



## PROCESSO-CONSULTA CFM nº 32/12 – PARECER CFM nº 8/13

<b>INTERESSADO:</b>	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
<b>ASSUNTO:</b>	Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais
<b>RELATOR:</b>	Cons. Lúcio Flávio Gonzaga Silva

**EMENTA:** O adolescente com TIG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento). Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente.

### DA CONSULTA

Consulta protocolada no Conselho Federal de Medicina sob nº 635/2012, datada de 24 de janeiro de 2012, proveniente da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (Núcleo Especializado de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito), assinado por sua coordenadora, dra. M.C.D., nestes termos:

“Ao tempo que o cumprimento, sirvo-me do presente ofício para solicitar informações sobre terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais.

Chegou ao conhecimento deste Núcleo que adolescentes travestis e transexuais fazem uso regular de hormônio de forma clandestina, ficando sujeitos a efeitos colaterais que podem trazer agravos importantes e permanentes à sua saúde.

Considerando que o suporte legal que regula o processo transexualizador indica a idade mínima de dezoito (18) anos para o início da hormonioterapia e a inexistência de protocolos e regulamentações específicos direcionados a adolescentes travestis e transexuais, solicitamos a este Conselho uma manifestação sobre essa questão: essa demanda já foi apresentada ao CFM? Se sim, quais encaminhamentos foram propostos?



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O NCDRP, como espaço democrático de garantia de direitos e de respeito às diversas expressões da sexualidade humana, se coloca à disposição para a discussão desse assunto, buscando a integralidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde como forma de efetivação da cidadania.

Ao ensejo, apresento votos de elevada estima e distinta consideração”.

### **Dos fundamentos científicos**

Há diferenças no universo dos fenômenos, no desenvolvimento e na abordagem terapêutica dos transtornos de identidade de gênero (TIG) da criança, do adolescente e do adulto. Nas crianças e adolescentes está envolvido um processo de desenvolvimento rápido e dramático (físico, psíquico e sexual), e também uma grande variabilidade de resultados, principalmente nas crianças pré-púberes. Nestas, o TIG somente persistirá na idade adulta em torno de 6%-23% <sup>(1, 2)</sup>. Dentre elas, cerca de 80%-95% não o apresentará na adolescência <sup>3</sup>.

Por outro lado, o transtorno de identidade de gênero do adolescente é mais provável que persista na idade adulta, embora não se conheça o percentual exato, posto que não há estudos prospectivos publicados sobre esse tema. Há apenas um trabalho de 2010, envolvendo 70 adolescentes, demonstrando que todos continuaram com TIG na idade adulta <sup>4</sup>.

A terapia endócrina para TIG, outrora limitada a elixires ineficazes, cremes e implantes, tornou-se razoável e racional a partir do isolamento da testosterona em 1935 e da disponibilidade do dietilestibestrol em 1938 <sup>5</sup>. Hoje está bem definida, variando, obviamente, em função do gênero e da idade das pessoas envolvidas.

Muitas pessoas com TIG podem apresentar disforias mesmo na idade infantil (embora mais frequente após a puberdade), que se caracterizam por angústia e aflição atribuídas à experiência subjetiva do desconforto persistente com o gênero de nascimento <sup>6</sup>.

Para eles, os primeiros sinais de puberdade são frequentemente uma fonte de angústia, causando um forte efeito negativo social, emocional e problemas na escola. Mesmo aquelas que se sentem emocionalmente bem, podem quando adentram a puberdade apresentar comportamentos opostos – por exemplo:



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ansiedade e depressão. Por isso, a supressão da puberdade seguida pelo tratamento hormonal e eventual cirurgia parece ter inegável benefício para esses jovens <sup>6</sup>.

De fato, há crescente convicção de que os jovens pré-púberes com TIG experimentam ansiedade e certos graus de sofrimento quando surge a puberdade. Alguns consideram insuportáveis as alterações físicas do período. Assim, vários centros têm proposto e praticado uma intervenção médica precoce, com a supressão da puberdade com os medicamentos da classe dos análogos LHRH, que promovem bloqueio do eixo hormonal hipotálamo/hipófise/gônada <sup>6</sup>.

Há um benefício real, prevenindo a disforia de gênero e um melhor resultado físico e psíquico, quando comparado com os jovens que somente iniciam tratamento após as primeiras fases da puberdade <sup>5</sup>.

