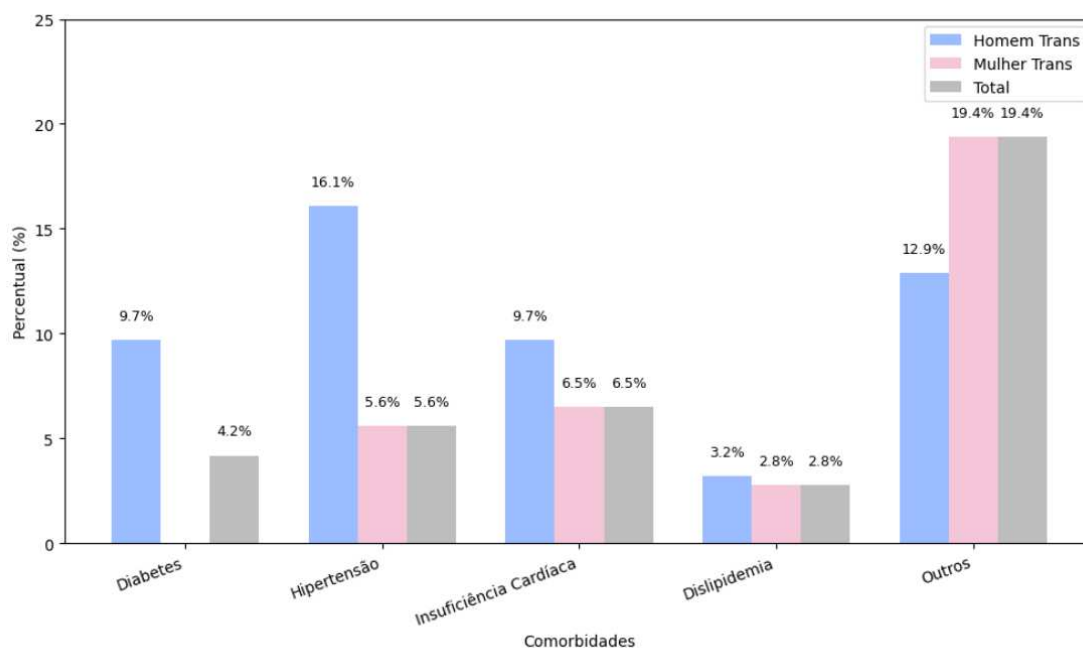


Gráfico 9: Comorbidades e incongruência de gênero

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

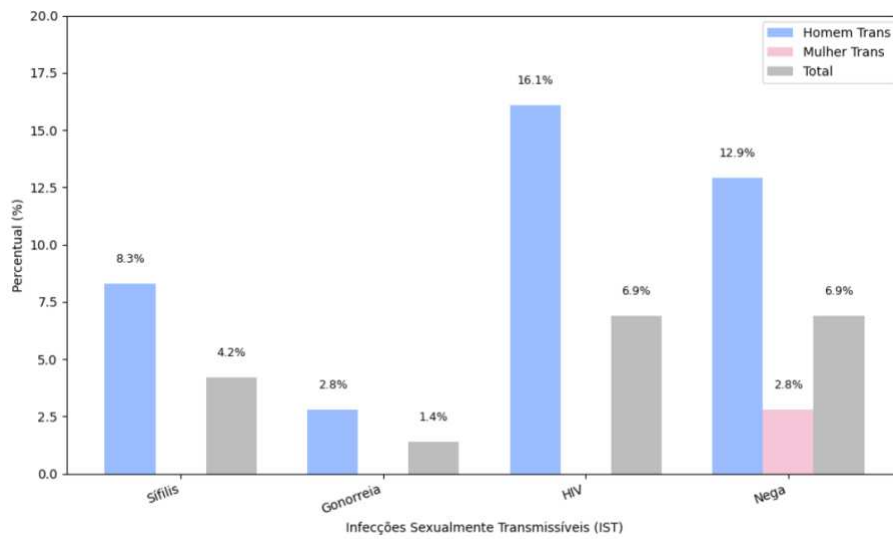


Gráfico 10: Infecções sexualmente transmissíveis e incongruência de gênero

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Verifica-se que a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) foi baixa na população estudada. O HIV foi relatado exclusivamente entre homens trans (16,1%), não havendo casos entre mulheres trans ou pessoas não binárias (Gráfico 10). A sífilis foi identificada em 8,3% das mulheres trans, enquanto a gonorreia apareceu em apenas 2,8% desse mesmo grupo. Não foram observados casos de sífilis ou gonorreia em homens trans e pessoas não binárias. Importante destacar que nenhum dos participantes não binários apresentou IST e por isso, não estão inseridos no Gráfico 10. Destaca-se também que, em determinados diagnósticos, como sífilis e gonorreia, também não houve registros entre homens trans. Além disso, 6,9% da amostra total (72) declarou não apresentar histórico de IST.

## 5. DISCUSSÃO

A amostra analisada composta por 72 indivíduos, entre homens trans, mulheres trans e não binários revelou predominância de jovens adultos solteiros, média etária aproximada de 30 anos. Destes, a escolaridade foi concentrada no ensino médio, o que se diferencia em alguns pontos do perfil descrito em outras pesquisas brasileiras, como a de Silva et al. (2022), que também identificaram baixo nível educacional, além de vulnerabilidade socioeconômica entre pessoas com incongruência de gênero. Em relação a inserção no mercado de trabalho, foi observado maior ocorrência de ocupações informais ou de baixa estabilidade, o que reitera achados de Rocon et al. (2015) e Oliveira e Sprung (2022), que associam a exclusão profissional à discriminação institucional e à ausência de políticas públicas efetivas. Merece destaque o fato que a grande parte dos indivíduos possuía relatos de estigma ou preconceito em relação a transgeneridade. Na amostra investigada, a transfobia foi relatada por mais da metade dos participantes, com predomínio entre as mulheres trans e os indivíduos não binários e está em conformidade com dados brasileiros. Tal fato reforça a intensidade da violência enfrentada, contexto social este, observado em populações trans de diferentes localidades (Rocon et al., 2015; Rosa, 2012).

