

■ Relato de experiência

Singularização dos cuidados de pessoas trans durante o envelhecimento: sugestões de prevenção e controle de riscos e agravos

Singularization of care for trans people during aging: suggestions for preventing and controlling risks and injuries

Ísis Gois^[1,2], Alícia Krüger^[1], João Guimarães Ferreira^[1,2], Camillo de Souza Miranda Lima^[2], Isabela Luísa Gonçalves Correia^[2], Matheus Brandão Vasco^[2], Natalia Tenore Rocha^[2], Magnus R. Dias da Silva^[1,2]

^[1]Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-graduação em Endocrinologia e Metabologia | São Paulo, Brasil

^[2]Universidade Federal de São Paulo, Hospital Universitário II, Ambulatório do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina (Núcleo TransUnifesp) | São Paulo, São Paulo, Brasil

■ Autor para correspondência

Magnus R. Dias da Silva

E-mail: mrdsilva@unifesp.br

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 669, 11º andar, CEP: 04032-032. São Paulo, São Paulo, Brasil

■ DOI

<https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.38973>

■ Edição temática

Volume 20 – Número 220 – Ano 2023

■ Resumo

Introdução: Estima-se que a população trans idosa também tenha crescido com base no aumento da população idosa acima de 60 anos segundo o IBGE em 2021. Além disso, pessoas trans e travestis possuem vivências diversificadas com relação à saúde sexual e aos recursos para modificação corporal. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre as principais demandas de saúde das pessoas trans idosas atendidas pelo ambulatório do Núcleo TransUnifesp (NTU), ressaltando-se os manejos específicos ofertados e elaborados a partir da prática de cuidado desenvolvida por uma equipe de saúde especializada. **Resultados:** Observou-se que 1,92% das 260 pessoas trans cadastradas no NTU tinham idade acima dos 60 anos. Dentre as principais demandas, destacamos: 1) a busca pelo acompanhamento especializado, 2) a necessidade de apoio psicossocial, 3) manter o uso de hormônios de maneira segura, 4) conseguir relatórios multiprofissionais para cirurgias, 5) laserterapia para epilação e, 6) ampliar o acompanhamento em saúde integral, tais como para prevenção de câncer de próstata e mama. Observamos também a necessidade de realizar acompanhamentos específicos com relação a hormonização para pessoas que realizaram ou não a gonadectomia, atentando para a promoção, prevenção e tratamento das condições ósseas e cardiometabólicas de pessoas trans agravadas com o envelhecimento. Além disso, verificamos a necessidade de valorizar o aspecto de que pessoas idosas podem ter uma vida sexual ativa, sendo necessário aprofundar esse conjunto de cuidados de promoção da saúde sexual e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis, assim como assistir pessoas trans idosas que vivem com HIV, atentando-se para as interseccionalidades, como as condições sociais e o acesso a uma alimentação adequada. **Conclusão:** as pessoas trans idosas apresentam demandas específicas de cuidado, a partir das quais deve ser construída uma linha de cuidado transdisciplinar visando a um envelhecimento mais saudável e feliz.

Palavras-chave: pessoas trans, idosa, envelhecimento, saúde, cuidado, saúde sexual.

■ Nossa população trans está conseguindo envelhecer com saúde?

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua), divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, o número da população geral brasileira com mais de 30 anos atingiu 56,1% do total (212,7 milhões de pessoas), enquanto o número de jovens abaixo dessa faixa etária caiu 5,4%, indicando, assim, um envelhecimento mais acelerado na última década. Verificou-se, portanto, que a população com mais de 60 anos passou de 11,3% em 2012 para 14,7% (31,2 milhões) em 2021.¹

Considerando esse ritmo de crescimento por mais três décadas, a população idosa – aqui considerada acima de 60 anos – crescerá proporcionalmente e demandará do Estado uma revisão de políticas públicas que assistam essas pessoas visando ao envelhecimento saudável, como previsto no Estatuto da Pessoa Idosa.²

Nesse contexto, estaria a população trans idosa também refletida nesse aumento? Certamente sim, ainda que saibamos que, infelizmente, essas pessoas vivem menos por serem vítimas de violência de gênero. Aquelas que atingem os 35 anos³ carregam marcas de diversos agravos sofridos que sintetizam as múltiplas vulnerabilidades e, por conseguinte, demandarão das equipes de saúde um olhar mais acolhedor e singular, tendo em vista suas necessidades específicas.

Depois da redemocratização, as vulnerabilidades de ordem social e sanitária têm sido enfrentadas graças ao debate e construção de políticas públicas específicas e, no caso da população trans em 2013, pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT),⁴ com a qual se reforça que o direito à saúde inclui os direitos sociais e que, para sua completa efetivação, a Constituição brasileira vinculou estrategicamente a saúde ao Sistema de Seguridade Social.

Dessa forma, o desenvolvimento social passou a ser considerado condição basilar para a integralidade em saúde. A população idosa deve ser igualmente considerada entre as ações de ampliação do acesso e serviços de qualidade. Mais especificamente, dentre as competências do Estado quanto à implementação dessa política, destacamos duas:

VIII – elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

IX – elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS.

Ademais, a mesma PNSILGBT possui um objetivo específico, que visa ao cuidado integral das pessoas LGBT em todos os seus diferentes ciclos de vida, incluindo, justamente, a terceira idade:

X – oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT.

É importante ressaltar o papel dos movimentos sociais nesse processo, que se consolidou mais sistematicamente graças ao trabalho articulado com o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, celebrado durante o I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT.⁵ Outras parcerias foram e têm sido importantes, como aquela com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT) e das tratativas com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para garantir o acesso à integralidade do cuidado pelo SUS para toda a população trans.

Neste artigo, descreveremos as principais demandas observadas quando do acolhimento de pessoas trans idosas no Ambulatório do Núcleo TransUnifesp e discutiremos de forma propositiva sugestões de recomendações que reconhecemos como as mais importantes para subsidiar a construção de políticas públicas que visem ao aprimoramento e à resolutividade do atendimento de pessoas trans idosas na rede de atenção primária e especializada do SUS.

