

## **DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADOLESCENTES NA REDE SAMPA TRANS**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por meio da Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+ elaborou este documento com a finalidade de orientar o acompanhamento de pessoas adolescentes de **13 a 17 anos, 11 meses e 29 dias** nas Unidades de Referência da Rede SAMPA Trans para essa faixa etária.

Salientamos que no atendimento às pessoas adolescentes trans, travestis ou com outras vivências de variabilidade de gênero com menos de 18 anos, devem ser respeitados os princípios de atendimento a adolescentes em geral. Uma avaliação deve ser realizada por profissionais de saúde sobre sua capacidade de discernimento e autonomia da pessoa adolescente para balizar a relação entre o serviço de saúde, a(o) profissional de saúde, a pessoa adolescente e a pessoa responsável – que devem ser informadas dos direitos de cada parte no atendimento.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são direitos dessa população:

- o direito a atendimento desacompanhado em serviços de saúde; o direito a momentos privativos na consulta, sem presença da pessoa responsável;
- o direito ao sigilo, com exceção de casos de dano à pessoa atendida ou risco de vida; sigilo que deve ser respeitado sobretudo no que inclui: início de vida sexual, caso de uso esporádico de drogas ou adolescentes vivendo com HIV e/ou AIDS e outras IST que se mostram capazes de seguir seu acompanhamento.

Através da **Resolução 2.265/2019**, o **Conselho Federal de Medicina** autorizou o início da hormonização cruzada em pessoas adolescentes entre **16 - 18 anos**, sob anuência dos responsáveis legais e independe da realização prévia de bloqueio puberal.

Em São Paulo, o **AMTIGOS** (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, IPq-HC/FMUSP) é um dos serviços que realiza atendimento a crianças e adolescentes trans, travestis e com outras vivências de variabilidade de gênero. A idade atual de admissão no ambulatório é de no máximo **12 anos e 10 meses**. Os encaminhamentos para esse ambulatório deverão ser realizados por meio de correio eletrônico ([amtigos.ipq@hc.fm.usp.br](mailto:amtigos.ipq@hc.fm.usp.br)).

Temos uma lacuna importante **dos 13 aos 17 anos, 11 meses e 29 dias** e estamos capacitando nossos profissionais para o acolhimento e o acompanhamento das famílias e adolescentes nas Unidades de Saúde. Essas famílias e adolescentes devem procurar o atendimento na UBS mais próxima de sua residência para orientação e encaminhamentos necessários. Identificada a demanda de transformação social e/ou corporal, a UBS deverá encaminhar as famílias e adolescentes **para a Unidade de Referência para adolescentes na Rede SAMPA Trans** (cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) tem sua referência com equipe capacitada - anexo 1). Esse serviço deverá acolher o caso,

identificar a demanda, construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS), fazer os encaminhamentos necessários, inclusive para o **Centro de Referência de Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais Janaina Lima – CR POP TT** por agenda regulada, quando for o caso.

### **Adolescentes dos 13 aos 17 anos, 11 meses e 29 dias:**

Adolescentes dos 13 aos 17 anos, 11 meses e 29 dias **que manifestarem interesse no processo de afirmação de gênero** seguem o mesmo fluxo utilizado para pessoas adultas, a entrada é sempre pela UBS do território. Nestes casos, a equipe de saúde tem um papel fundamental no atendimento de adolescentes e suas famílias, acolhendo e promovendo o respeito, sobretudo ao considerar que pela crescente demanda os serviços específicos para adolescentes trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero muitas vezes são de difícil acesso e não podemos nos omitir nessa fase em que o sofrimento é muito agudo.

### **Dos 13 anos aos 15 anos, 11 meses e 29 dias:**

Dos 13 anos aos 15 anos, 11 meses e 29 dias deverão ser discutidas somente as estratégias sociais (**sem intervenções farmacológicas análogas a hormônios**) como: vestimenta, uso de nome social, pronome, cabelo, maquiagem, adereços, transformação da voz, uso de acessórios que diminuem a disforia, como por exemplo: ocultação de mamas (binder), próteses externas: sutiã, cintas modeladoras, packer (prótese em formato de pênis).