Vivenciada em diferentes cenários, a transfobia é frequentemente descrita em levantamentos que documentam violências contra pessoas transgêneros e que apontam taxas de vitimização até quatro vezes maior às observadas em pessoas cisgênero (Flores, et al., 2021). Portanto, a transfobia representa importante determinante social negativo, reduzindo, inclusive, a expectativa de vida destes indivíduos (ANTRA, 2021). Além disso, a discriminação, a patologização da incongruência de gênero e a resistência de profissionais em reconhecer o nome social, são barreiras recorrentes para o acesso da população trans aos serviços de saúde, dificultando desta forma os cuidados de saúde para esta população (Rocon et al., 2015; Oliveira; Sprung, 2022).

As barreiras de acesso à saúde e a exclusão social da população trans repercutem em diferentes esferas, corroborando a gravidade da situação e reforçando a necessidade de políticas públicas e práticas antidiscriminatórias. Outro dado relevante é a presença da disforia de gênero, vivenciada por mais da metade da dos

usuários avaliados no Ambulatório Diversidade de Gênero HU-EBSERH-UFJF, correspondendo a 66,7% da amostra total. Esses achados também dialogam com evidências de impacto psicológico significativo, como demonstrado por Silva et al. (2022), que identificaram maior prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em subgrupos com maior vulnerabilidade social e histórico de violência.

Este estudo que avaliou a população assistida pelo HU-EBSERH-UFJF, identificou que a automedicação com hormônios apareceu de forma marcante, próxima à encontrada em Salvador/BA, onde 69,1% das travestis e mulheres transexuais relataram o uso de hormônios não prescritos (Silva et al., 2022). Tais dados refletem sobretudo as barreiras de acesso enfrentadas pela população trans nos serviços de saúde, muitas vezes permeadas por transfobia. O estigma e a discriminação em contextos institucionais dificultam o acompanhamento médico contínuo, direcionando muitas pessoas para alternativas informais de hormonização, com o objetivo de alcançar mudanças corporais desejadas. Esse paralelo sugere que, mesmo com diferenças regionais, o padrão de vulnerabilidade se repete, reforçando como a exclusão determina esse comportamento (Silva et al., 2022).

Na análise do perfil terapêutico, observou-se que entre os homens trans (31 participantes) predominou o uso de testosterona intramuscular (87,1%), enquanto a formulação em gel foi referida por apenas 9,7% dos participantes. Entre as mulheres trans (36 participantes), os esquemas mais empregados foram o estrogênio oral (47,2%), a ciproterona (41,7%), o estrogênio transdérmico (38,9%) e o uso de anticoncepcionais orais (38,6%) e injetáveis (30,6%). Destaca-se que parte dessas medicações, como os anticoncepcionais orais e a própria ciproterona em doses elevadas, não são recomendadas pelas diretrizes internacionais (Hembree, et al., 2017) nem pelo posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2019), devido ao risco aumentado de eventos tromboembólicos, alterações hepáticas e meningiomas, estes últimos associados ao uso prolongado de acetado de ciproterona (Silva et al., 2022).

O uso de fármacos fora das recomendações oficiais pode estar relacionado não apenas à dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde trans, mas também à ampla disponibilidade desses medicamentos em farmácias, muitas vezes adquiridos sem prescrição médica. Além de marcar a fragilidade estrutural da atenção

à saúde para população trans no Brasil, a automedicação expõe a riscos clínicos importantes. É necessário reconhecer que esse fenômeno não se resume a uma escolha individual, mas reflete a marginalização e a ausência de uma linha de cuidado acessível e inclusiva para esta população.

Entre as mulheres trans em uso de terapia hormonal, revisões recentes mostram que o risco de eventos cardiovasculares é maior quando associado a fatores como tabagismo, idade avançada, obesidade e utilização de esquemas não recomendados pelas diretrizes (Pribisha e Iwamoto, 2023). Nessa perspectiva, os achados desta dissertação confluem com evidências nacionais e internacionais, que sinalizam a automedicação como resultado da exclusão social, mas também como um risco concreto para desfechos desfavoráveis de saúde. Esse cenário reforça a importância de políticas públicas que ampliem o acesso a terapias seguras e padronizadas, reduzindo os riscos inerentes à automedicação e ao uso de esquemas inadequados.

Além disso, a disforia de gênero foi relatada por dois terços dos participantes da amostra (66,7%), com maior frequência entre pessoas não binárias (80%) e em homens trans (74,2%), enquanto entre mulheres trans a prevalência foi de 58,3%. Esse achado reforça a expressiva presença do sofrimento relacionado a incongruência de gênero na população estudada, embora exista variações conforme o gênero de identificação. Estudos internacionais confirmam tendência semelhante: no Reino Unido, Jarvis et al. (2025) identificaram aumento significativo do registro de disforia/incongruência em jovens, sobretudo em adolescentes designadas do sexo feminino ao nascer, e na Suécia, observou-se crescimento consistente na incidência de disforia de gênero nas últimas décadas (Arver et al., 2022). No contexto brasileiro, Totaro et al. (2023) demonstraram heterogeneidade de fatores sociodemográficos e psicológicos em indivíduos com diagnóstico de disforia, que estavam a espera por cirurgia de afirmação de gênero. Tal dado evidencia que a experiência da disforia pode se manifestar em diferentes grupos de pessoas que vivem com incongruência de gênero. Em conjunto, os dados indicam que a alta prevalência encontrada nos indivíduos atendidos no Hospital Universitário de Juiz de Fora não é um fenômeno isolado, mas reflete tendências globais, reforçando a necessidade de abordagens clínicas e psicossociais sensíveis à diversidade.

Nessa mesma amostra, uma parte expressiva dos participantes relatou ter percebido a incongruência de gênero ainda na infância ou adolescência. Esse achado corrobora dados publicados por Jarvis et al. (2025), que demonstrou aumento expressivo dos registros clínicos de disforia e incongruência de gênero em crianças e adolescentes no Reino Unido assistidos pela atenção primária, especialmente entre 16 e 18 anos. Cabe destacar, no entanto, que nesse estudo os termos “disforia” e “incongruência” aparecem agrupados nos registros clínicos, sem diferenciação conceitual entre as categorias. De forma semelhante, McGuire et al. (2016) apontam que muitas pessoas trans relatam reconhecer a incongruência na adolescência, reforçando a importância da atenção à saúde nesse período para o bem-estar psicológico ao longo da vida. No Brasil, Totaro et al. (2023) evidenciaram também relatos frequentes de percepção precoce da incongruência de gênero.