■ Principais demandas da pessoa trans idosa usuária do SUS

Em uma pesquisa realizada no ambulatório do Núcleo TransUnifesp em 2021 com 90 (60%) das 150 pessoas trans cadastradas à época, 51,1% eram homens; 37,7%, mulheres; 5,5%, travestis; e 8,8%, pessoas não binárias e de outras formas de identificação, cuja média de idade era de 31 anos. Essa frequência foi similar à encontrada em pesquisa realizada no município de São Paulo pelo CEDEC,⁶ indicando que apenas 10% da população trans entrevistada tinha idade maior do que 45 anos, ou seja, a estatística de pessoas trans idosas continua desconhecida.⁷

Com base na consulta do banco de dados de cadastramento de pessoas trans em nosso serviço (ambulatório do NTU), observamos uma taxa aproximada de 1,92% (5/260) de pessoas trans idosas (> 60 anos) atendidas nos últimos cinco anos (2017 a 2022).

Dentre as principais demandas de pessoas idosas, podemos destacar:

- Poder manter o atendimento com profissionais da saúde mais experientes;
- Ampliar a rede de apoio psicossocial;
- Continuar a hormonização com esquema mais seguro, que não interfira na libido nem gere ganho de peso;
- Obter uma avaliação ou relatório multiprofissional para seguir com o agendamento de cirurgias, principalmente as de mama (mamoplastia de aumento e de redução) e genital (genitoplastia);
- Fazer a prevenção para câncer de mama e próstata quando alertadas pela mídia, amigos e familiares;
- Fazer epilação a laser;
- Acompanhar condições específicas, como distúrbios de humor, ansiedade, diabetes, hipertensão e dislipidemia.

Compilamos as principais questões demandadas pelas pessoas idosas que buscaram nosso serviço e, assim, listamos as recomendações compartilhadas pela equipe interdisciplinar em saúde, resumidas no quadro abaixo.

Pessoa idosa	Principais questões demandadas	Recomendações da equipe de saúde
1	Declara-se mulher trans, 66 anos. Deseja fazer hormonização com acompanhamento profissional e aumentar as mamas. Apresenta história de hormonização por conta própria há 30 anos (com diversos esquemas) e carga tabágica de 40 anos-maço.	Foi reconhecida a história de superação e resistência, além de valorizar sua iniciativa por buscar hormonização com acompanhamento profissional, tendo em vista sua idade. Foram recomendadas estratégias de redução de danos relacionados à carga tabágica. Devido ao tabagismo, não foi recomendado manter estrogenerioterapia pelo risco tromboembólico associado. Foi recomendado antiandrógeno à base de espironolactona, para manter o controle de pilificação facial.
2	Declara-se homem trans, 68 anos. Busca atendimento para fazer mamoplastia de redução ("masculinizadora") e iniciar hormonização com testosterona. História de anemia crônica não investigada, sobrepeso e instabilidade de humor. Nunca usou hormônios. Amenorreia aos 49 anos.	Foi reforçado o benefício de corrigir a anemia antes da mamoplastia redutora. Foi também recomendado manter o sulfato ferroso e iniciar a hormonização antes da cirurgia. Optou-se por prescrever undecilato de testosterona (1000 mg/1 ampola, inicialmente a cada três meses, podendo ser ampliado para 4-6 meses, uma vez que se encontra amenorreico. Foi também discutida a alternativa de testosterona em gel (5 g/dia), mas, como não teria como manter financeiramente por longo prazo, foi combinado manter o que havia disponível no SUS. Orientado sobre aumento do risco cardiovascular, devido à idade, e evolução para eritrocitose quando do uso prolongado de testosterona sem acompanhamento clínico.

continua

Pessoa idosa	Principais questões demandadas	Recomendações da equipe de saúde
3	Declara-se mulher trans, 67 anos. Busca reduzir e controlar melhor os pelos faciais e alopecia sem o uso de hormônios para não prejudicar a libido. Foi diagnosticada com diabetes e hipertensão há 11 anos, mas em uso irregular das medicações prescritas.	Foi valorizada sua história de pessoa trans em busca por mais cuidado em saúde, ocasião em que foi reforçada a importância de fazer um bom controle da pressão e glicemia. Foi recomendada epilação a laser, próprio para pele pigmentada, e iniciada a espironolactona (50-100 mg). Além disso, foi indicado, depois de 6 meses, avaliar a introdução de finasterida 1 mg/dia se ainda necessária. Foi reforçado o uso regular da metformina para controle da disglucemia.
4	Declara-se mulher de 73 anos. Deseja renovar a prótese de mama, fazer revisão da cirurgia vulvovaginal feita (há 50 anos) e, se possível, retomar o uso de estrogênio para melhorar a pele e o ressecamento do canal vaginal. Tem antecedente de hipertensão arterial e tromboembolismo profundo (ilíaca), em anticoagulação há 15 anos.	Foi reconhecida a trajetória de dificuldades e de luta enfrentadas como pessoa trans para reconhecimento de direitos como cidadã. Foi avaliada pela cirurgia plástica, que recomendou cirurgia na região da vulva, após controle clínico adequado. Foram sugeridas a ultrassonografia de mama e a avaliação para troca de prótese mamária. Recomendou-se seguir com a medicina vascular para avaliar a necessidade de anticoagulação contínua. Iniciada a aplicação de promestriene de uso vaginal e 3 mg/dia de estradiol transdérmico (gel).
5	Declara-se homem trans, 65 anos. Usuário relatou diversas intervenções cirúrgicas genitais (5 vezes) e de mama (2 vezes) feitas de forma clandestina. Atualmente, deseja manter a hormonização com testosterona, que sempre fez por conta própria, e fazer uma avaliação ginecológica, que não fazia desde a última cirurgia de neofaloplastia, sem sucesso, há 14 anos.	Foi valorizada a experiência dele como pessoa trans sem acesso aos equipamentos públicos de saúde, assim como do reconhecimento de seus direitos como cidadão. Foi recomendado aumentar o intervalo de uso do undecilato de testosterona de 15 para 18 semanas em virtude do hematócrito de 51%. Usuário compreendeu a importância de manter a testosterona em dose mais baixa, embora quisesse tomar somente quando sentisse sintomas associados à "menopausa/andropausa". Ele foi convidado para participar das discussões de grupo, tendo em vista sua longa trajetória como homem trans.