Em estudo publicado em 2011, o grupo da VU University Medical Center de Amsterdam, com mais de 20 anos de experiência no tratamento de adolescentes com transtorno de identidade de gênero, concluiu que parece ser apropriado intervir com análogos LHRH (bloqueando a puberdade), seguido de hormonioterapia para o gênero desejado, em adolescentes jovens, cuidadosamente selecionados. Negar a esses jovens a supressão da puberdade não é racional <sup>6</sup>.

Centros importantes e com grande experiência em disforia de gênero juvenil, como Gent (Bélgica), Boston, Oslo e Toronto, têm introduzido a intervenção médica antes dos 16 anos, desde que a puberdade hormonal tenha começado e tenha progredido no mínimo a Tanner 2 [o estágio Tanner 1 corresponde à infância (impúbere) e o Tanner 5 à fase pós-puberal (adulta). O período puberal é caracterizado pelos estádios 2, 3 e 4] <sup>7</sup>.

O tratamento consiste da administração de análogos LHRH para bloquear a puberdade hormonal do gênero biológico. Nenhum hormônio sexual cruzado (gênero oposto) é administrado nesta fase. Essa intervenção hormonal (análogo LHRH) não deve ser considerada como mudança de sexo *per se*. Seus efeitos são reversíveis. Bloqueando, retardando ou congelando a puberdade por esse meio, ganha-se tempo para definições terapêuticas futuras <sup>8</sup>.



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Argumentos a favor do retardo da puberdade (mesmo antes de 16 anos) <sup>9</sup>:

1. Evita os sofrimentos que surgem a partir do aparecimento das características físicas da puberdade nesses jovens com TIG (depressão, anorexia, fobias sociais, tendência a suicídios);
2. Provê aos adolescentes e aos profissionais que o assistem mais tempo para avaliar a identidade de gênero, melhorando a precisão diagnóstica;
3. A criança que vai permanentemente viver no papel do gênero desejado pode, assim, ser poupada do tormento do desenvolvimento completo das características sexuais secundárias opostas, indesejadas;
4. O tratamento precoce evitará cirurgias mais invasivas no futuro;
5. Estudos mostram resultados desfavoráveis relacionados a procedimentos tardios de mudança de sexo;
6. Os jovens que não têm acesso ao tratamento regular podem tentar encontrar fontes ilícitas de medicamentos, submetendo-se a riscos à sua saúde.

Argumentos contra o retardo da puberdade:

1. Alguns pesquisadores defendem que não é possível fazer um diagnóstico definitivo de TIG na adolescência;
2. Outros temem que bloquear o desenvolvimento das características sexuais secundárias inibirá a formação espontânea de uma identidade consistente de gênero, que ocorre em consequência da crise que envolve o momento da identificação de gênero;
3. Ainda outros afirmam que há risco potencial para o processo de crescimento e do desenvolvimento cerebral e da massa óssea (Cohen-Kettenis PT 2008).

Dados do citado grupo da Holanda demonstram que nos adolescentes tratados com análogos LHRH para postergar a puberdade, após apresentarem retardo na maturação óssea, ela ressurgiu rapidamente depois de iniciado o tratamento hormonal definitivo. Quanto às proporções corporais, permanecem normais. Em relação ao desenvolvimento cerebral, estudos ainda estão sendo



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

realizados. No entanto, não foram observados efeitos sobre o comportamento social, emocional e escolar dos jovens tratados<sup>9,10</sup>.

Considera-se que somente na idade adulta a identidade de gênero está suficientemente consolidada para permitir decisões acerca de intervenções invasivas e irreversíveis, como terapias hormonais cruzadas (gênero oposto) e cirúrgicas<sup>9</sup>.

### **Dos regramentos postos sobre o tema**

Há uma portaria da Coordenadoria de Controle de Doenças – Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 28 de janeiro de 2010, que cuida da implantação e estruturação do ambulatório de saúde integral a travestis e transexuais maiores de 18 anos.

Vê-se em seu artigo 7º Avaliação endocrinológica: “O objetivo é o acompanhamento clínico para utilização de hormônios após preenchimento de termo de consentimento livre e esclarecido. Faz orientação quanto aos efeitos colaterais provenientes do uso de hormônios sexuais. Será realizado preferencialmente por médico, preferencialmente endocrinologista, em consultas médicas periódicas a cada 4 meses no primeiro ano de acompanhamento e posteriormente a cada 6 meses ou conforme a necessidade individual. O esquema terapêutico padronizado no serviço consiste na utilização de estrógenos conjugados na dose de 0,625 a 1,25 mg/dia isoladamente ou associado ao acetato de ciproterona na dose de 50 mg/dia. Em cada consulta serão avaliados o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, os exames laboratoriais (LH, FSH, testosterona, estradiol, prolactina, enzimas hepáticas, hemograma completo, perfil lipídico, coagulograma, proteína C reativa, proteína S) e exames de imagem: ultrassom de mamas anualmente, densitometria óssea a cada 2 anos e dosagem de PSA para paciente acima de 50 anos.”