É importante ressaltar que a percepção precoce da incongruência não obrigatoriamente associa-se à disforia de gênero, tampouco deve ser interpretada como fator de risco direto para o sofrimento psíquico. O que parece exercer maior impacto sobre os desfechos em saúde mental é o acolhimento familiar e social, associado ao acesso a cuidados especializados. Nesse sentido, contextos de apoio reduzem sintomas depressivos, ansiedade e comportamentos autolesivos, enquanto ambientes marcados por rejeição e barreiras assistenciais ampliam a vulnerabilidade psicológica dessa população (Silva et al., 2022; McGuire et al., 2016).

Na amostra avaliada nesse estudo, foi observado a prevalência de ansiedade em 34,7% e de depressão em 25% dos participantes, além de tentativas de suicídio em 6,9%. Esses percentuais, embora preocupantes, mostraram-se mais baixos que os relatados em levantamentos nacionais com travestis e mulheres trans. Uma revisão recente conduzida por Coelho et al. (2025), que reuniu 31 estudos com 7.683 participantes em diferentes cidades brasileiras, encontrou taxas de depressão variando de 16% a 70,1%, ansiedade a partir de 24,8%, variando conforme estudo, e tentativa de autoextermínio entre 25% e 47,3%. Embora, estes resultados apontem prevalência significativa de sofrimento psíquico, especialmente de ansiedade, as taxas de ideação e tentativas de suicídio ficaram abaixo das registradas em populações maiores, o que pode estar relacionado ao fato de a maioria dos usuários do ambulatório Diversidade de gênero do HU-EBSERH-UFJF relatar

acompanhamento psicológico em andamento. Além disso, a elevada taxa de retificação de nome (62,5%) dos indivíduos avaliados neste estudo transversal reforça a relevância desta ação como um importante marcador de afirmação de identidade de gênero, pois quando estabelecido, é associado à redução de sintomas depressivos e ideação suicida (Russell, et al., 2018).

No contexto internacional, Corman et al. (2025) demonstraram que o início da terapia hormonal de afirmação de gênero, inclusive em modelos de teleatendimento, está associado à redução de sintomas depressivos e ansiosos, bem como de ideação suicida, reforçando a importância do acesso contínuo a esse cuidado. Em conjunto, esses achados sugerem que, apesar do sofrimento psíquico ser frequente nesta população, a disponibilidade de acompanhamento psicológico e o acesso a terapias afirmativas podem reduzir esse risco, apontando caminhos para estratégias de cuidado.

Segundo relatório da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2021), mais de 90% das mulheres trans no Brasil já exerceram o trabalho sexual em algum momento da vida, evidenciando o impacto da exclusão social sobre as trajetórias de vida dessa população. Na amostra apresentada nesse trabalho, embora a presença deste ofício tenha sido relatada, os percentuais observados foram inferiores aos descritos nacionalmente. Esse dado merece atenção, pois a marginalização social, quando associada ao estigma e à precarização das oportunidades de trabalho, repercute diretamente em desfechos de saúde. Não por acaso, a expectativa de vida de pessoas trans brasileiras é estimada em apenas 35 anos — menos da metade da média nacional (ANTRA, 2021).

Além disso, nos indivíduos avaliados, observou-se consumo de substâncias psicoativas em proporções relevantes, refletindo um padrão de vulnerabilidade já descrito em pesquisas com pessoas trans. O uso de álcool foi o mais frequente, seguido por tabaco e outras drogas ilícitas. Esses achados dialogam com levantamentos nacionais, como o realizado em Salvador/BA, no qual travestis e mulheres trans também apresentaram taxas elevadas de consumo de álcool e outras substâncias, muitas vezes em associação ao uso de hormônios não prescrito por médicos (Silva et al., 2022). É importante destacar que, enquanto na população geral brasileira a prevalência de tabagismo situa-se em torno de 9,3% e a de consumo

abusivo de álcool em 18,3%, entre pessoas trans esses percentuais tendem a ser substancialmente mais elevados, segundo dados do Vigitel (Brasil, 2022). Assim, os dados aqui apresentados reforçam que o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas deve ser entendido como consequência de contextos sociais excludentes e como marcador de risco adicional para agravos em saúde física e mental.

A respeito de condições crônicas de saúde, as principais comorbidades relatadas foram hipertensão arterial (5,6%; n=4), diabetes mellitus (4,2%; n=3) e insuficiência cardíaca (6,5%; n=5). A maioria dos participantes (61,1%) negou a presença de doenças crônicas, o que provavelmente reflete o perfil mais jovem do grupo. Apesar disso, a ocorrência de insuficiência cardíaca em cinco indivíduos merece destaque, por se tratar de uma prevalência elevada quando comparada a dados nacionais para indivíduos da mesma faixa etária. Estudo brasileiro, Latado (2025), estima prevalência autorreferida de insuficiência cardíaca em 1,1% dos adultos e em 3,3% entre idosos, este último segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2020). Essa discrepância pode refletir tanto limitações inerentes ao autorrelato quanto condições particulares da população trans, como exposição a terapias hormonais e barreiras assistenciais

Esse estudo realizado no Ambulatório de Diversidade de Gênero da UFJF apresenta limitações devido ao seu delineamento transversal, o que impede estabelecer relações de causalidade entre variáveis. Outra limitação refere-se à coleta de dados a partir de prontuários eletrônicos, os quais não apresentavam ficha clínica padronizada até a elaboração desta dissertação. Entretanto, uma das contribuições deste trabalho foi justamente a implementação de uma ficha clínica padronizada, que já está sendo utilizada no ambulatório, representando um ganho assistencial além da pesquisa (Anexo D).