### **Aos 16 anos:**

Aos 16 anos, se persistir a identidade de gênero incongruente com o gênero designado ao nascimento e se a pessoa estiver apta a decidir, além das estratégias sociais, poderá ser induzida a puberdade com características corporais desejadas (**com intervenções farmacológicas, como o uso de hormônios**).

### **Compete à Unidade de Referência da Rede SAMPA Trans:**

1. Acolher a família, inclusive as que têm dificuldade em aceitar, ofertando material de informação, momentos de conversa, indicando ONGs de mães e pais (Exemplos: Mães pela Diversidade, Mães da Resistência, Minha Criança Trans).
2. Oferecer atendimento psicológico ou de equipe multiprofissional na própria Unidade ou em uma UBS do território ou em conjunto com equipamentos de saúde mental que atendam crianças e adolescentes.
3. Ofertar serviços de saúde geral para adolescentes, de forma que sejam protagonistas de seu cuidado, como atendimentos de queixas agudas, dúvidas relacionadas ao corpo, preocupações específicas com a saúde, vivências de relacionamentos, socialização e rendimento no ambiente escolar, anticoncepção, prevenção e cuidados com HIV e outras IST, além de todos os cuidados de saúde e grupos que a Unidade tem para oferecer etc.

4. Aconselhamento baseado na redução de danos para usuárias(os) de álcool e outras drogas.
5. Ofertar redução de danos para o possível uso de hormonização por conta própria e orientar sobre os riscos à saúde.
6. Intervenção junto à escola para trabalhar conjuntamente questões como *bullying* e outras violências, direito ao uso do nome social e direito ao uso de banheiros de acordo com seu gênero identitário. Pesquisar também histórias de violência física, sexual e psicológica. Proceder com a notificação de casos pertinentes de acordo com o que prevê o Programa de Informação para Vítimas de Violência.
7. Intervenção junto à justiça ou à assistência social quando necessário.
8. Escutar a história relacionada à variabilidade de gênero, entender se a pessoa considera realizar transição social de gênero e entender em que momento da transição a pessoa se encontra, informar sobre as possibilidades de processos da transição desde sociais até psicológicos, além de hormonais.
9. Discutir e orientar todas as transformações corporais permanentes e transitórias com o uso de hormônios.
10. **Acompanhar com a equipe multiprofissional a vivência de gênero da(o) adolescente trans, travesti ou com variabilidade de gênero no mínimo por 6(seis) meses a 1(um) ano antes da oferta de hormonização**, para avaliar se há ou não uma disforia de gênero e os impactos ou imediatismos que ela causa. A hormonização é a última etapa do acolhimento e acompanhamento da(o) adolescente.
11. Quando maior de 16 anos, informar e orientar a pessoa adolescente previamente sobre todos os procedimentos e intervenções às quais será submetida. É importante avaliar se há consenso na família. Caso não haja consenso familiar, a equipe deverá discutir todas as possibilidades com a pessoa adolescente e sua família e garantir que pelo menos um se responsabilize pelo processo junto a unidade de saúde.
12. O **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** (anexo 2 e 3) deve ser lido em conjunto com a família ou representante legal, os termos técnicos devem ser explicados usando uma linguagem mais simples. Após ter sido esclarecido todas as dúvidas e com a anuência da pessoa adolescente, o TCLE deve ser preenchido e assinado conforme indicado no termo. São necessárias **2 vias**, uma via fica no prontuário e a outra é do adolescente.
13. Após a primeira consulta com a equipe multiprofissional deverá ser elaborado o Projeto Terapêutico Singular (PTS).
14. Disponibilizar o acesso a outros profissionais da área da saúde, de acordo com o PTS, que a Unidade não possua.
15. Ofertar a familiares ou responsáveis grupos de apoio e/ou psicoterapia quando a equipe ou os mesmos julgarem necessários. É preciso oferecer aos pais e outros familiares espaços para compartilharem suas experiências e angústias.