Examinando a Resolução nº 208, de 27 de outubro de 2009, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico, recolhemos os artigos 1º e 4º:

Art. 1º: Todo atendimento médico dirigido à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico, deve basear-se no respeito ao ser humano e na integralidade da atenção.

Art. 4º: A indicação terapêutica deverá contar com a avaliação de equipe multiprofissional, com esclarecimento prévio sobre os riscos dos procedimentos e garantia do tratamento das eventuais intercorrências e efeitos adversos.

O Conselho Federal de Medicina elaborou uma resolução sobre o assunto, a de nº 1.664/03, publicada no DOU de 13 de maio de 2003 e que define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

Em seu artigo 5º, prescreve: “O tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual deve ser realizado em ambiente com estrutura que garanta segurança, habilidades técnico-científicas e suporte de acompanhamento, conforme as especificações contidas no anexo I desta resolução. O anexo I define os exames e procedimentos recomendáveis para o diagnóstico e tratamento das anomalias de diferenciação sexual.”

Não há nas duas resoluções citadas qualquer referência à faixa etária das pessoas portadoras de TIG, potencialmente destinadas a intervenções médicas.

### **Das indicações atuais recomendadas**

O diagnóstico do transtorno de identidade de gênero requer o envolvimento de equipe médica multidisciplinar, incluindo clínicos, pediatras, endocrinologistas e, sobretudo, profissionais de saúde mental. Quando da propedêutica de pacientes mais jovens, há a necessidade de que esses profissionais tenham treinamento em psicologia do desenvolvimento da criança e do adolescente. Esses cuidados são



necessários posto que diagnósticos inadequados ou incorretos podem ser desastrosos <sup>11</sup>.

A seguir, são apresentadas as recomendações atuais da *Endocrine Society* (Sociedade Americana de Endocrinologia) para o tratamento de adolescentes com transtorno de identidade de gênero <sup>5</sup>:

O adolescente que preenche completamente os critérios para os protocolos de mudança de sexo deve ser submetido inicialmente a tratamento para supressão da puberdade do gênero de nascimento, realizada com análogos LHRH de longo curso (meia vida longa). Iniciar quando dos primeiros sinais puberais, confirmados pelas concentrações hormonais de estradiol (meninas) e testosterona (meninos), porém nunca antes do estágio 2 de Tanner.

Durante o tratamento o adolescente deve ser estritamente monitorizado para os efeitos adversos do retardo da puberdade, e.g.: parada do crescimento e maturação óssea.

É extremamente recomendável a supressão da puberdade do gênero de nascimento antes do desenvolvimento irreversível das características sexuais. Uma vantagem deste medicamento é que seus efeitos são reversíveis. A qualquer momento que a supressão for descontinuada o desenvolvimento da puberdade espontânea ocorrerá imediatamente.

**Tabela 1. Protocolo de seguimento para a supressão da puberdade do gênero de nascimento**

<b>A cada três meses</b>
Antropometria: peso, altura, altura sentado, estadiamento de Tanner
Laboratório: FSH, LH, estradiol (meninas), testosterona (meninos)
<b>A cada ano</b>
Laboratório: função hepática/renal, lipídios, glicemia, insulina e Hb glicosilada
Densitometria óssea e idade óssea (raios X da mão esquerda)

Extraído da referência 5



Aos 16 anos, se o adolescente continuar com o desejo de mudança de sexo, a puberdade do gênero oposto será induzida conforme protocolo de indução da puberdade do gênero desejado, demonstrado na tabela 2. Utiliza-se uma crescente e gradual concentração de esteroide sexual cruzado (oposto), que induzirão a puberdade do gênero desejado. O análogo LHRH deve ser continuado até a realização da gonadectomia cirúrgica definitiva.

Para os meninos, a puberdade feminina será induzida com uma dose de 05 µg/Kg/dia de 17 β estradiol oral diária, aumentada a cada 6 meses de 05 µg/Kg/dia. Aos 18 anos será dada a dose de adulto: 2 mg/dia.

Para as meninas, a puberdade masculina será induzida com ester de testosterona, começando com 25 mg/m<sup>2</sup> a cada 2 semanas IM, aumentando a cada 6 meses a dose de 25 mg/m<sup>2</sup>. A partir de 18 anos, a dose de 250 mg a cada 3-4 semanas <sup>6</sup>.