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta importantes potencialidades. Trata-se da primeira caracterização clínica e sociodemográfica da população transgênero acompanhada no HU-EBSERH-UFJF, instituição recentemente credenciada no Processo Transexualizador do SUS. Esta análise e divulgação dos dados da pesquisa não apenas amplia a visibilidade científica dessa população, mas também oferece base para futuras pesquisas clínicas, incluindo estudos longitudinais sobre desfechos cardiovasculares, metabólicos, ósseos e de saúde mental

associados à THAG, como o projeto da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), cujo título é “Impacto da terapia hormonal cruzada no perfil metabólico e comportamental de mulheres transgênero em um ambulatório multidisciplinar especializada”, também realizado no mesmo serviço (2070.01.0005335/2024-92). Ademais, os achados contribuem para a elaboração de protocolos clínicos e para formação técnica e humanística de profissionais de saúde, fortalecendo o papel das universidades públicas no cuidado especializado para população transgênero.

## **6. CONCLUSÃO**

Esse trabalho é o primeiro a trazer a caracterização clínica, sociodemográfica e psicossocial da população transgênero acompanhada pelo HU-EBSERH-UFJF. A pesquisa evidencia o impacto dos determinantes sociais da saúde, as barreiras de acesso a terapias seguras e a importância do suporte psicossocial no enfrentamento da vulnerabilidade e do estigma. Mais do que analisar dados, este estudo contribui para compreender a complexidade que envolve a atenção integral à saúde trans, ressaltando que o cuidado humanizado precisa dialogar com aspectos médicos, psicológicos e sociais.

Outro produto relevante foi a elaboração de uma ficha de anamnese padronizada, instrumento que já se tornou parte da prática clínica do serviço. Essa inovação fortalece a uniformidade dos registros, melhora o acompanhamento multiprofissional e abre caminho para novas pesquisas. Assim, a dissertação não apenas oferece dados práticos para a qualificação do atendimento no ambulatório, como também reforça a importância de políticas públicas inclusivas, capazes de consolidar linhas de cuidado que promovam dignidade, equidade e qualidade de vida para a população trans.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

ASSCHEMAN, H. et al. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, v. 164, n. 4, p. 635–642, 2011.

ALBUQUERQUE, D. C. et al. I Brazilian Registry of Heart Failure – Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2015. doi:10.5935/abc.20150031.

ALLGAYER, R. M. C. M.; BUENO, L. H.; MORAES FILHO, R. S.; SPRITZER, P. M. Cardiac autonomic modulation in transgender men under gender-affirming hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, v. 7, supl. 1, p. bvad114.2094, out./nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1210/jendso/bvad114.2094>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – ANTRA. Dossiê: Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. Brasília, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.org>. Acesso em: 8 abr. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2022: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisões do STJ foram marco inicial de novas regras sobre alteração no registro civil de transgêneros. Portal STJ, 29 jan. 2023. Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/29012023-Deciso-es-do-STJ-foram-marco-inicial-de-novas-regras-sobre-alteracao-no-registro-civil-de-transgeneros.aspx>. Acesso em: 30 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Processo Transexualizador. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 50, 19 ago. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 45, 20 ago. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 2 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 48, 20 nov. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Instrução Normativa nº 01, de 17 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a inclusão do campo “nome social” no Sistema de Cadastro Nacional de Usuários do SUS. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Institui a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 4, 29 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.427, de 8 de abril de 2025. Dispõe sobre diretrizes para o cuidado de pessoas com diversidade de gênero e revoga a Resolução nº 2.265/2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão liminar – Suspensão da Resolução CFM nº 2.378/2025. Brasília, DF, jul. 2025.

IBDFAM. Justiça do Acre suspende norma do CFM que restringe tratamento a crianças e adolescentes trans. IBDFAM Notícias, 25 jul. 2025. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/13091/Justi%C3%A7a%2Bdo%2BAcre%2Bsuspende%2Bnorma%2Bdo%2BCFM%2Bque%2Brestringe%2Btratamento%2Ba%2Bcrian%C3%A7as%2Be%2Badolescentes%2Btrans>. Acesso em: 30 set. 2025..

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábuas completas de mortalidade: Brasil, 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BUDGE, S. L.; ADELSON, J. L.; HOWARD, K. A. S. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81, n. 3, p. 545-557, 2013. DOI: 10.1037/a0031774.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Discriminação e violência contra a população LGBTQIA+. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/11/Relatorio-Discriminacao-e-Violencia-LGBTQIA-CNJ-2022.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2025.

COLEMAN, E. et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, v. 23, n. 1, p. 1–259, 2022.

CORMAN, J. D. et al. Mental health changes in US transgender adults beginning hormone therapy via telehealth: longitudinal cohort study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 27, e64017, 2025. DOI: 10.2196/64017.

COSTA, A. L. et al. Bone metabolism in transgender men on testosterone therapy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Endocrine Society*, v. 7, n. 5, p. bvad044, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11531450/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

CHEUNG, A. S. et al. Sociodemographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 211, n. 3, p. 113–119, 2019.

CRUZ, G. B. et al. Sentidos de incongruência de gênero na CID-11. *Domínios da Linguagem, Uberlândia*, v. 17, e1727, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14393/DLv17a2023-27>.

COELHO, A. L. N. et al. Mental health outcomes among travestis and transgender women in Brazil: a literature review and a call to action for public health policies. *Frontiers in Public Health*, v. 13, p. 1498460, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1498460>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.378, de 9 de abril de 2025. Dispõe sobre a atuação médica no atendimento a pessoas com incongruência de gênero. Brasília, DF, 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução sobre proibição de bloqueio puberal em menores — art. 5º. Brasília: CFM, abr. 2025.

COSTA, A. B. et al. Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, v. 20, n. 1, p. 115–123, 2018.

DEFREYNE, J. et al. Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, v. 65, n. 1, p. 119–134, 2019.

DIJKMAN, B. A. et al. Addition of progesterone to feminizing gender-affirming hormone therapy in transgender individuals for breast development: a randomized controlled trial. *BMC Pharmacology and Toxicology*, v. 24, n. 1, p. 1-12, 2023. DOI: 10.1186/s40360-023-00701-x.

DEUTSCH, M. B. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. 2nd ed. UCSF Transgender Care, 2015.

EQUIPE CEDEC; SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS DE SÃO PAULO. Pesquisa sobre a população LGBT no município de São Paulo. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; CEDEC, 2023.

ENDOCRINE SOCIETY. HEMBREE, W. C. et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017.

ENDOCRINE SOCIETY. COLEMAN et al. Additional data on cardiovascular and bone health outcomes in transgender hormone therapy (meta-analyses). *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2022.