Tem-se percebido, não somente no ambulatório do NTU mas também em outros centros internacionais, que as pessoas LGBTI mais maduras tinham mais dificuldades em manter a saúde física e mental à medida que envelheciam e se tornavam mais dependentes de equipamentos públicos de saúde. No entanto, quando disponível, o suporte social para orientação de busca e matriciamento apareceu como fator protetor.⁸⁹

■ Práticas e recomendações sobre prevenção e controle de riscos e agravos para pessoas trans durante o envelhecimento: singularização dos cuidados

Depois de observar as pessoas trans idosas em nosso serviço por equipe com atuação transdisciplinar, apresentamos sugestões de seguimento com enfoque na promoção de saúde integral.

■ **Acolhimento e seguimento singularizado da pessoa trans idosa: desfazendo a lógica dos diagnósticos compulsórios durante o envelhecimento.**

Além dos desafios comuns associados ao envelhecimento, como a experimentação de limitações cognitivas e físicas, perda de amigos e redes sociais e questões de fim de vida,¹⁰ populações minoritárias enfrentam dificuldade adicionais relacionadas a estigmas e discriminações ao longo da vida. São esses estresses crônicos, adicionais aos comuns da vida cotidiana e àqueles mais específicos de cada minoria, chamados estresse de minoria, que irão gerar um prejuízo na saúde mental de pessoas idosas trans.

Considerar essas especificidades é fundamental, pois várias demandas, também específicas, surgem daí. O estresse experienciado por um idoso trans que teme ser institucionalizado e precisa de auxílio para higiene pessoal, expondo seu corpo, por exemplo, não é vivenciado da mesma forma por seus pares cisgêneros e tem um grande impacto na aceitação de cuidado e, por conseguinte, na promoção de saúde desse indivíduo.

Ademais, de modo geral, os estresses de minoria implicam aumento de riscos em saúde mental, tendo as populações mais expostas a eles, maiores índices de transtornos ansiosos, transtorno depressivo maior, tentativas de suicídio e suicídios consumados, transtorno de estresses pós-traumático e por uso de substâncias.^{11,12}

Outra demanda, que aparece junto do envelhecimento geral da população, é o aumento do número de pessoas idosas que desejam iniciar sua transição de gênero, principalmente relacionada ao ambiente social hostil em que viveram no passado. Um estudo realizado nos Estados Unidos com 6.400 participantes mostra que 70% das pessoas trans idosas atrasaram sua transição de gênero por medo da discriminação no trabalho¹⁰ e que, ao se sentirem mais seguras no ambiente atual, buscam os serviços de saúde para iniciar seu processo de transição.

Além da gravidade e do número de estressores vivenciados, o tempo de exposição a eles também impacta diretamente nos riscos em saúde mental. Crianças que vivem em variabilidade de gênero e que têm suas identidades de gênero respeitadas têm os mesmos riscos de adoecer mentalmente que qualquer outra criança de sua faixa etária,¹³ mas adultos que passam a receber respeito ao seu nome social e gênero, apesar da melhora dos índices em saúde mental, não os igualam aos da população geral. Isso nos faz compreender que o desafio de alcançar a redução de riscos na população trans idosa passa por uma abordagem mais ampla e interseccional.

Ademais, no Brasil, indivíduos com mais de 65 anos representam o estrato da população com maior índice de suicídio.¹⁴ Depressão e ansiedade também são problemas de saúde mental comuns e negligenciados nessa faixa etária. O aumento da incapacidade funcional, da

mortalidade, da utilização dos serviços de saúde e fatores sociais são aspectos relacionados a esses índices.⁵ Para idosos trans, além desses fatores comuns, o histórico de alijamento do sistema educacional e do mercado de trabalho, a desconsideração de suas identidades e sexualidades, o não respeito às suas identidades e o afastamento dos serviços de saúde aumentam ainda mais os riscos.

Pessoas trans idosas experimentam ainda uma dupla vivência de exclusão: não são acolhidas pelo grupo de jovens LGBT nem pelo de idosos cisgênero e heterossexuais. Ainda assim, poucos estudos se voltam para pessoas trans idosas e os serviços de saúde em geral se mostram despreparados para lidar com as especificidades e interseccionalidades dessa população. Além do relato de discriminação nos ambientes de saúde apresentados por idosos trans, muitos serviços não consideram as vivências de racismo, sexismo, transfobia, etarismo, classicismo etc., de forma conjunta e não estratificada.¹²

É importante lembrar que as primeiras tentativas de classificações médicas relacionadas à transgeneridade surgem nos primeiros anos do século XX, pautadas na ideia de que ser trans era ter uma doença mental cujo tratamento dependia das modificações corporais, e as cirurgias genitais eram imprescindíveis para tal e que o acesso aos cuidados de saúde só acontecia após um diagnóstico da patologia para aqueles que eram considerados “transexuais verdadeiros”.⁴ Para aqueles que não se enquadravam nesses critérios criados à revelia da pluralidade humana, restavam o repúdio, o ostracismo e o abandono em saúde.¹⁵

Apenas em 2018, com a publicação da CID-11, a medicina passa a, oficialmente, reconhecer que ser trans não é uma patologia mental, mas sim uma condição humana¹⁶ e, portanto, com apresentações e desejos variáveis de indivíduo para indivíduo. Portanto, pessoas trans que hoje têm mais de 60 anos passaram sua vida sob o olhar social e médico de que a identidade de gênero trans era uma doença mental.

Muitos daqueles que passaram pela transição quando mais jovens tiveram experiências negativas com psiquiatras e psicólogos e foram expostos a psicoterapias cujo foco era validar procedimentos médicos não dando espaço para que essas pessoas pudessem trabalhar os desafios da vida.¹² E, mesmo para aqueles que têm de iniciar o acompanhamento de saúde após os 60 anos, o cuidado segue desafiador. Afinal, marcas do medo de serem vítimas da patologização do cuidado, a ideia de que estariam sucumbindo ao sistema contra o qual tanto lutaram, a dificuldade de reconhecer quando reais demandas de saúde mental lhes aparecem e o medo de serem novamente estigmatizados, agora por conta da psicofobia, persistem e por vezes se sobrepõem.