### **Indicações de leitura:**

1. [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo\\_Saude\\_de\\_Transsexuais\\_e\\_Travestis\\_SMS\\_Sao\\_Paulo\\_3\\_de\\_Julho\\_2020\(1\).pd](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020(1).pd) (texto baseado no Protocolo - ver capítulos referentes a criança e adolescentes).
2. Nunes T. Ensaio sobre vivências reais de crianças e adolescentes transgêneres dentro do sistema educacional brasileiro [livro eletrônico]- Curitiba, PR : IBDSEX, 2021. PDF
3. Mães da Resistência - Cartilha Letramento para Mães que Resistem UMA CARTILHA PARA MÃES E FAMILIARES DE PESSOAS LGBTQIAPN+
4. Tecnologias Trans Masculinas - Uso do binder - Como reduzir danos - IBRAT SP

### **Instagram de ONGs:**

1. <https://www.instagram.com/maespeladiversidade/>
2. <https://www.instagram.com/maesdaresistencia/>
3. <https://www.instagram.com/minhacriancatrans/>

Maio 2023



**Área Técnica de Saúde Integral da  
População LGBTQIA+ / SMS – PMSP**

## ANEXO 1

### Unidades de Referência para acompanhamento de adolescentes

#### CRS CENTRO

- 1) **UBS Dr. Humberto Pascale - Santa Cecília**  
Rua Vitorino Carmilo, 599 – Campos Elíseos – fone 3826 0096
- 2) **CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE INTEGRAL PARA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS JANAINA LIMA - CR POP TT.**  
Rua Jaraguá, 866 – Bom retiro – fone 5196 2405

#### CRS LESTE

- 1) **Casa Ser – Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva Maria Auxiliadora Lara Barcelos – Cidade Tiradentes**  
Av. Dr. Guilherme de Abreu Sodré, 485 – Cidade Tiradentes – fone 2555 7090

#### CRS NORTE

- 1) **Hospital Dia Brasilândia**  
Rua Rui Moraes do Apocalipse, 02 - Jardim do Tiro – fone 3923 6404
- 2) **AMA Especialidades Parque Peruche**  
Rua José Rangel de Camargo, 500 – Pq. Peruche – fone 3858 9865

#### CRS OESTE

- 1) **UBS Dr. José de Barros Magaldi**  
Rua Salvador Cardoso, 177 - Itaim Bibi – fone 3168 6571

#### CRS SUDESTE

- 1) **UBS Belenzinho – Marcus Wolosker**  
Av. Celso Garcia, 1749 – Belenzinho – fone 2292 5687
- 2) **Hospital Dia Ipiranga – Flávio Giannotti**  
Rua Xavier de Almeida, 210 – Ipiranga – fone 2063 0622

#### CRS SUL

- 1) **CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE INTEGRAL PARA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS JANAINA LIMA - CR POP TT.**  
Rua Jaraguá, 866 – Bom retiro – fone 5196 2405

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE PELO USO DE TESTOSTERONA

Eu, \_\_\_\_\_ [nome do adolescente], declaro ter procurado espontaneamente a \_\_\_\_\_ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Fui informado pela equipe e/ou profissional de saúde sobre os riscos associados ao uso de testosterona e que seu uso pode trazer mudanças permanentes, mas também mudanças reversíveis e que poderá me ajudar a adequar minha forma física masculina.

A equipe me informou que as principais modificações corporais, benefícios e efeitos adversos relacionados com o uso de testosterona estão descritos abaixo: **diminuição temporária ou permanente da fertilidade; aumento da oleosidade da pele; aparecimento de acne; crescimento de pelos corporais e faciais; aumento de massa muscular; redistribuição de gordura; interrupção da menstruação; aumento do clitóris; atrofia vaginal; mudança da voz (mais grave).**

Entendo que as mudanças irreversíveis causadas pelo uso de testosterona será a voz mais grossa, aumento do clitóris, a possibilidade de ficar calvo, aparecimento de “pomo de adão”. Entendo também que o uso de hormônio não impedirá a transmissão de nenhuma Infecção Sexualmente Transmissível e que, para isso é crucial o uso de preservativos ou da PrEP (Profilaxia Pré Exposição ao HIV). Entendo que apesar de minha fertilidade tornar-se diminuída, não estou isento da possibilidade de uma gravidez caso mantenha relações sexuais com pessoas com pênis sem uso de métodos anticoncepcionais.