HEMBREE, W. C. et al. Experts issue recommendations for gender-affirmation treatment for transgender individuals. *Endocrine Society News*, 2017.

HAAS, A. P.; RODGERS, P. L.; HERMAN, J. L. Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: findings of the National Transgender Discrimination Survey. American Foundation for Suicide Prevention and The Williams Institute, 2010.

HUGHTO, J. M. W. et al. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, v. 147, p. 222-231, 2015.

LATADO, A. L. Hospitalizações e mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca no Brasil: um panorama atualizado. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 6, e20250284, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250284>.

MAEDA, S. S. et al. Official position of the Brazilian Association of Bone Assessment and Metabolism (ABRASSO) on the evaluation of body composition by densitometry—part II (clinical aspects): interpretation, reporting, and special situations. *Advances in Rheumatology*, v. 62, n. 11, p. 1-25, 2022. DOI: 10.1186/s42358-022-00240-9.

MONRO, S. Genderqueer and non-binary identities: a concept overview. In: MONRO, S. (ed.). *Non-binary and genderqueer: an overview of the field*. London: Taylor & Francis, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830997/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MCGUIRE, J. K. et al. Body image in transgender young people: findings from a qualitative, community-based study. *Journal of Adolescent Research*, v. 31, n. 4, p. 421-441, 2016. DOI: 10.1177/0743558415580135.

NOLAN, B. J. et al. Approach to prolactin monitoring and hyperprolactinaemia in transgender and gender-diverse individuals. *Frontiers in Endocrinology*, v. 16, art. 1608108, 2025. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2025.1608108>. Acesso em: 13 jul. 2025.

NOTA, N. et al. Venous thromboembolism and cardiovascular outcomes in transgender women using estrogen therapy: a Dutch cohort study. *Atherosclerosis*, v. S13, p. S13–S25, 2021.

JARVIS, S. W. et al. Epidemiology of gender dysphoria and gender incongruence in children and young people attending primary care practices in England: retrospective cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 2025. DOI: 10.1136/archdischild-

2024-327992. Disponível em:  
<https://adc.bmj.com/content/early/2025/01/19/archdischild-2024-327992.full.pdf>.  
Acesso em: 8 jul. 2025.

FLORES, A. R.; LANGTON, L.; MEADOWS, R. J.; ROMERO, A. P. Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: results from the National Crime Victimization Survey, 2017–2018. *Science Advances*, v. 7, n. 40, eabj6850, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1126/sciadv.abj6850>. Acesso em: 14 jun. 2025.

FISHER, A. D. et al. Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: two-year follow-up data. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 101, n. 11, p. 4260–4269, 2016.

RAVETCH, E. et al. Clinical characteristics of transgender patients with breast cancer: a single institution experience. *The Oncologist*, v. 30, n. 5, artigo oyaf087, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyaf087>. Acesso em: 13 jul. 2025.

REIS, N. dos; PINHO, R. G. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. *Revista Reflexão e Ação*, v. 24, n. 1, p. 7-25, jan./abr. 2016. DOI: 10.17058/rea.v24i1.7045.

REISNER, S. L. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 412-436, 2016.

RIBEIRO, L. P.; GONÇALVES, M.; SILVA, C. M. Pensamento suicida entre a população transgênero: fatores associados em um estudo transversal. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 13, n. 1, p. 48–56, 2021. DOI: 10.11606/rbsm.v13i1.193456.

RODRIGUEZ, A.; HUEMMER, J.; GILMORE, K. Suicide attempts among transgender and non-binary populations: a meta-analysis. *International Journal of Transgender Health*, v. 24, n. 2, p. 87–104, 2023.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517–2525, 2016.

ROCON, P. C. et al. Políticas de saúde para pessoas trans: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1849-1858, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.08202018>. Acesso em: 26 jun. 2025.

ROSA, M. C.; KAHHALE, E. M. P. Travestilidade: a constituição da subjetividade na pele em que se habita. In: VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESTUDOS SOBRE DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO – ABEH, 2012, Salvador. Anais [...]. Salvador, 2012.

RUHAKISOLLA, M. et al. Diabetes and gender incongruence: frequent mental health issues. *Frontiers in Endocrinology*, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1240104>.

RUSSELL, S. T. et al. Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, v. 63, n. 4, p. 503–505, 2018.

OLIVEIRA, J. P. de; SPRUNG, L. S. Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa. *Femina*, Curitiba, v. 50, n. 9, p. 560-567, 2022. DOI: 10.1590/FEMINA2022-560-7.

OLIVEIRA JUNIOR, A. A. de. Análise do acesso à saúde da população transgênero no Hospital das Clínicas: um estudo quali-quantitativo na perspectiva dos profissionais médicos e dos usuários. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5135/tde-17102020-133234/>. Acesso em: 17 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade – CID-11. 11. rev. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 7 out. 2025.

PRIBISHA, A. M.; IWAMOTO, S. J. Cardiovascular disease and feminizing gender-affirming hormone therapy: implications for the provision of safe and lifesaving care. *Current Opinion in Physiology*, v. 33, p. 100650, 2023. DOI: 10.1016/j.cophys.2023.100650.

SALINAS-QUIROZ, F.; SWEDER, N. Authentic gender development in non-binary children. *Frontiers in Sociology*, 2023.

SBEM; SBED; SBPC/ML; CBR. Posicionamento conjunto sobre terapia hormonal cruzada e bloqueio puberal. 2019. Documento disponível publicamente pela SBEM.

SILVA, R. A. da et al. Uso de hormônios não prescritos na modificação corporal de travestis e mulheres transexuais de Salvador/Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 503-514, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.44342020>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SOUZA, F. R. et al. Epidemiologia do uso de drogas no Brasil: revisão de literatura. *Revista FT*, v. X, n. Y, p. XX–YY, 2023.

TIENFORTI, D. et al. Effects of gender-affirming hormone therapy with testosterone on coagulation and hematological parameters. *Thrombosis Research*, v. 236, p. 170–178, 2024. Disponível em: [https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848\(24\)00071-9/pdf](https://www.thrombosisresearch.com/article/S0049-3848(24)00071-9/pdf).