Esse contexto favorece o sentimento de aversão de muitos desses idosos em aceitar apoio e acompanhamento em saúde mental, principalmente psiquiátrico, tornando necessários, muitas vezes, mais tempo e cuidado para a efetivação de um vínculo terapêutico com essa população. Por tudo isso, o desafiador cuidado em saúde mental da população trans idosa perpassa por acolher os medos e preocupações desses indivíduos, considerando o contexto patologizante e discriminatório sobre o qual construíram suas existências como pessoas trans, as dificuldades de acesso impostas às pessoas idosas em geral e avaliando as nuances individuais e sociais, cognitivas e de saúde geral, a fim de fazer com que elas se sintam seguras para receber cuidado, sem que isso interfira na sua preciosa autonomia identitária, e dispor do apoio necessário para ter saúde.

■ **Promovendo uma alimentação saudável e adequada à idade visando à redução de agravos**

A alimentação é um direito humano fundamental e tem como um de seus componentes a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), definida como o acesso regular a uma alimentação adequada e saudável em quantidade suficiente e com qualidade e variedade. A população trans, em geral, é de risco à insegurança alimentar.¹⁷ No Brasil, um estudo exploratório indicou que 68,8% dessa população apresenta algum grau de insegurança alimentar.¹⁸

Uma alimentação adequada e saudável para pessoas trans idosas deve considerar não somente uma dietoterapia específica a uma patologia de base ou orientações nutricionais de promoção e prevenção de saúde associada à cultura alimentar, mas também aspectos de gênero, idade e, portanto, interseccionalidade. Todos esses fatores afetam o acesso, em quantidade e qualidade, à alimentação.¹⁹ Com isso, aspectos sociais, financeiros e psicológicos devem constar em uma anamnese nutricional para que essas necessidades possam ser avaliadas. Como, por exemplo, se um caso com insegurança alimentar associada à baixa renda for identificado, o contato com um assistente social ou a indicação de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no território da pessoa atendida deve ser prioritariamente abordado. Ou, em um caso de comportamento alimentar desordenado, verificar a necessidade de um cuidado em psicoterapia conjuntamente.

Uma alimentação adequada e saudável para pessoas trans idosas também deve ser individualizada e associada com a utilização dos alimentos como recurso protetor às doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) quando verificados fatores de riscos e/ou utilização de recursos de modificação corporal¹⁹ que possam comprometer a saúde, como, por exemplo, em indivíduos que foram submetidos à gonadectomia e que apresentam, portanto, maior risco para osteopenia, osteoporose e sarcopenia. Dessa forma, a utilização de documentos como

o “Guia Alimentar para a População Brasileira”²⁰ em associação à dietoterapia individualizada para pessoa trans idosa é essencial.

■ **Instituindo uma hormonização orientada à pessoa trans visando a um envelhecimento saudável**

É conhecido o papel primordial da hormonização cruzada quanto às modificações corporais demandadas pelas pessoas trans. Infelizmente, a literatura ainda é escassa em relação a dados de segurança na hormonização de indivíduos trans maduros, o que dificulta o estabelecimento de recomendações firmes nesse grupo populacional. Grande parte do que é sugerido para pessoas idosas trans representa uma extrapolação de dados obtidos de pessoas cisgênero submetidas à reposição de esteroides sexuais na condição de hipogonadismo, sendo uma recomendação, a priori, bastante passível de críticas e de revisões constantes.²¹

■ **Perspectivas de hormonização continuada para homens trans e pessoas transmasculinas idosas**

Homens cisgênero (cis) são tratados com testosterona quando há diagnóstico de hipogonadismo por disfunção testicular primária ou secundária a distúrbios hipotálamo-hipofisários. Nesses, os níveis de testosterona caem com a idade, cerca de 0,4% ao ano, dos 40 aos 79 anos, segundo dados do *European Male Aging Study* (EMAS). Dos 70 a 79 anos de idade, cerca de 5% dos homens cis têm sintomas de hipogonadismo, tais como disfunção sexual, diminuição de massa muscular (sarcopenia), osteoporose e baixa energia física, associados a níveis baixos de testosterona. Na população de homens cis idosos com testosterona baixa e sintomáticos, a reposição de testosterona tem efeitos positivos na libido e efeitos positivos modestos na *performance* física, caracterizada pela força muscular e resistência aeróbica. No entanto, há controvérsia com relação ao possível aumento de risco de eventos cardiovasculares em homens idosos cis tratados com testosterona, o que poderá ser mais bem esclarecido com estudos prospectivos com poder estatístico adequado.²²

Assim como nos homens cis, a hormonização de homens trans se baseia no uso de ésteres de testosterona aplicados por via intramuscular ou, ainda, de géis de testosterona aplicados por via transdérmica.²³ A testosterona administrada em homens trans acarreta aumento discreto da pressão arterial sistólica, de 2 a 7 mmHg.²⁴ Tal incremento pode ser ainda mais significativo em pessoas acima dos 60 anos de idade, as quais já experimentam aumento da pressão arterial sistólica relacionado à idade.

A utilização de testosterona em homens trans também acarreta uma modificação desfavorável do perfil lipídico, com aumento do colesterol LDL, redução de HDL e aumento dos triglicerídeos.²⁵

Outro efeito observado em homens trans idosos em hormonização que merece atenção é o aumento do hematócrito. Trata-se de um achado comum, dose-dependente, detectado nos primeiros 12 a 30 meses de uso, com estabilização desse período em diante. No entanto, o tromboembolismo é um evento muito raro nesses casos. Para o controle desse risco, recomendam-se hidratação, cessação do tabagismo e mudança do estilo de vida, principalmente se o hematócrito estiver acima de 52%.

A condução da hormonização em homens trans idosos deve ser individualizada. Existe, conforme mencionada, uma combinação de modificações potencialmente desfavoráveis que podem incorrer no aumento de risco de eventos trombóticos, como infarto, AVC e tromboembolismo venoso. Ainda não dispomos de estudos de coorte em homens trans idosos com tempo suficientemente longo para determinar o impacto da hormonização em si e verificar a incidência de tais efeitos adversos. Dessa maneira, precisamos utilizar as melhores evidências de que dispomos.

