



Elaboração: 2022

Última revisão: 07/10/2022

Próxima Revisão: 10/2024

Revisão: 01

## HORMONIZAÇÃO DE MULHERES TRANSEXUAIS TRANSGENITALIZADAS

CID 10: F64, F64.2, F64.8

NORMA TÉCNICA 01/ 2022

### Informações Gerais

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

### Medicamentos CEAF

Valerato de Estradiol 2 mg, comprimido

### Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)

- ( ) Carteira de identidade com foto (RG)
- ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ( ) Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ( ) Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

### Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Solicitação inicial</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Renovação a cada 6 (seis) meses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</li><li>( ) <b>Receita Médica</b>, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;</li><li>( ) <b>Laudo Médico</b>, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;</li><li>( ) <b>Termo de Esclarecimento e responsabilidade</b>;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>( ) <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</li><li>( ) <b>Receita Médica</b>, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.</li></ul>

### Exames

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Solicitação inicial</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Renovação a cada 6 (seis) meses</b>
( ) Testosterona total	( ) Testosterona total
( ) E2	( ) E2
( ) Triglicerídeos	( ) Triglicerídeos
( ) Hemograma completo	( ) Hemograma completo
( ) Glicemia	( ) Glicemia
( ) Colesterol total e frações (considerar)	( ) Colesterol total e frações (optativo)
( ) Potássio (K+)	( ) Potássio (K+)
( ) TGO / TGP	( ) TGO / TGP
( ) Hepatites A, B e C	
( ) HIV	
( ) Sífilis	
( ) Mamografia	
<b>Optativos:</b>	
	( ) Mamografia anual após 40 anos de idade ou conforme risco familiar
	( ) Avaliação de próstata (PSA e toque) após 50 anos de idade ou conforme risco familiar (optativo)



## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

- |  |  |
|--|--|
| <p>( ) Mamografia anual após 40 anos de idade ou conforme risco familiar</p> <p>( ) Avaliação de próstata (PSA e toque) após 50 anos de idade ou conforme risco familiar</p> <p>( ) Densitometria óssea a cada 2 anos em caso de risco individual para osteoporose ou fratura óssea (pacientes que descontinuaram hormonioterapia)</p> <p>( ) Ultrassonografia mamária (suspeita de neoplasia ou de ruptura de implante mamário);</p> <p>( ) Ultrassonografia pélvica (suspeita de alteração anatômica, miomatose, síndrome do ovário policístico, neoplasia endometrial ou ovariana);</p> <p>( ) Ultrassonografia de abdome superior (suspeita de lesão hepática ou litíase biliar);</p> <p>( ) Ultrassonografia de próstata (hiperplasia prostática, sintomas de prostatismo);</p> <p>( ) PSA ou toque prostático – retal ou através de (neo)vagina (sintomas de prostatismo);</p> <p>( ) Coagulograma, Proteína C ativada e Proteína S (suspeita de trombofilia, antecedentes pessoais ou familiares de tromboses atípicas);</p> <p>( ) Densitometria óssea (suspeita de alterações patológicas da densidade mineral óssea, fratura por fragilidade, uso de glicocorticoide, hipogonadismo sem reposição hormonal por longo período);</p> <p>( ) Ressonância magnética de implantes mamários (suspeita de ruptura de implante mamário à ultrassonografia deve ser encaminhada ao serviço de referência).</p> <p>( ) Prolactina</p> <p>( ) Estradiol</p> <p>( ) Hormônio luteinizante (LH)</p> | <p>( ) Densitometria óssea a cada 2 anos em caso de risco individual para osteoporose ou fratura óssea (pacientes que descontinuaram hormonioterapia)</p> <p>( ) Estradiol</p> <p>( ) Prolactina</p> <p>( ) Hormônio luteinizante (LH)</p> |
|--|--|

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.

Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

## Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam as especialidades Endocrinologista, Ginecologista, Clínica Médica ou Medico/o da Família e Comunidade, regularizadas no CNES – CadastroNacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

## **Observações:**

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
  2. Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente).
  3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos



## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve estar de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

### Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

### Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE****TERAPIA HORMONAL COM ESTRÓGENOS E ANTIANDRÓGENOS**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter procurado espontaneamente o atendimento neste serviço. Neste local conversei com a equipe multiprofissional sobre minha decisão de modificar meu corpo por meio de hormônios. Fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas. Entendo que os hormônios podem causar modificações permanentes e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será definida pelo meio do uso de hormônios, e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física à minha identidade de gênero. As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

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

Mudanças Reversíveis – acontece somente enquanto estiver usando hormônios, mas desaparecem quando parar de tomar: Poderão ocorrer: 1. aparecimento de celulite 2. redistribuição da gordura corporal, com possibilidade de depósito de gordura nas coxas e quadris 3. ligeira redução dos pelos 4. afinamento da pele 5. diminuição da acne (espinhas) 6. diminuição da queda de cabelo 7. diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo 8. diminuição da gordura no abdome 9. diminuição do desejo sexual 10. orgasmos menos intensos 11. aparecimento ou agravamento de depressão 12. agravamento de enxaquecas 13. aparecimento de náuseas e vômitos 14. aumento da pressão arterial 15. alteração na função do fígado Não ocorrerão (nem com a retirada dos testículos): 1. desaparecimento dos pelos 2. afinamento da voz 3. diminuição do pomo de Adão. Riscos e complicações à saúde com a terapia hormonal – o uso de hormônios aumenta a chance de ocorrer ou pode piorar estes problemas de saúde, caso apareçam no decorrer da hormonoterapia: 1. câncer de mama 2. trombose venosa profunda, embolia pulmonar 3. infarto 4. derrame cerebral 5. osteoporose e fraturas ósseas 6. piora das taxas de colesterol e aumento nas taxas de triglicérides Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), logo é necessário usar preservativo durante todas as relações性ais para evitá-las. Entendo também que, apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma mulher, se mantiver relações sexuais sem uso de método anticoncepcional. Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhada a parar de fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa. Concordo em informar



## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar. Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações maléficas à minha saúde. Fui informada que continuarei a ser atendida pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos. Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo, a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas. Concordo em tomar hormônios como prescrito e informar à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento. Farei exames clínicos e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios. Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliada antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonioterapia. Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Entendo que caso realize a cirurgia de transgenitalização, o uso do hormônio cumprirá um papel de manutenção dos níveis hormonais necessários para o metabolismo adequado de meu corpo, evitando osteoporose e doenças cardiovasculares. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<b>Assinatura do paciente ou responsável legal</b>		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
<b>Assinatura e carimbo médico</b>		
Data:		

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*	5-Peso do paciente*
4- Nome da Mãe do Paciente*	6-Altura do paciente*

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10*	10- Diagnóstico
11- Anamnese*	

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

##### 13- Atestado de capacidade\*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO     SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela	19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:		
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Sem informação		
21- Número do documento do paciente			
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS			
22- Correio eletrônico do paciente			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

### REPRESENTANTE 1\*

Nome Completo:

Nº Doc. de Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

CEP:

Telefones para contato:

Email:

### REPRESENTANTE 2\*

Nome Completo:

Nº Doc. De Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

CEP:

Telefones para contato:

Email:

### REPRESENTANTE 3\*

Nome Completo:

Nº Doc. de Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

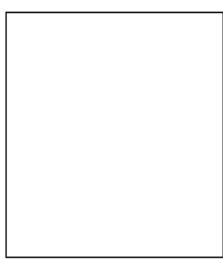
CEP:

Telefones para contato:

Email:

\*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ /20 \_\_\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_



Campo para digital