TOTARO, M. et al. Risk of venous thromboembolism in transgender people undergoing hormone feminizing therapy: a prevalence meta-analysis and meta-regression study. *Frontiers in Endocrinology*, v. 12, p. 1–11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.741866>.

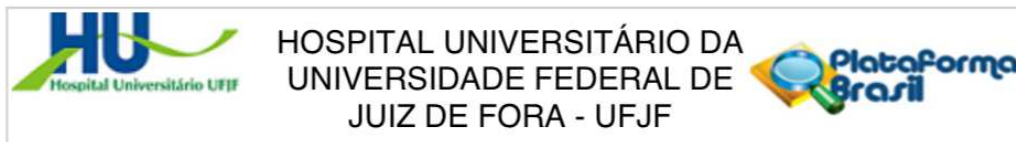
T'SJOEN, G. et al. Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, v. 40, n. 1, p. 97–117, 2019.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH.  
Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version  
8. *International Journal of Transgender Health*, v. 23, supl. 1, p. S1–S259, 2022.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

VAN KESTEREN, P. J. M. et al. Mortality and morbidity in transsexual subjects  
treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, v. 47, n. 3, p. 337–342,  
1997.

VAN ZIJVERDEN, M. et al. Risk of venous thromboembolism in transgender  
population: systematic review. *European Journal of Endocrinology*, v. 190, n. 2, p.  
S13–S25, 2023.

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa TransFormar: perfil clínico e comportamental da população transgênero acompanhada em um ambulatório especializado no HU-UFJF

**Pesquisador:** Fernando Antonio Basile Colugnati

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 70709323.1.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.625.169

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_ 2115997.pdf, de 15/01/2024).

#### Introdução:

Ao longo da história, a sexualidade foi se constituindo como elemento fundamental nas vicissitudes humanas. Interpretada como algo que encarna a "verdade" de cada um de nós, a sexualidade revela alguns dos processos sociais mais significativos das sociedades ocidentais modernas, em especial aqueles que culminaram na representação que o sujeito faz de si e na forma como ele se relaciona com os outros (FOUCAULT 2001). Na esfera da saúde, as questões sexuais, como um todo, iniciam sua caminhada, nesse âmbito, caracterizadas como doenças e conforme o conhecimento se forma, elas transcendem tal rótulo. Por esse processo passaram a homossexualidade, que deixou sua caracterização patológica em 1990, e a transexualidade, que foi retirada dos transtornos mentais do DSM IV apenas em 2019, sendo agora classificada como incongruência de gênero ou disforia de gênero. A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou sofrimento psíquico que pode (ou não) ocorrer em uma pessoa com incongruência de gênero. Portanto embora a maioria das pessoas incongruentes tenha disforia, os termos não são sinônimos. Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transsexuais (ANTRA), a expectativa de

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n

**Bairro:** Santa Catarina

**CEP:** 36.036-110

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)4009-5167

**E-mail:** cep.hu@ufjf.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.625.169

001 de 2013 item 3.3 letra h.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de resposta ao parecer pendente nº 6.602.662 emitido pelo CEP em 27/12/2023:

1. O pesquisador deverá explicar o que será feito para evitar que os dados dos participantes se tornem público. Isto deverá constar na brochura do investigador, no projeto da plataforma e no TCLE. Os riscos apresentados no TCLE devem conter linguagem de fácil entendimento para os participantes.

RESPOSTA: as modificações solicitadas foram realizadas na brochura do investigador, no projeto da plataforma e no TCLE com linguagem acessível aos participantes.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o início da coleta de dados em 02/02/2024, de acordo com o cronograma descrito no projeto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115997.pdf	15/01/2024 12:22:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pdfTCLE_posRevisao2.pdf	15/01/2024 12:21:14	Thais Faria Tannure	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pdfPROJETO_TRANSFORMAR_posRevisao2.pdf	15/01/2024 12:18:14	Thais Faria Tannure	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115997.pdf	11/01/2024 11:38:23		Aceito

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n

**Bairro:** Santa Catarina

**CEP:** 36.036-110

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)4009-5167

**E-mail:** cep.hu@ufjf.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.625.169

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115997.pdf	10/01/2024 19:46:56		Recusado
Brochura Pesquisa	PROJETO_TRANSFORMAR_posRevisao2pdf.pdf	10/01/2024 19:46:32	Thaís Faria Tannure	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pdfTCLE_posRevisao2.pdf	10/01/2024 19:32:59	Thaís Faria Tannure	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_TRANSFORMAR.pdf	04/10/2023 11:30:49	Thaís Faria Tannure	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Confidencialidade.pdf	06/09/2023 10:52:26	Thaís Faria Tannure	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TRANSFORMAR_posRevisao.pdf	06/09/2023 10:50:56	Thaís Faria Tannure	Aceito
Outros	Lattes_Thais.pdf	21/06/2023 14:55:00	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_Laisa.pdf	21/06/2023 14:54:31	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_Fernando.pdf	21/06/2023 14:54:11	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_Dabielle.pdf	21/06/2023 14:53:54	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_Christiane.pdf	21/06/2023 14:53:36	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_Arise.pdf	21/06/2023 14:53:21	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	Lattes_AnaCarmen.pdf	21/06/2023 14:52:50	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/06/2023 17:45:45	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	CartaEncaminhamento_assinado.pdf	31/05/2023 12:14:48	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	ConfidencialidadeSigilo2.pdf	31/05/2023 12:08:03	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	31/05/2023 12:06:14	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TRANSFORMAR.pdf	29/05/2023 17:13:22	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/05/2023 17:06:20	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_TRANSFORMAR_.pdf	29/05/2023 17:04:43	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n

**Bairro:** Santa Catarina

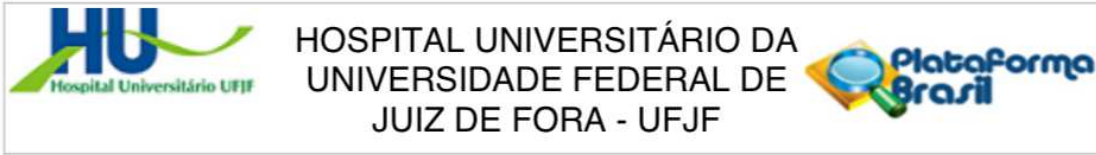
**CEP:** 36.036-110

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)4009-5167

**E-mail:** cep.hu@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.625.169

Ausência	TCLE_TRANSFORMAR_.pdf	29/05/2023 17:04:43	Fernando Antonio Basile Colugnati	Aceito
----------	-----------------------	------------------------	--------------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Janeiro de 2024

---

**Assinado por:**  
**Wander Barros do Carmo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n  
**Bairro:** Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5167 **E-mail:** cep.hu@ufjf.br

## ANEXO B – FICHA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO IEDE





### Tabela aplicada aos prontuários dos transgêneros femininos

Estudo TRANSGÊNERO FEMININO	
Data da revisão do prontuário	___/___/___
Nome social	
Nome de identificação- registro civil	
Prontuário	Nº
Origem (naturalidade)	
Data do início e final do acompanhamento	
Idade	___ ANOS
Etnia	
Grau de escolaridade	
Estado civil	
Sexo biológico	( ) FEM ( ) MASC
Sexo de identificação	( ) FEM ( ) MASC
Orientação sexual	
Trabalho com vínculo?	( ) SIM ( ) NÃO
Idade que percebeu a disforia	___ ANOS
Idade da puberdade	___ ANOS
Idade da sexarca	___ ANOS
Vítima de bullying?	( ) SIM ( ) NÃO
Tentativa de suicídio?	( ) SIM ( ) NÃO
Vítima de abuso sexual?	( ) SIM ( ) NÃO
Presença de libido?	( ) SIM ( ) NÃO
Presença de prazer sexual?	( ) SIM ( ) NÃO
Fez troca de nome ou tem desejo de fazer?	( ) SIM ( ) NÃO
Desejo de cirurgia?	( ) SIM ( ) NÃO
Tipo de cirurgia	
Idade de início da terapia cruzada	___ ANOS
Tipo de terapia cruzada (o que mais predominou)	
Tempo total de terapia cruzada	
Dose média da terapia cruzada	
Cirurgia prévia? Qual?	

Cirurgia após tratamento? Qual?	
Comorbidades antes do tratamento	
Uso de medicações prévias	
Alcoolismo?	( ) SIM ( ) NÃO
Tabagismo?	( ) SIM ( ) NÃO
Peso antes da terapia cruzada	_____ KG
Peso depois da terapia cruzada	_____ KG
Altura	_____ metros
IMC antes da terapia cruzada	_____ kg/m <sup>2</sup>
IMC depois da terapia cruzada	_____ kg/m <sup>2</sup>
Pressão arterial anterior a terapia cruzada	_____ mmHg
Pressão arterial posterior a terapia cruzada	_____ mmHg
ΔT desenvolvimento das mamas	
Criptorquidia?	( ) SIM ( ) NÃO
ΔT diminuição das ereções espontâneas	
ΔT diminuição do volume testicular	
ΔT diminuição dos pêlos	
Nódulos de mama ou outras patologias mamárias após terapia?	( ) SIM ( ) NÃO
Acne após terapia cruzada?	( ) SIM ( ) NÃO
Hipertensão arterial após terapia cruzada?	( ) SIM ( ) NÃO
Diabetes Mellitus após terapia cruzada?	( ) SIM ( ) NÃO
Intolerância a glicose após terapia cruzada?	( ) SIM ( ) NÃO
Tromboembolismo pulmonar após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Trombose venosa profunda após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Dislipidemia após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Câncer após tratamento? QUAL?	
Osteoporose após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Osteopenia após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Hiperprolactinemia (valor) após tratamento? (colocar unidade)	
Aumento das enzimas hepáticas (valor e quantas vezes mais do VR) após tratamento? (colocar unidade)	
Eritrocitose (valor máximo) após tratamento? (colocar unidade)	
PSA (valor) antes do tratamento (colocar unidade) - valor médio	
PSA (valor) após o tratamento (colocar unidade) - valor mínimo e máximo	
Infarto Agudo do Miocárdio após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Acidente vascular encefálico após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Agressividade após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Depressão após tratamento? (diagn. Psiquiátrico)	( ) SIM ( ) NÃO
Ansiedade após tratamento? (diagn. Psiquiátrico)	( ) SIM ( ) NÃO
Disfunção sexual após tratamento?	( ) SIM ( ) NÃO
Valor de testosterona após terapia cruzada	
Valor de estrogênio após terapia cruzada	
Satisfação com a aparência após terapia cruzada	( ) SIM ( ) NÃO
HIV positivo? (data do diagnóstico)	( ) SIM ( ) NÃO
Outras intercorrências	

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b> Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	---	---

Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Tratamento em Nefrologia –  
NIEPEN

Pesquisador Responsável: Fernando A.B. Colugnati , Thaís Faria Tannure

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento s/n – Dom Bosco

CEP: 36038-330 Juiz de Fora – MG Telefone: (24)981241714

E-mail: fernando.colugnati@medicina.ufjf.br, thaistannure@outlook.com

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Projeto Transformar: Perfil clínico e comportamental da população transgênero acompanhada em um ambulatório especializado no HU-UFJF”**. Neste estudo pretendemos levantar as condições clínicas e comportamentais de saúde dos usuários da população trans em atendimento no ambulatório e seguir esta coorte, buscando identificar mudanças nessas condições e possíveis associações comportamentais e terapêuticas.

O motivo que nos leva a estudar a compreensão do perfil dos usuários nas dimensões de pesquisa descritas proporcionará importante conhecimento, bem como a avaliação de impactos e fatores associados ao sucesso destes tratamentos. Tais avaliações são fundamentais para a continuidade de atendimento de qualidade, caracterizando pesquisa translacional passível de replicação em cenários e serviços de mesma natureza. Será possível também a criação de materiais didáticos que auxiliem a compreensão e adesão ao tratamento clínico, podendo sanar dúvidas e transmitir conhecimento de maneira acessível aos usuários.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: usuários já acompanhados ou ainda em acompanhamento pelo ambulatório serão contatados para assinatura de um TCLE de pesquisa. Estes dados caracterizarão a linha de base atual dos usuários prevalentes, que

deverá ser considerado nas análises. Aos novos usuários, será apresentado o TCLE e os que concordarem responderão aos mesmos questionários e instrumentos, e terão seus dados clínicos atualizados no banco de dados de pesquisa conforme a disponibilidade.

Será preconizado para o início da THC que o paciente preencha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para terapia hormonal de afirmação de gênero, recomendado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

Serão utilizados como instrumentos de avaliação já validados, que objetivam analisar hábitos e percepção de qualidade de vida: Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina, instalado em 1991 (FERREIRA, PL, 2009), Questionário internacional de atividade física, instaurado em 1998 (MATSUDO, S, 2001) e o Questionário ASSIST (HENRIQUE, IFS, 2004). Além das avaliações acima, também será utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi validada em 2007 no Brasil (POLLO, CF; 2021).

Este estudo se propõe a uma exploração multidimensional dos usuários do serviço, em aspectos descritos a seguir, incluindo instrumentos de coleta: sociodemográficos, psicossociais e clínicos. O último inclui dados do exame físico, exames laboratoriais e de imagem que já estão na rotina de avaliação do ambulatório. Os eventos adversos da terapia também serão avaliados, assim como alterações comportamentais. Será utilizado questionário desenvolvido pelos pesquisadores para simples coleta de amostra. Tais dados serão relevantes para detalhar de forma abrangente os efeitos da terapia hormonal cruzada nessa população.

A coleta de dados será realizada sobre todos os pacientes prevalentes, e em todos os incidentes até o 18º mês a partir da linha de base (mês 1). Espera-se uma amostra próxima de 150 indivíduos que aceitem participar da pesquisa, após o preenchimento de um TCLE.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem, especialmente, na possibilidade do vazamento dos dados dos prontuários dos pacientes, que, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados, geram perfis sensíveis dos sujeitos pesquisados, por congregarem dados pessoais lato sensu e dados pessoais sensíveis (que representam informações relacionadas à saúde ou vida sexual, na forma do art. 5º, II, da Lei n. 13.709/2018).

Contudo, considera-se o projeto com risco mínimo, visto que a pesquisa terá análise de dados coletados em prontuário próprio do serviço, aliado a entrevistas ou

acompanhamento online. Tais dados estarão protegidos pelas cautelas próprias relacionadas à proteção de prontuários médicos, na forma da Lei n. 13.787/2018, assim como as cautelas complementares asseguradas pela Lei n. 13.709/2018, destacando-se: garantia de sigilo sobre a identificação e as informações referentes ao participante, a anonimização dos dados e a eliminação de dados desnecessários a esta pesquisa, na forma do art. 18, IV, da Lei n. 13.709/2018. Destaca-se que é resguardada a possibilidade de interrupção ou cancelamento, em caso de entrevista.

Quanto ao risco de vazamento de dados, esta pesquisa utiliza de uma plataforma computacional chamada RedCap, utilizada em diversas pesquisas em nível mundial que garante proteção dos dados, exportação de dados desidentificados (sem identificação), ou seja, sem campos como nome, endereço, meios de contato, data de nascimento ou qualquer outra informação que permitisse a identificação. Esta plataforma está instalada nos servidores da EBSEH, com toda proteção quanto a invasão para roubo de dados, utilização indevida, dentro outras.

Considerando que ainda assim, há risco mínimo de extravasamento de dados, apesar das medidas cautelares dos pesquisadores, destaca-se que os responsáveis pela pesquisa se comprometem com a reparação de danos, nos moldes do art. 42 da Lei n. 13.709/2018, assegurando a efetiva proteção ao titular dos dados pessoais em casos de violação.

Poderá haver também desconforto dos participantes com o tempo disponibilizado para coleta de dados. Neste caso, a entrevista será suspensa com agendamento de nova data, ou mesmo cancelada, sendo o indivíduo excluído da amostra do estudo.

Os pacientes (ou seus responsáveis legais) serão informados sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste projeto.

A pesquisa contribuirá para individualizar fatores de impacto positivo no processo da THC, de forma a propor investigações específicas para melhor compreender e intervir sobre os usuários do tratamento. Buscaremos também identificar estratégias custo-efetivas para a estruturação de um serviço que atenda presencialmente e à distância pacientes visando o tratamento adequado da população da região.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Serviço de Endocrinologia - Ambulatório de Gônadas UFJF – Hospital Universitário Dom Bosco e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“Perfil clínico e comportamental da população transgênero acompanhada em um ambulatório especializado no HU-UFJF”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura do (a) participante (a)

---

Data

---

Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

---

Data

---

Nome e assinatura da testemunha

---

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF:

Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina  
CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: 4009-5167

E-mail: [cep.hu@ufjf.edu.br](mailto:cep.hu@ufjf.edu.br)

## **ANEXO D –ROTEIRO DE ATENDIMENTO AMBULATÓRIO ENDOCRINOLOGIA/ DIVERSIDADE DE GÊNERO HU-EBSERH-UFJF**

Gênero de identificação:

Retificação nome:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Religião:

Idade desenvolvimento puberdade:

Idade início incongruência:

Presença de disforia:

Tentativa de suicídio e/ou automutilação:

Presença de discriminação familiar e/ou profissional (transfobia):

Agressão física e/ou sexual (transfobia):

Desejo de prole:

Orientação sexual:

Desejo de manter ereção:

Libido:

Desejo de cirurgia (tipo):

Contato com rede social de apoio a comunidade transgênero:

Hábitos e vícios:

Tabagismo

Uso de Vape (cigarro eletrônico):

Etilismo

Uso de drogas ilícitas

Objetivos com a terapia hormonal cruzada (listar):

- Seguimento: satisfação com a terapia hormonal (incluir libido, alterações de humor, além de características físicas):

Uso de terapia hormonal antes do acompanhamento no HU:

Acompanhamento com psicólogo:

Acompanhamento com psiquiatra:

História Patológica Pgressa:

Cirurgias:

Atividade Física:

Vacinação:

Uso de PREP:

Uso regular de medicações:

- Seguimento: adesão a terapia hormonal e efeitos colaterais (psicológicos/sociais/clínicos)

Exame físico:

- Manter exame físico dos principais aparelhos

- Dados a serem registrados

- Palpação tireoide
- Peso (IMC)
- Pressão Arterial
- Alterações mamárias
- Alterações de pilificação (avaliar uso Escala de Ferriman)
- Circunferência abdominal
- Circunferência quadril
- Alterações da voz
- Alterações de volume testicular