Nesse sentido, reconhecendo que o grupo idoso é mais suscetível a desfechos cardiovasculares, é sugerida uma redução gradual da dose de testosterona conforme avança a idade para manter níveis de testosterona plasmáticas mais próximos do limite inferior da faixa de normalidade, ainda que definida para homens cis. De forma alternativa e, caso a hormonização seja iniciada em idade madura, recomenda-se a utilização de doses baixas de testosterona. A presença de eritrocitose (hematócrito > 50%) e o histórico de insuficiência cardíaca são outros fatores que devem determinar a redução da dosagem de testosterona em homens trans. Parece consenso que no caso da pessoa trans com antecedentes prévios de infarto ou AVC o cuidado com o uso de testosterona deve ser reforçado, ainda que não sejam contraindicações absolutas. Na ocorrência de IAM durante a hormonização, a suspensão da testosterona deve ser considerada durante o mínimo de seis meses. Outros fatores de risco para doença cardiovascular, como o tabagismo, a hipertensão arterial e a dislipidemia, devem ser considerados na decisão de hormonização em homens trans maduros.

Em homens trans que realizaram ooforectomia, a suspensão total da testosterona jamais deve ser feita sem monitoramento e alternativas terapêuticas para proteção óssea, como o uso de antirreabsortivos ósseos, mesmo em idade avançada, por causa do risco de perda óssea acelerada e osteoporose. A presença de útero também não representa um obstáculo na hormonização de homens trans maduros, haja vista a raridade do câncer de endométrio

em homens trans. Com relação ao câncer de mama, cuja incidência também é muito baixa, recomenda-se, após a mastectomia, se já não realizada anteriormente dentro do processo de mudanças corporais, o uso de doses mínimas de testosterona em gel em doses baixas (5g 2 vezes por semana), para evitar o aumento de estrógeno por aromatização da testosterona.

Para a redução da dose de testosterona, o cipionato de testosterona IM pode ser reduzido à metade da ampola, ou seja, 100mg, ao passo que o undecilato de testosterona pode ter o intervalo entre doses alongado para 14-18 semanas. A aplicação do gel de testosterona é outra boa opção nos casos que evoluem com eritrocitose nessa idade, devendo ser avaliado com mais frequência, inclusive para outros fatores concorrentes como tabagismo, apneia do sono e pneumopatias crônicas.

■ É seguro manter a estrogenização para mulheres trans idosas?

Partindo-se das recomendações em mulheres cis, como preconizado pela *North American Menopausal Society* (NAMS), a terapia de reposição hormonal na pós-menopausa cis está indicada para a melhora dos sintomas vasomotores e gêrito-urinários, sendo também uma medida importante para a proteção óssea. Na população cis, a reposição de estrógenos na pós-menopausa só é indicada para as pessoas com menos de 60 anos, idade além da qual o risco de desfechos cardiovasculares como IAM e tromboembolismo venoso estão aumentados, e nas quais a menopausa ocorreu há menos de dez anos.

Mulheres trans utilizam, habitualmente, estrógenos e antiandrógenos para as suas mudanças corporais.²⁶ De maneira geral, os estrógenos, particularmente administrados por via oral, concorre para mais desfecho trombogênico. Tal preocupação passa a ser ainda mais importante em mulheres trans maduras, sobretudo se houver histórico de trombose venosa anterior, trombofilia de causas genéticas, ou outros fatores de risco, como obesidade, sedentarismo e tabagismo. Com relação à formulação, o valerato de estradiol ou estradiol micronizado por via oral são boas opções, mas os estrógenos de uso transdérmico, pela ausência de primeira passagem hepática, não interferem em proteínas da coagulação e, assim, são os mais aconselhados nas mulheres trans maduras.²³

Na ausência de estudos prospectivos de longa duração, recomenda-se para mulheres trans acima de 45-50 anos, particularmente para aquelas que apresentam risco cardiovascular e/ou tromboembólico elevado, o uso exclusivo de estradiol por via transdérmica, em baixas doses, por exemplo, 17 β -estradiol 0,75 mg/dia (um pump/dia) ou 25 μ g/dia (um adesivo 2 vezes por semana). Tais recomendações são igualmente válidas para mulheres trans que iniciam

hormonização muito tardiamente, ou seja, após os 50 anos. Aquelas que já tomavam estrógeno em maior dose (4-6 mg/dia) devem ser orientadas para redução e, sempre que possível, mudar para transdérmico também. Com relação aos antiandrógenos, a ciproterona está contraindicada para pessoas trans idosas, visto ser muito mais trombogênica, além de reduzir os níveis de colesterol HDL (protetor). Portanto, havendo necessidade de redução de sinais androgênicos, como pelos faciais e corporais, recomenda-se a utilização da espironolactona, na dose de 100 a 200 mg/dia, ou mesmo a epilação por laser.

Há que se considerar, na decisão do tempo de manutenção da estrogênioterapia em mulheres trans, o desejo dessas mulheres sobre os efeitos de modificação corporal, que podem não ser os mesmos de mulheres trans mais jovens. Para tanto, como alternativas ao estrógeno, recomenda-se a prótese mamária e de glúteos, por exemplo, sendo passível de suspensão do estradiol em dose feminizante, em tese.

A suspensão da estrogênioterapia deve ser considerada, da mesma forma, se o risco for muito elevado. Além da idade superior a 60 anos, já citada, a ocorrência de eventos cardiovasculares, como IAM ou AVC, e de tromboembolismo venoso, deve determinar a suspensão do uso desses de formulação para uso oral. A ocorrência de câncer de mama, assim como a história familiar e/ou mutações de genes com risco elevado, como BRCA1, desencoraja a manutenção da estrogênioterapia.

Finalmente, deve-se lembrar que, em mulheres trans que realizaram orquiectomia, o risco de perda óssea passa a ser um problema maior após a suspensão do uso de estrógenos na idade madura. Portanto, nesse contexto clínico, deve-se recordar a necessidade de avaliação com densitometria óssea, recomendar estradiol transdérmico sempre que possível, seguida da utilização de antirreabsortivos ósseos, como os bisfosfonatos, para proteção da massa óssea e prevenção mais efetiva de fraturas.