Entendo que posso ter maiores efeitos colaterais com o uso de testosterona caso eu seja fumante ou esteja acima do peso ideal. Fui informado que o uso de testosterona pode aumentar o risco de desenvolver certos tipos de doenças ginecológicas, assim como poderá haver aumento da minha pressão arterial e do número de glóbulos vermelhos (policitemia). Sei também que poderá haver alterações de humor com o uso de hormônios e comunicarei a equipe caso esteja insatisfeito ou incomodado com isso. Entendo também que poderei ter alterações na minha libido.

Eu concordo em comunicar para a equipe profissional sobre qualquer outro tratamento hormonal, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, drogas ou medicações que por ventura venha a utilizar. Eu entendo também sobre a necessidade de ser transparente na tomada de decisões em conjunto com a equipe multiprofissional. Comprometo-me a compartilhar informações sobre mim para ajudar a prevenir possíveis interações malélicas à minha saúde. Eu fui informado que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu vier a declarar, relativa aos procedimentos acima descritos. Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a resposta individual e, por isso, entendo que a dosagem hormonal e o acompanhamento oferecido a mim podem não ser exatamente os mesmos do que aqueles adotados pela equipe para outros homens trans e pessoas transmasculinas, ou daqueles que li, inclusive na internet ou redes sociais on-line, e entendo também que podem demorar até 5 (cinco) anos para que as alterações sejam percebidas no meu corpo.

Entendo que caso eu não queira as alterações hormonais, mas sim alterações pontuais como musculatura, voz e/ou aumento dos pelos corporais ou faciais, existem outros métodos que não o hormonal.

Eu concordo em tomar a testosterona como prescrita e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter com o uso da testosterona a curto, médio e longo prazo. Eu farei os exames físicos e laboratoriais periodicamente, quando indicados pela equipe, para ter melhor controle de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o hormônio, e entendo que esses exames são importantes para continuar a hormonização.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que o uso de testosterona poderá causar efeitos adversos importantes que comprometam gravemente a minha saúde, portanto, eu concordo que se a equipe considerar que eu tenha ou venha a apresentar esses efeitos, eu serei avaliado antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonização.

As seguintes reações adversas, possivelmente relacionadas com testosterona, foram observadas em estudos clínicos prévios, e estas podem orientar para os riscos e contraindicações de uso: **acne; aumento do suor e alteração do seu odor; dor nas pernas e articulações; cefaleia; dor nas mamas; vermelhidão na pele; dor no clitóris; dor e hematoma subcutâneo no local da injeção; coceira; diarreia; tontura.**

Eu entendo que eu posso escolher interromper o uso da testosterona em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção do mesmo por razões clínicas que comprometam minha saúde.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do adolescente

Nome do adolescente:

CPF:

Cartão Nacional do SUS:

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da(o) médica(o):

Número da inscrição no CRM:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) responsável ou representante legal

Nome por extenso:

CPF:

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E DE CORRESPONSABILIDADE

#### PELO USO DE ESTRÓGENO E/OU ANTIANDRÓGENO

Eu, \_\_\_\_\_ [nome da adolescente], declaro ter procurado espontaneamente a \_\_\_\_\_ [nome do serviço de saúde] e tive a oportunidade de ser atendida pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo com auxílio de hormônio, com objetivo de adquirir características físicas do gênero com o qual me identifico.

Declaro também que fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Sei que o uso regular de estrógeno e/ou antiandrógeno podem causar modificações permanentes e outras reversíveis, e que a minha identidade de gênero não será garantida unicamente pelo uso desses hormônios. Estou ciente de que a terapia com estrógeno, alternativamente associada com antiandrógeno hormonal ou não hormonal (bloqueadores de testosterona), ajudará a adequar minha forma física feminina.