**Tabela 2. Protocolo de indução da puberdade do sexo desejado**

<b>Sexo feminino (17 β estradiol oral – aumento da dose a cada 6 meses)</b>
05 µg/Kg/dia
10 µg/Kg/dia
15 µg/Kg/dia
20 µg/Kg/dia
Dose do adulto = 2 mg/dia
<b>Sexo masculino (testosterona IM – aumento da dose a cada 6 meses)</b>
25 mg/m <sup>2</sup> /2 semanas
50 mg/m <sup>2</sup> /2 semanas
75 mg/m <sup>2</sup> /2 semanas
100 mg/m <sup>2</sup> /2 semanas

Extraído da referência 5





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O protocolo de seguimento do desenvolvimento puberal é semelhante ao da supressão da puberdade, apenas acrescido de avaliações tardias. Aos 25-30 anos para o monitoramento do desenvolvimento ósseo.

Assim, a tendência mais atual para o transtorno de identidade de gênero é iniciar a intervenção hormonal o mais precoce possível, quando dos primeiros sinais da puberdade (estádio Tanner 2). Recomenda-se então começar a supressão puberal aos 12 anos com análogos LHRH. O adolescente não experimentará os efeitos alienantes das transformações corporais na direção do gênero indesejado e o tratamento é reversível, ou seja, com a parada da medicação a puberdade sexual de nascimento se desenvolverá.

### **Considerações éticas**

É princípio que os adolescentes e pré-adolescentes devem, a fim de prover consentimentos válidos, receber todas as informações possíveis sobre tratamentos, incluindo os riscos de cada estágio terapêutico <sup>5</sup>. Além de seus consentimentos, deve haver o consentimento dos pais e a obediência à legislação pertinente.

É princípio também que ao julgar a conveniência da supressão hormonal da puberdade como uma primeira fase, embora reversível, do procedimento de mudança de gênero, não se deve ter consciência apenas das consequências da intervenção em conta, mas das consequências da não intervenção, com todos os efeitos deletérios psicossociais envolvidos, podendo o médico, por objeção de consciência, recusar fazer o procedimento.

No campo do tratamento do jovem adolescente, pode ser que o adágio “*in dubio abstine*” necessite ser considerado. Principalmente quando do conhecimento de que a disforia de gênero pode ser evitada ou atenuada com a intervenção hormonal precoce <sup>9</sup>.

Consciente do potencial danoso da não intervenção na fase pré-adolescência e adolescência (disforia de gênero com todas as suas consequências psicossociais), a não disponibilidade de cuidados e tratamento pode ser questionada no campo da ética e, obviamente, no campo legal <sup>9</sup>.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### **Da resposta ao consulente**

Baseado na literatura científica visitada e nos regramentos postos nas resoluções do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e do Conselho Federal de Medicina, este parecer propõe:

- o adolescente com transtorno de identidade de gênero deve ser assistido em centro dotado de estrutura que possibilite o diagnóstico correto e a integralidade da atenção de excelência, que garanta segurança, habilidades técnico-científicas multiprofissionais e suporte adequado de seguimento;
- essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível, iniciando com intervenção hormonal quando dos primeiros sinais puberais, promovendo o bloqueio da puberdade do gênero de nascimento (não desejado);
- aos 16 anos, persistindo o transtorno de identidade de gênero, gradativamente deverá ser induzida a puberdade do gênero oposto. Para os jovens, a administração de 17  $\beta$  estradiol oral (hormônio feminino) e para as jovens, a de testosterona intramuscular (hormônio masculino), conforme os protocolos detalhados no corpo deste parecer.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2013

**LÚCIO FLÁVIO GONZAGA SILVA**

Conselheiro relator



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## Referências bibliográficas

1. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39(2):499-513.
2. Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, 2007; Guilford Press.
3. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008; 44:34-45.
4. de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; 8(8): 2276-83.
5. Hembree WC, Cohen\_Kettenis P, Dekemare-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3<sup>rd</sup>, Spack NP et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94(9):3132-54.
6. Baudewijntje PC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Endocrinology* 2011;7: 466-72.
7. Chipkevitch E. Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. *J Pediatr* 2001;77(Supl 2): S135-42.
8. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:246-8.
9. Cohen-Kettenis, Henriette A, de Waal Delemarre-van, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med* 2008;5:1892-7.
10. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol* 2006;155:S131-7.
11. Eli Coleman (Committee chair) and members. *Standard of care for the health of transsexual, transgender and gender nonconforming people*. The world professional association for transgender health. 7<sup>th</sup> version, 2012.