■ Assegurando os cuidados uroginecológicos para envelhecer com saúde

Sabe-se que o uso prolongado de testosterona ao longo da vida promove um processo de atrofia do canal vaginal de homens trans, situação que também ocorre com o avançar da idade. Visto que a atrofia pode causar alteração nos resultados de exames de rastreio oncológico do câncer de colo de útero, é necessário considerar o uso de estrogênio tópico via vaginal antes mesmo de realizar o exame ginecológico ou a coleta de material citológico da região. Para pessoas resistentes ao uso de estrogênio tópico, explicar a necessidade de repetição do exame após terapia estrogênica tópica, caso a amostra da primeira coleta seja insatisfatória.

Em pessoas que utilizam testosterona e mantêm práticas sexuais penetrativas, é importante considerar o uso de estrogênio tópico via vaginal, especialmente em caso de dor, sangramento, fissuras, ressecamento e desconforto na relação sexual. O estrogênio pode melhorar a lubrificação vaginal; além disso, deve-se alertar que o uso da substância tópica tem efeito sistêmico desprezível, que não implicará em alterações no resultado geral da terapia hormonal, mesmo na condição de dose de manutenção, e, certamente, promoverá uma melhor qualidade de vida.

Pouco se sabe sobre o efeito muito prolongado (> 10 anos) da testosterona sobre a incidência de displasias em células endometriais e eventual evolução para a neoplasia de endométrio. Assim como em mulheres cis, não existem protocolos para rastreio de câncer de endométrio bem consolidados no país, porém é de grande importância ressaltar que qualquer episódio de sangramento vaginal anormal deve ser investigado com exame de imagem, de preferência ultrassom transvaginal e, caso seja necessária, uma investigação complementar com histeroscopia.

É importante ressaltar que exames que requerem a manipulação do canal vaginal podem ser de extremo desconforto para a população em foco, portanto vale considerar realizar essa investigação diretamente com um exame histeroscópico sobre narcose, levando em conta os demais fatores de risco anestésico alto, como alergia à medicação, apneia obstrutiva do sono, doença pulmonar obstrutiva, asma, diabetes, doenças cardíacas, AVC prévio, doença renal, convulsão, pressão alta, obesidade, tabagismo e etilismo.

O rastreio para câncer de colo de útero também deve ter enfoque ginecológico para essa parcela da população tipicamente marginalizada. É de suma importância considerar os fatores que os afastam de um rastreio regular, dos quais os principais são o desconforto em realizar o exame físico e a coleta de material cervical para análise citológica. Para as pessoas que ainda possuem útero em uma idade avançada, é passível de se realizar a coleta da amostra por meio da autocoleta com material adequado e análise do material com PCR-HPV, de maneira a garantir a presença ou não do vírus. A partir de um resultado positivo, deve-se prosseguir com investigações mais precisas, ou, caso negativo, somente repetir o exame em 3 a 5 anos, de acordo com o fator de risco individual.

Em relação ao rastreio de câncer de mama, assim como nas demais áreas, faltam estudos específicos para este nicho populacional. Sendo assim, extrapolamos as situações presentes nos *guidelines* vigentes para rastreio em população cis. Em pessoas que realizaram mamoplastia redutora, fazendo uso ou não de testosterona, não há evidências que indiquem a necessidade de rastreio. Porém destaca-se que é preciso a individualização de cada

caso e, se houver algum sinal apresentado pelo paciente ou pelo exame físico, indica-se a investigação não mais com mamografia, e sim com ressonância magnética. Para aquelas pessoas que usam testosterona e não realizaram mamoplastia redutora (“masculinizadora”), indica-se pelas diretrizes brasileiras o rastreio com exame de mamografia a partir dos 50 anos de periodicidade bianual. Porém, é importante também ressaltar que muitos centros brasileiros já seguem as recomendações americanas de rastreio anual a partir dos 40 anos, como preconiza a Sociedade Brasileira de Mastologia.

Em pessoas que fazem uso de estrógeno, o rastreio de câncer de mama seguirá os principais *guidelines* hoje existentes, sob a mesma lógica de mulheres cis com mais de 40 anos que usaram o hormônio por mais de 5 anos; são eles: uma mamografia a partir dos 50 anos, repetindo o exame a cada 2 anos ou a partir dos 40 anos e repetição anual, a depender da referência como citado acima. A individualização do seguimento também deve ser considerada; em pessoas que realizaram mamoplastia de aumento com prótese, a mamografia deve ser realizada numa incidência específica, além das duas incidências padrão, para melhor avaliação do parênquima e pode ser necessário complementação com estudos de imagem mais detalhados, como a ressonância magnética.

Em mulheres que realizaram aplicação de silicone industrial (prática não recomendada para aumento de mamas), é muito comum a formação de fibrose e encapsulamento do material pelo organismo, formando nódulos, os siliconomas, que culmina com o desenvolvimento de um processo inflamatório crônico. Devido a essas nodulações, o exame físico das mamas fica bastante prejudicado para a identificação de nódulos iniciais e é impossível ter uma imagem clara do parênquima mamário em exames de imagem (mamografia e ultrassom). A complementação dos exames com ressonância magnética com contraste também se mostrou insuficiente, já que o processo inflamatório crônico aumenta a chance de um exame falso positivo. Infelizmente, o uso de silicone industrial para aumento das mamas dificulta o diagnóstico precoce do câncer de mama, o que acaba impactando diretamente na sobrevivência da pessoa. A única opção segura é a retirada do material por mastectomia (poupadora de pele nos casos em que for possível) com reconstrução com prótese, entretanto é bastante controverso e invasivo propor a retirada de mamas como um meio de evitar o câncer de mama em pessoas com mamas saudáveis.

Em relação ao uso de próteses mamárias, vale ressaltar a importância de desconsiderar essa possibilidade para mulheres trans e travestis de idade avançada que têm desejo de aumento mamário e têm alguma contraindicação para iniciar ou manter o uso de estrógeno. Essa é uma opção que pode contribuir com as mudanças corporais sem a exposição e aumento de risco para essas pessoas, portanto deve-se considerar caso a caso.

Para pessoas que realizaram a cirurgia de genitoplastia – neovulvovaginoplastia – não se preconiza rastreamento oncológico, uma vez que a incidência de infecção pelo vírus do HPV é muito baixa. Porém, como dito em muitos momentos do texto, o estudo amostral ainda é muito baixo, com poucos seguimentos de estudos científicos que valorizem essa questão específica. Portanto, é de se considerar o exame citológico em casos específicos, principalmente em pacientes com quadro de imunossupressão, seguindo as recomendações de rastreamento de câncer anorretal.

Cabe considerar também no acompanhamento para pessoas de idade avançada que realizaram vulvovaginoplastia o uso de dilatadores vaginais para manter o canal vaginal pérvio e funcional para que não ocorram desconforto e dor na prática sexual. Portanto, muitos dos cuidados uroginecológicos podem e devem ser direcionados para cada pessoa, reconhecendo-se, inclusive, às demandas de pessoas com identidade de gênero não binária.

Em relação à neoplasia de próstata na população trans feminina é sabido ser um evento muito raro. Entre os poucos casos reportados não se definiu se o câncer estava presente antes de iniciar a terapia hormonal.²¹ A incidência global de câncer de próstata (CaP) nessa população foi de 0,04% e 0,13% para indivíduos que iniciaram o tratamento hormonal após os 40 anos ou mais.²¹ Embora a ocorrência seja rara, o subdiagnóstico decorre provavelmente da falta de monitoramento adequado e a supressão do PSA devido à deprivação androgênica.²¹ Devido à baixa incidência de CaP identificado na população trans feminina, temos poucas evidências nas quais se baseiam as recomendações específicas de triagem. Atualmente a *Endocrine Society* recomenda o rastreamento com PSA e exame de toque retal anual acima dos 50 anos, ainda que não saibamos o valor do PSA que suspeitaríamos de CaP. No entanto, mesmo em casos em que a testosterona sérica esteja muito baixa, mas ainda apresente um valor de PSA > 1,0 ng/mL, devemos levantar a suspeita clínica e afastar esse diagnóstico.

■ Adequação da prevenção de IST em idosos(as) trans

A PNSILGBT prevê, por meio de seus objetivos específicos, garantia legal de melhoria do acesso, por pessoas trans, à linha de cuidado integral às infecções sexualmente transmissíveis (IST) – denominadas doenças sexualmente transmissíveis (DST) à época – e ao HIV/aids:

XI – oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas doenças sexualmente transmissíveis (DST), especialmente com relação ao HIV, à aids e às hepatites virais.

A prevenção combinada refere-se à associação de diferentes ações direcionadas à prevenção do HIV, nas dimensões biomédica, comportamental e estrutural. Essas ações são adotadas em nível individual e dos grupos sociais, e de acordo com o momento de vida de cada pessoa.²⁷

A mandala da prevenção combinada do HIV, do Ministério da Saúde (MS) demonstra quão dinâmica é a interação das diferentes estratégias de prevenção, sem que haja hierarquia entre elas. O próprio MS ressalta que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções. Diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam em conjunto com diferentes vulnerabilidades causadas por condições sociais, econômicas, culturais e políticas.

Dessa forma, deve-se ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões.²⁸

O envolvimento da pessoa no processo de decisão também é indispensável, cabendo a ela escolher de forma devidamente esclarecida o(s) método(s) que melhor se adequa(m) às suas condições e circunstâncias de vida, tendo como princípios norteadores a garantia de direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo.²⁷ Isso é ainda mais importante quando se trata de pessoas trans²⁹ e, mais especificamente, de pessoas trans idosas. A sexualidade na terceira idade é algo muito pouco discutido, inclusive no campo dos estudos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Pessoas trans idosas necessitam de medidas de prevenção adequadas à sua rotina e às suas necessidades. Como se sabe, o conforto posológico é algo crucial em relação à boa adesão a medicamentos, por idosos. Nesse sentido, adequações na rotina de uso de PrEP, por exemplo, com horários mais flexíveis para tomada do medicamento com outros medicamentos que já são usados diariamente por essa pessoa idosa – desde que não seja detectada interação medicamentosa entre eles – é fator de importante auxílio na melhor adesão à essa profilaxia. Ademais, ofertas de preservativo não devem ser moralizadas nessa faixa etária, pois a vida sexual de muitas pessoas é, ainda, bastante ativa. A camisinha constitui-se um importante método de prevenção de barreira que não previne apenas o HIV, mas também outras IST e até mesmo uma gravidez indesejada, caso essa pessoa, mesmo idosa, tenha alguma viabilidade de engravidar alguém ou mesmo de gestar.

No tocante às hepatites virais, uma triagem é sempre importante. Esse rastreio é fundamental sobretudo nas pessoas trans acima de 40 anos, dadas as precárias condições de

biossegurança em procedimentos médico-hospitalares e/ou ambulatoriais ou outros, utilizando agulhas e outros materiais perfurocortantes, anteriores à década de 1990. Em caso de resultado negativo, é importante ressaltar a necessidade de estabelecer o esquema vacinal completo para hepatite B e ofertar vacina para hepatite A, para pessoas que tenham relações sexuais anais ou ororais com maior frequência. Reforçar o uso de preservativos e da testagem regular é, também, uma importante medida de prevenção. Em caso de positividade para alguma hepatite viral, são fundamentais a orientação e o encaminhamento para tratamento e acompanhamento que são oferecidos pelo SUS.²⁷

Em suma, é importante ressaltar que o foco das ações de prevenção do HIV, das hepatites virais e de outras IST deve basear-se, sempre, no respeito à pessoa. Levar em conta que, mesmo idosas, as pessoas trans podem manter uma vida sexual ativa e satisfatória e que se torna ainda mais prazerosa quando realizada com prevenção bem orientada. O uso de drogas, o trabalho sexual e outros comportamentos inerentemente associados à juventude também podem ser a realidade de pessoas trans idosas. Assim, é necessário que as estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde, principalmente em relação à saúde sexual dessas pessoas, sejam realizadas de forma transdisciplinar.²⁷

■ Conclusão

Por serem os estudos com a população trans idosa escassos, o manejo clínico em saúde precisa se basear no relato das experiências clínicas de acompanhamento longitudinal desta população. Enfatiza-se a necessidade de avaliar a manutenção ou não da reposição hormonal durante o ciclo de vida da pessoa trans idosa, ponderando-se riscos e benefícios, vias de administração e posologia utilizada. Recomenda-se, portanto, ampliar o acesso aos recursos não hormonais de modificação corporal, como uso do laser, próteses e procedimentos cirúrgicos. Verificamos a necessidade de abordar e, assim, promover a saúde sexual dessa população idosa, atentando-se para as especificidades da prática sexual e proteção contra possíveis agravos, especialmente em mulheres trans que fizeram cirurgia genital. Vale ressaltar a necessidade de ampliar a escuta, compreender e manejar as demandas trazidas por esta população nos serviços de saúde a fim de reduzir a prática desassistida de modificações corporais prejudiciais à saúde, como a aplicação de silicone líquido industrial em diversas partes do corpo. Uma escuta qualificada é fundamental para a elaboração de uma linha ou uma rede de cuidados singularizados por parte dos profissionais de saúde. A população trans, mesmo com suas demandas particulares ou diante de limitações de saúde, goza do direito de um envelhecimento com mais qualidade de vida.

■ Referências

1. Agência IBGE Notícias. Pnad Contínua. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 22 jul. 2022.
2. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
3. Bortoni, L. Senado Notícias. Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional. Fonte: Agência Senado. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>. Acesso em: 20 jun. 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
6. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC). Mapeamento das Pessoas Trans no município de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo, 2021.
7. Diéguez CR, Rodrigues CC, Magri GR. Os desafios das políticas públicas para as pessoas trans: um olhar sobre os dados do 1º Mapeamento das Pessoas Trans do município de São Paulo.
8. Fredriksen-Goldsen KI, et al. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist*. 2013;53(4):664-75. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gns123>.
9. Fredriksen-Goldsen KI, Muraco A. Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature. *Res Aging*. 2010;32(3):372-413. doi: <https://doi.org/10.1177/0164027509360355>.
10. Carroll L. Therapeutic Issues with Transgender Elders. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. Mar. 2017 [citado em 29 nov. 2022]; 40(1):127-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0164027509360355>.
11. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice* [Internet]. Out 2012 [citado em 29 nov. 2022]; 43(5):460-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0029597>.
12. Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL. *Saúde LGBTQIA+*: práticas de cuidado transdisciplinar. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.
13. Olson KR, De Meules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics* [Internet]. 26 fev. 2016 [acesso em: 29 nov. 2022]; 137(3): e20153223. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>.

14. Aprahamian I, Forlenza OV, Radanovic M. *Neuropsiquiatria geriátrica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
15. Couto JC. Transexualidade: passado, presente e futuro [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto, 2013.
16. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
17. Poteat TC, Reisner SL, Miller M, Wirtz AL & American Cohort To Study HIV Acquisition Among Transgender Women (LITE) (2020). Vulnerability to COVID-19-related Harms Among Transgender Women With and Without HIV Infection in the Eastern and Southern U.S. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 85(4), e67-e69.
18. Gomes SM. Vulnerabilidade de pessoas transgênero à Insegurança Alimentar/Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2022.
19. Fergusson P, Greenspan N, Maitland L, Ruberdeau R. Towards Providing Culturally Aware Nutritional Care for Transgender People: Key Issues and Considerations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. v. 79, 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
21. Gooren LJ, T'Sjoen G. Endocrine treatment of aging transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* 2018, 19:253-62.
22. Bhasin S. Testosterone replacement in aging men: an evidence-based patient-centric perspective. *J Clin Invest*. 2021;131(4): e146607.
23. Coleman E, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1): S1-S259. Published 2022 Sep 6. doi: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
24. Irwig MS. Cardiovascular health in transgender people. *Rev. Endocr. Metab. Disord*. 2018; 19(3):243-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>.
25. Elamin MB, et al. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1-10.
26. Fischer AD, et al. SIGIS-SIAMS-SIE position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people. *Journal of Endocrinological Investigation* 2022, 45:657-73.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.
28. Rocon PC, et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface*, Botucatu, 2018; 22(64):43-53.
29. Bastos FI, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing Different Methods to Adjust Infection Rates of a Hard-to-Reach, Sparse Population. *Medicine*, 2018;97:16-24.

■ Contribuição dos autores

Camillo de Souza Miranda Lima: concepção e delineamento. Magnus R. Dias da Silva: concepção e delineamento, redação do manuscrito e revisão crítica intelectual. Natalia Tenore Rocha: concepção e delineamento. Alícia Krüger: redação do manuscrito. Isabela Luísa Gonçalves Correia: redação do manuscrito. Ísis Gois: redação do manuscrito e revisão crítica intelectual. João Guimarães Ferreira: redação do manuscrito. Matheus Brandão Vasco: redação do manuscrito.

■ Aprovação dos autores

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

■ Conflito de interesses

Sem conflito de interesse.

■ Financiamento

Sem financiamento.

■ Agradecimento

Somos gratos a todo o pessoal do atendimento e da recepção do Ambulatório NTU (no AMGF e HU2), inclusive da gerência de hospitalidade do Hospital São Paulo, nosso Hospital Universitário da Unifesp (HU/HSP). Também registramos nosso agradecimento aos/às residentes e profissionais voluntários/as das áreas da endocrinologia, enfermagem, cirurgia plástica, fonoaudiologia, ginecologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, serviço social, urologia, dermatologia, otorrinolaringologia e medicina da família e comunidade.

■ Como citar

Gois I, Krüger A, Ferreira JG, Lima CSM, Correia ILG, Vasco MB, Rocha NT, Dias-da-Silva M.R. Singularização dos cuidados de pessoas trans durante o envelhecimento: sugestões de prevenção e controle de riscos e agravos. Bepa [Internet]. 16º de junho de 2023 [citado 16º de junho de 2023];20(220):1-22.

Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38973>

■ Acesso aberto



■ Histórico

Recebimento: 01/12/2022 | Publicação: outubro de 2023