As informações que eu recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de estrógeno e antiandrógeno estão descritos a seguir:

**Mudanças permanentes:** desenvolvimento das mamas (resposta varia muito de pessoa para pessoa);

**Mudanças reversíveis:** acontecem somente enquanto estiver usando estrógeno, mas desaparecem quando eu parar de tomar: aparecimento de celulite; depósito de gordura nas coxas e quadris; ligeira redução dos pelos; afinamento da pele; diminuição da acne (espinhas); diminuição da queda de cabelo; diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo; alteração da gordura no abdome; diminuição dos testículos em aproximadamente 40% do tamanho; diminuição da produção de testosterona (hormônio) pelo testículo; diminuição do volume do esperma ou mesmo ausência de volume ejaculatório; diminuição da fertilidade (que pode voltar ou não ao normal após interrupção), no entanto, se mantiver relações sexuais com alguém que possa engravidar, pode haver fecundação (gravidez), fazendo-se assim quando necessário o uso de métodos anticoncepcionais; dificuldade de ereção para penetração; diminuição do desejo sexual; orgasmos menos intensos; surgimento ou agravamento de depressão; agravamento de enxaquecas; aparecimento de náuseas e vômitos; aumento do bom colesterol (HDL) e diminuição do mau colesterol (LDL), o que pode ajudar a evitar obstruções dos vasos no futuro; diminuição da próstata; aumento da pressão arterial; alteração na função do fígado; aparecimento de coágulos nos vasos que poderão levar a: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, danos cerebrais permanentes, que podem impedir de encaminhar ou falar, ou eventualmente risco de morte.

**Modificações que não ocorrerão, nem mesmo com a retirada dos testículos:** desaparecimento dos pelos; afinamento da voz e diminuição do pomo de Adão.

Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, sendo importante a utilização de métodos preventivos para evitá-las como, por exemplo, o uso de preservativo ou da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV). Entendo também que apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma pessoa que tenha vagina e útero, se mantiver relações sexuais sem uso de método contraceptivo.

Fui informada de que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito se eu fumar. Eu entendo que o risco é tão alto que eu fui aconselhada a parar de fumar completamente. Com o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos (especialmente do tipo Acetato de Ciproterona) os riscos aumentam. Eu entendo que estarei mais predisposta a efeitos colaterais se eu fumar, estiver acima do peso ideal, se tiver mais que 40 anos, se tiver histórico de trombose venosa (meu ou entre familiares), pressão alta e câncer estrógeno-dependente ou progestágeno-dependente, anterior e/ou na família (mama e útero).



Eu concordo em contar para a equipe do serviço de saúde sobre qualquer outro tratamento hormonal a que eu for submetida, assim como dieta suplementar, ervas medicinais, uso e substâncias, álcool, ou medicações que porventura eu venha a utilizar.

Eu entendo que ser honesta com a equipe é crucial para o desenvolvimento de uma relação de confiança e que compartilhar informações sobre mim ajudará a prevenir possíveis interações maléficas à minha saúde. Eu fui informada de que a equipe continuará a me dar atendimento independente de qualquer informação que eu fornecer, relativa aos procedimentos acima descritos.

Eu entendo que os corpos das pessoas são diferentes e que não há como prever como será a minha resposta individual frente ao uso de estrógeno e/ou antiandrógeno. Eu entendo que a dosagem ideal para mim pode não ser a mesma do que a usada por outras mulheres transexuais, travestis, ou pessoas transfemininas, portanto eu concordo em tomar os hormônios como prescritos e informar à equipe sobre quaisquer problemas eventuais, assim como insatisfações ou alterações que eu possa vir a desenvolver com o acompanhamento proposto.

Eu farei exames físicos e laboratoriais periodicamente quando indicados pela equipe para ter maior segurança de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o(s) hormônio(s) e entendo que esses exames são importantes para continuar a usar o(s) hormônio(s) ou para mudar o esquema ou a dose utilizada, e me comprometo a não fazer mudanças nesse esquema sem o conhecimento da equipe profissional que me acompanha.

Eu entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os estrógenos sejam perigosos. Concordo que se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições eu serei avaliada antes da decisão de iniciar, interromper ou continuar com o acompanhamento hormonal com estrógenos.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de estrógenos e/ou antiandrógenos em qualquer momento que desejar. Eu também entendo que a equipe pode indicar a interrupção da hormonização por razões clínicas.

O meu esquema de hormonização constará, inicialmente, do(s) seguinte(s) medicamento(s):  
.....  
.....  
....., no entanto, esse esquema poderá variar durante o seguimento.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da adolescente

Nome da adolescente:

CPF:

Cartão Nacional de SUS:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(do) responsável ou representante legal

Nome por extenso:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo da(o) médica(o)

Nome da médica(o):

Número da inscrição no CRM: