



**WPATH** WORLD PROFESSIONAL  
ASSOCIATION for  
TRANSGENDER HEALTH

# Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero

---

Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero





# Normas de atenção à saúde das pessoas trans<sup>1</sup> e com variabilidade de gênero<sup>2</sup>

---

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7<sup>a</sup> versão<sup>3</sup> | [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

- 
- 1 O termo “trans” é utilizado para se referir a pessoas cuja identidade de gênero e/ou expressão de gênero não corresponde às normas sociais e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído à nascença.
  - 2 Esta é a tradução oficial para português das Normas de Atenção da WPATH. Para questões legais e altamente técnicas, pode ser necessário consultar a versão oficial da WPATH em Inglês ([www.wpath.org](http://www.wpath.org))
  - 3 Esta é a sétima versão das Normas de Atenção. As NDA originais foram publicadas em 1979. Revisões anteriores foram realizadas em 1980, 1981, 1990, 1998 e 2011.



## Índice

I.	Finalidade e utilização das <i>Normas de Atenção</i> . . . . .	1
II.	Aplicabilidade global das <i>Normas de Atenção</i> . . . . .	3
III.	Diferença entre variabilidade de gênero e disforia de gênero. . . . .	4
IV.	Considerações epidemiológicas . . . . .	7
V.	Panorama dos enfoques terapêuticos para a disforia de gênero . . . . .	9
VI.	Avaliação e tratamento de crianças e adolescentes com disforia de gênero . . . . .	12
VII.	Saúde mental . . . . .	24
VIII.	Terapia hormonal . . . . .	37
IX.	Saúde reprodutiva . . . . .	56
X.	Terapia de voz e comunicação . . . . .	58
XI.	Cirurgia . . . . .	61
XII.	Cuidados pós-operatórios e seguimento. . . . .	72
XIII.	Atenção preventiva e atenção primária permanentes. . . . .	73
XIV.	Aplicabilidade das <i>Normas de Atenção</i> a pessoas que vivem em instituições . . . . .	76
XV.	Aplicabilidade das <i>Normas de Atenção</i> a pessoas com Variações Biológicas do Sexo . . .	77
	<b>Referências</b> . . . . .	81

## Anexos

A.	Glossário . . . . .	105
B.	Panorama geral dos riscos médicos da terapia hormonal . . . . .	108
C.	Resumo dos critérios para a terapia hormonal e cirurgias. . . . .	115
D.	Evidência para resultados clínicos de enfoques terapêuticos. . . . .	118
E.	Processo de desenvolvimento das <i>Normas de Atenção, Versão 7</i> . . . . .	120



# FINALIDADE E USO DAS NORMAS DE ATENÇÃO

A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero<sup>1</sup> (WPATH) é uma associação profissional multidisciplinar internacional cuja missão é promover a assistência baseado em evidências, a educação, a pesquisa, a promoção e defesa (advocacy), as políticas públicas e o respeito à saúde trans. A visão da WPATH é reunir diversas/os profissionais dedicadas/os ao desenvolvimento das melhores práticas e políticas de apoio em todo o mundo que promovam a saúde, a pesquisa, a educação, o respeito, a dignidade e a igualdade de direitos para pessoas trans e com variabilidade de gênero em todos os aspectos culturais.

Uma das principais funções da WPATH é promover os mais altos padrões de assistência à saúde da pessoas, por meio do desenvolvimento das Normas de Atenção (NDA) à Saúde das Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero. As NDA são baseadas na melhor informação científica disponível e no consenso profissional especializado<sup>2</sup>. A maioria das pesquisas e experiências nesse campo vem da América do Norte e Europa Ocidental e, por isso, é necessário adaptar as NDA a outras partes do mundo. Esta versão das NDA inclui sugestões de como abordar a relatividade e a competência culturais.

O objetivo geral das NDA é fornecer uma orientação clínica para profissionais de saúde ajudarem pessoas trans e com variabilidade de gênero a transitarem por caminhos seguros e eficazes para alcançar um conforto pessoal duradouro com suas identidades de gênero, a fim de maximizar sua saúde de modo geral, seu bem-estar psicológico e sua realização pessoal. Essa assistência pode incluir cuidados de saúde primários, atendimento ginecológico e urológico, opções reprodutivas, terapias de voz e comunicação, serviços de saúde mental (por exemplo, avaliação, aconselhamento e psicoterapia) e tratamentos hormonais e cirúrgicos. Apesar de ser essencialmente um documento para profissionais de saúde, as NDA também podem ser utilizadas por qualquer pessoa interessada, familiares e instituições sociais para entender como podem ajudar a promover a saúde ótima das/os integrantes dessa população diversa.

---

<sup>1</sup> Anteriormente denominada Associação Internacional Harry Benjamin para a Disforia de Gênero

<sup>2</sup> As Normas de Atenção (NDA), Versão 7, representam uma mudança significativa a partir das versões anteriores. As mudanças nesta versão são baseadas em transformações culturais importantes, avanços no conhecimento clínico e apreciação dos muitos problemas de saúde que podem surgir para pessoas trans e com variabilidade de gênero, mais além da terapia hormonal e cirurgia (Coleman, 2009a, b, c, d).

A WPATH reconhece que a saúde depende não apenas de um bom atendimento clínico, mas também de um ambiente social e político que garanta a tolerância social, a igualdade de direitos e a cidadania plena. A saúde é promovida por meio de políticas públicas e reformas legais que fomentem essa tolerância e essa igualdade de direitos para a diversidade sexual e de gênero e que eliminem o preconceito, a discriminação e o estigma. A WPATH está comprometida com a promoção e defesa (advocacy) dessas reformas legais e mudanças nas políticas públicas.

## ***As Normas de Atenção são diretrizes clínicas flexíveis.***

Pretende-se que as NDA sejam flexíveis para atender às diversas necessidades de assistência à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. Apesar de serem flexíveis, oferecem padrões para promover assistência à saúde de excelência e orientar o tratamento de pessoas que experimentam disforia de gênero - entendido esse termo em um sentido amplo como desconforto ou mal-estar causado por uma discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e seu sexo atribuído ao nascer (também podendo estar relacionado ao papel de gênero associado e/ou às características sexuais primárias e secundárias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b).

Como em todas as versões anteriores das NDA, os critérios propostos neste documento para a terapia hormonal e tratamentos cirúrgicos para pessoas trans são diretrizes clínicas; os/as profissionais da área e os programas de saúde podem ajustá-las conforme necessário. Os ajustes clínicos para as NDA podem se tornar necessários em virtude de situações biológicas, sociais ou psicológicas específicas da pessoa; dos métodos utilizados por profissionais de saúde com experiência para lidar com situações cotidianas; de um protocolo de pesquisa; da limitação de recursos em diferentes partes do mundo; ou da necessidade de estratégias específicas de redução de danos. Essas alternativas devem ser reconhecidas como tal, explicadas à pessoa assistida, e documentadas com seu consentimento informado para garantir sua proteção legal e um atendimento de qualidade. Essa documentação também é importante para a acumulação de novos dados, que podem ser revisados retrospectivamente para permitir a evolução da assistência à saúde – e das NDA.

As NDA articulam padrões de assistência, mas também tratam da importância de tomar decisões fundamentadas e do valor das abordagens de redução de danos. Além disso, esta versão das NDA reconhece e valida as várias expressões de gênero que podem não necessitar de tratamentos psicológicos, hormonais ou cirúrgicos. Algumas pessoas que buscam assistência poderão ter feito significativos progressos autodirigidos para mudanças em papéis de gênero, transição, ou outras soluções relacionadas com a sua identidade de gênero ou com a disforia de gênero. Outras pessoas podem necessitar de serviços mais intensivos. Os/as profissionais de saúde podem utilizar as NDA para ajudar as pessoas a tomarem conhecimento de toda a gama de serviços de



saúde que lhes são oferecidos, de acordo com as suas necessidades clínicas e seus objetivos para expressão de gênero.



## **APLICABILIDADE GLOBAL DAS NORMAS DE ATENÇÃO**

Enquanto as NDA são projetadas para serem utilizadas em todo o mundo, a WPATH reconhece que grande parte da experiência clínica e dos conhecimentos registrados nesta área de atenção à saúde provém de estudos da América do Norte e da Europa Ocidental, apesar do aumento progressivo dos dados provenientes da América Latina. De um local para outro, tanto entre os países como dentro deles, existem diferenças nas atitudes sociais em relação às pessoas trans e com variabilidade de gênero. Há também variações na construção dos papéis e das identidades de gênero, na linguagem usada para descrever as diferentes identidades de gênero, na epidemiologia da disforia de gênero, no acesso e custo do tratamento, nas terapias oferecidas, no número e no tipo de profissionais que prestam cuidados, e nas questões legais e políticas relacionadas a esse campo da saúde (Winter, 2009).

É impossível que as NDA reflitam todas essas diferenças. Ao aplicar esses padrões em outros contextos culturais, os/as profissionais de saúde devem estar cientes dessas diferenças e adaptar as NDA de acordo com as realidades locais. Por exemplo, em muitas culturas, as pessoas com variabilidade gênero são encontradas em grande número e são altamente visíveis socialmente (Peletz, 2006). Nesses ambientes, é comum que essas pessoas comecem uma mudança em sua expressão de gênero e em suas características físicas na adolescência ou até antes. Muitas dessas pessoas crescem e vivem em contextos sociais, culturais e até linguísticos bem diferentes dos das culturas ocidentais. No entanto, a maioria dessas pessoas está sujeita a preconceitos. (Peletz, 2006; Winter, 2009). Em muitas culturas, o estigma social com a variabilidade de gênero é generalizado, e os papéis de gênero são muito definidos (Winter et al., 2009). Nesses contextos, pessoas com inconformismo de gênero são forçadas a se esconder e, por isso, podem não ter oportunidades para assistência à saúde adequada. (Winter, 2009).

As NDA não têm como objetivo limitar esforços para oferecer o melhor atendimento possível para todas as pessoas. Os/as profissionais de saúde em todo o mundo – mesmo aqueles/as que trabalham em áreas com recursos e oportunidades de treinamento limitados – podem aplicar muitos dos princípios básicos subjacentes à NDA. Esses princípios incluem: a) respeitar as

pessoas com variabilidade de gênero (não se devem patologizar as diferenças de identidade ou de expressão de gênero); b) fornecer atendimento (ou encaminhar a um/a especialista) que afirme a identidade de gênero da pessoa usuária do serviço e reduza seu desconforto da disforia de gênero, quando presente; c) adquirir conhecimentos sobre as necessidades de saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero, incluindo os benefícios e os riscos das opções de tratamento para a disforia de gênero; d) combinar a abordagem do tratamento com as necessidades específicas das pessoas usuárias do serviço, especialmente seus objetivos para a expressão de gênero e necessidade de alívio da disforia de gênero; e) facilitar o acesso a atendimentos adequados; f) exigir o consentimento informado das pessoas usuárias do serviço antes de fornecer tratamento; g) proporcionar a continuidade do atendimento; h) estar preparado/a para apoiar e defender as pessoas usuárias do serviço dentro de suas famílias e comunidades (escolas, locais de trabalho e outros ambientes).

A terminologia depende da cultura e do tempo, e está evoluindo rapidamente. É importante usar uma linguagem respeitosa em diferentes lugares e tempos, e entre diferentes pessoas. Como as NDA são traduzidas para outras línguas, deve-se tomar muito cuidado para garantir que os significados dos termos sejam traduzidos com precisão. A terminologia em inglês pode ser difícil de traduzir para outras línguas, e vice-versa. Alguns idiomas não têm palavras equivalentes para descrever os vários termos deste documento, de modo que os/as tradutores/as devem estar cientes dos objetivos fundamentais do tratamento, e fornecer orientações culturalmente relevantes para atingir esses objetivos.



## **DIFERENÇA ENTRE VARIABILIDADE DE GÊNERO E DISFORIA DE GÊNERO**

**Ser trans ou com variabilidade de gênero é uma questão de diversidade e não de patologia.**

A WPATH emitiu uma declaração em maio de 2010 encorajando a despatologização da variabilidade de gênero em todo o mundo (WPATH, Board of Directors, 2010). A declaração afirmou que “a expressão das características de gênero, incluindo as identidades, que não estão associadas

de maneira estereotipada com o sexo atribuído ao nascer, é um fenômeno humano comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como inerentemente patológico ou negativo”.

Infelizmente, em muitas sociedades ao redor do mundo há um estigma associado à variabilidade de gênero. Tal estigma pode levar ao preconceito e à discriminação, resultando no chamado “estresse de minoria” (I.H. Meyer, 2003). O estresse de minoria é único (além dos estressores gerais experimentados por todas as pessoas), crônico, e de base social, e pode aumentar a vulnerabilidade das pessoas trans e com variabilidade de gênero para desenvolver problemas de saúde mental tais como ansiedade e depressão (Institute of Medicine, 2011). Além do preconceito e da discriminação na sociedade em geral, o estigma pode contribuir para o abuso e a negligência nas relações com companheiros/as e familiares, que, por sua vez, pode conduzir ao sofrimento psíquico. No entanto, esses sintomas são socialmente provocados, e não são inerentes ao fato de ser uma pessoa trans ou com variabilidade de gênero.

## Variabilidade de gênero não é o mesmo que disforia de gênero.

A não-conformidade de gênero ou variabilidade de gênero refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo (Institute of Medicine, 2011). A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b). Somente algumas pessoas com variabilidade de gênero experimentam disforia de gênero em algum momento das suas vidas.

Existem tratamentos disponíveis para ajudar as pessoas com esse tipo de desconforto a explorar sua identidade de gênero e encontrar um papel de gênero que seja confortável para elas (Bockting e Goldberg, 2006). O tratamento deve ser individualizado; o que ajuda uma pessoa a aliviar a disforia de gênero pode ser muito diferente de uma pessoa para outra. Este processo pode ou não envolver uma alteração da expressão de gênero ou modificações corporais. As opções de tratamento médico incluem, por exemplo, a feminilização ou masculinização do corpo por meio de terapia hormonal e/ou cirurgias, que são eficazes no alívio da disforia de gênero e são clinicamente necessárias para muitas pessoas. As identidades e expressões de gênero são diversas, e os hormônios e cirurgias são apenas duas das muitas opções disponíveis para ajudar as pessoas a se sentirem confortáveis consigo mesmas e com sua identidade.

A disforia de gênero pode ser aliviada, em grande parte, por meio de tratamento (Murad et al., 2010). Assim, se bem é verdade que as pessoas trans e com variabilidade de gênero podem experimentar disforia de gênero em alguns momentos de suas vidas, também é verdade que muitas pessoas

que recebem tratamento encontrarão um papel e uma expressão de gênero confortáveis para elas, mesmo que sejam diferentes daqueles associados ao sexo que lhes foi atribuído no nascimento ou das regras e expectativas de gênero prevalecentes.

## Diagnósticos relacionados com a disforia de gênero.

Algumas pessoas experimentam disforia de gênero a um nível tal que satisfaz os critérios para um diagnóstico formal que pode ser classificado como transtorno mental. Tal diagnóstico não significa uma licença para a estigmatização ou privação dos direitos civis e humanos. Os sistemas de classificação, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (American Psychiatric Association, 2000) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) (Organização Mundial de Saúde, 2007) definem centenas de transtornos mentais que variam em seu surgimento, duração, patogênese, incapacidade funcional e resposta ao tratamento. Todos esses sistemas tentam categorizar grupos de sintomas e condições, e não os próprios indivíduos. Um distúrbio é uma descrição de algo que uma pessoa pode combater, não uma descrição da pessoa ou da sua identidade.

Portanto, as pessoas trans e com variabilidade de gênero não estão inerentemente doentes. Ao contrário, a angústia da disforia de gênero, quando presente, é um sofrimento que pode ser diagnosticável e para o qual existem diferentes opções de tratamento. A existência de um diagnóstico para tal disforia muitas vezes facilita o acesso aos cuidados médicos e pode orientar novas pesquisas sobre tratamentos eficazes.

As investigações estão conduzindo a novas nomenclaturas de diagnóstico, e os termos estão mudando tanto no novo DSM (Cohen-Kettenis e Pfafflin, 2010; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) como no CID. Por essa razão, termos conhecidos são usados nas NDA, e são fornecidas definições para termos emergentes. Os/as profissionais de saúde devem consultar os critérios diagnósticos mais atuais e os códigos apropriados para aplicar em suas áreas de atuação.



## IV

## CONSIDERAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Não foram realizados estudos epidemiológicos formais sobre a incidência<sup>3</sup> e prevalência<sup>4</sup> da transexualidade, especificamente, ou das identidades trans e das pessoas com variabilidade de gênero, no geral. Os esforços para chegar a estimativas realistas estão repletas de dificuldades (Institute of Medicine, 2011; Zucker e Lawrence, 2009). Mesmo que os estudos epidemiológicos estabelecessem que existe uma proporção similar de pessoas trans ou com variabilidade de gênero em todo o mundo, é provável que as diferenças culturais de um país a outro alterassem tanto as expressões comportamentais das várias identidades como a extensão em que a disforia de gênero – distinta à identidade de gênero – realmente ocorre em uma população dada. Enquanto na maioria dos países a transgressão dos limites normativos de gênero cria mais censura moral que compaixão, há exemplos em algumas culturas de comportamentos não-conformistas de gênero (por exemplo, em alguns líderes espirituais) que são menos estigmatizados e até venerados (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, e Gooren, 1992; Costa e Matzner, 2007; Jackson e Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman e Dumronggittigule, 1997).

Por várias razões, os/as pesquisadores que estudaram incidência e prevalência têm tendido a concentrar-se no subgrupo de pessoas com variabilidade de gênero mais fácil de se contar, ou seja, pessoas transexuais que sofrem disforia de gênero e que buscam atendimento relacionado com a redesignação de sexo em clínicas especializadas (Zucker e Lawrence, 2009). A maioria dos estudos tem sido realizados em países europeus como Suécia (Wålinder, 1968, 1971), Reino Unido (Hoenig e Kenna, 1974), Países Baixos (Bakker, Van Kesteren, Gooren e Bezemer, 1993; Eklund, Gooren e Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren e Megens, 1996), Alemanha (Weitze e Osburg, 1996) e Bélgica (De Cuypere et al., 2007). Um estudo foi realizado em Cingapura (Tsoi, 1988).

De Cuypere e colegas (2007) analisaram esses estudos, além de conduzirem o seu próprio. Em conjunto, esses estudos abrangem 39 anos. Deixando de lado dois achados atípicos de Pauly, em 1965, e Tsoi, em 1988, restam dez estudos que incluem oito países. Os dados de prevalência relatados nesses dez estudos variam de 1:11.900 a 1:45.000 para transfemininas (homem-a-mulher, HaM) e 1:30.400 a 1:200.000 para transmasculinos (mulher-a-homem, MaH). Alguns especialistas têm sugerido que a prevalência é muito maior, dependendo da metodologia utilizada na pesquisa (por exemplo, Olyslager e Conway, 2007).

---

3 Incidência: número de novos casos em um período determinado (por exemplo, um ano).

4 Prevalência: número de personas com uma condição, dividido pelo número de pessoas na população.

As comparações diretas entre os estudos são impossíveis, pois cada um é diferente em seus métodos de coleta de dados e nos critérios para considerar uma pessoa como transexual (por exemplo, se a pessoa tinha sido submetida a reconstrução genital, versus se tinha iniciado terapia hormonal, versus se tinha chegado na clínica em busca de serviços de transição sob supervisão médica). Nos estudos mais recentes observa-se uma tendência a taxas de prevalência mais altas, possivelmente indicando um número crescente de pessoas que procuram atendimento médico. Essa interpretação é apoiada por pesquisas de Reed e colegas (2009), que relataram uma duplicação do número de pessoas que buscam atendimento em clínicas de gênero no Reino Unido a cada cinco ou seis anos. Da mesma forma, Zucker e colegas (2008) relataram um aumento de quatro a cinco vezes nas derivações de crianças e adolescentes para sua clínica em Toronto, no Canadá, em um período de 30 anos.

Os dados obtidos por esses estudos podem ser considerados estimativas mínimas, na melhor das hipóteses. Os números publicados derivam, principalmente, de clínicas nas quais as pessoas usuárias do serviço satisfaziam os critérios de disforia de gênero grave e tinham acesso a cuidados médicos nas mesmas. Essas estimativas não levam em conta que os tratamentos oferecidos em uma clínica particular podem não ser acessíveis, úteis ou aceitáveis para todas as pessoas que se auto-identificam como com disforia de gênero em uma determinada área geográfica. Ao contabilizar apenas as pessoas que recorrem às clínicas para um tipo específico de tratamento, um número desconhecido de pessoas com disforia de gênero são ignoradas.

Outras observações clínicas (ainda não firmemente corroboradas por estudos sistemáticos) apoiam a probabilidade de uma maior prevalência de disforia de gênero: (i) A disforia de gênero não identificada previamente é diagnosticada, ocasionalmente, quando as pessoas usuárias do serviço são observadas com ansiedade, depressão, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos dissociativos de identidade, transtornos limítrofe de personalidade (borderline), distúrbios sexuais e distúrbios do desenvolvimento sexual (Cole, O'Boyle, Emory, e Meyer III, 1997); (ii) Algumas pessoas que se transvestem, drag queens/kings ou transformistas masculinos ou femininos, gays e lésbicas podem estar experimentando disforia de gênero (Bullough e Bullough, 1993); (iii) a intensidade da disforia de gênero de algumas pessoas flutua abaixo e acima de um limiar clínico (Docter, 1988). (iv) A variabilidade de gênero entre transmasculinos (MaH) tende a ser relativamente invisível em muitas culturas, especialmente para as e os profissionais de saúde e as/os pesquisadoras/es ocidentais que conduziram a maior parte dos estudos nas quais as estimativas atuais de prevalência e incidência estão baseadas (Winter, 2009).

No geral, os dados existentes são considerados como um ponto de partida, e a atenção à saúde se beneficiaria de estudos epidemiológicos mais rigorosos em diferentes partes do mundo.



# VISÃO GERAL DAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA A DISFORIA DE GÊNERO

## Avanços no entendimento e no tratamento da disforia de gênero.

Na segunda metade do século 20, o conhecimento do fenômeno da disforia de gênero aumentou quando os/as profissionais de saúde começaram a fornecer assistência para aliviar a disforia de gênero por meio do apoio às mudanças nas características sexuais primárias e secundárias através de terapia hormonal e cirurgias, simultaneamente com uma mudança no papel de gênero. Embora Harry Benjamin já houvesse reconhecido um espectro de variabilidade de gênero (Benjamin, 1966), a abordagem clínica inicial se concentrava, principalmente, na identificação de quem era um/a candidato/a adequado/a para a redesignação de sexo para facilitar uma mudança física de homem a mulher ou de mulher a homem da maneira mais completa possível (por exemplo, Green e Fleming, 1990, Hastings, 1974). Essa abordagem foi amplamente avaliada e tem se mostrado muito eficaz. As taxas de satisfação entre os estudos variou de 87% das usuárias de serviços transfemininas (HaM) a 97% dos usuários de serviços transmasculinos (MaH) (Green e Fleming, 1990), e os casos de arrependimento foram extremamente raros (1-1,5% das usuárias de serviços transfemininas e menos de 1% dos usuários de serviços transmasculinos; Pfafflin, 1993). Na verdade, a terapia hormonal e as cirurgias têm provado ser necessárias do ponto de vista médico para aliviar a disforia de gênero em muitas pessoas (Associação Médica Americana, 2008; Antón, 2009; Associação Mundial Profissional para a Saúde Trans, WPATH, 2008).

À medida que o campo profissional progrediu, os/as profissionais de saúde reconheceram que, embora muitas pessoas precisem tanto de terapia hormonal como de cirurgias para aliviar a disforia de gênero, outras precisam de apenas uma dessas opções de tratamento, e algumas não precisam de nenhuma das duas (Bockting e Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Muitas vezes com a ajuda da psicoterapia, alguns indivíduos conseguem integrar seus sentimentos trans no papel de gênero que lhes foi atribuído ao nascer e não sentem a necessidade de feminilizar ou masculinizar seu corpo. Para outras pessoas, mudanças no papel e na expressão de gênero são suficientes para aliviar a disforia de gênero. Algumas pessoas podem precisar de hormônios, de uma possível mudança no papel de gênero, mas não de cirurgias; enquanto outras podem exigir

uma mudança no papel de gênero junto com as cirurgias, mas não de hormônios. Em outras palavras, o tratamento para disforia de gênero tornou-se mais individualizado.

Como uma geração de pessoas trans e com variabilidade de gênero está alcançando a maioria – muitas das quais se beneficiaram de diferentes abordagens terapêuticas –, as pessoas trans tornaram-se mais visíveis como comunidade e têm mostrado considerável diversidade em suas identidades, papéis e expressões de gênero. Algumas pessoas se descrevem não como pessoas trans, mas como integrantes do outro sexo, sem ambiguidades (Bockting, 2008). Outras pessoas afirmam a sua identidade de gênero como única e já não se consideram nem homem nem mulher (Bornstein, 1994; Kimberly 1997, Stone, 1991, Warren, 1993). Em vez disso, essas pessoas podem descrever a sua identidade de gênero em termos específicos, como trans, transgênero, bigênero ou genderqueer, afirmando as suas experiências únicas que podem transcender o conceito binário de gênero masculino/feminino (Bockting de 2008, Ekins e King, 2006; Nestlé, Wilchins, e Howell, 2002). Muitas pessoas podem não experimentar o processo de afirmação da identidade como uma “transição” porque nunca adotaram totalmente o papel de gênero que lhes foi designado no momento do nascimento ou porque tornam realidade sua identidade, seu papel e sua expressão de gênero de uma forma que não implica uma mudança de um papel de gênero a outro. Por exemplo, alguns jovens que se identificam como genderqueer sempre tiveram a sua identidade e papel de gênero como tal (genderqueer). Uma maior visibilidade pública e consciência da diversidade de gênero (Feinberg, 1996) têm ampliado as opções para pessoas com disforia de gênero efetivarem uma identidade e encontrarem um papel e uma expressão de gênero que sejam confortáveis para elas.

Os/as profissionais de saúde podem ajudar as pessoas com disforia de gênero a afirmar sua identidade de gênero, explorar as diferentes alternativas para a expressão dessa identidade e tomar decisões sobre as opções de tratamento médico para aliviar essa disforia.

## Opções para o tratamento médico e psicológico da disforia de gênero.

Para as pessoas que procuram atendimento médico para disforia de gênero, uma variedade de opções de tratamento podem ser consideradas. O número e o tipo de intervenções aplicadas, e a ordem em que elas ocorrem podem ser diferentes de pessoa para pessoa (por exemplo, Bockting, Knudson e Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, e Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury e Pardo, 2010). As opções de tratamento incluem:

- Alterações na expressão e no papel de gênero (que pode envolver viver tempo integral ou parcial em outro papel de gênero, de acordo com a identidade de gênero da pessoa);



- Terapia hormonal para feminilizar ou masculinizar o corpo;
- Cirurgias para mudar as características sexuais primárias e/ou secundárias (por exemplo, seios/peito, genitais externos e/ou internos, características faciais, forma do corpo);
- Psicoterapia (individual, de casal, familiar ou grupal) para fins tais como explorar a identidade, o papel e a expressão de gênero; abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma na saúde mental; aliviar a transfobia internalizada; aumentar o apoio social e entre pares; melhorar a imagem corporal; ou promover resiliência.

## Opções para apoio social e mudanças na expressão de gênero

Adicionalmente (ou como alternativa) às opções de tratamentos psicológicos e médicos acima descritas, outras opções podem ser consideradas para ajudar a aliviar a disforia de gênero, por exemplo:

- Recursos, grupos ou organizações comunitárias de apoio entre pares, pessoalmente ou online, que forneçam vias de apoio social e de promoção de direitos;
- Recursos de apoio para as famílias e amigos/as, pessoalmente ou online;
- Terapia de voz e comunicação para ajudar as pessoas a desenvolverem habilidades de comunicação verbal e não-verbal que facilitem o conforto com a sua identidade como gênero;
- Depilação através de eletrólise, tratamento com laser ou depilação com cera;
- Utilização de faixas peitorais/coletes compressores ou enchimento dos peitos, ocultação genital ou prótese de pênis, enchimento dos quadris ou glúteos;
- Mudanças de nome e do marcador de sexo nos documentos de identidade.

# VI

## AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DISFORIA DE GÊNERO

Existem diferenças significativas na fenomenologia, estágios de desenvolvimento e abordagens de tratamento para a disforia de gênero em crianças, adolescentes e adultos. Nas crianças e adolescentes, existe um processo de desenvolvimento rápido e dramático (físico, psicológico e sexual), maior fluidez e variabilidade nos resultados, especialmente em crianças que ainda não passaram pela puberdade. Portanto, esta seção das NDA fornece orientações específicas para avaliação clínica e tratamento de crianças e adolescentes com disforia de gênero.

### Diferenças entre crianças e adolescentes com disforia de gênero

Uma diferença importante entre crianças e adolescentes com disforia de gênero está na proporção para quem a disforia persiste até a idade adulta. A disforia de gênero na infância não continua, necessariamente, na idade adulta<sup>5</sup>. Pelo contrário, nos estudos de acompanhamento com crianças pré-púberes como as que foram encaminhadas (principalmente meninos) à clínicas para avaliação da disforia de gênero, a disforia persistiu até a idade adulta em apenas 6-23% (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker e Bradley, 1995). Os meninos nesses estudos eram mais propensos a se identificar como gays na idade adulta do que como trans (Green, 1987; Money e Russo, 1979; Zucker e Bradley, 1995; Zuger, 1984). Estudos mais recentes, incluindo também meninas, mostraram uma taxa de 12-27% de disforia de gênero persistente na idade adulta (Drummond, Bradley Peterson-Badali e Zucker, 2008; Wallien Kettenis & Cohen, 2008).

Em contraste, a persistência de disforia de gênero na idade adulta parece ser muito mais elevada para os adolescentes. Não há estudos prospectivos formais. No entanto, em um estudo de seguimento de 70 adolescentes diagnosticados/as com disforia de gênero, nos quais tenham sido administradas hormônios de supressão da puberdade (blockers), todos/as continuaram com a

---

5 As condutas de variabilidade de gênero em crianças podem continuar até a idade adulta, mas não são, necessariamente, indicativas de disforia de gênero e de necessidade de tratamento. Como descrito na seção III, a disforia de gênero não é um sinônimo de diversidade na expressão de gênero.

redesignação de sexo, começando pela terapia hormonal de feminilização/masculinização (de Vries, Steensma, Doreleijers, e Cohen-Kettenis, 2010).

Outra diferença entre crianças e adolescentes com disforia de gênero está na proporção de sexos de cada faixa etária. Em crianças com disforia de gênero com menos de 12 anos encaminhadas clinicamente, a relação homem/mulher varia de 6:1 a 3:1 (Zucker, 2004). Já em adolescentes com mais de 12 anos com disforia de gênero, a relação homem/mulher é de 1:1 (Cohen-Kettenis e Pfafflin, 2003).

Como comentado na seção IV e por Zucker e Lawrence (2009), os estudos epidemiológicos formais sobre disforia de gênero – em crianças, adolescentes e adultos – são escassos. São necessárias pesquisas adicionais para refinar as estimativas de prevalência e persistência nas diferentes populações ao redor do mundo.

## Fenomenologia em crianças

Crianças de apenas dois anos de idade podem apresentar características que poderiam indicar disforia de gênero. Podem expressar um desejo de ser do outro sexo e infelicidade com relação a suas características físicas sexuais e suas funções. Além disso, é possível que prefiram roupas, brinquedos e jogos que são comumente associados ao sexo oposto e prefiram brincar com colegas do sexo oposto. Aparentemente há heterogeneidade nessas características: algumas crianças demonstram comportamentos e desejos discordantes extremos, acompanhados por um desconforto grave e persistente em relação aos seus caracteres sexuais primários. Em outras crianças, essas características são menos intensas e parcialmente presentes (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere e Bockting, 2010a).

É relativamente comum que crianças com disforia de gênero tenham distúrbios internalizados coexistentes, tais como ansiedade e depressão (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, e Zucker, 2003; Wallien, Swaab, e Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, e Ameeriar, 2002). A prevalência de transtornos do espectro do autismo parece ser maior em crianças com disforia de gênero que na população em geral (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, e Doreleijers, 2010).

## Fenomenologia em adolescentes

Na maioria das crianças, a disforia de gênero desaparecerá antes ou ao início da puberdade. No entanto, em algumas crianças, esses sentimentos se intensificam, e a aversão ao corpo se

desenvolve ou aumenta à medida em que chegam à adolescência e suas características sexuais secundárias se desenvolvem (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2003, Drummond et al, 2008; Wallien e Cohen-Kettenis, 2008; Zucker e Bradley, 1995). Dados de um estudo sugerem que a variabilidade de gênero mais extremo na infância está associada com a persistência da disforia de gênero no final da adolescência e início da idade adulta (Wallien e Cohen-Kettenis, 2008). No entanto, muitos/as adolescentes e adultos/as com disforia de gênero não relatam uma história de infância com comportamentos de variabilidade de gênero (Docter, 1988; Landen, Wälinder e Lundström, 1998). Portanto, pode ser uma surpresa para a (pais, mães, familiares, amigos/as e comunidade) quando a disforia de gênero de um/a jovem primeiramente se torna evidente na adolescência.

Os/as adolescentes que experimentam suas características sexuais primárias e/ou secundárias e seu sexo designado no nascimento como incompatível com a sua identidade de gênero podem sentir intensa angústia ao respeito. Muitos/as, mas não todos/as, adolescentes com disforia de gênero desejam intensamente a administração de hormônios e cirurgias. Um número crescente de adolescentes já começou a viver em seu papel de gênero desejado ao entrar no ensino médio (e Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2003).

Entre os/as adolescentes que têm sido encaminhados/as a clínicas de identidade de gênero, o número considerado elegível para o tratamento médico precoce – administração de análogos de GnRH para suprimir a puberdade nos primeiros estágios de Tanner – difere entre países e centros. Nem todas as clínicas oferecem supressão da puberdade. Se esse tratamento é oferecido, o estágio puberal na que se autoriza que os/as adolescentes comecem varia de fase 2 para a fase 4 de Tanner (Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., na imprensa). As porcentagens de adolescentes tratados/as são, provavelmente, influenciados pela organização do atendimento em saúde, questões de seguro de saúde, diferenças culturais, opiniões de profissionais de saúde, e procedimentos de diagnóstico que estão disponíveis em diferentes configurações.

Os/as médicos/as inexperientes podem confundir sinais de disforia de gênero com delírios. Fenomenologicamente, existe uma diferença qualitativa entre a apresentação de disforia do gênero e a apresentação de delírios ou outros sintomas psicóticos. A grande maioria das crianças e adolescentes com disforia de gênero não está sofrendo de uma doença psiquiátrica grave subjacente, tais como distúrbios psicóticos (Steensma, Biemond, de Boer, e Cohen-Kettenis, publicado online antes da impressão em 07 de janeiro de 2011).

É mais comum que em adolescentes com disforia de gênero coexistam distúrbios internalizados, como ansiedade e depressão, e/ou transtornos externalizados, tais como transtorno desafiador de oposição (de Vries et al., 2010). Como em crianças, parece que há uma maior prevalência de transtornos do espectro do autismo entre adolescentes com disforia de gênero encaminhados/as clinicamente do que na população geral de adolescentes (de Vries et al., 2010).



## Habilidades necessárias dos/as profissionais de saúde mental que trabalham com crianças ou adolescentes com disforia de gênero

As seguintes são as credenciais mínimas recomendadas para os/as profissionais de saúde mental que avaliam, encaminham e oferecem tratamento a crianças e adolescentes que apresentam disforia de gênero:

1. Cumprir com os requisitos de competência para profissionais de saúde mental que trabalham com adultos, como indicado na seção VII;
2. Ser formado/a em psicopatologia do desenvolvimento na infância e adolescência;
3. Ser experiente no diagnóstico e tratamento dos problemas comuns de crianças e adolescentes.

## Funções dos/as profissionais da saúde mental que trabalham com crianças e adolescentes com disforia de gênero

O papel dos/as profissionais de saúde mental que trabalham com crianças e adolescentes com disforia de gênero pode incluir o seguinte:

1. Diretamente avaliar disforia de gênero em crianças e adolescentes (ver regras gerais para a avaliação mais adiante);
2. Fornecer aconselhamento familiar e psicoterapia de apoio para ajudar as crianças e adolescentes a explorar sua identidade de gênero, aliviando o sofrimento relacionado à sua disforia de gênero e diminuindo qualquer outra dificuldade psicossocial;
3. Avaliar e responder às preocupações de saúde mental coexistentes de crianças e adolescentes (ou referir a outro/a profissional de saúde mental qualificado/a para o tratamento). Essas preocupações devem ser abordadas como parte do plano de tratamento geral;
4. Encaminhar adolescentes para intervenções físicas (como hormônios de supressão da puberdade) para aliviar a disforia de gênero. A referência deve incluir a documentação da avaliação de disforia de gênero e saúde mental, a elegibilidade do/a adolescente para intervenções físicas (descrita mais adiante), os conhecimentos relevantes do/a profissional

de saúde mental, e qualquer outra informação relevante para a saúde do ou da jovem e encaminhamento para tratamentos específicos;

5. Educar e advogar a favor de crianças e adolescentes com disforia de gênero, e suas famílias na sua comunidade (por exemplo, creches, escolas, acampamentos, outras organizações). Isto é particularmente importante à luz da evidência de que as crianças e adolescentes que não cumprem com os padrões de gênero socialmente prescritos podem experimentar assédio na escola (Grossman, D'Augelli, e Salter, 2006; Grossman, D' Augelli, Howell, e Hubbard, 2006; Sausa, 2005), colocando-as em risco de isolamento social, depressão e outros problemas (Nuttbrock et al., 2010);
6. Proporcionar às crianças, jovens e suas famílias informações e encaminhamento para apoio dos pares, tais como grupos de apoio para pais e mães de crianças trans com variabilidade de gênero (Gold e MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

As avaliações e intervenções psicossociais para crianças e adolescentes muitas vezes são fornecidas por uma equipe multidisciplinar especializada em identidade de gênero. Se esse serviço multidisciplinar não está disponível, um/a profissional de saúde mental deve proporcionar mecanismos de aconselhamento e colaboração com um/a endocrinologista pediátrico/a para fins de avaliação, educação e participação nas decisões sobre as intervenções físicas.

## Avaliação psicológica de crianças e adolescentes

Ao avaliar as crianças e adolescentes que se apresentam com disforia de gênero, os/as profissionais de saúde mental, no geral, deverão seguir as seguintes orientações:

1. Os/as profissionais de saúde mental não devem rejeitar ou expressar uma atitude negativa em relação as identidades de gênero variadas ou indicações de disforia de gênero. Em vez disso, devem reconhecer as preocupações apresentadas pelas crianças, adolescentes e suas famílias; fornecer uma avaliação completa para disforia de gênero e as preocupações de saúde mental coexistentes; e educar as pessoas usuárias do serviço e suas famílias sobre as opções de tratamento, se for necessário. A aceitação e desafago do segredo podem trazer um alívio considerável às crianças e adolescentes com disforia de gênero e suas famílias;
2. A avaliação da disforia de gênero e saúde mental deve explorar a natureza e as características da identidade de gênero de uma criança ou adolescente. Um psicodiagnóstico e avaliação psiquiátrica – abrangendo as áreas de funcionamento emocional, relações sociais e funcionamento intelectual/conquistas escolares – devem ser realizados. A avaliação deve incluir uma observação dos pontos fortes e fracos do funcionamento familiar. Os problemas

emocionais e comportamentais são relativamente comuns, e podem estar presentes questões não resolvidas no entorno da criança ou jovem (de Vries, Doreleijers, Steensma, Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie e Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007);

3. Para adolescentes, a fase de avaliação também deve ser utilizada para informar jovens e suas famílias sobre as possibilidades e limitações dos diferentes tratamentos. Isto é necessário para o consentimento informado, mas também é importante para a avaliação. A maneira com que os/as adolescentes respondem à informação sobre a realidade da redesignação de sexo pode ser diagnosticamente informativa. A informação certa pode alterar o desejo de uma pessoa jovem por um determinado tratamento, se o desejo se baseava em expectativas irreais de suas possibilidades.

## Intervenções psicológicas e sociais para crianças e adolescentes

Ao apoiar e tratar crianças e adolescentes com disforia de gênero, os/as profissionais de saúde, em geral, deverão seguir as seguintes orientações:

1. Os/as profissionais de saúde mental devem ajudar as famílias a ter uma resposta amigável e educacional para as preocupações de sua criança ou adolescente com disforia de gênero. As famílias têm um papel muito importante na saúde psicológica e no bem-estar do ou da jovem (Brill e Pepper, 2008; Lev, 2004). Isso vale também para colegas e mentores na comunidade, que podem ser outra fonte de apoio social.
2. A psicoterapia deve se concentrar em reduzir a angústia da criança ou adolescente relacionada com a disforia de gênero e em diminuir quaisquer outras dificuldades psicossociais. Para os/as jovens que buscam redesignação de sexo, a psicoterapia pode se concentrar no apoio antes, durante e após a redesignação. Não há avaliações formais de diferentes enfoques psicoterapêuticos publicadas para esta situação, mas vários métodos de aconselhamento têm sido descritos (Cohen-Kettenis, 2006, De Vries, Cohen-Kettenis e Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie e Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, e Johnson, 2010; Malpas, no prelo; Menvielle e Tuerk, 2002, Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

O tratamento destinado a tentar mudar a identidade e/ou a expressão de gênero de uma pessoa para que seja mais consistente com o sexo atribuído ao nascer foi tentada no passado sem sucesso (Gelder e Marks, 1969; Greenson, 1964), especialmente a longo prazo (Cohen-Kettenis e Kui-per, 1984; Pauly, 1965). Tal tratamento não é considerado ético.

3. As famílias devem ser apoiadas na gestão da incerteza e ansiedade sobre o futuro psicossocial da sua criança ou adolescente, e em ajudar os/as jovens a desenvolver um autoconceito positivo.
4. Os/as profissionais de saúde mental não devem impor uma visão binária de gênero. Devem indicar margens amplas para que as pessoas usuárias dos seus serviços explorem diferentes opções de expressão de gênero. As intervenções hormonais ou cirúrgicas podem ser apropriadas para alguns adolescentes, mas não para todos/as.
5. As pessoas usuárias do serviço e suas famílias devem ser apoiadas na tomada de decisões difíceis na medida em que as mesmas estão autorizadas a expressar um papel de gênero que seja consistente com sua identidade de gênero, assim como o momento das mudanças no papel de gênero e possível transição social. Por exemplo, uma pessoa pode frequentar a escola assumindo um processo de transição social parcial (por exemplo, usando roupas e um penteado que reflite sua identidade de gênero) ou total (por exemplo, usando um nome e pronomes congruentes com sua identidade de gênero). As questões difíceis são se e quando informar os/as outros/as sobre a situação dessa pessoa, e como as outras de sua convivência reagirão.
6. Os/as profissionais de saúde devem apoiar as pessoas usuárias do serviço e suas famílias como educadores e defensores em suas interações com membros da comunidade e autoridades como professores/as, conselhos escolares, e tribunais.
7. Os/as profissionais de saúde mental devem se esforçar para manter uma relação terapêutica com crianças e adolescentes com variabilidade de gênero e suas famílias no decorrer de possíveis alterações sociais ou intervenções físicas subsequentes. Isso garante que as decisões sobre a expressão de gênero e o tratamento da disforia de gênero são cuidadosamente e repetidamente consideradas. O mesmo raciocínio se aplica se uma criança ou adolescente já mudou socialmente o papel de gênero antes de ser visto/a por um profissional de saúde mental.

## Transição social na primeira infância

Algumas crianças expressam o desejo de fazer uma transição social para um papel de gênero diferente muito antes da puberdade. Para alguns e algumas, isso pode refletir uma expressão da sua identidade de gênero. Para outros e outras, poderia ter uma outra fonte. O grau em que as famílias permitem que seus filhos ou filhas pequenos façam uma transição social para outro papel de gênero é variado. Algumas transições sociais na primeira infância ocorrem em algumas famílias com sucesso imediato. Este é um tema controverso, e as opiniões expressas por profissionais de



saúde divergem. A base da evidência atual é insuficiente para prever os resultados a longo prazo de concretizar uma transição de papéis de gênero na primeira infância. Pesquisas com crianças e jovens que completaram as primeiras transições sociais contribuirão enormemente para futuras recomendações clínicas.

Os/as profissionais de saúde mental podem ajudar as famílias a tomar decisões sobre o momento e o processo de mudança no papel de gênero dos seus filhos ou filhas pequenas. Devem fornecer informações e ajudar mães e pais a considerar os potenciais benefícios e desafios de cada opção. Nesse sentido, a baixa taxa de disforia de gênero persistente na infância descrita acima é relevante (Drummond et al., 2008; Wallien e Cohen-Kettenis, 2008). Uma mudança de volta ao papel de gênero original pode ser muito doloroso, e até mesmo resultar no adiamento desta segunda transição social pela criança (Steensma e Cohen-Kettenis, 2011). Por razões como essas, mães e pais podem preferir tomar essa mudança de papel como uma exploração de viver em outro papel de gênero, ao invés de uma situação irreversível. As e os profissionais de saúde mental podem ajudar os pais e mães na identificação de possíveis soluções ou propostas intermediárias (por exemplo, apenas quando estejam de férias). Também é importante que as mães e os pais informem a criança explicitamente que ele ou ela pode mudar de idéia.

Independentemente das decisões da família sobre a transição (tempo, grau), os/as profissionais devem aconselhá-la e apoiá-la no seu trabalho através das opções e suas implicações. Para pais e mães não permitem que seus filhos ou filhas pequenas façam uma transição de papéis de gênero, é possível que precisem de aconselhamento para ajudá-los a satisfazer as necessidades de seus filhos ou filhas de uma maneira sensível e cuidadosa, garantindo que a criança tenha amplas oportunidades de explorar sentimentos e comportamentos de gênero em um ambiente seguro. Se os pais e mães permitem que seus filhos ou filhas pequenas façam uma transição papéis de gênero, podem precisar de aconselhamento para facilitar uma experiência positiva para a criança. Por exemplo, podem precisar de apoio no uso dos pronomes corretos, na manutenção de um ambiente seguro e de apoio para a criança em transição (por exemplo, na escola, nos grupos de amigos/as), e na comunicação com outras pessoas na vida da criança. Em qualquer dos casos, na medida em que uma criança se aproxima da puberdade, uma avaliação adicional pode ser necessária já que as opções para intervenções físicas tornam-se relevantes.

## Intervenções físicas para adolescentes

Antes de que qualquer intervenção física seja considerada para adolescentes, é necessária a realização de uma exploração extensiva de questões psicológicas, familiares e sociais, como indicado acima. A duração desta exploração pode variar substancialmente dependendo da complexidade da situação.

As intervenções físicas devem ser abordadas no contexto do desenvolvimento do ou da adolescente. Algumas idéias a respeito da identidade em adolescentes podem tornar-se firmemente estabelecidas e fortemente expressadas, dando uma falsa impressão de irreversibilidade. A mudança de um/a adolescente para uma conformidade gênero pode ocorrer, especialmente para agradar os pais e mães, e podem não persistir ou refletir uma mudança permanente na disforia de gênero (Hembree et al., 2009; Steensma et al., publicado online antes da impressão em 7 de Janeiro de 2011).

As intervenções físicas para adolescentes são divididas em três categorias ou estágios (Hembree et al., 2009):

1. *Intervenções totalmente reversíveis.* Essas envolvem a utilização de análogos de GnRH para suprimir a produção de estrogênio ou de testosterona e, conseqüentemente, retardar as mudanças físicas da puberdade. As opções alternativas de tratamento incluem progestinas (mais comumente medroxiprogesterona) ou outros medicamentos (por exemplo, espirolactona), que reduzem os efeitos dos andrógenos secretados pelos testículos de adolescentes que não receberam análogos de GnRH. Contraceptivos orais contínuos (ou de medroxiprogesterona) podem ser usados para suprimir a menstruação.
2. *Intervenções parcialmente reversíveis.* Essas incluem a terapia hormonal para feminizar ou masculinizar o corpo. Algumas das alterações induzidas por hormônios podem precisar de cirurgia de reconstrução para reverter o efeito (por exemplo, a ginecomastia causada pelo estrogênio), enquanto outras mudanças não são reversíveis (por exemplo, engrossamento da voz causada pela testosterona).
3. *Intervenções irreversíveis.* São procedimentos cirúrgicos. Um processo gradual é recomendado para manter as opções em aberto para as duas primeiras etapas. Não se deve saltar de um estágio para outro até que não haja passado tempo suficiente para que os/as adolescentes, e suas mães e pais assimilem plenamente os efeitos das intervenções anteriores.

## Intervenções totalmente reversíveis

Os/as adolescentes podem ser elegíveis para hormônios de supressão da puberdade, logo que as mudanças hajam começado. Para que os/as adolescentes, e suas mães e pais tomem uma decisão informada sobre o atraso puberal, recomenda-se que os/as adolescentes experimentem o início da puberdade até, pelo menos, Tanner fase 2. Algumas crianças podem chegar a esta fase em idades muito precoces (por exemplo, 9 anos de idade). Estudos de avaliação desta abordagem têm incluído apenas as crianças que tinham pelo menos 12 anos de idade (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, e Delemarre-van de Waal, 2011; Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch e Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006).

Duas metas justificam a intervenção com hormônios de supressão da puberdade: (i) o seu uso dá ao/à adolescente mais tempo para explorar sua variabilidade de gênero e outras questões de desenvolvimento; e (ii) a sua utilização pode facilitar a transição, impedindo o desenvolvimento de características sexuais que são difíceis ou impossíveis de reverter se o/a adolescente continua com a redesignação de sexo.

A supressão da puberdade pode continuar por alguns anos, chegando um momento em que é tomada a decisão de interromper a terapia hormonal ou passar a um tratamento hormonal de feminilização/masculinização. A supressão da puberdade não deriva, necessariamente, da transição social ou da redesignação de sexo.

### **Critérios para os hormônios de supressão da puberdade**

Para que os/as adolescente recibam hormônios de supressão da puberdade, os seguintes critérios mínimos devem ser atendidos:

1. O ou a adolescente tem demonstrado um padrão de longa duração e intensidade de variabilidade de gênero ou disforia de gênero (seja suprimida ou expressada);
2. A disforia de gênero surgiu ou agravou-se com o início da puberdade;
3. Os problemas psicológicos, médicos ou sociais coexistentes que possam interferir com o tratamento (por exemplo, que possa comprometer a adesão ao tratamento) foram abordados, de modo que a situação do ou da adolescente e seu funcionamento são estáveis o suficiente para o início do tratamento;
4. O ou a adolescente deu o seu consentimento informado e, especialmente quando não tenha atingido a idade de consentimento médico, os pais, mães ou outros cuidadores ou responsáveis consentiram ao tratamento e estão envolvidos/as em apoiar o/a adolescência em todo o processo de tratamento.

### **Tratamentos, seguimento e riscos da supressão da puberdade**

Para a supressão da puberdade, as adolescentes com órgãos genitais masculinos devem ser tratadas com análogos de GnRH que detêm a secreção do hormônio luteinizante e, por conseguinte, a secreção da testosterona. Alternativamente, podem ser tratadas com progestinas (por exemplo, medroxiprogesterona), ou outros fármacos que bloqueiam a secreção de testosterona e/ou neutralizam a ação de testosterona. Os adolescentes com genitais femininos devem ser tratados com análogos de GnRH que detêm a produção de estrogênio e progesterona. Alternativamente, podem ser tratados com progestinas (por exemplo, medroxiprogesterona). Contraceptivos orais

contínuos (ou de medroxiprogesterona) podem ser usados para suprimir a menstruação. Em ambos os grupos de adolescentes, o uso de análogos de GnRH é o tratamento preferido (Hembree et al., 2009), mas seu alto custo faz com que seja impossível para muitas pessoas.

Durante a supressão da puberdade, o desenvolvimento físico de um/a adolescente deve ser cuidadosamente monitorizado – de preferência por um endocrinologista pediátrico – para que as intervenções necessárias possam ocorrer (por exemplo, para estabelecer uma altura adequada do gênero apropriado, para melhorar a baixa densidade mineral óssea iatrogênica) (Hembree et al., 2009).

O uso precoce de hormônios de supressão da puberdade pode evitar consequências sociais e emocionais negativas da disforia de gênero com mais eficácia do que o seu uso posterior. A intervenção no início da adolescência deve ser tratada com aconselhamento pediátrico endocrinológico, quando esteja disponível. As adolescentes com genitais masculinos que iniciam análogos de GnRH no início da puberdade devem ser informadas de que isto poderia resultar em um tecido do pênis insuficiente para técnicas de vaginoplastia de inversão (técnicas alternativas estão disponíveis, tais como a utilização de um enxerto de pele ou tecido do cólon).

Nem a supressão da puberdade nem permitir que a puberdade ocorra é um ato neutral. Por um lado, o funcionamento subsequente na vida pode ser comprometido pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias irreversíveis na puberdade, experimentando por anos uma intensa disforia de gênero. Por outro lado, existem preocupações sobre os efeitos colaterais físicos negativos do uso de análogos de GnRH (por exemplo, no desenvolvimento ósseo e altura). Embora os primeiros resultados dessa abordagem (como avaliado por adolescentes monitorados/as por mais de 10 anos) são promissores (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis, 2006), os efeitos a longo prazo só podem ser determinados quando as pessoas usuárias do serviço atinjam a idade apropriada.

## Intervenções parcialmente reversíveis

Os/as adolescentes podem ser elegíveis para começar a terapia hormonal feminilização/masculinização, de preferência com o consentimento dos pais e mães. Em muitos países, aos 16 anos as pessoas são maiores de idade tomar decisões médicas e não requerem consentimento das mães e dos pais. Idealmente, as decisões de tratamento devem ser feitas entre o/a adolescente, a família e a equipe de tratamento.

Os tratamentos para a terapia hormonal em adolescentes com disforia de gênero diferem substancialmente dos usados em adultos (Hembree et al., 2009). Tratamentos hormonais para

jovens foram adaptados considerando o desenvolvimento somático, emocional e mental que ocorre durante a adolescência (Hembree et al., 2009).

## Intervenções irreversíveis

A cirurgia genital não deve ser realizada até que (i) a pessoa usuária do serviço atinja a maioridade legal para dar o seu consentimento para procedimentos médicos de acordo com as leis do seu país, e (ii) a pessoa usuária do serviço viveu continuamente por, pelo menos, 12 meses no papel de gênero que é congruente com sua identidade de gênero. O limite de idade deve ser visto como um padrão mínimo e não uma indicação em si mesma para intervenção ativa.

Uma cirurgia de mamas em usuários do serviço transmasculinos (MaH) poderia ocorrer antes da maioridade legal, de preferência depois de viver um tempo no papel de gênero desejado e após um ano de tratamento com testosterona. A intenção desta sequência sugerida é dar ao/a adolescente oportunidade o suficiente para experimentar e ajustar-se socialmente em um papel de gênero masculino antes de submeter-se a uma cirurgia irreversível. Contudo, algumas abordagens diferentes podem ser mais adequadas, dependendo da situação clínica específica específica do/a adolescente e os objetivos propostos para a expressão da identidade do gênero.

## Riscos de dificultar o tratamento médico para adolescentes

O impedimento das intervenções médicas apropriadas para adolescentes poderia prolongar a disforia de gênero e contribuir a uma aparência que contribuir a abusos e estigmatização. Uma vez que o nível de abuso em relação ao gênero é fortemente associado com o grau de sofrimento psiquiátrico durante a adolescência (Nuttbrock et al., 2010), o impedimento da supressão da puberdade e da subsequente terapia hormonal de feminilização ou masculinização não é uma opção neutra para os/as adolescentes.



# VII

## SAÚDE MENTAL

As pessoas trans e com variabilidade de gênero poderiam procurar apoio de um/a profissional de saúde mental por várias razões. Independentemente da razão pela qual uma pessoa procura ajuda, os/as profissionais de saúde mental devem estar familiarizados/as com a variabilidade com o gênero, devem exercer com competência cultural adequada, e mostrar sensibilidade ao fornecer o cuidado requerido pela pessoa usuária do serviço.

Esta seção das NDA enfoca o papel dos/as profissionais de saúde mental no atendimento de pessoas adultas que buscam ajuda para a disforia de gênero e problemas relacionados. Os/as profissionais que trabalham com crianças e adolescentes com disforia de gênero e suas famílias devem consultar a seção VI.

### Competência dos/as profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas adultas que apresentam disforia de gênero

A formação de profissionais de saúde mental competentes para trabalhar com adultos com disforia de gênero baseia-se em habilidades clínicas gerais básicas em avaliação, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental. O treinamento clínico pode ocorrer dentro de qualquer disciplina que prepara profissionais de saúde mental para a prática clínica, como psicologia, psiquiatria, serviço social, aconselhamento de saúde mental, terapia de casais e familiar, medicina de família com formação específica em saúde comportamental e aconselhamento. As seguintes são exigências mínimas recomendadas para profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas adultas que apresentam disforia de gênero:

1. Mestrado ou equivalente em um campo clínico das ciências do comportamento. Esse grau, ou um mais avançado, deve ser concedido por uma instituição credenciada. O/a profissional de saúde mental deve dispor das credenciais documentados concedidas pelas agências de certificação do país.
2. Habilidade no uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e/ou da Classificação Internacional de Doenças (CID) para fins de diagnóstico.

3. Capacidade para reconhecer e diagnosticar problemas de saúde mental coexistentes e para diferenciá-los da disforia de gênero.
4. Treinamento supervisionado documentado e habilidade em psicoterapia ou aconselhamento.
5. Conhecimento sobre identidades e expressões de variabilidade de gênero, e avaliação e tratamento da disforia de gênero.
6. Educação contínua na avaliação e tratamento da disforia de gênero. Isso pode incluir a participação em reuniões, oficinas ou seminários profissionais relevantes; a supervisão de um/a profissional de saúde mental com experiência; ou a participação em pesquisas relacionadas com a variabilidade de gênero e a disforia de gênero.

Além das credenciais mínimas mencionadas, recomenda-se que os/as profissionais de saúde mental desenvolvam e mantenham competência cultural para facilitar o seu trabalho com pessoas trans e com variabilidade de gênero. Isso pode implicar, por exemplo, informar-se e estudar a comunidade, a promoção de direitos, questões de políticas públicas relacionadas com essas pessoas e suas famílias. Também são recomendados conhecimentos sobre sexualidade, problemas de saúde sexual, e avaliação e tratamento de transtornos sexuais.

Os/as profissionais de saúde mental que são novos ou novas no campo (independentemente do seu nível de formação e experiência de outro tipo) devem trabalhar sob a supervisão de um/a profissional de saúde mental qualificado/a na avaliação e tratamento da disforia de gênero.

## Tarefas dos/as profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas adultas que apresentam disforia de gênero

Os/as profissionais de saúde mental podem oferecer serviços às pessoas trans e com variabilidade de gênero e a suas famílias de muitas formas dependendo das necessidades da pessoa usuária do serviço. Por exemplo, os/as profissionais de saúde mental podem exercer como psicoterapeutas, conselheiros ou terapeutas familiares, o como assessores/as, defensores/as o educadores/as.

Os/as profissionais de saúde mental devem determinar as razões pelas quais a pessoa procura ajuda profissional. Por exemplo, uma persona pode se apresentar buscando qualquer combinação dos seguintes serviços de atendimento de saúde: psicoterapia para explorar a identidade e expressão de gênero ou para facilitar um processo de aceitação; avaliação e encaminhamento para intervenções médicas de feminilização/masculinização; apoio psicológico a membros da família (parceiro/a, filhos/as, parentes distantes); psicoterapia não relacionada com as questões de gênero; ou outros serviços profissionais.

Ademais, apresentam-se as diretrizes gerais para tarefas comuns que os/as profissionais de saúde mental podem cumprir no trabalho com adultos que apresentam disforia de gênero.

## Tarefas relacionadas com a avaliação e o encaminhamento

### 1. Avaliar a disforia de gênero

Os profissionais de saúde mental avaliam a disforia de gênero das pessoas usuárias do serviço no contexto de uma avaliação do seu ajustamento psicossocial (Bockting et al., 2006; Lev 2004, 2009). Esta avaliação inclui, no mínimo, uma valoração da identidade de gênero e da disforia de gênero, da história e do desenvolvimento dos sentimentos de disforia de gênero, do impacto do estigma associado à não-conformidade de gênero na saúde mental, e da disponibilidade de apoio da família, amigos/as e colegas (por exemplo, em pessoa ou contato online com grupos ou pessoas trans ou com variabilidade de gênero). A avaliação pode resultar em não estabelecer nenhum diagnóstico, ou estabelecer um diagnóstico formal relacionado com a disforia de gênero, e/ou em outros diagnósticos que descrevam aspectos da saúde e do ajustamento psicossocial da pessoa usuária do serviço. O papel dos/as profissionais de saúde mental inclui garantir razoavelmente que a disforia de gênero não é secundária a outros diagnósticos.

Os/as profissionais de saúde mental com as competências descritas acima (doravante denominados/as “profissionais de saúde mental qualificados/as”) são os/as profissionais mais bem treinados/as e preparados/as para executar esta avaliação da disforia de gênero. No entanto, esta tarefa pode ser realizada por outro/a profissional de saúde que tenha a formação adequada em saúde mental e seja competente na avaliação da disforia de gênero, especialmente se for parte de uma equipe multidisciplinar especializado que fornece acesso à terapia hormonal de feminilização/masculinização. Este/a profissional pode ser o/a que prescreve a terapia hormonal ou um/uma integrante da equipe que presta o atendimento médico.

### 2. Fornecer informação sobre as opções de identidade e expressão de gênero e as possíveis intervenções médicas

Uma tarefa importante dos/as profissionais de saúde mental é educar as pessoas usuárias do serviço sobre a diversidade de identidades e expressões de gênero, e as diferentes opções disponíveis para aliviar a disforia de gênero. A partir daí, os/as profissionais de saúde mental podem facilitar um processo (ou encaminhar a outro lugar) em que as pessoas usuárias do serviço explorem as várias opções, com o objetivo de encontrar um papel e uma expressão de gênero confortável, e preparar-se para tomar uma decisão plenamente informada sobre as intervenções médicas disponíveis, se

necessário. Esse processo pode incluir encaminhamento para terapia individual, familiar ou grupal, e/ou recursos comunitários e vias para apoio entre pares. O ou a profissional e a pessoa usuária do serviço devem discutir as implicações, tanto a curto como a longo prazo, de qualquer mudança no papel de gênero e o uso de intervenções médicas. Essas implicações podem ser psicológicas, sociais, físicas, sexuais, laborais, financeiras e jurídicas (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Essa tarefa também é melhor quando realizada por um/a profissional de saúde mental qualificado/a, mas pode ser realizada por outro/a profissional de saúde com formação adequada na área da saúde mental e com conhecimento suficiente sobre as identidades e expressões de variabilidade de gênero e sobre as possíveis intervenções médicas para a disforia de gênero, especialmente se fizer parte de uma equipe multidisciplinar especializada que forneça acesso a terapia hormonal de feminilização/masculinização.

### **3. Avaliar, diagnosticar e discutir as opções de tratamento para problemas de saúde mental coexistentes**

As pessoas que se apresentam com disforia de gênero podem enfrentar uma série de problemas de saúde mental (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, e Valdés, 2009, Murad et al., 2010), relacionados ou não com o que geralmente é um longo histórico de disforia de gênero e ou estresse de minorias crônico. Esses problemas incluem ansiedade, depressão, automutilação, histórico de abuso e negligência, compulsividade, abuso de drogas, problemas sexuais, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, distúrbios psicóticos e transtornos do espectro do autismo (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Os/as profissionais de saúde mental devem investigar esses e outros problemas de saúde mental e incorporar as preocupações identificadas no plano de tratamento geral. Essas preocupações podem ser fontes significativas de estresse e, se não tratadas, podem complicar o processo de exploração da identidade de gênero e o término da disforia de gênero (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Enfrentar essas preocupações podem facilitar enormemente a resolução da disforia de gênero, as possíveis mudanças no papel de gênero, a tomada de decisões informadas sobre as intervenções médicas, e as melhorias na qualidade de vida.

Algumas pessoas usuárias do serviço podem se beneficiar de medicamentos psicotrópicos para aliviar os sintomas ou tratar problemas de saúde mental coexistentes. Os/as profissionais de saúde mental devem reconhecer isso e fornecer tratamento medicamentoso, ou encaminhar a um/a profissional colega qualificado/a para fazê-lo. A presença de problemas de saúde mental coexistentes não exclui necessariamente as possíveis mudanças no papel de gênero ou o acesso a hormônios de feminilização/masculinização ou cirurgias, mas essas preocupações devem ser devidamente tratadas antes do, ou simultaneamente com, tratamento da disforia de gênero. Além disso, as pessoas usuárias do serviço devem ser avaliadas pela sua capacidade de dar consentimento informado a respeito de tratamentos médicos.

Os/as profissionais de saúde mental qualificados/as estão especialmente treinados/as e capacitados/as para avaliar, diagnosticar e tratar (ou encaminhar para tratamento) esses problemas de saúde mental coexistentes. Outros e outras profissionais de saúde com formação adequada na área da saúde mental também podem explorar problemas de saúde mental, especialmente se encontra-se agindo como parte de uma equipe multidisciplinar especializada que fornece acesso a terapia hormonal de feminilização/masculinização. Nos casos mencionados podem encaminhar com outro ou outra profissional de saúde mental qualificado/a para uma avaliação e tratamento abrangentes.

#### **4. Se for o caso, avaliar elegibilidade, preparar e encaminhar a terapia hormonal**

As NDA estabelecem critérios para orientar as decisões sobre a terapia hormonal feminilização/masculinização (descritos na seção VIII e anexo C). Os/as profissionais de saúde mental podem ajudar as pessoas que estão considerando a terapia hormonal para que estejam prontas a nível psicológico (por exemplo, se a pessoa tomou uma decisão plenamente informada com expectativas claras e realistas; se está pronta para receber cuidados de acordo com o plano de tratamento geral; se incluiu a família e a comunidade, conforme o caso) e nível prático (por exemplo, se foi avaliada por um médico/a para descartar ou tratar contra-indicações médicas para o uso de hormônios; se considerou as implicações psicossociais; etc.). Se a pessoa usuária do serviço está em idade fértil, as opções reprodutivas (seção IX) devem ser exploradas antes de iniciar a terapia hormonal.

É importante que os/as profissionais de saúde mental reconheçam que as decisões sobre os hormônios são, acima de tudo, decisões das pessoas usuárias do serviço – como todas as decisões relativas à saúde. No entanto, os/as profissionais de saúde mental têm a responsabilidade de incentivar, orientar e ajudar as pessoas usuárias do serviço a tomar decisões totalmente informadas e estar preparadas adequadamente. Para apoiar melhor as decisões das pessoas usuárias do serviço, os/as profissionais de saúde mental devem ter boas relações e informação suficiente sobre elas. As pessoas usuárias do serviço devem receber uma avaliação rápida e cuidadosa, com o objetivo de aliviar a disforia de gênero e proporcionar os serviços médicos apropriados.

#### Encaminhamento para terapia hormonal de feminilização/masculinização

As pessoas podem ir a um/a provedor/a especializado de qualquer disciplina em busca da terapia hormonal de feminilização/masculinização. No entanto, o atendimento de saúde trans é um campo interdisciplinar, e recomenda-se a coordenação dos cuidados e encaminhamento entre a equipe de atendimento geral de uma pessoa usuário do serviço.

A terapia hormonal pode ser iniciada por recomendação de um/a profissional de saúde mental qualificado/a. Alternativamente, um/a profissional de saúde que esteja devidamente treinado/a e capacitado/a em saúde mental pode avaliar a elegibilidade, preparar e encaminhar a pessoa

usuária do serviço para a terapia hormonal, especialmente na ausência de problemas importantes de saúde mental coexistentes e quando se trabalha no contexto de uma equipe multidisciplinar especializada. Este/a profissional de saúde deve fornecer a documentação – no registro e/ou carta de referência – do histórico pessoal e do tratamento, progresso e elegibilidade da pessoa usuária do serviço. Os/as profissionais de saúde que recomendam a terapia hormonal compartilham a responsabilidade legal e ética dessa decisão com o/a médico/a que presta o serviço.

O conteúdo recomendado da carta de referência para terapia hormonal de feminilização/masculinização é:

1. Características gerais de identificação da pessoa usuária do serviço;
2. Resultados da avaliação psicossocial da pessoa usuária do serviço, incluindo diagnósticos;
3. Duração da relação do/a profissional com a pessoa usuária do serviço, incluindo o tipo de avaliação e terapia ou aconselhamento até a data;
4. Uma explicação que os critérios para a terapia hormonal foram cumpridos, e uma breve descrição do raciocínio clínico para apoiar o pedido da pessoa para a terapia hormonal;
5. Uma declaração sobre o fato de que a pessoa usuária do serviço entregou o seu consentimento informado;
6. Uma indicação de que o/a profissional de saúde que encaminha está disponível para a coordenação dos cuidados e espera um telefonema para defini-la.

Para as e os fornecedores que trabalham dentro de uma equipe multidisciplinar especializada, uma carta pode não ser necessária; a avaliação e recomendação podem ser documentadas no registro clínico da pessoa usuária do serviço.

## **5. Se for o caso, avaliar a elegibilidade, preparar e encaminhar para cirurgia**

As NDA também fornecem critérios para orientar as decisões sobre cirurgias de mama e cirurgias genitais (identificados na seção XI, anexo C). Os/as profissionais de saúde mental podem ajudar as pessoas usuárias de serviços que estão considerando realizar cirurgias para que estejam preparadas a nível psicológico (por exemplo, se a pessoa tomou uma decisão plenamente informada com expectativas claras e realistas; se está pronta para receber cuidados de acordo com o plano de tratamento geral; se incluiu a família e a comunidade, conforme o caso) e se planejou e decidiu tomar algumas ações a nível prático (por exemplo, se tomou uma decisão informada sobre o cirurgião ou cirurgiã que possa realizar o procedimento, se realizou gestões para o tratamento



post-cirúrgico). Se a pessoa usuária do serviço está em idade fértil, as opções reprodutivas (seção IX) devem ser exploradas antes de realizar a cirurgia genital.

As NDA não estabelecem critérios para outros procedimentos cirúrgicos, como a cirurgia facial de feminilização ou masculinização, no entanto, os/as profissionais de saúde mental podem desempenhar um papel importante para ajudar as pessoas usuárias do serviço a tomar decisões totalmente informadas sobre a oportunidade e as conseqüências de tais procedimentos no contexto do desenvolvimento geral ou processo de transição.

É importante que os/as profissionais de saúde mental reconheçam que as decisões sobre as cirurgias são, acima de tudo, decisões das pessoas usuárias do serviço – como todas as decisões relativas à saúde. No entanto, os/as profissionais de saúde mental têm a responsabilidade de incentivar, orientar e ajudar as pessoas usuárias do serviço a tomar decisões totalmente informadas e estar preparadas adequadamente. Para apoiar melhor as decisões das pessoas usuárias do serviço, os/as profissionais de saúde mental devem ter boas relações e informação suficiente sobre elas. As pessoas usuárias do serviço devem receber uma avaliação rápida e cuidadosa, com o objetivo de aliviar a disforia de gênero e proporcionar os serviços médicos apropriados.

### Encaminhamento para a cirurgia

Os tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero podem ser iniciados por recomendação (uma ou duas, dependendo do tipo de cirurgia) de um/a profissional de saúde mental qualificado/a. Este/a profissional de saúde deve fornecer a documentação – no registro e/ou carta de referência – do histórico pessoal e do tratamento, progresso e elegibilidade da pessoa usuária do serviço. Os/as profissionais de saúde que recomendam as cirurgias compartilham a responsabilidade legal e ética dessa decisão com o/a médico/a que presta o serviço.

- Para a cirurgia de mamas (por exemplo, mastectomia, reconstrução mamária ou mamoplastia de aumento), uma indicação de um/a profissional de saúde mental qualificado/a é necessária.
- Para a cirurgia genital (ou seja, histerectomia/salpingooforectomia, orquiectomia, cirurgias genitais reconstrutivas) são necessárias duas referências – de profissionais de saúde mental que avaliaram de forma independente a pessoa usuária do serviço. Se a primeira é do ou da psicoterapeuta, a segunda deve ser de uma pessoa que somente teve um papel avaliativo com a pessoa usuária do serviço. Duas cartas separadas, ou uma carta assinada por ambos/as (por exemplo, se foi feito dentro da mesma clínica) pode ser enviada. No entanto, espera-se que cada carta de referência inclua os mesmos temas nas áreas descritas a seguir.

O conteúdo recomendado das cartas de referência para cirurgias é:

1. Características gerais de identificação da pessoa usuária do serviço;
2. Resultados da avaliação psicossocial da pessoa usuária do serviço, incluindo diagnósticos;
3. Duração da relação do/a profissional com a pessoa usuária do serviço, incluindo o tipo de avaliação e terapia ou aconselhamento até a data;
4. Uma explicação que os critérios para a terapia hormonal foram cumpridos, e uma breve descrição do raciocínio clínico para apoiar o pedido da pessoa para a terapia hormonal;
5. Uma declaração sobre o fato de que a pessoa usuária do serviço entregou o seu consentimento informado;
6. Uma indicação de que o/a profissional de saúde que encaminha está disponível para a coordenação dos cuidados e espera um telefonema para defini-la.

Para as e os fornecedores que trabalham dentro de uma equipe multidisciplinar especializada, uma carta pode não ser necessária; a avaliação e recomendação podem ser documentadas no registro clínico da pessoa usuária do serviço.

## **Relação dos/as profissionais da saúde mental com médicos/as que prescrevem hormônios, cirurgiões e outros profissionais de saúde**

Para que os/as profissionais de saúde mental realizem o seu trabalho, o ideal é que discutam periodicamente o progresso e obtenham opiniões de outros/as colegas profissionais (tanto no atendimento em saúde mental como em outras áreas da saúde) competentes na avaliação e tratamento da disforia de gênero. A relação entre os/as profissionais envolvidos/as no atendimento da saúde de uma pessoa usuária do serviço deve ser de permanente cooperação, resultando em coordenação e diálogo clínico quando necessário. A comunicação aberta e constante pode ser necessária para a consulta, encaminhamento e gestão de problemas pós-operatórios.

## Tarefas relacionadas com a psicoterapia

### **1. A psicoterapia não é requisito obrigatório para a terapia hormonal e cirurgias**

A avaliação da saúde mental como acima indicada é necessária para o encaminhamento a tratamentos hormonais e cirúrgicos para a disforia de gênero. Em contraste, a psicoterapia – apesar de altamente recomendada – não é um requisito.

As NDA não recomendam um número mínimo de sessões de psicoterapia antes da terapia hormonal ou cirurgias. As razões para isso são múltiplas (Lev, 2009). Em primeiro lugar, um número mínimo de sessões tende a ser interpretado como um obstáculo que desencoraja a verdadeira oportunidade de crescimento pessoal. Em segundo lugar, os/as profissionais de saúde mental podem fornecer um apoio importante para as pessoas usuárias do serviço em todas as fases de exploração da identidade de gênero, expressão de gênero, e a possível transição – não somente antes das possíveis intervenções médicas. Em terceiro lugar, as pessoas usuárias do serviço e seus ou suas psicoterapeutas podem diferir na sua capacidade de atingir objetivos similares em um determinado período de tempo.

### **2. Objetivos da psicoterapia para adultos/as com preocupações de gênero**

O objetivo geral da psicoterapia é encontrar formas de maximizar o bem-estar psicológico em geral, a qualidade de vida e a auto-realização do indivíduo. A psicoterapia não se destina a alterar a identidade de gênero de uma pessoa, e sim a ajudar um indivíduo a explorar as questões de gênero e encontrar formas de aliviar a disforia de gênero, se presente (Bockting et al., 2006; Bockting e Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Geralmente, o objetivo principal do tratamento é ajudar as pessoas trans a alcançar conforto a longo prazo na expressão da sua identidade de gênero, com chances realistas de sucesso nas relações, educação e trabalho. Para mais detalhes, veja Fraser (Fraser, 2009c).

A terapia pode consistir em psicoterapia individual, de casal, familiar ou grupal, sendo esta última particularmente importante para incentivar o apoio de pares.

### **3. Psicoterapia para pessoas trans e com variabilidade de gênero, incluindo aconselhamento e apoio para mudanças no papel de gênero**

Encontrar um papel gênero confortável é, principalmente, um processo psicossocial. A psicoterapia pode ser muito valiosa para ajudar a pessoas trans e com variabilidade de gênero com todo o seguinte: (i) esclarecendo e explorando a identidade e papel de gênero, (ii) abordando o impacto do

estigma e o estresse de minorias na saúde mental e no desenvolvimento humano, e (iii) facilitando um processo de saída do armário (Bockting e Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), que, para algumas pessoas, pode incluir alterações na expressão de papel de gênero e o uso de intervenções médicas de feminilização/masculinização .

Os/as profissionais de saúde mental podem oferecer apoio e promover habilidades de interpessoais e a capacidade de recuperação em indivíduos e suas famílias enquanto navegam em um mundo frequentemente mal preparado para aceitar e respeitar as pessoas trans e com variabilidade de gênero. A psicoterapia também pode ajudar a aliviar as preocupações de saúde mental coexistentes (por exemplo, ansiedade, depressão) identificadas durante a investigação e avaliação.

Para as pessoas trans e com variabilidade de gênero que planejam mudar os papéis de gênero de forma permanente e fazer uma transição social de papel de gênero, os/as profissionais de saúde mental podem facilitar o desenvolvimento de um plano individualizado com metas e prazos específicos. Embora a experiência de mudar de papel de gênero difere de pessoa para pessoa, os aspectos sociais da experiência são frequentemente desafiadores – muitas vezes mais do que os aspectos físicos. Devido a que a mudança do papel de gênero pode ter profundas conseqüências pessoais e sociais, a decisão de fazê-lo deve incluir o conhecimento de quais serão os prováveis obstáculos familiares, interpessoais, educacionais, profissionais, econômicos e jurídicos, de modo que as pessoas possam se desempenhar com sucesso em seu papel de gênero.

Muitas pessoas trans e com variabilidade de gênero podem procurar cuidados sem ter se relacionado ou aceito o papel de gênero mais congruente com a sua identidade de gênero. Os/as profissionais de saúde mental podem ajudar essas pessoas usuárias do serviço a explorar e antecipar as conseqüências das mudanças no papel de gênero e ritmo do processo de implementação dessas mudanças. A psicoterapia pode proporcionar um espaço para as pessoas usuárias do serviço comecem a se expressar de maneiras que sejam congruentes com a sua identidade de gênero e, para algumas pessoas, superar os medos relacionados com as mudanças na expressão de gênero. Podem-se tomar riscos calculados fora da terapia para ganhar experiência e desenvolver confiança no novo papel. Pode-se proporcionar assistência na “saída do armário” com a família e a comunidade (amigos/as, escola, local de trabalho).

Outras pessoas trans e com variabilidade de gênero se apresentam para atendimento já tendo adquirido experiência (mínima, moderada ou extensa) em viver em um papel de gênero que difere daquele associado ao seu sexo atribuído ao nascer. Profissionais de saúde mental podem ajudar essas pessoas usuárias do serviço a identificar e lidar com potenciais desafios e incentivar o ajuste ideal na medida em que continuam expressando mudanças no seu papel de gênero.

#### **4. Terapia familiar ou apoio à familiares**

As decisões sobre as mudanças no papel do gênero e intervenções médicas para a disforia de gênero têm implicações não só para as pessoas usuárias do serviço, mas também para suas famílias (Emerson e Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Os e as profissionais de saúde mental podem ajudar as pessoas usuárias do serviço a tomar decisões ponderadas sobre a comunicação com suas famílias e outras pessoas sobre a sua identidade de gênero e o tratamento. A terapia familiar pode incluir trabalhar com cônjuges ou parceiros/as, bem como com crianças e outros/as parentes da pessoa usuária do serviço.

As pessoas usuárias do serviço também podem procurar ajuda com seus relacionamentos e saúde sexual. Por exemplo, é possível que deseje explorar sua sexualidade e questões relacionadas com a intimidade.

A terapia familiar poderia ser oferecida como parte da terapia individual da pessoa usuária do serviço e, se clinicamente apropriado, pelo/a mesmo fornecedor/a. Alternativamente, podem encaminhar a outros/as terapeutas com experiência relevante no trabalho com fontes familiares, ou a fontes de apoio de pares (por exemplo, redes de apoio para familiares, pessoalmente ou online).

#### **5. Seguimento ao longo da vida**

Os/as profissionais de saúde mental podem trabalhar com as pessoas usuárias do serviço e suas famílias em vários estágios da sua vida. A psicoterapia pode ser útil em diferentes momentos e por diversas questões durante todo o ciclo de vida.

#### **6. Terapia online (*etherapy*), aconselhamento online ou à distância**

A terapia online (*etherapy*) tem se mostrado especialmente útil para aquelas pessoas que têm dificuldades de acesso a um tratamento psicoterapêutico competente presencial, e que podem experimentar isolamento e estigma (Derrig-Palumbo e Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Por extrapolação, a *etherapy* pode ser uma ferramenta útil para a psicoterapia em pessoas trans e com variabilidade de gênero. A *etherapy* oferece oportunidades para a prestação de serviços potencialmente melhorada e ampliada, criativa e personalizada. Entretanto, como uma modalidade em desenvolvimento, também pode levar a riscos imprevistos. As diretrizes da telemedicina são claras em algumas disciplinas em partes dos Estados Unidos (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, Connolly e Brown, 2005), mas não todas, e a situação internacional é ainda menos definida (Maheu et al., 2005). Enquanto não estejam disponíveis dados suficientes baseados em evidências sobre o uso desta *etherapy*, recomenda-se cautela na sua utilização.

Aconselha-se que profissionais de saúde mental que participam na etherapy mantenham-se atualizados sobre as suas licenças, associações profissionais, e regulamentos de cada país, bem como a literatura mais recente sobre esse meio, que evolui tão rapidamente. Uma descrição mais detalhada dos usos potenciais, processos e questões éticas relacionados com a etherapy foi publicada (Fraser, 2009b).

## Outras tarefas dos/as profissionais de saúde mental

### **1. Educar e promover os interesses das pessoas usuárias do serviço dentro da sua comunidade (escolas, locais de trabalho, outras organizações) e ajudar com as modificações dos documentos de identidade**

As pessoas trans e com variabilidade de gênero podem enfrentar desafios em seu ambiente profissional, educacional e outros contextos na medida em que atualizam sua identidade e expressão de gênero (Lev, 2004, 2009). Os/as profissionais de saúde mental podem desempenhar um papel importante educando as pessoas nesses locais sobre a variabilidade do gênero e defendendo as pessoas as que atendem (Currah, Juang e Minter, 2006; Currah e Minter, 2000). Esse papel pode envolver reuniões com conselheiros escolares, professores e administradores, pessoal de recursos humanos, gestores e empregadores de funcionários, e representantes de outras organizações e instituições. Além disso, os/as prestadores de saúde podem ser chamados/as para apoiar a mudança do nome e/ou a menção gênero nos documentos de identidade de uma pessoa usuária do serviço, tais como passaportes, carteiras de motorista, certidões de nascimento e diplomas.

### **2. Proporcionar informação e encaminhar para apoio de pares**

Para algumas pessoas trans e com variabilidade de gênero, a experiência em grupos de apoio pode ser mais instrutiva sobre as opções de expressão de gênero que qualquer coisa que poderia oferecer a psicoterapia individual (Rachlin, 2002). Ambas as experiências são potencialmente valiosas, e todas as pessoas que exploram as questões de gênero devem ser encorajadas a participar em atividades comunitárias, quando possível. Recursos para informações e apoio de pares devem estar disponíveis.



## A cultura e suas ramificações para a avaliação e psicoterapia

Os/as profissionais de saúde trabalham em ambientes bastante diferentes em todo o mundo. As formas de desconforto que faz com que as pessoas procurem ajuda profissional em qualquer cultura são compreendidas e classificadas em termos que são produtos dessa mesma cultura (Frank e Frank, 1993). Configurações culturais também determinam em grande medida como essas condições são entendidas pelos profissionais de saúde mental. As diferenças culturais relacionadas à identidade e expressão de gênero podem afetar as pessoas usuárias do serviço, aos profissionais de saúde mental, e a prática da psicoterapia aceita. A WPATH reconhece que as NDA surgiram a partir da tradição ocidental e podem ter de ser adaptadas de acordo com o contexto cultural.

## Diretrizes éticas relacionadas com a saúde mental

Os/as profissionais de saúde mental requerem uma certificação ou licença para a prática em um determinado país de acordo com as normas profissionais desse país (Fraser, 2009b; Pope e Vásquez, 2011). Os/as profissionais devem aderir aos códigos de ética das organizações profissionais e instituições que fornecem licenças ou certificações em todo o seu trabalho com pessoas trans e com variabilidade de gênero.

O tratamento destinado a tentar mudar a identidade e/ou a expressão de gênero de uma pessoa para que seja mais consistente com o sexo atribuído ao nascer foi tentada no passado sem sucesso (Gelder e Marks, 1969; Greenson, 1964), especialmente a longo prazo (Cohen-Kettenis e Kui-per, 1984; Pauly, 1965). Dito tratamento não é considerado ético.

Se os/as profissionais de saúde mental se sentem desconfortáveis ou inexperientes para trabalhar com pessoas trans e com variabilidade de gênero e suas famílias, devem encaminhar ditas pessoas a um fornecedor qualificado ou pelo menos consultar com um par de especialistas. Na ausência de profissionais locais, as consultas podem ser feitas através de tecnologia moderna, assumindo que os requisitos locais para a consulta à distância sejam atendidas.

## Questões de acesso à atenção

Profissionais de saúde mental qualificados/as não estão universalmente disponíveis, de modo que o acesso a cuidados de qualidade poderia ser limitado. A WPATH visa melhorar o acesso e regularmente oferece oportunidades de educação continuada para capacitar profissionais de

várias disciplinas para prestar cuidados de saúde de qualidade e especializada. Prestar cuidados de saúde mental remotamente através do uso de tecnologia pode ser uma forma de melhorar o acesso (Fraser, 2009b) .

Em muitas partes do mundo, o acesso ao atendimento de saúde para pessoas trans e com variabilidade de gênero também é limitado pela falta de seguro de saúde ou outros meios para pagar os cuidados necessários. A WPATH insta as empresas de seguro de saúde e previdência social a que cubram os tratamentos médicos necessários para aliviar a disforia de gênero (American Medical Association, 2008; Antón, 2009; WPATH, 2008).

Quando confrontados/as com situações de pessoas que necessitam serviços de cuidados de saúde mas não pode acessá-los por qualquer motivo, recomenda-se o encaminhamento a recursos de apoio de pares, quando disponíveis. Finalmente, as abordagens de redução de danos podem ser indicadas para ajudar as pessoas usuárias do serviço tomar decisões saudáveis para melhorar suas vidas.

## VIII

# TERAPIA HORMONAL

## Necessidades médicas de administração da terapia hormonal

A terapia hormonal de feminilização/masculinização – que consiste na administração de agentes endócrinos exógenos para induzir mudanças de masculinização ou feminilização – é uma intervenção médica necessária para muitas pessoas trans e com variabilidade de gênero que se apresentam com desconforto ou mal-estar intenso causado pela disforia de gênero (Newfield, Hart, Dibble, e Kohler, 2006; Pfäfflin e Junge, 1998). Algumas pessoas procuram feminilização/masculinização máxima, enquanto outras experimentam alívio com uma apresentação andrógena resultante da minimização hormonal das características sexuais secundárias presentes (Factor e Rothblum, 2008). A evidência dos resultados psicossociais da terapia hormonal está resumida no Anexo D.

A terapia hormonal deve ser individualizada com base nas metas da pessoa usuária do serviço, na relação risco/benefício dos medicamentos, na presença de outras condições médicas e na consideração de questões sociais e econômicas. A terapia hormonal pode proporcionar comodidade

significativa para as pessoas usuárias do serviço que não desejam fazer uma transição social no papel de gênero ou passar por uma cirurgia, ou que não podem (Meyer III, 2009). A terapia hormonal é um critério recomendado para alguns, mas não todos, dos tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero (ver seção XI e Anexo C).

## Critérios para a terapia hormonal

O início da terapia hormonal pode ser feito após a realização de uma avaliação psicossocial e da obtenção do consentimento informado por um/a profissional de saúde qualificado/a, como indicado na seção VII das NDA. O encaminhamento pelos/as profissionais que realizam a avaliação é necessário, a não ser que a avaliação tenha sido realizada por um provedor/a de hormônios também qualificado/a nesta área.

### **Os critérios para a terapia hormonal são os seguintes:**

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir para o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se é menor de idade, seguir as NDA descritas na seção VI);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, eles devem estar razoavelmente bem controlados.

Como indicado na seção VII das NDA, a presença de problemas de saúde mental coexistentes não exclui necessariamente o acesso a hormônios de feminilização/masculinização, mas essas preocupações devem ser devidamente tratadas antes do, ou simultaneamente com, tratamento da disforia de gênero.

Em circunstâncias particulares, fornecer hormônios a pessoas usuárias do serviço que não cumpriram esses critérios pode ser uma prática aceitável. Os exemplos incluem facilitar a prestação de terapia monitorada com hormônios de qualidade conhecida como uma alternativa a hormônios ilícitos ou utilizados sem supervisão, ou para pessoas usuárias do serviço que já se encontram estabelecidas no seu gênero afirmado e que têm um histórico anterior de uso de hormônios. Não é ético negar disponibilidade ou elegibilidade para a terapia hormonal somente com base na soropositividade para infecções transmitidas pelo sangue, como HIV ou hepatite B ou C.

Em casos raros, a terapia hormonal pode ser contra-indicada devido a graves condições de saúde individuais. Os/as profissionais de saúde devem ajudar essas pessoas usuárias do serviço com o acesso às intervenções não hormonais para a disforia de gênero. Um/a profissional de saúde mental qualificado/a e familiarizado/a com a pessoa usuária do serviço é um excelente recurso nessas circunstâncias.

## Consentimento Informado

A terapia hormonal de feminilização/masculinização pode levar a mudanças físicas irreversíveis. Portanto, a terapia hormonal será facilitada somente às pessoas que sejam legalmente capazes para dar consentimento informado. Isto inclui as pessoas que foram declaradas emancipadas por um tribunal de menores, pessoas privadas de liberdade e pessoas com deficiência cognitiva consideradas competentes para participar das decisões médicas (Bockting et al., 2006). Os/as provedores/as devem documentar no prontuário clínico que a informação completa foi fornecida, e que a pessoa compreendeu todos os aspectos relevantes da terapia hormonal, incluindo os possíveis benefícios e riscos, e o impacto na capacidade reprodutiva.

## Relação entre as *Normas de Atenção* e protocolos do Modelo de Consentimento Informado

Vários centros de saúde comunitários nos Estados Unidos têm desenvolvido protocolos para a terapia hormonal com base em uma abordagem que se tornou conhecido como o Modelo de Consentimento Informado (Centro Comunitário de Saúde Callen Lorde, 2000, 2011; Programa Comunitário de Saúde Trans Fenway, 2007; Centro de Saúde Tom Waddell, 2006). Estes protocolos são consistentes com as diretrizes apresentadas nas Normas de Atención, Versão 7, da WPATH. As NDA são guias de prática clínica flexíveis que permitem a adaptação das intervenções as necessidades da pessoa que recebe os serviços e a adaptação dos protocolos para a abordagem e o entorno em que esses serviços são fornecidos (Ehrbar y Gorton, 2010).

A obtenção do consentimento informado para a terapia hormonal é uma tarefa importante dos/as provedores/as para assegurar que as pessoas usuárias do serviço entendam os benefícios e riscos psicológicos e físicos da terapia hormonal, bem como suas implicações psicossociais. Os/as provedores/as que prescrevem hormônios ou outros/as profissionais de saúde que as recomendam devem ter o conhecimento e a experiência para identificar e avaliar a disforia de gênero. Devem informar as pessoas sobre os benefícios particulares, as limitações e os riscos

dos hormônios, considerando a idade da pessoa usuária do serviço, a experiência prevista com os hormônios e os problemas simultâneos de saúde física ou mental.

A detecção e abordagem das preocupações de saúde mental aguda atuais é uma parte importante do processo de consentimento informado. Isso pode ser feito por um/a profissional de saúde mental ou por um/a prestador/a de prescrição de hormônios com a formação adequada (ver seção VII das NDA). O ou a mesmo/a prestador/a ou outro/a profissional de saúde com formação adequada (por exemplo, um/a enfermeiro/a) pode abordar as implicações psicossociais de tomar hormônios quando seja necessário (por exemplo, o impacto da masculinização/feminilização na forma de como a pessoa se percebe e o seu possível impacto nas relações com a família, amigos/as e companheiros/as de trabalho). Se indicado, esses/as prestadores/as encaminharão para psicoterapia, e para avaliação e tratamento de problemas de saúde mental coexistentes como a ansiedade ou a depressão.

A diferença entre o Modelo de Consentimento Informado e as NDA, Versão 7 é que a NDA colocam mais ênfase no importante papel que os/as profissionais de saúde mental podem desempenhar no alívio da disforia de gênero e em facilitar mudanças no papel de gênero e no ajustamento psicossocial. Isto pode incluir uma avaliação completa de saúde mental e psicoterapia, quando indicada. No Modelo de Consentimento Informado, o foco está na obtenção de informação como ponto de partida para o início da terapia hormonal em um entorno multidisciplinar de redução de danos. Menor ênfase é colocada na prestação de atenção de saúde mental até que a pessoa usuária do serviço a solicite, a menos que problemas de saúde mental significativos sejam identificados e necessitem ser tratados antes da prescrição de hormônios.

## Efeitos físicos da terapia hormonal

A terapia hormonal de feminilização/masculinização induz mudanças físicas que são mais consistentes com a identidade de gênero da pessoa usuária de serviços.

- Em usuários de serviços MaH, as mudanças físicas esperadas são: engrassamento da voz, aumento do clitóris (variável), crescimento do pelo facial e corporal, fim da menstruação, atrofia do tecido mamário e diminuição da porcentagem de gordura corporal em comparação com a massa muscular.
- Em usuárias de serviços HaM, as mudanças físicas esperadas são: crescimento mamário (variável), diminuição da função erétil, diminuição do tecido testicular e aumento de la función erétil, disminución del tamaño testicular y aumento da porcentagem de gordura corporal em comparação com a massa muscular.

A maioria das mudanças físicas, sejam de feminilização ou masculinização, ocorrem no curso de dois anos. A quantidade de mudanças físicas e a linha de tempo exata dos efeitos pode variar bastante. Os quadros 1a e 1b descrevem o curso de tempo aproximado de tais mudanças físicas.

QUADRO 1A: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS MASCULINIZANTES <sup>A</sup>

Efeito	Início esperado <sup>B</sup>	Máximo efeito esperado <sup>B</sup>
Oleosidade da pele/acne	1–6 meses	1–2 anos
Crescimento do pelo facial/corporal	3–6 meses	3–5 anos
Alopecia androgênica	>12 meses <sup>C</sup>	variável
Aumento da massa muscular/força	6–12 meses	2–5 anos <sup>D</sup>
Redistribuição da gordura corporal	3–6 meses	2–5 anos
Fim da menstruação	2–6 meses	n/a
Aumento do clitóris	3–6 meses	1–2 anos
Atrofia vaginal	3–6 meses	1–2 anos
Engrossamento da voz	3–12 meses	1–2 anos

<sup>A</sup> Adaptado com a autorização de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedade de Endocrinologia*.

<sup>B</sup> As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

<sup>C</sup> Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

<sup>D</sup> Dependem significativamente da quantidade de exercício.



QUADRO 1B: EFEITOS E TEMPO ESPERADO DOS HORMÔNIOS FEMINIZANTES <sup>A</sup>

Efeito	Início esperado <sup>B</sup>	Máximo efeito esperado <sup>B</sup>
Redistribuição da gordura corporal	3–6 meses	2–5 anos
Diminuição da massa muscular/ força	3–6 meses	1–2 anos <sup>C</sup>
Suavização da pele/diminuição da oleosidade	3–6 meses	desconhecido
Diminuição da libido	1–3 meses	1–2 anos
Diminuição de ereções espontâneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunção sexual masculina	variável	variável
Crescimento mamário	3–6 meses	2–3 anos
Diminuição do volume testicular	3–6 meses	2–3 anos
Diminuição da produção de esperma	variável	variável
Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial	6–12 meses	> 3 anos <sup>D</sup>
Calvície de padrão masculino	Sem rebrote, perda se detém 1–3 meses	1–2 anos

<sup>A</sup> Adaptado com a autorização de Hembree et al. (2009). Copyright 2009, *Sociedade de Endocrinologia*.

<sup>B</sup> As estimativas representam observações clínicas publicadas e não publicadas.

<sup>C</sup> Altamente dependente da idade e hereditariedade; pode ser mínimo.

<sup>D</sup> Dependem significativamente da quantidade de exercício.

O grau e frequência dos efeitos físicos dependem, em parte, da dose, da via de administração, e dos medicamentos utilizados, os quais são selecionados de acordo com os objetivos médicos específicos da pessoa usuária do serviço (por exemplo, mudanças na expressão do papel de gênero, planos para a redesignação de sexo) e o perfil de risco médico. Não existe evidência atual de que a resposta à terapia hormonal – com a possível exceção do engrossamento da voz em pessoas MaH – possa ser prevista com certeza com base na idade, constituição física, etnia ou aparência da família. Sendo todos os demais fatores iguais, não existe evidência que sugira que qualquer tipo de hormônios medicamente aprovados ou método de administração é mais eficaz que qualquer outro na produção das mudanças físicas desejadas.

## Riscos da terapia hormonal

Todas as intervenções médicas trazem riscos. A probabilidade de um evento adverso grave depende de muitos fatores: a auto-medicação, a dose, a via de administração e as características clínicas da pessoa usuária do serviço (idade, doenças concomitantes, antecedentes familiares, hábitos de saúde). Portanto, é impossível prever se um efeito adverso em particular irá ocorrer em uma pessoa usuária do serviço específica.

Os riscos associados com a terapia hormonal de feminilização/masculinização para a pessoa trans ou com variabilidade de gênero se resumem no Quadro 2. Com base no nível de evidência, os riscos são classificados da seguinte forma: (i) provável aumento de risco com a terapia hormonal, (ii) possível aumento de risco com a terapia hormonal, ou (iii) aumento de risco questionável ou não documentado. Os elementos da última categoria incluem aqueles que podem representar um risco, mas para os quais a evidência é tão mínima que nenhuma conclusão clara pode ser alcançada.

Detalhes adicionais sobre esses riscos podem ser encontrados no Anexo B, que se baseia em dois grandes estudos, a literatura baseada na evidência da terapia hormonal de masculinização/feminização (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009), además de una gran cohorte estudio (Asscheman et al., 2011). Essas revisiones pueden servir como referencias detalladas de los proveedores, junto con otros ampliamente reconocido, publicado materiales clínicos (Dahl, Feldman, Goldberg, y Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, y Eyler, 2007).

**QUADRO 2: RISCOS ASSOCIADOS À TERAPIA HORMONAL.  
ITEMS EM NEGRITO SÃO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS**

<b>Nível de risco</b>	<b>Hormônios feminizantes</b>	<b>Hormônios masculinizantes</b>
Provável aumento de risco	Doença tromboembólica venosa <sup>A</sup> Cálculos biliares Enzimas hepáticas elevadas Aumento de peso <b>Hipertrigliceridemia</b>	<b>Policitemia</b> Aumento de peso Acne Alopecia androgênica (calvície) Apneia do sono
Provável aumento de risco na presença de fatores de risco adicionais <sup>B</sup>	<b>Doença cardiovascular</b>	
Possível aumento de risco	<b>Hipertensão</b> Hiperprolactinemia ou prolactinoma	Enzimas hepáticas elevadas <b>Hiperlipidemia</b>
Possível aumento de risco na presença de fatores de risco adicionais <sup>B</sup>	<b>Diabetes tipo 2<sup>A</sup></b>	<b>Desestabilização de certos transtornos psiquiátricos<sup>C</sup></b> Doença cardiovascular Hipertensão Diabetes tipo 2
Sem aumento de risco ou evidencia de risco não concluinte ou não documentada	<b>Câncer de mama</b>	Perda de densidade óssea <b>Câncer de mama</b> Câncer cervical Câncer de ovário Câncer uterino

<sup>A</sup> O risco é maior com a administração de estrogênios orais que com a administração de estrogênios transdérmicos.

<sup>B</sup> Outros fatores de risco incluem a idade.

<sup>C</sup> Incluem transtorno bipolar, esquizoafetivo e outros que podem incluir sintomas maníacos ou psicóticos. Este evento adverso parece estar associado a doses mais altas ou concentrações suprafisiológicas de testosterona no sangue.

## Competência dos médicos que prescrevem hormônios e sua relação com outros e outras profissionais de saúde

A terapia hormonal de feminilização/masculinização é melhor realizada no contexto de uma abordagem completa para o cuidado da saúde que inclui a atenção primária integrada e uma abordagem coordenada de questões psicossociais (Feldman e Safer, 2009). Enquanto a psicoterapia ou aconselhamento contínuo não são necessários para iniciar a terapia hormonal, se o/a terapeuta está envolvido/a, recomenda-se comunicação regular entre os/as profissionais de saúde (com o consentimento da pessoa usuária do serviço) para garantir que o processo de transição, tanto físico como psicossocial, caminhe adequadamente.

Com treinamento adequado, a terapia hormonal de feminilização/masculinização pode ser administrada por uma variedade de provedores/as, incluindo enfermeiras/os praticantes, assistentes médicos, e médicas/os de atenção primária (Dahl et al., 2006). As visitas médicas relacionadas com a manutenção hormonal proporcionam uma oportunidade para oferecer maior atenção a uma população que frequentemente é desatendida medicamente (Clements, Wilkinson, Kitano, e Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Muitas das tarefas de detecção e de manejo comorbidades associadas com o uso de hormônios a longo prazo, como os fatores de risco cardiovascular e a detecção de câncer, caem de maneira mais uniforme na área da atenção primária no lugar da atenção especializada (Academia Americana de Médicos de Família, 2005; Eyer, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2008), particularmente em lugares onde as equipes dedicadas ao tema ou médicos especializados não estão disponíveis.

Considerando as necessidades multidisciplinares das pessoas trans ou com variabilidade de gênero que procuram a terapia hormonal, assim como as dificuldades associadas com a fragmentação da atenção no geral (Organização Mundial da Saúde, 2008), a WPATH incentiva firmemente o aumento da formação e participação de profissionais da atenção primária na área da terapia hormonal de feminilização/masculinização. Se os hormônios são prescritos por um/a especialista, deve haver uma estreita comunicação com o provedor de atenção primária das pessoas usuárias do serviço. Ao contrário, um provedor de hormônios ou endocrinologista com experiência deveria estar envolvido sempre que o médico de cabeceira não tenha experiência com esse tipo de terapia hormonal, ou se a pessoa usuária do serviço tem um transtorno metabólico ou endócrino preexistente que poderia ser afetado pela terapia.

Enquanto os programas de capacitação formal em medicina trans ainda não existem, os provedores de hormônios têm a responsabilidade de obter os conhecimentos e experiência nesse campo. Os médicos e médicas podem aumentar a sua experiência e conforto em prover terapia hormonal de feminilização/masculinização através de co-gestar atenção ou consultar com um provedor mais experiente, ou de proporcionar tipos de terapia hormonal mais limitados antes de passar pela iniciação da terapia hormonal. Devido a que esse campo da medicina está evoluindo, os clínicos

devem se familiarizar e estar ao dia com a literatura médica, e discutir questões emergentes com colegas. Tais discussões poderiam ocorrer através das redes estabelecidas pela WPATH e outras organizações nacionais/locais.

## Responsabilidades dos/as médicos/as que prescrevem hormônios

Geralmente, as e os médicos que prescrevem a terapia hormonal devem participar nas seguintes tarefas:

1. Realizar uma avaliação que inclua a discussão das metas da transição física da pessoa usuária do serviço, seu histórico clínico, exame físico, avaliação de riscos e exames de laboratório relevantes.
2. Discutir com as pessoas usuárias do serviço os efeitos esperados dos medicamentos de feminilização/masculinização e os possíveis efeitos adversos para a saúde. Estes efeitos podem incluir uma redução da fertilidade (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Portanto, as opções reprodutivas devem ser discutidas com as pessoas usuárias do serviço antes de iniciar a terapia hormonal (ver seção IX).
3. Confirmar que as pessoas usuárias do serviço têm a capacidade de entender os riscos e benefícios do tratamento e são capazes de tomar uma decisão informada sobre a atenção médica.
4. Realizar um seguimento médico contínuo, incluindo exames físicos e testes de laboratório para monitorar a efetividade dos hormônios e os efeitos secundários.
5. Manter contato, como seja necessário, com o provedor da atenção primária da pessoa usuária do serviço, seu profissional de saúde mental e seu cirurgião.
6. Se necessário, proporcionar às pessoas usuárias do serviço uma curta declaração escrita indicando que estão sob supervisão e cuidado médico que inclui terapia hormonal de feminilização/masculinização. Especialmente durante as primeiras fases do tratamento hormonal, uma pessoa poderia levar essa declaração a todo momento para evitar dificuldades com a polícia e outras autoridades.

Dependendo da situação clínica para proporcionar hormônios (ver mais adiante), algumas dessas responsabilidades são menos relevantes. Portanto, o grau de aconselhamento, exames físicos e testes de laboratório deve ser individualizado às necessidades da pessoa usuária do serviço.

## Situações clínicas para a terapia hormonal

Existem circunstâncias nas quais as e os médicos podem ser solicitados a fornecer hormônios sem necessariamente iniciar ou manter a terapia hormonal de feminilização/masculinização a longo prazo. Ao reconhecer essas situações clínicas diferentes (ver mais adiante, de maior a menor nível de complexidade), pode ser possível envolver os médicos na terapia hormonal de feminilização/masculinização que, de outra forma, não se sentiriam capazes de oferecer esse tratamento.

### 1. “Terapia ponte” (Bridging)

Tenham sido prescritas por outro médico ou obtidas por outros meios (por exemplo, comprando pela Internet), as pessoas podem já estar tomando hormônios no momento de se apresentar para os serviços de atenção. Nesses casos, as e os médicos podem proporcionar uma prescrição limitada ou “terapia ponte” (1-6 meses) para hormônios enquanto ajudam as pessoas a encontrar um provedor que possa prescrever e monitorar a terapia hormonal a longo prazo. Os provedores devem avaliar o regime atual da pessoa para garantir a segurança e interação com outros medicamentos, e substituir medicamentos ou ajustar as doses mais seguras quando for indicado (Dahl et al., 2006; Feldman e Safer, 2009). Se os hormônios foram prescritos anteriormente, os registros médicos devem ser solicitados (com a autorização da pessoa usuária do serviço) para obter como referência os resultados dos exames e testes de laboratório disponíveis e qualquer evento adverso que pudera haver sido apresentado. Os provedores de tratamentos hormonais também devem se comunicar com qualquer profissional de saúde mental que atualmente esteja envolvido na atenção da pessoa usuária do serviço. Se uma pessoa nunca passou por uma avaliação psicossocial de acordo com o recomendado pelas NDA (ver seção VII), os médicos devem encaminhá-la a um/a profissional de saúde mental, se apropriado e factível (Feldman e Safer, 2009). Os provedores que receitam hormônios para a “terapia ponte” devem trabalhar com as pessoas usuárias do serviço para estabelecer limites em quanto a sua duração.

### 2. Terapia hormonal depois da retirada das gônadas

A reposição hormonal com estrogênio ou testosterona geralmente continua durante toda a vida após a ooforectomia ou orquiectomia, a menos que surjam contra-indicações médicas. Uma vez que as doses hormonais muitas vezes diminuem após essas cirurgias (Basson, 2001; Levy, Corona, e Reid, 2003; Moore, Wisniewski, e Dobs, 2003), e só são ajustadas com base na idade e problemas de saúde co-mórbidos, a administração de hormônios nesta situação é muito semelhante à reposição hormonal em qualquer pessoa com sintomas de hipogonadismo.

### **3. Hormônios de manutenção antes da retirada das gônadas**

Depois que as pessoas tenham atingido o máximo de benefícios dos hormônios de feminilização/masculinização (geralmente dois ou mais anos), recomenda-se administrar a dose necessária de manutenção dos efeitos androgênicos/feminizantes. A dose de manutenção é ajustada às mudanças no estado de saúde, envelhecimento ou outras considerações tais como mudanças no estilo de vida (Dahl et al., 2006). Quando uma pessoa em dose de manutenção se apresenta para o cuidado ou monitorização, o provedor deve avaliar o sistema atual usado para garantir a segurança do tratamento, verificar possíveis interações entre medicamentosas e substituir os medicamentos potencialmente arriscados ou ajustar as doses quando indicado. A pessoa sob tratamento hormonal deve continuar o acompanhamento com exames físicos e testes de laboratório regularmente, conforme descrito na literatura (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009). As doses e vias de administração de hormônios devem ser revisadas regularmente com qualquer mudança no estado de saúde da pessoa, junto com a evidência disponível sobre os riscos potenciais da administração de hormônios por períodos prolongados (ver esquemas hormonais, abaixo).

### **4. Início da feminilização/masculinização hormonal**

Esta situação clínica exige um maior compromisso em termos de tempo e experiência. A terapia hormonal deve ser individualizada com base nas metas da pessoa usuária do serviço, a relação risco/benefício dos medicamentos, a presença de outras condições médicas, e a consideração das questões sociais e econômicas. Embora uma grande variedade de regimes hormonais tem sido publicada (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), não há relatos publicados de ensaios clínicos randomizados comparando a eficácia e a segurança. Apesar dessa variação, pode-se construir um quadro razoável para a avaliação de risco inicial e monitoramento contínuo da terapia hormonal, com base em evidências da eficácia e da segurança apresentadas acima.

## **Avaliação e modificação de riscos para iniciar a terapia hormonal**

A avaliação inicial da terapia hormonal analisa os objetivos clínicos de uma pessoa usuário de serviços e fatores de risco para eventos adversos relacionados ao hormônio. Durante a avaliação dos riscos, a pessoa usuária do serviço e o/a prestador/a da atenção clínica devem desenvolver um plano para reduzir os riscos sempre que possível, seja antes de iniciar a terapia ou como parte da redução de danos em curso.



Qualquer avaliação deve incluir um exame físico completo, incluindo peso, altura e pressão arterial. A necessidade de exames de mama, genitais e reto, que são temas mais sensíveis para a maioria das pessoas trans e com variabilidade de gênero, deve ser baseada em riscos individuais e necessidades de atenção preventiva de saúde (Feldman y Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

### **Atenção preventiva**

Provedores responsáveis pela prescrição e monitoramento de tratamentos hormonais devem abordar os aspectos preventivos da atenção para as pessoas usuárias do serviço, especialmente se essas não tiverem um provedor de atenção primária. Dependendo do perfil de idade e riscos, pode ser necessário recomendar testes ou exames de detecção apropriados para condições afetadas pela terapia hormonal. Idealmente, esses testes devem ser realizados antes do início da terapia hormonal.

### **Avaliação e modificação de riscos para a terapia hormonal feminizante (HaM)**

Não há contra-indicações absolutas para a terapia feminizante per se, mas há contra-indicações absolutas para diferentes agentes utilizados na feminilização, principalmente o estrogênio. Essas contra-indicações incluem eventos trombóticos venosos anteriores relacionados com uma condição de hipercoagulabilidade subjacente, histórico de neoplasia estrogênio-dependentes, e doença hepática crônica em estágio terminal (Gharib et al., 2005).

Outras condições médicas, como mostra o Quadro 2 e o Anexo B, podem ser exacerbadas pelo estrogênio ou privação do andrógeno, de modo que devem ser avaliadas e razoavelmente bem controladas antes de iniciar a terapia hormonal (Feldman e Safer, de 2009; Hembree et al., 2009). Assim como os médicos, em particular, devem considerar o consumo de tabaco, uma vez que está associado a um aumento do risco de trombose venosa, o que é aumentado ainda mais com a utilização de estrogênio. A consulta com um cardiologista é recomendada para usuárias de serviços com doença cardiovascular ou cerebrovascular conhecida.

Valores laboratoriais basais são importantes tanto para avaliar o risco inicial como potenciais efeitos adversos futuros. Os exames laboratoriais iniciais devem basear-se nos riscos da terapia hormonal de feminilização listados no Quadro 2, bem como nos fatores de risco individuais para a usuária de serviços, incluindo o histórico familiar. Sugestões de painéis laboratoriais iniciais foram publicadas (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009). No entanto, essas sugestões podem ser modificadas ou ajustadas em resposta à disponibilidade de recursos, tanto das usuárias de serviços como dos sistemas de atenção à saúde, ou para a atenção de pessoas sem problemas atuais de saúde.

## **Avaliação e modificação de riscos para a terapia hormonal masculinizante (MaH)**

As contra-indicações absolutas para a terapia de testosterona incluem a gravidez, a doença arterial coronariana instável, e policitemia não tratada com um hematócrito de 55% ou mais (Carnegie, 2004). Com a conversão metabólica da testosterona em estrogênio, pode-se aumentar o risco de câncer entre os usuários do serviço com histórico de câncer de mama ou outros tipos de câncer estrogênio-dependentes (Moore et al., 2003). Portanto, a consulta com um oncologista pode ser indicada pelo uso de hormônios. As doenças concomitantes que podem ser agravadas pelo uso de testosterona devem ser avaliadas e tratadas, de preferência antes de iniciar a terapia hormonal (Feldman e Safer, 2009, Hembree et al., 2009). A consulta com um cardiologista é recomendada para usuários de serviços com doença cardiovascular ou cerebrovascular conhecida.

Houve um aumento da prevalência de síndrome dos ovários policísticos (SOPC) entre os usuários de serviços MaH, mesmo sem uso de testosterona (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, e Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Embora não haja evidência de que a SOPC está associada com o desenvolvimento de uma identidade trans ou com variabilidade de gênero, está associada com um risco aumentado de diabetes alta, doença cardíaca, pressão arterial, e cancro do ovário e do endométrio (Cattrall e Healy, 2004). Sinais e sintomas da SOPC devem ser avaliados antes de iniciar o tratamento com testosterona porque a testosterona pode afetar muitas dessas condições. A testosterona pode afetar o desenvolvimento fetal (Physicians 'Desk Reference de 2010), e os usuários do serviço em risco de engravidar necessitam um método muito eficaz de contracepção.

Valores laboratoriais basais são importantes tanto para avaliar o risco inicial como potenciais efeitos adversos futuros. Os exames laboratoriais iniciais devem basear-se nos riscos da terapia hormonal de masculinização listados no Quadro 2, bem como nos fatores de risco individuais para a usuária de serviços, incluindo o histórico familiar. Publicaram-se sugestões de painéis laboratoriais iniciais (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009). No entanto, essas sugestões podem ser modificadas ou ajustadas em resposta à disponibilidade de recursos, tanto das usuárias de serviços como dos sistemas de atenção à saúde, ou para a atenção de pessoas sem problemas atuais de saúde.

## **Acompanhamento clínico durante a terapia hormonal para a eficácia e eventos adversos**

O objetivo do acompanhamento clínico durante o uso de hormônios é avaliar o grau de feminilização/masculinização e a possível presença de efeitos adversos da medicação. No entanto, como acontece com o monitoramento de qualquer medicação a longo prazo, o seguimento deve ocorrer

no contexto da atenção integral à saúde. Sugestões de protocolos de monitoramento clínicos foram publicados (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009). As pessoas usuárias do serviço com condições médicas co-mórbidas podem exigir um acompanhamento mais freqüente. Pessoas saudáveis em áreas geograficamente remotas ou pobres podem usar estratégias alternativas, como a telemedicina ou a cooperação com os fornecedores locais, como enfermeiros/as e médicos/as assistentes. Na ausência de outras indicações, os/as profissionais de saúde podem priorizar o monitoramento dos riscos que provavelmente aumentarão com a terapia hormonal ou possivelmente aumentarão com a terapia hormonal mas que são clinicamente graves por natureza.

### **Eficiência e monitoramento de riscos durante a terapia hormonal feminizante (HaM)**

A melhor avaliação da eficácia do hormônio é a resposta clínica à pergunta: A usuária do serviço está desenvolvendo um corpo feminizado enquanto consegue minimizar as características masculinas, de acordo com os seus objetivos de gênero? A fim de prever mais rapidamente a dose de hormônio que conseguirá a resposta clínica, pode-se medir os níveis de testosterona para a supressão abaixo do limite superior do intervalo normal do sexo feminino, e os níveis de estradiol no intervalo de mulheres pre-menopáusicas, mas bem abaixo dos níveis suprafisiológicos (Feldman e Safer 2009, Hembree et al., 2009).

O monitoramento de eventos adversos deve incluir tanto a avaliação clínica com a de laboratório. O seguimento deve incluir uma avaliação cuidadosa dos sinais de insuficiência cardiovascular e tromboembolismo venoso (TEV), através da medição da pressão arterial, peso, pulso, exames do coração e do pulmão, e exame das extremidades para o edema periférico, edema ou dor localizada (Feldman e Safer, 2009). O monitoramento de laboratório deve basear-se nos riscos da terapia hormonal descritos acima, co-morbidades e fatores de risco individuais da usuária do serviço, e o próprio regime hormonal específico. Protocolos de monitoramento de laboratório específicos foram publicados (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

### **Eficiência e monitoramento de riscos durante a terapia hormonal masculinizante (HaM)**

A melhor avaliação da eficácia do hormônio é a resposta clínica à pergunta: O usuário do serviço está desenvolvendo um corpo masculinizado enquanto consegue minimizar as características femininas, de acordo com os seus objetivos de gênero? As e os médicos podem conseguir uma boa resposta clínica com menos probabilidade de efeitos adversos, mantendo os níveis de testosterona na faixa normal do sexo masculino e evitando níveis suprafisiológicas (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Para os usuários de serviços usando cipionato ou enantato de testosterona intramuscular (IM), alguns médicos verificam os níveis mínimos, enquanto outros preferem medir os níveis na metade do ciclo (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, e Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, e Chipkin, 2003).

O monitoramento de eventos adversos deve incluir tanto a avaliação clínica com a de laboratório. O seguimento deve incluir uma avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas como ganho de peso excessivo, acne, hemorragia uterina e comprometimento cardiovascular, bem como sintomas psiquiátricos em usuários do serviço em situação de risco. Os exames físicos devem incluir a medição da pressão arterial, peso, pulso, exames do coração, do pulmão e da pele (Feldman e Safer, 2009). O monitoramento de laboratório deve basear-se nos riscos da terapia hormonal descritos acima, co-morbidades e fatores de risco individuais do usuário do serviço, e o próprio regime hormonal específico. Protocolos de monitoramento de laboratório específicos foram publicados (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

## Regimes hormonais

Até o momento, não foram realizados estudos clínicos controlados de qualquer regime hormonal de feminilização/masculinização para avaliar a segurança e a eficácia em produzir a transição física. Como resultado, uma grande variação em doses e tipos de hormônios tem sido relatada na literatura (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; Van Kesteren, Asscheman, Megens, e Gooren, 1997). Além disso, o acesso a certos medicamentos pode ser limitado pela localização geográfica de uma pessoa usuária do serviço e/ou situações sociais ou econômicas. Por essas razões, a WPATH não descreve nem aprova um regime hormonal de feminilização/masculinização em especial. Em vez disso, os tipos de medicamentos e vias de administração em regimes mais publicados são amplamente analisados.

Como se observa, foram demonstradas diferenças de segurança em aspectos particulares de vários regimes. As diretrizes da Sociedade de Endocrinologia (Hembree et al., 2009) e Feldman e Safer (2009) fornecem orientações específicas sobre os tipos de hormônios e sugerem a dosagem suficiente para manter os níveis dentro dos padrões fisiológicos para a expressão do gênero desejado pela pessoa usuária do serviço (com base nos objetivos da feminilização/masculinização completa). É altamente recomendável que os provedores dos tratamentos hormonais masculinizantes/feminizantes revisem a literatura regularmente para obter novas informações e usem aqueles medicamentos que possam responder com evidência atualizada às necessidades individuais das pessoas usuárias do serviço com os recursos locais disponíveis.

## Os regimes da terapia hormonal feminizante (HaM)

### Estrogênio

A utilização de estrogênio por via oral, e especificamente, o etinilestradiol, parece aumentar o risco de TEV. Devido a esse problema de segurança, etinilestradiol não é recomendado para a terapia hormonal feminizante. Para as pessoas com fatores de risco para TEV, recomenda-se estrogênio transdérmico. O risco de efeitos adversos aumenta com doses mais elevadas, particularmente com doses específicas que levam a níveis supra-fisiológicas (Hembree et al., 2009). As usuárias do serviço com condições co-mórbidas que podem ser afetadas pelo estrogênio devem evitar a administração por via oral se possível e começar com níveis mais baixos. Algumas usuárias do serviço podem não ser capazes de alcançar com segurança os níveis de estrogênio necessários para alcançar os resultados desejados. Esta possibilidade deve ser discutida com as pessoas usuárias do serviço antes do início da terapia hormonal.

### Medicamentos para reduzir os andrógenos (“antiandrógenos”)

Uma combinação de estrogênio e “antiandrógenos” é o regime mais comumente estudado para a feminilização. Os medicamentos comumente usados para reduzir os efeitos da androgenização pertencem a várias classes de medicamentos que têm tanto o efeito de reduzir os níveis da testosterona endógena como a atividade da testosterona nos tecidos e, portanto, a redução das características masculinas, como, por exemplo, os pêlos do corpo. Como minimizam a dose de estrogênio necessária para suprimir a testosterona, contribuem assim a reduzir os riscos associados com altas doses de estrogênio exógeno (Prior, Vigna, Watson, Diwold e Robinow, 1986; Prior, Vigna, e Watson, 1989).

Os antiandrógenos comumente utilizados incluem o seguinte:

- Espironolactona: é um medicamento anti-hipertensivo que inibe diretamente a secreção de testosterona e a ligação de andrógenos ao receptor de andrógenos. A pressão arterial e os eletrólitos devem ser monitorados pelo potencial risco de hipercalemia.
- Acetato de ciproterona: é um composto progestina com propriedades anti-androgênicas. Este medicamento não está aprovado nos Estados Unidos devido a preocupações sobre seus potenciais efeitos hepatotóxicos, mas é amplamente utilizado em outros lugares (De Cuypere et al., 2005).
- Agonistas de GnRH (por exemplo goserelin, buserelin, triptorelina) são neuro-hormônios que bloqueiam o receptor do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), bloqueando a liberação do hormônio folículo estimulante e do hormônio luteinizante. Isto leva ao bloqueio

gonadal altamente eficiente. No entanto, esses medicamentos são caros e só estão disponíveis como injeções ou implantes.

- Inibidores 5-alfa-redutase (finasterida e dutasterida) bloqueiam a conversão de testosterona ao agente mais activo, a 5-alfa-di-hidrotestosterona. Esses medicamentos têm efeitos benéficos sobre a perda de cabelo, o crescimento de pêlos no corpo, as glândulas sebáceas, e a consistência da pele.

A ciproterona e a espironolactona são os antiandrógenos mais comumente utilizados e, provavelmente, aqueles com o melhor custo-benefício (são mais rentáveis).

### Progesterona

Com a exceção da ciproterona, a inclusão de progesterona na terapia hormonal de feminilização é controversa (Oriel, 2000). Como a progesterona desempenha um papel no desenvolvimento da mama a nível celular, alguns médicos acreditam que esses agentes são necessários para o desenvolvimento completo (Basson e Prior, 1998; Oriel, 2000). No entanto, uma comparação clínica dos regimes de feminilização com ou sem progesterona verificou que adicionar estes compostos não melhorou o crescimento da mama ou reduziu os níveis séricos de testosterona livre (Meyer III et al., 1986). Há uma preocupação sobre os possíveis efeitos adversos da progesterona, tais como depressão, ganho de peso e alterações nos lípidos (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Suspeita-se que a progesterona (especialmente medroxiprogesterona) também aumenta o risco de câncer da mama e o risco cardiovascular em mulheres (Rossouw et al., 2002). A progesterona micronizada pode ser mais bem tolerada e tem um impacto mais favorável sobre o perfil lipídico que a medroxiprogesterona (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, e Wiita, 2000).

## **Os regimes da terapia hormonal masculinizante (MaH)**

### Testosterona

A testosterona é normalmente administrada por via oral, transdérmica ou parentérica (IM), embora preparações bucais e implantáveis também estejam disponíveis. O undecanoato de testosterona para uso oral, disponível fora dos Estados Unidos, resulta em menores níveis de testosterona no soro que preparações não-orais e tem eficácia limitada na supressão da menstruação (Feldman, 2005, abril; Moore et al., 2003). Como o cipionato ou enantato de testosterona intramuscular são frequentemente administrados a cada 2-4 semanas, alguns usuários desses medicamentos podem observar uma variação cíclica em efeitos secundários (por exemplo, fadiga e irritabilidade no fim do ciclo de injeção, agressividade ou humor expansivo no início do ciclo de injeção), bem como mais tempo fora dos níveis fisiológicos normais (Jockenhövel, 2004). Essas situações

podem ser mitigadas pela utilização de um regime de dosagem mais baixa mas com uma administração mais frequente, ou através da utilização de uma preparação transdérmica diária (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). O Undecanoato de testosterona intramuscular (indisponível no momento nos Estados Unidos) mantém estáveis os níveis fisiológicos de testosterona por cerca de 12 semanas e tem sido eficaz na tanto na configuração de hipogonadismo como em indivíduos MaH (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, e Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, e Nieschlag, 2006). Há evidências de que a testosterona transdérmica e intramuscular alcança resultados masculinizantes semelhantes, embora o processo possa ser um pouco mais lento com preparações transdérmicas (Feldman, 2005, abril). Especialmente com a idade do usuário, o objetivo é usar a menor dose necessária para manter o resultado clínico desejado, observando-se as devidas precauções para manter a densidade óssea.

### Outros agentes

A progesterona, incluindo a medroxiprogesterona, pode ser usada por um curto período de tempo para ajudar a bloquear a menstruação no início da terapia hormonal. Os agonistas de GnRH podem ser usados de forma semelhante, bem como para a hemorragia uterina refractária em pacientes sem anomalia ginecológica subjacente.

### **Hormônios compostos e bioequivalentes**

À medida que a discussão sobre o uso de hormônios bioequivalentes em reposição hormonal pós-menopausa tem aumentado, também aumentou o interesse no uso de compostos similares na terapia hormonal de feminilização/masculinização. Não há evidências de que os hormônios bioequivalentes compostos são mais seguros ou mais eficazes do que os hormônios bioequivalentes aprovados por agências governamentais (Sood, Shuster, Smith, Vincent, e Jatoi, 2011). Por isso, a Sociedade Norteamericana de Menopausa (2010) e outras instituições recomendam supor que, se a hormona é um produto com patente ou não, se os ingredientes activos são similares, deve ter um perfil de efeitos colaterais similar. A WPATH concorda com essa avaliação.

# IX

## **SAÚDE REPRODUTIVA**

Muitas pessoas trans e com variabilidade de gênero podem querer ter filhos/as. Como a terapia hormonal de feminilização/masculinização limita a fertilidade (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang

Cui, e Bremner, 1999), é desejável que as pessoas tomem decisões sobre a sua fertilidade antes de iniciar a terapia hormonal ou tratamento cirúrgico para remover/modificar seus órgãos reprodutivos. São conhecidos casos de pessoas que receberam a terapia hormonal e cirurgia genital e, mais tarde lamentaram a incapacidade de ter filhos/as biológicos/as (De Sutter, Kira, Verschoor, e Hotimsky, 2002).

Profissionais de saúde – incluindo profissionais de saúde mental que recomendam terapia hormonal ou cirurgia, médicos/as que prescrevem hormônios e cirurgiões – devem discutir as opções reprodutivas com as pessoas usuárias do serviço antes de iniciar esses tratamentos médicos ou cirúrgicos para a disforia de gênero. Essas discussões devem ocorrer mesmo que as pessoas usuárias do serviço não estejam interessadas nessas questões no momento do tratamento, o que pode ser mais comum entre as pessoas mais jovens (De Sutter, 2009). Discussões precoces são desejáveis, mas nem sempre possíveis. Se uma pessoa não teve a cirurgia completa de redesignação de sexo, pode ser possível suspender os hormônios por um período suficiente para recuperar os hormônios natais, permitindo a produção de gametas maduros (Payer, Meyer III, e Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, e Dhont, 2001).

Além de documentos de discussão e revisão, muito poucos trabalhos de pesquisa têm sido publicados sobre as questões de saúde reprodutiva das pessoas que recebem diferentes tratamentos médicos para disforia de gênero. Outro grupo que enfrenta a necessidade de preservar a função reprodutiva tendo em vista a perda ou dano de suas gônadas, são pessoas com doenças malignas que requerem a remoção dos órgãos reprodutivos ou o uso de radiação prejudicial ou quimioterapia. As lições aprendidas com esse grupo podem ser extrapoladas para as pessoas tratadas por disforia de gênero.

As usuárias de serviços HaM, especialmente aquelas que ainda não se reproduziram, devem ser informadas sobre as opções de preservação de esperma e encorajadas a considerar armazenar seu sêmen antes de iniciar a terapia hormonal. Em um estudo que examina testículos que foram expostos a doses elevadas de estrogênio (Payer et al., 1979), os resultados sugerem que a interrupção do tratamento com estrogênios pode permitir a recuperação dos testículos. Em um artigo que reporta sobre as opiniões das pessoas HaM em relação ao congelamento de espermatozoides (De Sutter et al., 2002), a grande maioria das 121 entrevistadas considerou que a disponibilidade de sêmen congelado deve ser discutida e oferecida pelo mundo médico. O esperma deve ser recolhido antes da terapia hormonal ou após a interrupção do tratamento até que a contagem de esperma se eleve novamente. A criopreservação deve ser discutida mesmo se a qualidade do sêmen for baixa. Em adultos com azoospermia, é possível realizar uma biópsia testicular com a subsequente criopreservação do esperma, mas não pode não ser bem sucedida.

As opções reprodutivas para usuários de serviço MaH podem incluir o congelamento de óvulos ou embriões. Os gametas e embriões congelados poderiam ser posteriormente usados com uma mulher substituta para concretizar a gravidez. Estudos com mulheres com a síndrome dos ovários



policísticos sugerem que o ovário pode ser recuperar em parte dos efeitos de níveis elevados de testosterona (Hunter e Sterret, 2000). A breve suspensão da testosterona podem permitir que os ovários se recuperem o suficiente para liberar óvulos; o sucesso depende da idade do usuário do serviço e a duração do tratamento com testosterona. Embora não seja um assunto estudado sistematicamente, alguns indivíduos MaH estão fazendo exatamente isso e alguns foram capazes de engravidar e ter filhos/as (More, 1998).

Os usuários de serviços devem ser advertidos de que essas técnicas não estão disponíveis em todos os lugares e podem ser muito caras. As escolhas reprodutivas das pessoas trans e com variabilidade de gênero não devem ser rejeitadas por nenhum motivo.

Um grupo especial de pessoas são os adolescentes pré-púberes e púberes que nunca desenvolverão a função reprodutiva do seu sexo natal devido aos bloqueadores hormonais ou aos hormônios do sexo diferente ao de nascimento. No momento, não existe uma técnica para preservar a função das gônadas dessas pessoas.



## TERAPIA DA VOZ E COMUNICAÇÃO

A comunicação, tanto verbal como não-verbal, é um aspecto importante do comportamento humano e expressão de gênero. As pessoas trans e com variabilidade de gênero podem procurar ajuda de um especialista de voz e comunicação (SLP) para desenvolver as características vocais (por exemplo, tom, entonação, ressonância, velocidade de fala, padrões de fraseado) e padrões de comunicação não-verbal (por exemplo, gestos, postura/movimento e expressões faciais) que propiciem o conforto com sua identidade de gênero. A terapia de voz e comunicação pode ajudar a aliviar a disforia de gênero e ser um passo positivo e motivador para alcançar os objetivos próprios para a expressão do papel de gênero.

### Competência de especialistas da voz e comunicação que trabalham com pessoas trans e com variabilidade de gênero

Os especialistas podem incluir patologistas da fala e linguagem, terapeutas da fala, e médicos da voz e linguagem (fonoaudiólogos). Na maioria dos países, associações profissionais de fonoaudiólogos exigem de seus membros qualificações e credenciais específicas. Em alguns

países, o governo regula a prática por meio de licenciamento, certificação, ou processos de registro (Associação Americana da Fala, Linguagem e Audição, 2011; Associação Canadense de Patologistas e Audiólogos da Fala e Linguagem; Colégio Real de Terapeutas da Fala, Reino Unido; Patologia da Fala Austrália; Saúde Costeira de Vancouver, British Columbia, Canadá).

A seguir, são recomendadas credenciais mínimas para especialistas em voz e comunicação que trabalham com pessoas trans e com variabilidade de gênero:

1. Formação e competência especializada em avaliação e desenvolvimento de habilidades de comunicação em pessoas trans e com variabilidade de gênero.
2. Compreensão básica da saúde trans, incluindo tratamentos hormonais e cirúrgicos para feminilização/masculinização e problemas psicossociais trans-específicos tal como indicado nas NDA; e familiaridade com protocolos básicos de sensibilidade como a utilização do pronome de gênero e o nome preferidos (Associação Canadense de Patologistas e Audiólogos da Fala e Linguagem; Colégio Real de Terapeutas da Fala, Reino Unido; Patologia da Fala Austrália).
3. Educação contínua em avaliação e desenvolvimento de habilidades de comunicação em pessoas trans e com variabilidade de gênero. Isso pode incluir a presença em encontros profissionais, workshops ou seminários; participação em investigações relacionadas com questões da identidade de gênero; estudos independentes; ou a orientação de um médico experiente e certificado.

Outros/as profissionais, tais como “treinadores/as” de voz, profissionais de teatro, professores/as de canto, especialistas de movimento podem desempenhar um valioso papel complementar. Esses profissionais devem, idealmente, ter experiência em trabalhar ou colaborar ativamente com patologistas e terapeutas da fala e linguagem.

## Considerações de avaliação e tratamento

O objetivo geral da terapia de voz e comunicação é ajudar as pessoas usuárias do serviço a adaptar sua voz e seus padrões de comunicação para que sejam tanto confortáveis como autênticos, resultando em padrões de comunicação que as pessoas sintam como congruentes com sua identidade de gênero e que reflitam seu sentido de si mesmo (Adler, Hirsch, e Mordaunt, 2006). É essencial que as e os especialistas de voz e comunicação sejam sensíveis às preferências individuais de comunicação. A comunicação – estilo, voz, uso da linguagem, etc. – é uma questão pessoal. As pessoas não devem ser aconselhadas a adotar comportamentos com os quais não se sintam confortáveis ou que não sintam como autênticos. As e os especialistas podem servir melhor

as pessoas usuárias do serviço dedicando tempo para compreender as suas preocupações e os seus objetivos para a expressão do papel de gênero (Associação Americana da Fala, Linguagem e Audição, 2011; Associação Canadense de Patologistas e Audiólogos da Fala e Linguagem; Colégio Real de Terapeutas da Fala, Reino Unido; Patologia da Fala Austrália).

As pessoas podem escolher os comportamentos de comunicação que desejam adquirir, de acordo com sua identidade de gênero. Essas decisões também são informadas e apoiadas pelo conhecimento do/a especialista de voz e comunicação e pelos dados de avaliação para um/a usuário/a específico/a (Hancock, Krissinger, e Owen, 2010). A avaliação inclui a auto-avaliação de uma pessoa usuária dos serviços e a avaliação de um/a especialista quanto à voz, à ressonância, à articulação, à linguagem falada e à comunicação não-verbal (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Os planos de tratamento de voz e comunicação são desenvolvidos tendo em conta a evidência de pesquisas disponíveis, o conhecimento clínico e a experiência do especialista, e os objetivos e valores próprios da pessoa usuária do serviço (Associação Americana da Fala, Linguagem e Audição, 2011; Associação Canadense de Patologistas e Audiólogos da Fala e Linguagem; Colégio Real de Terapeutas da Fala, Reino Unido; Patologia da Fala Austrália; Saúde Costeira de Vancouver, British Columbia, Canadá). Os objetivos do tratamento incluem, tipicamente, tom, entonação, intensidade e padrões de stress, qualidade de voz, ressonância, articulação, ritmo e fraseado da fala, linguagem e comunicação não-verbal (Adler et al., 2006; Davies e Goldberg, 2006; De Bruin, Coerts, e Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates e Dacakis, 1983). O tratamento pode incluir sessões individuais e/ou grupais. A frequência e duração do tratamento irá variar de acordo com as necessidades da pessoa que recebe a terapia foniátrica. Os protocolos para tratamento de voz e comunicação existentes podem ser considerados no desenvolvimento de um plano de tratamento individualizado (Carew, Dacakis, e Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies e Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark e Deakin, 2008; Mount e Salmon, 1988).

A feminilização ou masculinização da voz envolve o uso não habitual do mecanismo de produção da voz. São necessárias medidas preventivas para evitar a possibilidade de mau uso vocal e danos vocais a longo prazo. Todos os serviços de terapia de voz e comunicação devem incluir uma componente de saúde vocal (Adler et al., 2006).

## Considerações da Saúde Vocal após a Cirurgia de Feminilização da Voz

Conforme observado na seção XI, algumas pessoas trans e com variabilidade de gênero podem passar por cirurgia de feminilização da voz. (O engrossamento da voz pode ser alcançado através

da terapia hormonal de masculinização, mas os hormônios feminizantes não têm um impacto sobre a voz de uma pessoa HaM adulta). Existem diferentes graus de satisfação, segurança e progresso a longo prazo em pessoas nas quais tais cirurgias foram realizadas. Recomenda-se que as pessoas que realizam cirurgia de feminilização da voz também consultem um especialista de voz e comunicação para maximizar o resultado cirúrgico, ajudar a proteger a saúde vocal, e aprender os aspectos da comunicação relacionados com o tom. Os procedimentos de cirurgia de voz devem incluir sessões de acompanhamento com um/a especialista em voz e comunicação licenciado/a e/ou credenciado/a pelo conselho responsável dos/as fonoaudiólogos/as no país (Kanagalingam et al., 2005; Neumann e Welzel, 2004).

# XI

## CIRURGIAS

### A cirurgia de redesignação de sexo é eficaz e clinicamente necessária

A cirurgia de redesignação de sexo – especialmente a cirurgia genital – é muitas vezes a último e o mais considerado passo no processo de tratamento da disforia de gênero. Enquanto muitas pessoas trans e com variabilidade de gênero estão confortáveis com sua identidade, papel e expressão de gênero sem cirurgia, para muitas outras a cirurgia é essencial e clinicamente necessária para aliviar sua disforia de gênero (Hage e Karim, 2000). Para este último grupo, o alívio da disforia de gênero não pode ser alcançado sem a modificação de suas características sexuais primárias e/ou secundárias, a fim de estabelecer uma maior congruência com sua identidade de gênero. Além disso, a cirurgia pode ajudar as pessoas usuárias do serviço a se sentirem mais confortáveis com a presença de parceiros sexuais ou em locais como consultórios médicos, piscinas ou ginásios. Em alguns casos, a cirurgia pode reduzir o risco de danos no caso de prisão ou busca e apreensão pela polícia ou outras autoridades.

Estudos de acompanhamento mostraram um efeito benéfico inegável da cirurgia de redesignação de sexo nos resultados pós-operatórios, tais como o bem-estar subjetivo, a estética e a função sexual (De Cuyper et al., 2005; Gijs e Brewaeys, 2007; Klein e Gorzalka, 2009; Pfafflin e Junge, 1998). Informações adicionais sobre os resultados do tratamento cirúrgico estão resumidas no anexo D.

## Questões éticas relacionadas à cirurgia de redesignação de sexo

Na prática cirúrgica atual, tecidos patológicos são removidos para restaurar as funções alteradas, ou alterações nas características do corpo são feitas para melhorar a auto-imagem da pessoa usuária do serviço. Algumas pessoas, incluindo alguns profissionais de saúde, opõem-se à cirurgia como tratamento para a disforia de gênero por razões éticas, porque pensam que as condições citadas não se aplicam.

É importante que as e os profissionais de saúde que atendem a pessoas com disforia de gênero se sintam confortáveis sobre alterar estruturas anatômicas consideradas “normais”. Para entender como a cirurgia pode aliviar o sofrimento e angústia das pessoas com disforia de gênero, as e os profissionais precisam ouvir essas pessoas usuárias do serviço, discutir os seus sintomas, dilemas e histórias de vida. A resistência contra a realização de cirurgias com base na ética de “acima de tudo, não causar dano” deve ser respeitada, discutida e vista como oportunidade de aprender com os/as próprios/as usuários/as sobre a angústia e sofrimento emocional que a disforia de gênero causa e o potencial dano causado pela negação do acesso a tratamentos adequados.

As intervenções cirúrgicas em genitais e em mama/peito para o alívio da disforia de gênero não são meramente um outro conjunto de procedimentos eletivos. Os procedimentos eletivos típicos envolvem apenas um acordo privado consensual entre a pessoa usuária do serviço e o/a cirurgiã/o. As cirurgias genitais e de mama/peito como tratamentos médicos necessários para a disforia de gênero devem ser realizadas somente após a avaliação da pessoa usuária do serviço por profissionais de saúde mental, como indicado no capítulo VII das NDA. Essas cirurgias podem ser realizadas, uma vez que exista documentação escrita de que esta avaliação foi realizada e que a pessoa cumpre com os critérios para um tratamento cirúrgico específico. Ao seguir esse procedimento, as e os profissionais de saúde mental, cirurgiões/ãs e pessoas usuárias do serviço compartilham a responsabilidade pela decisão de realizar mudanças irreversíveis no corpo.

Não é ético negar disponibilidade ou elegibilidade para cirurgias de redesignação de sexo somente com base na soropositividade para infecções transmitidas pelo sangue, como HIV ou hepatite B ou C.

## Relação das e dos cirurgiões com profissionais de saúde mental, com médicos que prescrevem hormônios (se corresponde) e com as pessoas usuárias do serviço (consentimento informado)

O papel de uma ou um cirurgião no tratamento da disforia de gênero não é a de um mero técnico. Em vez disso, as e os cirurgiões com senso de responsabilidade devem ter um bom conhecimento da história de cada pessoa usuária do serviço e as razões que levaram à sua indicação para a cirurgia. Para isso, as e os cirurgiões devem conversar longamente com as pessoas usuárias do serviço e ter estreitas relações de trabalho com as e os profissionais de saúde que têm estado ativamente envolvidos no seu atendimento médico.

A consulta é facilmente realizada quando uma ou um cirurgião realiza o seu trabalho como parte de uma equipe de saúde interdisciplinar. Caso contrário, a ou o cirurgião deve ter certeza de que o/a profissional de saúde mental referente e, se for o caso, o médico que prescreve os hormônios, são competentes na avaliação e tratamento da disforia de gênero, já que a ou o cirurgião se baseia em grande parte na competência dessas/desses profissionais.

Uma vez que o/a cirurgiã/ão esteja convencida/o de que os critérios para cirurgias específicas foram cumpridos (como descritos abaixo), o tratamento cirúrgico deve ser considerado, e uma consulta cirúrgica pré-operatória agendada. Durante a consulta, o procedimento e o momento pós-operatório devem ser exaustivamente discutidos com a pessoa usuária do serviço. As e os cirurgiões são responsáveis por discutir tudo o que segue com as pessoas usuárias do serviço que buscam tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero:

- As diferentes técnicas cirúrgicas disponíveis (referindo-se às e aos colegas que oferecem opções alternativas);
- As vantagens e desvantagens de cada técnica;
- As limitações de um procedimento para alcançar resultados “ideais”; as e os cirurgiões devem fornecer uma gama completa de fotografias de pessoas usuárias do serviço antes e depois, incluindo tanto resultados bem como mal sucedidos;
- Os riscos inerentes e as possíveis complicações das diferentes técnicas; as e os cirurgiões devem informar as pessoas usuárias do serviço das probabilidades de complicações próprias de cada procedimento.

Essas discussões são o núcleo do processo de consentimento informado, que é uma exigência ética e legal para qualquer procedimento cirúrgico. Garantir que as pessoas usuárias do serviço

tenham uma expectativa realista das consequências é importante para alcançar um resultado que aliviará sua disforia de gênero.

Toda essa informação deve ser fornecida para as pessoas usuárias do serviço por escrito, em um idioma que elas falem fluentemente e usando ilustrações gráficas. As pessoas usuárias do serviço devem ser informadas com antecedência (possivelmente via Internet) e terem tempo suficiente para analisá-la com cuidado. Os elementos do consentimento informado devem ser sempre discutidos pessoalmente antes da intervenção cirúrgica. Então, questões podem ser respondidas, e o consentimento informado fornecido pela pessoa usuária do serviço. Já que essas cirurgias são irreversíveis, deve-se tomar cuidado para assegurar que as pessoas usuárias do serviço tenham tempo suficiente para absorver a informação completa antes de ser solicitado o seu consentimento informado. Sugere-se pelo menos 24 horas.

As e os cirurgiões devem fornecer assistência posterior imediata e consultas com outros médicos que atendam a pessoa usuária do serviço no futuro. As pessoas usuárias do serviço devem trabalhar com o seu médico para desenvolver um plano adequado para o cuidado após a cirurgia.

## Aspectos gerais de procedimentos cirúrgicos para o tratamento de pessoas com disforia de gênero

### **Para a usuária de serviços HaM, os procedimentos cirúrgicos podem incluir o seguinte:**

1. Cirurgia de mama/peito: mamoplastia de aumento (implante/lipofilling);
2. Cirurgia genital: penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia;
3. Cirurgias não-genitais e não-mamárias: cirurgia facial de feminilização, lipoaspiração, lipofilling, cirurgia de voz, redução da cartilagem da tireóide, aumento de nádegas (implantes/lipofilling), reconstrução dos cabelos, e vários procedimentos estéticos.

### **Para o usuário de serviços MaH, os procedimentos cirúrgicos podem incluir o seguinte:**

1. Cirurgia de mama/peito: mastectomia subcutânea, criação de um peito masculino;
2. Cirurgia genital: histerectomia/ooforectomia, reconstrução da parte fixa da uretra, que pode ser combinada com uma metoidioplastia ou com uma faloplastia (usando um retalho

vascularizado pediculado ou livre), vaginectomia, escrotoplastia e implante de prótese testicular ou para ereção;

3. Cirurgias não-genitais e não-mamárias: Cirurgia de voz (pouco comum), lipoaspiração, lipofilling, implantes peitorais, e vários procedimentos estéticos.

## Cirurgia Reconstructiva versus Estética

Se a cirurgia de redesignação de sexo deve ser considerada “estética” ou “reconstrutiva” é relevante não apenas do ponto de vista filosófico, mas também do ponto de vista financeiro. A cirurgia estética ou plástica é geralmente considerada não necessária do ponto de vista médico e, portanto, habitualmente paga na totalidade pela pessoa usuária do serviço. Já os procedimentos de reconstrução são considerados clinicamente necessários – com resultados terapêuticos inquestionáveis – e, portanto, podem ser parcial ou totalmente cobertos pelos sistemas nacionais de saúde e companhias de seguros.

Infelizmente, no campo da cirurgia plástica e reconstrutiva (tanto em geral como especificamente para cirurgias relacionadas com o gênero), não existe uma distinção clara entre o que é puramente reconstrutivo e o que é puramente estético. A maioria dos procedimentos de cirurgia plástica são, na verdade, uma mistura de componentes reconstrutivos e estéticos.

Embora a maioria dos/as profissionais concorde que a cirurgia genital e a mastectomia não podem ser consideradas puramente estéticas, as opiniões divergem em que medida outros procedimentos cirúrgicos (por exemplo, aumento das mamas, cirurgia de feminilização facial) podem ser considerados puramente reconstrutivos. Embora possa ser muito mais fácil ver uma faloplastia ou uma vaginoplastia como uma intervenção para acabar com o sofrimento de toda uma vida, para algumas pessoas usuárias do serviço uma intervenção como uma rinoplastia de redução pode ter um efeito radical e permanente em sua qualidade de vida e, portanto, é muito mais clinicamente necessária do que para alguém sem disforia de gênero.

## Critérios para Cirurgias

Como para todas as NDA, os critérios para o início de tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero têm sido desenvolvidos para promover a atenção ótima para a pessoa usuária do serviço. Enquanto as NDA permitem uma abordagem individualizada para melhor atender às necessidades de saúde das pessoas usuárias do serviço, um critério para todas as cirurgias de mama/peito e genitais é a documentação da disforia de gênero persistente feita por um/a profissional de



saúde mental qualificado/a. Para algumas cirurgias, critérios adicionais incluem a preparação e tratamento que consiste na terapia hormonal de feminilização/masculinização e um ano de vida contínua em um papel de gênero que esteja de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

Estes critérios são descritos abaixo. Com base na evidência disponível e no consenso clínico especializado, diferentes recomendações são feitas para diferentes cirurgias.

As NDA não especificam uma ordem em que as diferentes operações devem ser realizadas. O número e a sequência dos procedimentos cirúrgicos podem variar de pessoa para pessoa de acordo com suas necessidades clínicas.

### **Critérios para cirurgia de mama / peito (uma referência)**

Critérios para a mastectomia e a criação de um peito masculino em usuários de serviços MaH:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se é menor de idade, seguir as NDA para crianças e adolescentes);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

A terapia hormonal não é um pré-requisito.

Critérios para o aumento de mama (implantes/lipofilling) em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se é menor de idade, seguir as NDA para crianças e adolescentes);

4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

Apesar de não ser um critério específico, recomenda-se que as usuárias dos serviços HaM se submetam à terapia hormonal feminizante antes da cirurgia de aumento do peito (mínimo 12 meses). O objetivo é maximizar o crescimento da mama a fim de obter melhores resultados cirúrgicos (estética).

### **Critérios para cirurgia genital (duas referências)**

Os critérios para a cirurgia genital são específicos para o tipo de cirurgia solicitada.

Critérios para a histerectomia e ooforectomia em usuários de serviços MaH e orquiectomia em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país;
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.
5. 12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que ela tenha uma contra-indicação médica ou não possa ou não queira tomar hormônios).

O objetivo da terapia hormonal antes da gonadectomia é, principalmente, introduzir um período reversível de supressão do estrogênio ou testosterona antes que a pessoa usuária do serviço se submeta a uma intervenção cirúrgica irreversível.

Esses critérios não se aplicam a pessoas usuárias do serviço que estejam realizando esses procedimentos por indicações médicas distintas à disforia de gênero.

Critérios para a metoidioplastia ou faloplastia em usuários de serviços MaH e vaginoplastia em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país;
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.
5. 12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que tenha uma contra-indicação médica ou não possa ou não queira tomar hormônios).
6. 12 meses vivendo continuamente em um papel de gênero de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

Apesar de não ser um critério explícito, é recomendável que essas pessoas usuárias do serviço também tenham consultas regulares com um/a profissional de saúde mental ou outro/a médico/a.

Justificação para recomendar a vivência da experiência do papel de gênero consistente com a identidade de gênero por pelo menos 12 meses antes da intervenção cirúrgica:

O critério acima referido para alguns tipos de cirurgias genitais – ou seja, que as pessoas usuárias de serviços vivam 12 meses contínuos em um papel de gênero congruente com sua identidade de gênero – é baseado em consenso clínico especializado de que esta experiência proporciona amplas oportunidades para que as pessoas usuárias de serviços experimentem socialmente e se ajustem no seu papel de gênero desejado antes de se submeterem a uma cirurgia irreversível. Como indicado na seção VII, os aspectos sociais da experiência são frequentemente desafiadores – muitas vezes mais do que os aspectos físicos. A mudança do papel de gênero pode ter profundas conseqüências pessoais e sociais, e a decisão de fazê-lo deve incluir o conhecimento de quais serão os prováveis obstáculos familiares, interpessoais, educacionais, profissionais, econômicos e jurídicos, de modo que as pessoas possam se desempenhar com sucesso em seu papel de gênero. O apoio de um profissional de saúde mental qualificado e de colegas pode ser muito valioso para garantir uma exitosa adaptação do papel de gênero (Bockting, 2008).

A duração de 12 meses permite uma variedade de experiências de vida e acontecimentos que podem ocorrer durante todo o ano (por exemplo, eventos familiares, festas, férias, trabalho

específico de temporada ou experiências na escola). Durante esse tempo, as pessoas devem se apresentar constantemente, dia a dia, e em todos os âmbitos da vida, no papel de gênero desejado. Essa experiência inclui assumir esse papel para parceiros/as, familiares, amigos/as e membros/as da comunidade (por exemplo, na escola, trabalho e outros entornos).

Os/as profissionais de saúde devem documentar claramente no histórico clínico a experiência de uma pessoa usuária do serviço no seu papel de gênero, incluindo a data de início da vivência integral para aquelas pessoas que estão se preparando para a cirurgia genital. Em algumas situações, se necessário, os/as profissionais de saúde podem solicitar que se comprove que esse critério se cumpriu: podem se comunicar com pessoas que se relacionaram com a pessoa no papel de gênero consistente com a sua identidade, ou solicitar documentação de alteração de nome legal e/ou da menção “gênero”, se for o caso.

## Cirurgia para pessoas com diagnósticos psiquiátricos

Quando algumas pessoas com disforia de gênero são diagnosticadas com transtornos psiquiátricos graves e percepção da realidade deteriorada (por exemplo, episódios psicóticos, transtorno bipolar, transtorno dissociativo de identidade, transtorno de personalidade borderline), esforços devem ser feitos para melhorar essas condições com medicação psicotrópica e/ou psicoterapia antes de considerar a cirurgia. A reavaliação por uma ou um profissional de saúde mental qualificado/a para avaliar e administrar os estados psicóticos deve ser realizada antes da cirurgia, descrevendo o estado mental da pessoa usuária do serviço e seu preparo para a cirurgia. É preferível que esse/a profissional de saúde mental esteja familiarizados com a pessoa. A cirurgia não deve ser feita enquanto pessoa usuária do serviço esteja ativamente psicótica (De Cuyper e Vercruyse, 2009).

## Competência das e dos cirurgiões que realizam cirurgia de mamas/peito ou genital

As e os médicos que realizam tratamentos cirúrgicos para disforia de gênero devem ser urologistas, ginecologistas, cirurgiões plásticos ou cirurgiões gerais, e certificados oficialmente pela associação nacional e/ou regional pertinente. Os/as cirurgiões/ãs devem ter competência especializada em técnicas de reconstrução genital, como indicado por treinamento supervisionado documentado com um cirurgião mais experiente. Mesmo as e os cirurgiões experientes devem estar dispostos a ter suas habilidades cirúrgicas revisadas por seus pares. Uma auditoria oficial dos resultados cirúrgicos e a publicação desses resultados poderiam ser muito reconfortantes tanto para as pessoas usuárias do serviço como para os/as profissionais de saúde que as/os encaminha. As e

os cirurgiões devem comparecer regularmente às reuniões profissionais em que são apresentadas novas técnicas. A Internet é muitas vezes usada de forma eficaz pelas pessoas usuárias do serviço para compartilhar informações sobre sua experiência com cirurgiões/ãs e suas equipes.

Idealmente, as e os cirurgiões devem conhecer mais de uma técnica cirúrgica para reconstrução genital para que, em consulta com as pessoas usuárias do serviço, possam escolher a técnica ideal para cada pessoa. Alternativamente, se um/a cirurgiã/ão é especializado/a em uma única técnica e esse método não é o mais adequado ou desejado por uma pessoa usuária do serviço, a ou o cirurgião deve informar sobre outros procedimentos e fornecer referência a outra/o cirurgiã/ão qualificada/o.

## Técnicas e complicações das cirurgias de mamas/peito

Embora a aparência das mamas/peito seja uma característica sexual secundária importante, a presença ou o tamanho dos peitos não estão relacionados com as definições legais de sexo e gênero, e não são necessários para a reprodução. O desempenho das cirurgias da mama/peito para o tratamento da disforia de gênero deve ser considerado com o mesmo cuidado que o início da terapia hormonal, uma vez que ambos produzem mudanças relativamente irreversíveis para o corpo.

Para a usuária do serviço HaM, um aumento do peito (às vezes chamado de “reconstrução do peito”) não é diferente do processo em uma usuária do serviço biologicamente mulher. Geralmente ocorre por meio do implante de próteses de mama e, ocasionalmente, com a técnica lipofilling. Infecções e fibrose capsular são complicações raras da mamoplastia de aumento em usuárias do serviço HaM (Kanhai, Hage, Karim, e Mulder, 1999).

Para o usuário do serviço MaH, uma mastectomia ou procedimento “contorno do peito masculino” está disponível. Para muitos usuários de serviços MaH, essa é a única cirurgia realizada. Quando a quantidade de tecido mamário retirado requer a remoção de pele, acarretará uma cicatriz, e o usuário do serviço deve ser informado. Complicações da mastectomia subcutânea podem incluir necrose do mamilo, irregularidades de contorno, e cicatrização antiestética (Monstrey et al., 2008).

## Técnicas e complicações de cirurgias genitais

Os procedimentos cirúrgicos genitais para a usuária do serviço HaM podem incluir orquiectomia, penectomia, vaginoplastia, clitoroplastia e labioplastia. As técnicas incluem a reversão da pele do pênis, transplante rectosigmoidal pediculado e enxerto de pele livre para revestir a neovagina. A

sensação sexual é um objetivo importante na vaginoplastia, juntamente com a criação de uma vagina funcional e esteticamente aceitável.

As complicações cirúrgicas da cirurgia genital HaM podem incluir necrose total ou parcial da vagina e lábios, fístulas da bexiga ou do intestino para a vagina, estenose uretral e vaginas que são curtas ou pequenas demais para a relação sexual. Embora as técnicas cirúrgicas para a criação de uma nova vagina sejam funcionais e esteticamente excelentes, a anorgasmia tem sido relatada após o procedimento, e uma segunda fase da redução de lábios vaginais pode ser necessária para a estética (Klein e Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Os procedimentos cirúrgicos genitais para o usuário do serviço MaH podem incluir histerectomia, ooforectomia, salpingooforectomia, vaginectomia, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, colocação de próteses testiculares e faloplastia. Para usuários de serviços sem cirurgias abdominais anteriores, a técnica laparoscópica para a histerectomia e salpingo-ooforectomia é recomendada para evitar uma cicatriz no abdômen inferior. O acesso por via vaginal pode ser difícil, pois a maioria dos usuários do serviço são nulíparos e frequentemente não tiveram relações com penetração. As técnicas cirúrgicas atuais para a faloplastia são variadas. A escolha da técnica pode ser limitada por considerações anatômicas ou cirúrgicas, e por considerações financeiras do usuário do serviço. Se os objetivos da faloplastia são a criação de um neofalo com boa aparência, micção de pé, sensação sexual e/ou capacidade coital, os usuários do serviço devem ser claramente informados de que existem vários estágios distintos da cirurgia e dificuldades técnicas freqüentes que podem exigir operações adicionais. Mesmo a metoidioplastia, que, teoricamente, é um processo de fase única para a construção de um microfalo, geralmente requer mais do que uma operação. Nem sempre é possível garantir o objetivo de urinar em pé com essa técnica (Monstrey et al., 2009).

As complicações da faloplastia em MaH podem incluir frequentes estenoses e fístulas das vias urinárias, e, ocasionalmente, necrose do neofalo. A metoidioplastia resulta em um micropênis sem capacidade de urinar de pé. A faloplastia usando um pediculado ou um retalho vascularizado livre é um procedimento longo, de várias fases, com uma morbidade significativa que inclui complicações urinárias frequentes e inevitáveis cicatrizes na parte doadora do corpo. Por essa razão, muitos usuários do serviço MaH nunca passam por cirurgia genital diferente da histerectomia e salpingo-ooforectomia (Hage e De Graaf, 1993).

Mesmo as pessoas usuárias de serviços com complicações cirúrgicas graves raramente se arrependem de ter realizado a cirurgia. A importância da cirurgia pode ser avaliada por repetidos achados de que a qualidade dos resultados cirúrgicos é um dos melhores preditores do efeito global da redesignação de sexo (Lawrence, 2006).

## Outras Cirurgias

Outras cirurgias para ajudar na feminilização do corpo incluem a condroplastia de redução da cartilagem da tireóide (redução do pomo de Adão), cirurgia de modificação da voz, lipoaspiração assistida por sucção da cintura (modelagem do contorno), rinoplastia (correção do nariz), redução do osso facial, facelift e blefaroplastia (rejuvenescimento da pálpebra). Outras cirurgias para ajudar a masculinização do corpo incluem lipoaspiração, lipofilling e implantes peitorais. A cirurgia de voz para obter uma voz mais profunda é rara, mas pode ser recomendada em alguns casos, tais como quando a terapia hormonal tem sido ineficaz.

Essas cirurgias não requerem indicação por profissionais de saúde mental, porém, esses podem desempenhar um papel importante para ajudar as pessoas usuárias do serviço a tomarem uma decisão plenamente informada sobre o processo e as implicações de tais procedimentos no contexto da transição social.

Embora a maioria desses procedimentos sejam geralmente rotulados como “puramente estéticos”, essas mesmas operações em uma pessoa com disforia de gênero grave podem ser consideradas clinicamente necessárias, dependendo da situação clínica individual, da condição e da situação de vida de uma pessoa em particular. Essa ambigüidade reflete a realidade das situações clínicas, e permite decisões individuais quanto à necessidade e adequação desses procedimentos.

# XII

## **CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS E MONITORAMENTO**

Cuidados pós-operatórios de longo prazo e monitoramento após os tratamentos cirúrgicos para a disforia de gênero estão associados com bons resultados cirúrgicos e psicossociais (Monstrey et al., 2009). O monitoramento é importante para a posterior saúde física e mental da pessoa usuária do serviço e para o conhecimento do/a cirurgiã/o acerca dos benefícios e limitações da cirurgia. As e os cirurgiões que operam a pessoas usuárias do serviço vindas de longe devem incluir acompanhamento pessoal em seu plano de atenção e tentar garantir cuidados locais econômicos de longo prazo na região geográfica dessas pessoas.

Pessoas no pós-operatório podem, por vezes, excluir-se eles/elas próprios/as do monitoramento especializado, incluindo médicos que prescrevem hormônios (para pessoas usuárias do serviço

que recebem hormônios), ao não reconhecer que esses prestadores são geralmente mais capazes de prevenir, diagnosticar e tratar condições médicas que são exclusivas das pessoas usuárias do serviço tratadas hormonal e cirurgicamente. A necessidade de monitoramento também se estende às/aos profissionais de saúde mental, que podem ter passado um maior período de tempo com a pessoa usuária do serviço do que qualquer outro/a profissional e, portanto, estão em uma excelente posição para ajudar em quaisquer dificuldades de ajustamento pós-operatório. As e os profissionais de saúde devem enfatizar a importância do cuidado de monitoramento pós-operatório com as pessoas usuárias do serviço e proporcionar a continuidade da atenção.

Pessoas no pós-operatório devem ser submetidas a exames médicos regulares de acordo com as diretrizes recomendadas para a sua idade. Isso é discutido mais adiante na próxima seção.

## XIII

# ATENÇÃO PREVENTIVA E PRIMÁRIA PERMANENTE

As pessoas trans e com variabilidade de gênero necessitam de atenção médica por toda a vida. Por exemplo, para evitar os efeitos secundários negativos de realizar uma gonadectomia em uma idade relativamente jovem e/ou de receber altas doses de hormônios a longo prazo, por exemplo, as pessoas usuárias de serviços precisam de cuidados médicos abrangentes por parte de prestador/as experientes em atenção primária à saúde trans. Se um/a prestador/a não é capaz de fornecer todos os serviços, a comunicação constante entre prestadores/as é essencial.

Questões sobre atenção primária e manutenção da saúde devem ser abordadas antes, durante e após quaisquer mudanças no papel de gênero e intervenções médicas para aliviar a disforia de gênero. Embora os/as provedores/as de hormônios e cirurgiãs/cirurgiões desempenhem um papel importante na atenção preventiva, todas as pessoas trans e com variabilidade de gênero devem se associar a um prestador de atenção primária para as necessidades gerais de saúde (Feldman, 2007).



## Cuidados gerais de saúde preventiva

As diretrizes de exames diagnósticos desenvolvidas para a população em geral são adequadas para sistemas orgânicos improváveis de ser afetados por terapia hormonal de feminilização/masculinização. No entanto, em áreas como fatores de risco cardiovascular, osteoporose e alguns tipos de câncer (mama, colo do útero, ovário, útero e próstata), essas diretrizes gerais podem superestimar ou subestimar o custo-efetividade de exames diagnósticos em pessoas em terapia hormonal.

Muitos documentos de referência fornecem protocolos detalhados para a atenção primária das pessoas usuárias do serviço que se submetem à terapia hormonal de feminilização/masculinização, incluindo a terapia oferecida após as cirurgias de redesignação de sexo (Centro de Excelência para a Saúde Trans, UCSF, 2011; Feldman e Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, e Spade, 2005). As médicas e os médicos devem consultar suas diretrizes nacionais baseadas em evidências e discutir exames diagnósticos com as pessoas usuárias dos seus serviços tendo em vista os efeitos da terapia hormonal sobre o risco da linha de base.

## Detecção do câncer

A detecção do câncer dos sistemas de órgãos que estão associados com o sexo pode apresentar problemas médicos e psicossociais específicos para pessoas trans e com variabilidade de gênero e seus prestadores de serviços de saúde. Na falta de grandes estudos prospectivos, os/as prestadores/as provavelmente não terão provas suficientes para determinar o tipo e a frequência apropriados de exames diagnósticos de câncer para essa população. O excesso de exames significa maiores custos de atenção médica, altas taxas de falsos positivos e, muitas vezes, exposição desnecessária à radiação e/ou a intervenções de diagnóstico tais como as biópsias. A escassez de exames resulta em atraso no diagnóstico dos casos de câncer potencialmente curáveis. As pessoas usuárias do serviço podem considerar os exames de detecção do câncer como uma afirmação do gênero (como as mamografias para usuárias do serviço HaM) ou como física e emocionalmente penosos (como os exames de Papanicolau oferecem continuidade de cuidados para usuários do serviço MaH).

## Cuidado Urogenital

A atenção ginecológica pode ser necessária para as pessoas trans e com variabilidade de gênero de ambos os sexos. Para os usuários de serviços MaH, essa atenção é necessária especialmente para as pessoas que não realizaram a cirurgia genital. Para as usuárias de serviços HaM, tal cuidado

é necessário após a cirurgia genital. Enquanto muitos/as cirurgiões/ãs aconselham as pessoas usuárias do serviço sobre o cuidado urogenital pós-operatório, médicos/as da atenção primária e ginecologistas também devem estar familiarizados/as com as preocupações genitais específicas dessa população.

Todas as pessoas usuárias de serviços HaM devem ser aconselhadas a respeito da higiene genital, sexualidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; aquelas que tenham realizado cirurgia genital também devem ser advertidas sobre a necessidade da dilatação vaginal ou relação sexual com penetração regular para manter a profundidade e a largura vaginais (van Trotsenburg, 2009). Devido à anatomia da pelve em pessoas com o sexo biológico masculino, o eixo e as dimensões da neovagina diferem substancialmente daquelas de uma vagina em pessoas com sexo biológico feminino. Essa diferença anatômica pode afetar a relação sexual se não for entendida pelas pessoas HaM e seus parceiros (van Trotsenburg, 2009).

As infecções do trato urinário inferior são comuns em usuárias do serviço HaM que realizaram a cirurgia devido às exigências de reconstrução da uretra encurtada. Além disso, essas usuárias do serviço podem sofrer de distúrbios funcionais do trato urinário inferior; tais transtornos podem ser causados por dano à inervação autônoma do fundo da bexiga durante a dissecação realizada entre o reto e a bexiga, e por uma mudança da posição da própria bexiga. A bexiga pode tornar-se disfuncional (por exemplo, bexiga hiperativa ou incontinência urinária) após a cirurgia de redesignação de sexo (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, e Birkhauser, 2007).

A maioria dos usuários de serviços MaH não realizam a vaginectomia (colpectomia). Para os usuários que tomam hormônios masculinizantes, apesar da considerável conversão de testosterona em estrogênio, pode-se observar regularmente alterações atróficas na mucosa vaginal e podem levar à coceira ou ardência. O exame pode ser tanto física como emocionalmente doloroso, mas ausência de tratamento pode agravar seriamente a situação. Ginecologistas que tratam as queixas genitais dos usuários de serviços MaH devem estar cientes da sensibilidade que as pessoas com uma identidade de gênero masculina e expressão de gênero masculina podem apresentar em relação a ter genitais tipicamente associados ao sexo feminino.

# XIV

## **APLICABILIDADE DAS NORMAS DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM EM INSTITUIÇÕES**

As NDA aplicam-se em sua totalidade a todas as pessoas trans e com variabilidade de gênero, independentemente de sua situação de moradia. As pessoas não devem ser discriminadas no acesso a cuidados de saúde adequados em função do lugar em que vivem, incluindo instituições como prisões ou centros de atenção médica de longo ou médio prazo (Brown, 2009). Os cuidados de saúde para pessoas trans e com variabilidade de gênero que vivem em uma instituição devem ser semelhantes aos que estariam disponíveis para elas caso vivessem em um ambiente não-institucional dentro da mesma comunidade.

Todos os elementos de avaliação e tratamento, conforme descritos nas NDA, podem ser fornecidos para as pessoas que vivem em instituições (Brown, 2009). O acesso a esses tratamentos médicos necessários não deve ser negado com base na institucionalização ou nos arranjos do alojamento. Se não existem conhecimentos especializados das e dos profissionais de saúde direta ou indiretamente empregados na para avaliar e/ou tratar as pessoas com disforia de gênero, é apropriado obter consulta externa de profissionais especializados nessa área específica de atenção à saúde.

As pessoas com disforia de gênero em instituições também podem ter problemas de saúde mental coexistentes (Cole et al., 1997). Esses problemas devem ser avaliados e tratados adequadamente.

As pessoas que ingressam em uma instituição e que já estão em um regime de terapia hormonal adequado devem continuar com o mesmo tratamento, ou similar, e ser acompanhadas de acordo com as NDA. Uma abordagem de remoção prematura de produtos hormonais não é considerada uma atenção adequada na maioria das situações (Kosilek v Massachusetts Department of Corrections/Maloney, CA N° 92-12.820-MLW, 2002). As pessoas com disforia de gênero consideradas apropriadas para a terapia hormonal (seguindo as NDA) devem iniciar esse tipo de tratamento. As consequências da retirada súbita dos hormônios ou a falta de iniciação da terapia hormonal quando clinicamente necessária incluem uma alta probabilidade de resultados negativos, tais como o auto-tratamento cirúrgico por auto-castração, a depressão, a disforia e/ou tendências suicidas (Brown, 2010).

Adaptações razoáveis ao ambiente institucional podem ser feitas na prestação de serviços em conformidade com as NDA se tais adaptações não comprometerem a prestação do cuidado médico necessário às pessoas com disforia de gênero. Um exemplo de adaptação razoável é o uso de hormônios injetáveis, se não estiverem clinicamente contra-indicados, em um ambiente onde o desvio de preparações orais é muito frequente (Brown, 2009). A negação das mudanças necessárias no papel de gênero ou no acesso ao tratamento, incluindo a cirurgia de redesignação sexual, com base na moradia em uma instituição não são razoáveis de acordo com as NDA (Brown, 2010).

As instalações de alojamento e de chuveiro/banheiro para pessoas trans e com variabilidade de gênero que vivem em instituições devem considerar a identidade e o papel de gênero, o estado físico, a dignidade e a segurança pessoal. A colocação A alocação em uma unidade de alojamento de um determinado sexo unicamente em função da aparência dos órgãos genitais externos pode não ser adequada e pode colocar a pessoa em risco de vitimização (Brown, 2009).

As instituições onde as pessoas trans e com variabilidade de gênero residem e recebem cuidados de saúde devem velar por um clima tolerante e positivo para garantir que as e os residentes não sejam alvos de ataques por parte da equipe ou de outros/as residentes.

## XV

# APLICABILIDADE DAS NORMAS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM VARIAÇÕES BIOLÓGICAS DO SEXO

## Terminologia

O termo transtorno de desenvolvimento sexual (TDS) tem sido tradicionalmente usado para se referir a uma condição somática de desenvolvimento atípico do trato reprodutivo (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, e Grupo de Consenso LWPE1/ESPE2, 2006). A TDS inclui a condição anteriormente chamada intersexualidade. Embora a terminologia tenha mudado para TDS durante uma conferência de consenso internacional em 2005 (Hughes et al., 2006), a discordância sobre o uso da linguagem permanece. Algumas pessoas se opõem fortemente ao rótulo de “transtorno”, preferindo, em vez

disso, ver essas condições congênitas como uma questão de diversidade (Diamond, 2009) e continuar a usar termos como intersex ou intersexualidade. Nas NDA, a WPATH utiliza o termo Variações Biológicas de Sexo (VBS) para descrever as variações das manifestações biológicas usadas para a definição do “sexo” de uma pessoa que desafiam o modelo binário convencional. Com isso, busca-se utilizar um conceito objetivo e livre de valores, a fim de garantir que os/as profissionais de saúde reconheçam esse termo médico e o utilizem para acessar a literatura relevante à medida que esse campo avança. A WPATH permanece aberta à nova terminologia que ilumine mais a fundo a experiência de membros desta população diversificada e leve a melhorias no acesso e na prestação da atenção à saúde.

## Razões para inclusão nas NDA

Anteriormente, as pessoas com VBS que também reuniam os critérios do DSM-IV-TR para transtorno de identidade de gênero (Associação de Psiquiatria Norteamericana, APA, 2000) eram excluídas desta categoria diagnóstica geral. Em vez disso, eram categorizadas com “Transtorno de Identidade de Gênero - Não especificado”. Essas pessoas também foram excluídas das Normas de Atenção da WPATH.

A proposta atual para o DSM-5 ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) é substituir o termo transtorno de identidade de gênero por disforia de gênero. Além disso, as mudanças propostas no DSM consideram que as pessoas disfóricas de gênero e com VBS têm um subtipo de disforia de gênero. Essa categorização proposta – que diferencia explicitamente as pessoas com disforia de gênero com e sem VBS – justifica-se: em pessoas com VBS, a disforia de gênero difere em sua apresentação fenomenológica, epidemiologia, histórias de vida e etiologia (Meyer-Bahlburg, 2009).

Pessoas adultas que têm VBS e disforia de gênero têm chamado a atenção dos/as profissionais de saúde. Por conseguinte, uma breve discussão acerca de seu cuidado está incluído nesta versão das NDA.

## Considerações sobre o histórico de saúde

As e os profissionais de saúde que tratam de pessoas com VBS e com disforia de gênero simultaneamente devem estar cientes de que o contexto médico no qual essas pessoas cresceram é frequentemente muito diferente daquele das pessoas sem VBS.

Algumas pessoas são identificadas com VBS através da observação de genitais atípicos no nascimento (cada vez mais esta observação é feita durante o período pré-natal através de técnicas

de imagem, como ultra-som). Essas crianças, em seguida, passam por extensos procedimentos diagnósticos médicos. Após consulta entre as e os profissionais de saúde e a família – durante a qual são considerados um diagnóstico específico, achados físicos e hormonais, e feedback de estudos de resultados a longo prazo (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, e Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, e Thyen, 2007; Mazur, 2005; Bahlburg Meyer, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, e Gearhart, 2004) – atribui-se um sexo ao recém-nascido, seja masculino ou feminino .

Outras pessoas com VBS chamam a atenção dos/as profissionais de saúde por volta da puberdade, através da observação do desenvolvimento atípico de caracteres sexuais secundários. Esse achado também conduz a uma avaliação médica específica.

O tipo de VBS e a gravidade do problema têm implicações importantes para as decisões sobre a designação do sexo inicial de uma pessoa, a cirurgia genital posterior e outros cuidados médicos e psicossociais (Meyer-Bahlburg, 2009). Por exemplo, o grau de exposição pré-natal a andrógenos nos indivíduos com VBS tem sido correlacionado com o grau de masculinização do comportamento relacionado com o gênero (isto é, do papel e expressão de gênero); no entanto, a correlação é apenas moderada, e uma considerável variabilidade comportamental permanece inexplicada pela exposição pré-natal aos andrógenos (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, e New, 2006). Especialmente, não foi demonstrada uma correlação similar entre a exposição hormonal pré-natal e a identidade do gênero (por exemplo, Meyer-Bahlburg et al., 2004). Isto é enfatizado pelo fato de que pessoas com a mesma identidade de gênero (núcleo) podem variar amplamente no grau de masculinização do seu comportamento relacionado com o gênero.

## **Avaliação e tratamento da disforia de gênero em pessoas com variações biológicas do sexo**

Muito raramente, pessoas com VBS são identificadas com disforia de gênero antes que um diagnóstico de VBS tenha sido feito. Todavia, um diagnóstico de VBS é geralmente óbvio com uma história adequada e um exame físico básico – ambos parte de uma avaliação médica anterior à terapia hormonal ou a intervenções cirúrgicas para disforia de gênero. As e os profissionais de saúde mental devem pedir um exame físico às pessoas usuárias do serviço que se apresentam com disforia de gênero, especialmente se atualmente elas não estão se consultando com um profissional da atenção primária (ou de outro nível de atenção à saúde).

A maioria das pessoas com VBS nascidas com genitália ambígua não tem disforia de gênero (por exemplo, Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). No entanto, algumas pessoas com VBS desenvolverão disforia de gênero crônica e até mesmo passarão por uma mudança em seu

sexo designado no nascimento e/ou no seu papel de gênero (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Se houver evidência forte e persistente de que a disforia de gênero está presente, é essencial uma avaliação completa por médicos especialistas na avaliação e no tratamento da disforia de gênero, independentemente da idade da pessoa usuária do serviço. Foram publicadas recomendações detalhadas para a realização desse tipo de avaliação e para a tomada de decisão de tratamento para lidar com a disforia de gênero no contexto de VBS (Meyer-Bahlburg, no prelo). Somente após uma avaliação completa devem ser dados passos na direção de mudar o sexo designado no nascimento ou o papel de gênero de uma pessoa usuária do serviço.

As e os médicas/os que cuidam dessas/es usuárias/os do serviço com opções de tratamento para aliviar a disforia de gênero podem se beneficiar do conhecimento adquirido com a prestação do cuidado às/aos usuárias/os sem VBS (Cohen-Kettenis, 2010). No entanto, certos critérios para o tratamento (por exemplo, idade, duração da experiência de viver no papel de gênero desejado) não são aplicados geralmente a pessoas com VBS, e sim interpretados à luz da situação específica de cada pessoa (Meyer-Bahlburg, no prelo). No contexto da VBS, as mudanças no sexo atribuído ao nascer e no papel de gênero podem ter sido feitos em qualquer idade entre o início da idade escolar e a meia-idade. Mesmo a cirurgia genital pode ser realizada nessas pessoas muito mais cedo do que em pessoas com disforia de gênero sem VBS se a cirurgia for bem justificada pelo diagnóstico, pelo prognóstico de identidade de gênero baseado em evidências desta síndrome e na gravidade da mesma, e pelos desejos da pessoa.

Uma das razões para essas diferenças de tratamento é que a realização de cirurgia genital em pessoas com VBS é bastante comum na infância e na adolescência. A infertilidade pode já estar presente devido a alguma falha gonadal precoce ou a uma gonadectomia realizada por risco de malignidade. Ainda assim, é aconselhável que as pessoas usuárias do serviço com VBS passem por uma transição social completa a outro papel de gênero somente se houver uma longa história de comportamento atípico de gênero e se a disforia de gênero e/ou desejo de mudar o papel de gênero tenha sido forte e persistente por um período considerável de tempo. Seis meses é o período de tempo da expressão completa dos sintomas necessários para a aplicação do diagnóstico de disforia de gênero proposto para o DSM-5 (Meyer-Bahlburg, no prelo).

## Recursos adicionais

Os registros médicos relacionados com o gênero das pessoas com VBS são, muitas vezes, complexos. Suas histórias podem incluir uma grande gama de variações inatas genéticas, endócrinas e somáticas, bem como vários tratamentos médicos hormonais, cirurgias, entre outros. Por esta razão, muitos problemas adicionais precisam ser considerados no atendimento psicológico e médico dessas pessoas usuárias do serviço, independentemente da presença de disforia de gênero. A consideração dessas questões está além do que pode ser coberto nas NDA.

A leitora ou leitor interessado pode consultar a literatura existente (por exemplo, Cohen-Kettenis e Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Algumas famílias e pessoas usuárias do serviço podem achar útil consultar ou colaborar com grupos comunitários de apoio.

Existe uma literatura médica muito importante no tratamento médico de pessoas com VBS. Grande parte dessa literatura foi desenvolvida por especialistas de alto nível em endocrinologia pediátrica e urologia, com a participação de profissionais especializados da saúde mental, especialmente na área de gênero. Conferências internacionais recentes de consenso recentes têm abordado diretrizes baseadas em evidências médicas (incluindo questões de gênero e cirurgia genital) para VBS no geral (Hughes et al., 2006) e especificamente para hiperplasia adrenal congênita (Grupo de Trabalho LWPES/ESPE CAH et al, 2002; Speiser et al, 2010). Outros têm abordado as necessidades de pesquisa para VBS no geral (Meyer-Bahlburg e Blizzard, 2004) e para as síndromes selecionadas, como 46, XXY (Simpson et al., 2003).



## Referências

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from [www.asha.org](http://www.asha.org)



- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.

- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/JJ485v09n03\_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care* section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)

- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *CASLPA clinical certification program*. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.

- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 843–847. doi:10.1007/s10508–011–9758–9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O’Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, *26*(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, *11*(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, *21*(3), 313–321.

- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03\_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03\_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145

- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm)
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03\_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 84*(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 152*(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery, 31*(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy, 7*(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03\_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review, 17*(3), 235–253.



- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03\_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3<sup>rd</sup>-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved from [https://www.ismho.org/myths\\_n\\_realities.asp](https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp)
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from [http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway\\_Protocols.pdf?docID=2181](http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181)
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492



- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care: Background and recommendations*. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.

- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01\_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1*(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy, 36*(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology, 47*(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 124*(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPE1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319

- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician, 62*(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male, 7*(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundborn, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 39*(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87*(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior, 51*(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 115*(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery, 43*(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics, June*, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the *DSM* diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.

- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545–5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508–005–4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583–200208000–00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's *standards of care* requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978–1-4615–0621–8\_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508–005–4342–9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258



- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). *On the calculation of the prevalence of transsexualism*. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence\\_of\\_Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf)
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4<sup>th</sup> ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.



- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diwold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01\\_03.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm).
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6<sup>th</sup> ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01\_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wälinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wälinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). *De-psycho-pathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from [http://wpath.org/announcements\\_detail.cfm?pk\\_announcement=17](http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17)
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the *standards of care* of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.



# ANEXO A

## GLOSSÁRIO

A terminologia na área da atenção de saúde para pessoas trans e com variabilidade de gênero está evoluindo rapidamente. Novos termos estão sendo introduzidos e definições de termos existentes estão mudando. Portanto, muitas vezes surgem incompreensões, desentendimentos ou debates sobre a linguagem nesse campo profissional. Em seguida, alguns termos que podem ser desconhecidos ou têm significados específicos nas NDA são definidos apenas para o propósito deste documento. Outros podem adotar essas definições, no entanto, a WPATH reconhece que estes termos podem ser definidos de forma diferente em diferentes culturas, comunidades e contextos.

A WPATH também reconhece que muitos dos termos utilizados em relação a essa população não são ideais. Por exemplo, os termos transexual e travesti – e, alguns incluiriam, o mais recente transgênero – às vezes têm sido aplicados às pessoas de forma tal que as torna objetos. No entanto, esses termos têm sido mais ou menos adotados por muitas pessoas que estão dando o melhor de si para encontrar uma linguagem comum nessa matéria. Ao continuar a usar esses termos, a WPATH somente procura garantir que os conceitos e processos sejam compreensíveis, a fim de facilitar um atendimento de saúde de qualidade para pessoas trans ou com variabilidade de gênero. A WPATH está aberta a novas terminologias que possam iluminar a experiência das e dos membros dessa população diversificada e que conduzam a melhorias no acesso aos cuidados médicos.

**Cirurgia de redesignação de sexo (cirurgia de afirmação do gênero):** Cirurgia que visa modificar as características sexuais primárias e secundárias para afirmar a identidade de gênero da pessoa. A cirurgia de redesignação de sexo pode ser um passo muito importante do tratamento médico necessário para aliviar a disforia de gênero.

**Disforia de gênero:** Incômodo ou desconforto causado pela discordância entre a identidade de gênero e o sexo designado à pessoa ao nascer (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias). (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, e Bockting, 2010b).

**Expressões de gênero:** Maneira pela qual uma pessoa comunica sua identidade de gênero através da sua aparência física (incluindo a vestimenta, os estilos de cabelo e o uso de cosméticos), dos gestos, dos modos de falar e dos padrões de comportamento na interação com as outras pessoas.

**Genderqueer:** Pode ser usado por pessoas cuja identidade e/ou papel de gênero não se ajusta a uma compreensão binária de gênero como algo limitado às categorias de homem ou mulher, masculino ou feminino (Bockting, 2008).

**Homem a Mulher (HaM):** Adjetivo usado para descrever pessoas designadas no nascimento como homens e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao feminino.



**Hormônios bioidênticos:** Hormônios que são estruturalmente idênticos aos encontrados no corpo humano (Comitê de Prática Ginecológica ACOG, 2005). Os hormônios utilizados na terapia hormonal bioidêntica (THB) vêm de plantas e são semelhantes em estrutura aos hormônios humanos endógenos, mas devem ser processados comercialmente para se tornar bioidênticos.

**Hormônios naturais:** Hormônios que derivam de fontes naturais tais como plantas ou animais. Os hormônios naturais podem ou não ser bioidênticos.

**Identidade de gênero:** Percepção intrínseca de uma pessoa de ser homem, mulher, ou alguma alternativa de gênero ou combinação de gêneros (transgênero, queer, eunuco). A identidade de gênero de uma pessoa pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascer (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

**Mulher a Homem (MaH):** Adjetivo usado para descrever pessoas designadas no nascimento como mulheres e que estão mudando ou mudaram seu corpo e/ou papel de gênero ao masculino.

**Não conformidade de gênero / Variabilidade de gênero:** Medida em que a identidade ou expressão de gênero de uma pessoa difere das normas e expectativas sociais atribuídas ao seu sexo designado ao nascer em uma determinada cultura e período histórico.

**Papel de gênero:** Conjunto de normas sociais e comportamentais, e expectativas relacionadas com as diferentes categorias de identidades sexuais e de gênero em uma determinada cultura e período histórico. O comportamento de uma pessoa pode ser diferente do papel de gênero tradicionalmente associado ao seu sexo designado ao nascer ou à sua identidade de gênero, assim como transcender completamente do sistema de papéis de gênero culturalmente estabelecido.

**Sexo:** O sexo é designado ao nascer como masculino ou feminino, usualmente baseado na aparência dos órgãos genitais externos. Quando os genitais externos são ambíguos, outros componentes do sexo (genitais internos, sexo cromossômico e hormonal) são considerados a fim de atribuir o sexo (Grumbach, Hughes, e Conte, 2003; MacLaughlin e Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Para a maioria das pessoas, a identidade e expressão de gênero são consistentes com o sexo atribuído no nascimento; para as pessoas trans e com variabilidade de gênero, a identidade ou expressão de gênero difere do seu sexo designado ao nascer.

**Terapia hormonal com formulação bioequivalente:** Utilização de hormônios que são preparados, misturados, embalados e rotulados como medicamento por um farmacêutico e feitas para uma pessoa usuária de serviços de acordo com especificações médicas. Não é possível obter a aprovação por instituições governamentais que controlam medicamentos para cada composto feito para um consumidor individual.

**Transexual:** Adjetivo usado (frequentemente pela profissão médica) para descrever pessoas que procuram mudar ou mudaram suas características sexuais primárias e/ou secundárias através de

intervenções médicas (hormônios e/ou cirurgia) de feminização ou masculinização. Essas intervenções geralmente são acompanhadas por uma mudança permanente no papel de gênero.

**Transfobia internalizada:** Desconforto com os próprios sentimentos ou identidade trans como resultado da internalização de expectativas sociais normativas de gênero.

**Transgênero:** Adjetivo usado para descrever um grupo diversificado de pessoas cujas identidades de gênero diferem em diversos graus do sexo com o qual foram designadas ao nascer (Bockting, 1999). O termo, às vezes, contrasta-se com “transexual”. Nesse caso, “transgênero” refere-se a pessoas que não alteraram ou não desejam modificar os caracteres sexuais primários com que nasceram. Vários grupos de mulheres transgêneros em diferentes países de língua espanhola começaram a exigir a ser reconhecidas como transgêneras, um neologismo que significa o caráter feminino da sua identidade. Essa é uma declaração importante, uma vez que a língua espanhola (assim como a língua portuguesa) incorpora o gênero de uma maneira avassaladora.

**Transição:** Período durante o qual as pessoas mudam o papel de gênero associado ao sexo com o qual foram designadas ao nascer para um papel de gênero diferente. Para muitas pessoas, isso implica viver socialmente em “outro” papel de gênero; para outras, significa a procura do papel e da expressão de gênero que seja mais confortável para eles. A transição pode ou não incluir feminilização ou masculinização do corpo (e modificação das características sexuais) através de hormônios e outros procedimentos médicos. A natureza e duração da transição é variável e individualizada.

**Transtorno de identidade de gênero (TIG):** Diagnóstico formal estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição, Rev Texto (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, APA, 2000). A desordem de identidade de gênero é caracterizada por uma identificação de gênero forte e persistente e um desconforto persistente com o próprio sexo ou sentimento de inadequação no papel atribuído a esse sexo, causando sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outra.

**Travesti:** Termo usado para se referir a pessoas que usam roupas e adotam outras formas de expressões de gênero culturalmente associadas ao outro sexo. Em alguns países da América Latina, ele é usado para se referir àquelas pessoas designadas como homens ao nascer que não poupam esforços para feminilizar seu corpo e aparência, preferindo usar pronomes femininos, sem necessariamente considerar-se mulheres ou desejar mudar seus caracteres sexuais primários natais através de cirurgia genital (Kulick, 1998).

**Variações biológicas do sexo (VBS):** Em certos contextos são também chamados de “estados ou condições intersexuais.” Condições em que o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico não se ajusta ao modelo binário convencional do sexo. Algumas pessoas se opõem fortemente ao rótulo de “desordem” e consideram essas condições como uma questão de diversidade

(Diamond, 2009), preferindo utilizar os termos intersex ou intersexualidade (Coleman et al., 2011, p. 95).

## ANEXO B

### PANORAMA GERAL DOS RISCOS MÉDICOS DA TERAPIA HORMONAL

Os riscos descritos abaixo são baseados em duas extensas revisões bibliográficas, em evidências da terapia hormonal de masculinização/feminilização (Feldman e Safer, 2009; Hembree et al., 2009), juntamente com um grande estudo de coorte (Asscheman et al., 2011). Essas revisões podem servir como referências detalhadas aos fornecedores, juntamente com outros materiais clínicos publicados amplamente reconhecidos (por exemplo, Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

#### Riscos da terapia hormonal feminizante (HaM)

##### **Risco provavelmente aumentado:**

##### Doença tromboembólica venosa

- O uso de estrogênio aumenta o risco de eventos tromboembólicos venosos (ETV), especialmente em pessoas acima dos 40 anos de idade, fumantes, muito sedentárias, obesas e que têm distúrbios trombofílicos subjacentes.
- Este risco aumenta com o uso adicional de progesterona de terceira geração.
- Este risco é reduzido com o uso de adesivos transdérmicos (versus oral) como via de administração de estradiol, recomendado para pessoas com mais risco de ETV.

##### Doença cardiovascular e cerebrovascular

- O uso de estrogênio aumenta o risco de eventos cardiovasculares em pessoas com mais de 50 anos com fatores de risco cardiovascular subjacente. O uso adicional de progesterona pode aumentar este risco.

### Lípidios

- O uso de estrogênio por via oral pode aumentar significativamente os triglicerídeos nas pessoas, o que aumenta o risco de pancreatite e eventos cardiovasculares.
- Diferentes vias de administração têm diferentes efeitos metabólicos sobre os níveis de colesterol HDL, colesterol LDL e a lipoproteína (a).
- No geral, a evidência clínica sugere que as pessoas HaM com transtornos lipídicos preexistentes podem se beneficiar do uso de estrogênios transdérmicos em vez de oral.

### Fígado / vesícula biliar

- O uso de estrogênio e de acetato de ciproterona pode estar associado com elevações transitórias das enzimas hepáticas e, raramente, hepatotoxicidade clínica.
- O uso de estrogênio aumenta o risco de colelitíase (cálculos biliares) e uma colecistectomia subsequente.

### **Risco possivelmente aumentado:**

#### Diabetes mellitus tipo 2

- A terapia hormonal feminizante, particularmente estrogênio, pode aumentar o risco de diabetes tipo 2, especialmente em pessoas com histórico familiar de diabetes ou outros fatores de risco para esta doença.

#### Hipertensão

- A utilização de estrogênio pode aumentar a pressão arterial, mas o efeito sobre a incidência da hipertensão é desconhecido.
- A espironolactona reduz a pressão arterial e é recomendada para pessoas em situação de risco ou hipertensas/as que desejam feminilização.

### Prolactinoma

- O uso de estrogênio aumenta o risco de hiperprolactinemia em pessoas HaM no primeiro ano de tratamento, e logo esse risco passa a ter baixa probabilidade.
- Altas doses de uso de estrogênio podem favorecer o aparecimento clínico da prolactinoma preexistente, mas clinicamente não evidente.

### **Risco não aumentado ou inconclusivo:**

Os itens desta categoria são aqueles que podem representar um risco, mas para os quais a evidência é tão mínima que nenhuma conclusão clara pode ser alcançada.

### Câncer de mama

- As pessoas HaM que tomaram hormônios feminizantes podem desenvolver câncer de mama, mas se desconhece se o grau de risco compara-se com as pessoas nascidas com genitais femininos.
- Maior duração da exposição hormonal de feminilização (ou seja, o número de anos tomando estrogênio), história familiar de câncer de mama, obesidade (IMC > 35), e o uso de progesterona podem influenciar no nível de risco.

### **Outros efeitos secundários da terapia feminizante:**

Os efeitos que se seguem podem ser consideradas menores, ou mesmo indesejáveis, dependendo da pessoa, mas estão claramente relacionados com a terapia hormonal de feminilização.

### Fertilidade e função sexual

- A terapia hormonal de feminilização pode prejudicar a fertilidade.
- A terapia hormonal de feminilização pode diminuir a libido.
- A terapia hormonal de feminilização reduz as ereções noturnas, com um impacto variável sobre as ereções estimuladas sexualmente.

**Os riscos dos medicamentos antiandrogênicos:**

Os regimes hormonais feminizantes muitas vezes incluem uma variedade de agentes que afetam a produção/a ação da testosterona. Estes incluem agonistas GnRH, progesterona (incluindo o acetato de ciproterona), espironolactona e inibidores da 5-alfa redutase. Uma discussão aprofundada sobre os riscos específicos desses agentes está além do alcance das NDA. Entretanto, tanto a espironolactona como o acetato de ciproterona são amplamente utilizados e merecem algum comentário.

O acetato de ciproterona é um composto progestacional com propriedades antiandrogênicas (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Embora amplamente utilizado na Europa, não está aprovado para uso nos Estados Unidos devido a preocupações sobre a hepatotoxicidade (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, e Hidalgo, 2004). A espironolactona é comumente usada como um anti-andrógeno para a terapia hormonal feminizante, especialmente em regiões onde o uso de ciproterona não está aprovado (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). O uso de espironolactona tem uma longa história no tratamento de hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. Seus efeitos colaterais mais comuns incluem hipercalemia, tontura e sintomas gastrointestinais (Physicians' Desk Reference, 2007).

## Riscos da terapia hormonal masculinizante (MaH)

**Risco provavelmente aumentado:**Policitemia

- A terapia hormonal masculinizante envolvendo testosterona ou outros esteróides androgênicos aumenta o risco de policitemia (hematócrito > 50%), especialmente em pessoas com fatores de risco.
- A administração transdérmica e o ajuste da dose pode reduzir esse risco.

Aumento de peso / gordura visceral

- A terapia hormonal masculinizante pode resultar em um modesto ganho de peso, com aumento da gordura visceral.

### **Risco possivelmente aumentado:**

#### Lípidios

- A terapia com testosterona diminui o HDL, mas afeta de forma variável o LDL e os triglicérides.
- Níveis séricos suprafsiológicos (além da faixa normal do sexo masculino) de testosterona, encontrados frequentemente por doses intramusculares prolongadas, podem piorar o perfil lipídico, enquanto a administração transdérmica parece ser mais neutra.
- Pessoas com síndrome do ovário policístico ou dislipidemia subjacente podem ter um risco aumentado de agravamento da dislipidemia com a terapia de testosterona.

#### Fígado

- Podem ocorrer elevações transitórias das enzimas hepáticas com a terapia com testosterona.
- Foram observadas disfunções hepáticas e tumores malignos com metiltestosterona oral. Entretanto, a metiltestosterona já não está disponível na maioria dos países e não deve ser utilizada.

#### Psiquiátrico

A terapia masculinizante envolvendo testosterona ou outros esteróides androgênicos pode aumentar o risco de sintomas hipomaníacos, maníacos ou psicóticos em pessoas com transtornos psiquiátricos subjacentes que incluem tais sintomas. Este evento adverso parece estar associado a doses mais elevadas ou concentrações suprafsiológicas de testosterona no sangue.

### **Risco não aumentado ou inconclusivo:**

Os itens desta categoria são aqueles que podem representar um risco, mas para os quais a evidência é tão mínima que nenhuma conclusão clara pode ser alcançada.

#### Osteoporose

- A terapia com testosterona mantém ou aumenta a densidade mineral óssea em pessoas MaH antes da ooforectomia, pelo menos nos três primeiros anos de tratamento.



- Há um aumento do risco de perda de densidade óssea após a ooforectomia, especialmente se a terapia com testosterona é interrompida ou é insuficiente. Isto inclui as pessoas que usam apenas a testosterona oral.

### Cardiovascular

- A terapia hormonal masculinizante em doses fisiológicas normais não parece aumentar o risco de eventos cardiovasculares em pessoas saudáveis.
- A terapia hormonal masculinizante pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares em pessoas com fatores de risco subjacentes.

### Hipertensão

- A terapia hormonal masculinizante em doses fisiológicas normais pode aumentar a pressão arterial, mas não parece aumentar o risco de hipertensão.
- Pessoas com fatores de risco para hipertensão, como aumento de peso, histórico familiar ou síndrome de ovários policísticos, podem estar em maior risco.

### Diabetes mellitus tipo 2

- A terapia com testosterona não parece aumentar o risco de diabetes tipo 2 entre as pessoas MaH a menos que outros fatores de risco estejam presentes.
- A terapia com testosterona pode aumentar ainda mais o risco de diabetes tipo 2 em pessoas com fatores de risco, tais como ganho de peso significativo, história familiar e síndrome de ovários policísticos. Não existem dados que sugiram ou indiquem um risco aumentado em pacientes com fatores de risco para dislipidemia.

### Câncer de mama

- A terapia com testosterona em pessoas MaH não aumenta o risco de câncer de mama.



### Câncer do colo do útero

- A terapia com testosterona em pessoas MaH não aumenta o risco de câncer do colo do útero, mas pode aumentar o risco de manchas no Papanicolau minimamente anormais devido a alterações atróficas.

### Câncer de ovário

- Análogo às pessoas nascidas com genitais femininos com altos níveis de andrógenos, a terapia de testosterona em pessoas MaH pode aumentar o risco de câncer de ovário, embora a evidência seja limitada.

### Câncer de endométrio (útero)

- A terapia com testosterona em pessoas MaH pode aumentar o risco de câncer de endométrio, embora a evidência seja limitada.

### **Outros efeitos secundários da terapia masculinizante:**

Os efeitos que se seguem podem ser considerados menores, ou mesmo indesejáveis, dependendo da pessoa, mas estão claramente relacionados com a terapia hormonal de masculinização.

### Fertilidade e função sexual

- A terapia com testosterona em pessoas MaH reduz a fertilidade, embora o grau e a reversibilidade sejam desconhecidos.
- A terapia com testosterona pode induzir alterações anatômicas permanentes no embrião ou feto em desenvolvimento.
- A terapia com testosterona induz aumento do clitóris e eleva a libido.

### Acne, alopecia androgênica

A acne e graus variáveis de perda de cabelo de padrão masculino (alopecia androgenética) são efeitos colaterais comuns da terapia hormonal masculinizante.

# ANEXO C

## RESUMO DOS CRITÉRIOS PARA A TERAPIA HORMONAL E CIRURGIAS

Como em todas as versões anteriores das NDA, os critérios propostos neste documento para a terapia hormonal e tratamentos cirúrgicos para pessoas trans são diretrizes clínicas; os/as profissionais da área e os programas de saúde podem ajustá-las conforme necessário. Os ajustes clínicos para as NDA podem se tornar necessários em virtude de situações biológicas, sociais ou psicológicas específicas da pessoa; dos métodos utilizados por profissionais de saúde com experiência para lidar com situações cotidianas; de um protocolo de pesquisa; da limitação de recursos em diferentes partes do mundo; ou da necessidade de estratégias específicas de redução de danos. Essas alternativas devem ser reconhecidas como tal, explicadas à pessoa assistida, e documentadas com seu consentimento informado para garantir sua proteção legal e um atendimento de qualidade. Essa documentação também é importante para a acumulação de novos dados, que podem ser revisados retrospectivamente para permitir a evolução da assistência à saúde – e das NDA.

### Crítérios para a terapia hormonal feminilização/masculinização (uma referência ou documentação gráfica de avaliação psicossocial)

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se menor de idade, seguir as NDA para crianças e adolescentes);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

### Crítérios para cirurgia de mama / peito (uma referência)

Mastectomia e a criação de um peito masculino em usuários de serviços MaH:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;

2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se menor de idade, seguir as NDA para crianças e adolescentes);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

A terapia hormonal não é um pré-requisito.

#### Aumento de mama (implantes/lipofilling) em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se é menor de idade, seguir as NDA para crianças e adolescentes);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

Apesar de não ser um critério específico, recomenda-se que as usuárias dos serviços HaM se submetam à terapia hormonal feminizante antes da cirurgia de aumento do peito (mínimo 12 meses). O objetivo é maximizar o crescimento da mama a fim de obter melhores resultados cirúrgicos (estética).

## Critérios para cirurgia genital (duas referências)

#### Histerectomia e ooforectomia em usuários de serviços MaH e orquiectomia em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país;
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

5. 12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que tenha uma contra-indicação médica ou não possa ou queira tomar hormônios).

O objetivo da terapia hormonal antes da gonadectomia é, principalmente, introduzir um período reversível de supressão do estrogênio ou testosterona antes que pessoa usuária do serviço se submeta a uma intervenção cirúrgica irreversível.

Estes critérios não se aplicam a pessoas usuárias do serviço que estejam não realizando estes procedimentos devido a recomendações médicas distintas à disforia de gênero.

#### Metoidioplastia ou faloplastia em usuários de serviços MaH e vaginoplastia em usuárias de serviços HaM:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país;
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.
5. 12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que tenha uma contra-indicação médica ou não possa ou não queira tomar hormônios).
6. 12 meses vivendo continuamente em um papel de gênero de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

Apesar de não ser um critério explícito, é recomendado que essas pessoas usuárias do serviço também tenham consultas regulares com um/a profissional de saúde mental ou outro/a médico/a.

O critério acima referido para alguns tipos de cirurgias genitais – ou seja, que as pessoas usuárias de serviços vivam 12 meses contínuos em um papel de gênero congruente com sua identidade de gênero – é baseado em consenso clínico especializado de que esta experiência proporciona amplas oportunidades para que as pessoas usuárias de serviços experimentem e se ajustem socialmente no seu papel de gênero desejado antes de se submeter a uma cirurgia irreversível.

## ANEXO D

### EVIDÊNCIA PARA RESULTADOS CLÍNICOS DE ENFOQUES TERAPÊUTICOS

Um dos suportes reais para qualquer terapia nova é uma análise dos resultados. Devido à natureza controversa da cirurgia de redesignação de sexo, esse tipo de análise tem sido muito importante. Quase todos os resultados dos estudos nesse campo têm sido retrospectivos.

Um dos primeiros estudos realizados a fim de analisar as consequências psicossociais pós-tratamento das pessoas trans usuárias do serviço foi realizado em 1979 na Universidade de Medicina e Hospital Johns Hopkins (EUA) (JK Meyer e Reter, 1979). Esse estudo centrou-se na estabilidade ocupacional, educacional, conjugal e domiciliar das famílias das pessoas usuárias do serviço. Os resultados revelaram várias alterações significativas com o tratamento. Essas mudanças não foram vistas como positivas; mas mostraram que muitas pessoas que tinham entrado no programa de tratamento não estavam em melhor ou estavam em pior situação, em muitos aspectos, após a participação no programa. Essas descobertas resultaram no encerramento do programa de tratamento no hospital/escola de medicina (Abramowitz, 1986).

Posteriormente, um número significativo de profissionais de saúde pediu um padrão de elegibilidade para a cirurgia de redesignação de sexo. Isso levou à formulação das Normas de Atenção da Associação Internacional Harry Benjamin para a Disforia de Gênero (agora WPATH) originais em 1979.

Em 1981, Pauly publicou os resultados de um grande estudo retrospectivo de pessoas que se submeteram à cirurgia de redesignação de sexo. Os/as participantes desse estudo tiveram resultados muito melhores: entre 83 usuários dos serviços de MaH, 80,7% tiveram um resultado positivo (ou seja, o autoinforme do usuário do serviço declara “melhora o ajustamento social e emocional”), e 6,0 % insatisfatório. Entre as 283 usuárias de serviço HaM, 71,4 % tiveram um resultado positivo, e 8,1% insatisfatório. Este estudo incluiu pessoas usuárias do serviço que receberam cuidados antes da publicação e utilização das Normas de Atenção.

Desde que as Normas de Atenção estão em vigor, tem havido um aumento constante na satisfação da pessoa usuária do serviço, e uma diminuição da insatisfação com os resultados da cirurgia de redesignação de sexo. Os estudos realizados em 1996 focaram-se em pessoas que receberam cuidados de acordo com as Normas de Atenção. Os resultados de Rehman e colegas (1999) e Krege e colegas (2001) são típicos deste corpo de trabalho; nenhuma das pessoas usuárias do serviço nesses estudos lamentou ter realizado a cirurgia, e a maioria relatou estar satisfeita com os resultados estéticos e funcionais da cirurgia. Mesmo as pessoas usuárias do serviço que tiveram complicações cirúrgicas graves raramente se arrependeram de ter realizado a cirurgia. A qualidade dos resultados cirúrgicos é um dos melhores indicadores do efeito global da redesignação de sexo (Lawrence, 2003). A grande

maioria dos estudos de monitoramento tem demonstrado um efeito benéfico inegável da cirurgia de redesignação de sexo nos resultados pós-operatórios, tais como bem-estar subjetivo, a estética e a função sexual (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, e Ralph, 2010; Klein e Gorzalka, 2009), embora a magnitude específica do benefício não seja clara a partir da evidência disponível hoje. Um estudo (Emory, Cole, Avery, Meyer, e III Meyer, 2003) ainda mostrou uma melhora no rendimento financeiro da pessoa que utiliza os serviços.

Um relatório perturbador (Newfield et al., 2006) documentou pontuações menores de qualidade de vida (medidas com o SF-36) para usuários dos serviços MaH do que para a população em geral. Uma fraqueza desse estudo é que recrutou os seus 384 participantes por e-mail geral em vez de uma abordagem sistemática, e o grau e tipo de tratamento não foram registrados. Os participantes do estudo que tomavam testosterona geralmente tinham começado a fazê-lo há menos de cinco anos. A qualidade de vida relatada foi maior para os usuários do serviço que se submeteram à cirurgia de mama do que para aqueles não o fizeram ( $p < 001$ ). Uma análise similar não foi feita para a cirurgia genital. Em outro trabalho, Kuhn e colegas (2009) utilizaram o Questionário de Saúde King para avaliar a qualidade de vida de 55 usuários do serviço trans 15 anos após a cirurgia. Os resultados foram comparados com os de 20 mulheres de controle saudáveis que haviam sido submetidas à cirurgia abdominal/pélvica no passado. As pontuações de qualidade de vida para os usuários de serviço trans eram os mesmos ou melhores do que as das mulheres de controle para algumas das subescalas (emoções, sono, incontinência, gravidade dos sintomas e limitação de papéis), mas pior em outros domínios (saúde geral, limitações físicas e limitações pessoais).

É difícil determinar a eficácia somente de hormônios para aliviar a disforia de gênero. A maioria dos estudos que avaliam a eficácia da terapia hormonal de masculinização/feminilização na disforia de gênero têm sido realizados com pessoas usuárias do serviço que também se submeteram à cirurgia de redesignação de sexo. Efeitos favoráveis de terapias envolvendo hormônios e cirurgia foram relatados em uma revisão abrangente de mais de 2000 pessoas usuárias do serviço em 79 estudos observacionais (na maioria) realizados entre 1961 e 1991 (Eldh, Berg, y Gustafsson, 1997; Gijs y Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin y Junge, 1998). As pessoas usuárias do serviço operadas a partir de 1986 se saíram melhor do que aquelas antes de 1986, o que reflete uma melhoria significativa nas complicações cirúrgicas (Eldh et al., 1997). A maioria das pessoas usuárias do serviço relataram melhores resultados psicossociais, variando entre 87% para usuárias de serviços HaM e 97% para usuários de serviços MaH (Green & Fleming, 1990). Melhorias similares foram encontradas em um estudo sueco em que “quase todas as pessoas usuárias do serviço ficaram satisfeitas com a redesignação de sexo depois de 5 anos, e 86% foram avaliadas por médicos no monitoramento como estáveis ou melhores no funcionamento global” (Johansson, Sundbom, Höjerback, y Bodlund, 2010). Os pontos fracos dos estudos anteriores são o seu desenho retrospectivo e a utilização de critérios diferentes para avaliar os resultados.

Um estudo prospectivo realizado nos Países Baixos avaliou consecutivamente 325 sujeitos adultos e adolescentes em busca de redesignação de sexo (Smith, Van Goozen, Kuiper, e Cohen-Kettenis,



2005). As pessoas usuárias do serviço que se submeteram à terapia de redesignação de sexo (tanto intervenção hormonal como cirúrgica) mostraram melhorias em suas pontuações médias de disforia de gênero, medida pela Escala de Disforia de Gênero Utrecht. As pontuações de insatisfação corporal e função psicológica também melhoraram na maioria das categorias. Menos de 2% das pessoas usuárias do serviço se lamentaram após a terapia. Esse é o maior estudo prospectivo para confirmar os resultados de estudos retrospectivos que indica que uma combinação de terapia hormonal e cirurgia melhora a disforia de gênero e outras áreas do funcionamento psicossocial. Há necessidade de mais pesquisas sobre os efeitos da terapia hormonal sem cirurgia e sem o objetivo de máxima feminilização/masculinização física.

Em geral, os estudos têm relatado uma melhoria constante nos resultados na medida em que o campo se torna mais avançado. As pesquisas têm centrado-se principalmente nos resultados da cirurgia de redesignação de sexo. Na prática atual, existe uma gama de identidades, papéis e adaptações físicas que poderiam se beneficiar de acompanhamento adicional ou pesquisa de resultados (Institute of Medicine, 2011).

## ANEXO E

### DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DAS NORMAS DE ATENÇÃO, VERSÃO 7

O processo de desenvolvimento das Normas de Atenção, Versão 7 começou quando o primeiro “grupo de trabalho” NDA foi criado em 2006. As e os membros foram convidados a rever as seções específicas das NDA, Versão 6. Para cada seção, solicitou-se revisar a literatura relevante, identificar onde a pesquisa era escassa e necessária, e recomendar possíveis revisões das NDA garantidas por novas evidências. Os documentos solicitados foram apresentados pelas e pelos seguintes autores/as: Aaron Devor, Bockting Walter, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Decuypere Griet, DeSutter Petra, Feldman Jamie Fraser Lin, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Meyer Walter, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Schechter Loren, Mick van Trotsenburg, Winter Sam e Ken Zucker. Alguns desses autores e autoras optaram por adicionar co-autores para ajudá-los na sua tarefa.

Os primeiros rascunhos desses documentos deviam ser finalizados em 1 de junho de 2007. A maioria foi concluída em setembro de 2007, e o resto completado no final de 2007. Esses manuscritos foram apresentadas à Revista Internacional de Transgênerismo (IJT, por sua sigla em Inglês). Cada um passou por um processo de revisão entre pares da IJT. Os trabalhos finais foram publicado no volume 11 (1-4) em 2009, tornando-os disponíveis para discussão e debate.

Depois que esses artigos foram publicados, um Comitê de Revisão das NDA foi estabelecido pela Diretiva da WPATH em 2010. O Comitê de Revisão foi responsável pela primeira vez pelo debate e

discussão dos antecedentes dos documentos da IJT através de um website do Google. Um subgrupo do Comitê de Revisão foi nomeado pela Diretiva para servir como Grupo de Redação. Esse grupo foi responsável por elaborar o primeiro rascunho das NDA, Versão 7 e continuar trabalhando nas revisões para sua consideração pelo Comitê de Revisão geral. A Diretiva também estabeleceu um Grupo Consultivo Internacional de pessoas trans e com variabilidade de gênero para dar a sua opinião sobre a revisão.

Uma escritora técnica foi contratada para (1) analisar todas as recomendações para a revisão – tanto as recomendações originais mencionadas nos artigos IJT como as recomendações adicionais que surgiram a partir da discussão online – e (2) criar uma pesquisa para obter mais informações sobre essas possíveis revisões. A partir dos resultados da pesquisa, o Grupo de Redação foi capaz de discernir onde esses especialistas estavam em termos de áreas de acordo e áreas que precisam de mais discussão e debate. A escritora técnica depois (3) criou uma primeira versão muito aproximada das NDA, Versão 7 para que o Grupo de Redação considerasse e trabalhasse nela.

O Grupo de Redação se reuniu pessoalmente em 4 e 5 de Março de 2011 em uma reunião de expertos. Todas as mudanças recomendadas foram revistas e discutidas, e chegaram a um consenso sobre vários aspectos controversos. Foram tomadas decisões com base no melhor conhecimento científico disponível, na melhor ciência disponível e no consenso especializado. Essas decisões foram incorporadas ao projeto, e as seções adicionais foram escritas pelo Grupo de Redação, com a ajuda da escritora técnica.

O projeto que surgiu a partir da reunião consultiva foi distribuído entre o Grupo de Redação, e terminou com a ajuda da escritora técnica. Uma vez que esse projeto inicial foi concluído, ele foi distribuído entre o Comitê de Revisão Geral das NDA e o Grupo Consultivo Internacional. O debate foi aberto no site do Google e uma chamada de conferência foi realizada para resolver problemas. Os comentários desses grupos foram examinados pelo Grupo de Redação que, em seguida, fez uma nova revisão. Dois projetos adicionais foram criados e publicados no site do Google para análise pelo Comitê de Revisão Geral das NDA e do Grupo Consultivo Internacional. No final dessas três fases de análise e revisão, o documento final foi apresentado à Diretiva da WPATH para aprovação. A Diretiva aprovou esta versão em 14 de setembro de 2011.

## Financiamento

O processo de revisão das Normas de Atenção foi possível graças a uma generosa doação da Fundação Tawani e a um presente de um doador anônimo. Estes fundos apoiaram no seguinte:

1. Custos de uma escritora técnica profissional;



2. Processo de solicitar a opinião internacional sobre as mudanças propostas por parte de profissionais da identidade de gênero e da comunidade trans;
3. Reunião de trabalho do Grupo Redator;
4. Processo de recopilar informação adicional e chegar a um consenso final entre expertos das comunidades trans e profissionais, o Comitê de Revisão das Normas de Atenção, Versão 7, e a Junta Diretiva da WPATH;
5. Custos de imprensa e distribuição das Normas de Atenção, Versão 7, e publicação de uma cópia gratuita no website da WPATH;
6. Sessão plenária para lançar as Normas de Atenção, Versão 7, no Simpósio Bienal da WPATH em 2011, Atlanta, Geórgia, Estados Unidos.

## Integrantes do Comitê de Revisão das Normas de Atenção\*

Eli Coleman, PhD (Estados Unidos)* - Presidente do Comitê	Arlene Istar Lev, LCSW-R (Estados Unidos)
Richard Adler, PhD (Estados Unidos)	Gal Mayer, MD (Estados Unidos)
Walter Bockting, PhD (Estados Unidos)*	Walter Meyer, MD (Estados Unidos)*
Marsha Botzer, MA (Estados Unidos)*	Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (Estados Unidos)
George Brown, MD (Estados Unidos)	Stan Monstrey, MD, PhD (Bélgica)*
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Países Baixos)*	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (Estados Unidos)
Griet DeCuypere, MD (Bélgica)*	Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Alemanha)
Aaron Devor, PhD (Canadá)	Katherine Rachlin, PhD (Estados Unidos)
Randall Ehrbar, PsyD (Estados Unidos)	Bean Robinson, PhD (Estados Unidos)
Randi Ettner, PhD (Estados Unidos)	Loren Schechter, MD (Estados Unidos)
Evan Eyler, MD (Estados Unidos)	Vin Tangpricha, MD, PhD (Estados Unidos)
Jamie Feldman, MD, PhD (Estados Unidos)*	Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Lin Fraser, EdD (Estados Unidos)*	Anne Vitale, PhD (Estados Unidos)
Rob Garofalo, MD, MPH (Estados Unidos)	Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Jamison Green, PhD, MFA (Estados Unidos)*	Stephen Whittle, OBE (Reino Unido)
Dan Karasic, MD (Estados Unidos)	Kevan Wylie, MB, MD (Reino Unido)
Gail Knudson, MD (Canadá)*	Ken Zucker, PhD (Canadá)

---

\* Integrante do Grupo Redator. Todas as pessoas integrantes do Comitê de Revisão das *Normas de Atenção*, Versão 7, doaram seu tempo para trabalhar nesta revisão.

## Comitê de Seleção do Grupo Consultivo Internacional

Walter Bockting, PhD (Estados Unidos)  
Marsha Botzer, MA (Estados Unidos)  
Aaron Devor, PhD (Canadá)  
Randall Ehrbar, PsyD (Estados Unidos)

Evan Eyler, MD (Estados Unidos)  
Jamison Green, PhD, MFA (Estados Unidos)  
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (Estados Unidos)

## Grupo Assessor Internacional

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)  
Craig Andrews, FtM Australia (Austrália)  
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (Reino Unido)  
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Filipinas)  
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)  
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canadá)  
Masae Torai, FtM Japan (Japão)  
Kelley Winters, GID Reform Advocates (Estados Unidos)

## Escritora Técnica

Anne Marie Weber-Main, PhD (Estados Unidos)

## Assistência Editorial

Heidi Fall (Estados Unidos)

## Tradução

Lukas Berredo (Brasil / Chile)





