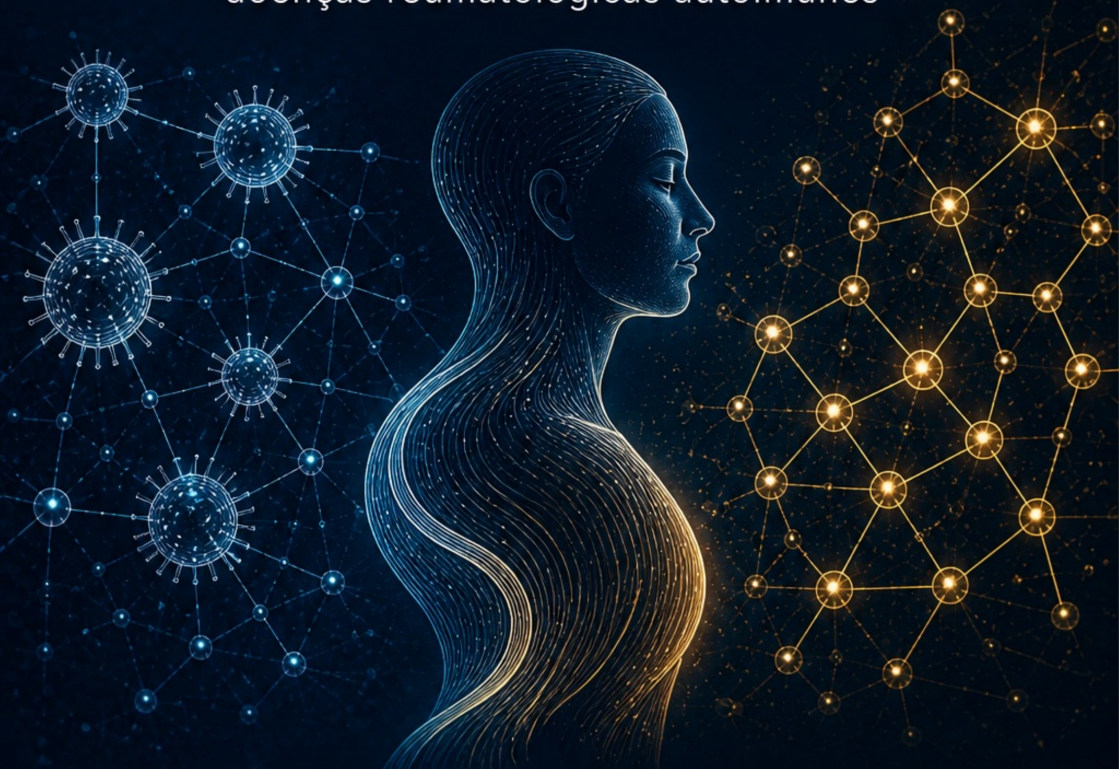


REUMATOLOGIA *para você*

Para pessoas trans com
doenças reumatológicas autoimunes



DR. VICTOR BERÇOT
— REUMATOLOGISTA —



DR. VICTOR BERÇOT
REUMATOLOGISTA

Reumatologia para você

Entender o corpo. Cuidar com segurança. Viver com autonomia.

Para pessoas trans com doenças reumatológicas autoimunes.

Autor: **Dr. Victor Berçot** — Reumatologista

1ª edição | 2026

Aviso importante. As recomendações deste livro são gerais e baseadas na literatura disponível até o fechamento desta edição (2026). Não constituem prescrição individual nem substituem a avaliação médica. As decisões clínicas devem sempre ser tomadas em conjunto com sua equipe de saúde, considerando seu caso específico. Este material foi elaborado em conformidade com a Resolução CFM nº 2.336/2023 e tem caráter exclusivamente educativo.

Frases como "prefira o adesivo", "considere trocar", "evite a combinação X com Y", "monitorar a cada 3 meses", entre outras, representam orientações genéricas baseadas em diretrizes clínicas e não devem ser interpretadas como prescrição. A leitura deste material não estabelece relação médico-paciente entre o autor e quem lê.

A ciência sobre saúde trans avança rápido — algumas referências citadas estarão desatualizadas em poucos anos, o que é, paradoxalmente, sinal de bom progresso para o cuidado de toda a comunidade.

Reprodução permitida para fins educativos não comerciais, com atribuição. Comentários e correções são bem-vindos.

Sumário

Você não precisa ler na ordem. Comece pelo capítulo que faz mais sentido para o seu momento.

- Prefácio — uma carta para você

- 01** Por que este livro existe

- 02** O sistema imune e as doenças reumáticas

- 03** Hormônios e imunidade

- 04** Hormonioterapia e remédios reumatológicos juntos

- 05** Corpo, identidade e sintomas

- 06** Acesso à saúde — barreiras reais e como passar por elas

- 07** Exames, acompanhamento e o que monitorar

- 08** Saúde mental e doenças crônicas

- 09** Estilo de vida — o que muda de verdade

- 10** Sinais de alerta — quando procurar ajuda

- 11** Direitos e autonomia do paciente

- 12** Cirurgias de afirmação e doença reumática ativa

- 13** Vacinação em pessoas imunossuprimidas

- 14** Sexualidade e função sexual

- 15** Adolescentes e jovens trans

- 16** Envelhecer como pessoa trans com doença reumática

- Glossário

- Referências e leituras

Uma carta para você

*Antes de qualquer ciência, eu queria dizer
uma coisa.*

Se você está com este livro nas mãos, é provável que esteja vivendo duas coisas ao mesmo tempo: uma transição de gênero — com tudo o que ela tem de transformador, de difícil e de libertador — e uma doença reumática autoimune, que muitas vezes chega sem aviso e atrapalha planos.

Eu sei que cada uma dessas duas experiências, sozinha, já é grande. Juntas, podem parecer ainda maiores. Mais consultas, mais exames, mais nomes técnicos, mais incertezas, mais pessoas tentando opinar sobre o seu corpo.

Este livro nasceu da minha frustração — e da sua, eu imagino — de notar que praticamente todo material sobre doenças reumáticas foi escrito como se você não existisse. Ou pior: como se o fato de você ser uma pessoa trans fosse, por si só, um problema clínico. Não é.

Ser trans não é uma doença. Ter lúpus, artrite reumatoide ou outra condição autoimune não impede você de ser quem é. E, na grande maioria dos casos, fazer terapia hormonal e tratar a doença reumática são coisas que andam juntas — não em conflito.

Para quem é este livro

Eu escrevi pensando, antes de tudo, em quem está chegando agora a esse cruzamento entre transição e doença reumática — sem repertório médico prévio, sem rede de apoio na área, sem ter encontrado material em português que partisse do seu lugar. Se você é leitor(a) com mais bagagem em saúde trans (já leu Paul B. Preciado, Letícia Nascimento, Amara Moira, Berenice Bento, ou frequenta literatura clínica), vai notar que o livro às vezes simplifica deliberadamente para abrir uma porta de entrada — e tomar atalhos didáticos que você poderia complexificar. Está tudo bem: pegue o que servir.

Igualmente importante: este livro é escrito a partir da realidade brasileira. A população trans deste país é majoritariamente racializada, periférica, dependente do SUS, com expectativa de vida historicamente menor do que a média e com inserção desigual no mercado formal de trabalho. Mulheres trans negras enfrentam camadas adicionais de invisibilização médica — incluindo, no caso do lúpus, o fato de a doença ser mais prevalente e mais grave em mulheres negras. Travestis, pessoas não-binárias, pessoas trans em trabalho sexual: a leitura aqui é vocês também, mesmo quando o vocabulário simplificado da ciência médica diz "mulheres trans / homens trans". Sempre que possível, eu nomeio essa diversidade. Quando o texto deixa escapar — e às vezes deixa — a falha é minha, não sua.

Como usar este livro

Você não precisa ler na ordem. Pode começar pelo capítulo que mais te interessa agora. Pode ler com calma, voltar depois, mostrar para um familiar, levar um trecho para a próxima consulta. O livro é seu.

- ✓ Se você acabou de ser diagnosticada(o), comece pelos Capítulos 1, 2 e 10.
- ✓ Se vai começar (ou já começou) hormônios, vá para o Capítulo 3 e o Capítulo 4.
- ✓ Se está sentindo que ninguém te escuta nas consultas, leia o Capítulo 6 e o Capítulo 11.
- ✓ Se a saúde mental está pesada, o Capítulo 8 é para você.
- ✓ Se você é jovem ou cuida de alguém jovem com diagnóstico, vá ao Capítulo de adolescência.
- ✓ Se vai operar, o Capítulo de cirurgia + doença ativa é leitura obrigatória.

Uma promessa minha

Eu não vou prometer que tudo vai ser fácil — você sabe que muitas vezes não é. Mas posso prometer três coisas: que vou usar uma linguagem direta, que vou dizer quando a ciência ainda não sabe (porque honestidade é parte do cuidado), e que vou tratar você como adulto, com capacidade de decidir sobre o próprio corpo, com a equipe certa do seu lado.

Vamos juntos.

— *Dr. Victor Berçot*

Por que este livro existe

A interseção entre identidade trans e doença autoimune é real — e merece um cuidado feito sob medida.

O ponto de partida

Por muito tempo, dois mundos da medicina caminharam separados. De um lado, a reumatologia, que estuda doenças nas quais o sistema de defesa do corpo se confunde e ataca tecidos saudáveis — articulações, pele, rins, pulmões. De outro, a saúde de pessoas trans, que durante décadas foi reduzida a "tomar hormônio" e pouco mais.

Hoje, a ciência está começando a juntar essas duas conversas. E o que ela mostra é algo que muitas pessoas trans já desconfiavam intuitivamente: o sistema imunológico responde aos hormônios, e isso tem consequências reais para quem vive com uma doença autoimune.

O QUE DIZEM OS NÚMEROS

O maior estudo populacional já feito (Glintborg e colaboradores, Dinamarca, publicado em 2025 no *European Journal of Endocrinology*) acompanhou 3.812 pessoas trans e 38.120 controles cisgênero ao longo de duas décadas. Antes mesmo de iniciar hormonioterapia, mulheres trans apresentavam um risco aumentado de desenvolver alguma doença autoimune e taxas mais altas de diabetes tipo 1. Em homens trans, o risco basal de diabetes tipo 1 também era maior do que o da população cisgênero comparável.

Como ler esse número sem entrar em pânico

-

Antes de qualquer coisa: respire. Esse dado é importante, mas precisa ser lido com contexto — porque ele é fácil de memorizar como ameaça, e não é isso que ele quer dizer.

Quatro coisas para guardar quando essa estatística aparecer na sua frente:

1. Viés de detecção

Pessoas trans entram no sistema de saúde mais cedo, mais vezes e por mais motivos do que pessoas cis. Mais consultas significam mais exames pedidos, e mais exames significam mais diagnósticos registrados — sem que isso necessariamente reflita mais doença real.

2. Estresse de minoria como mediador biológico

Estresse psicossocial sustentado modula vias inflamatórias, eixo do cortisol e função imune. Não é metáfora — é fisiologia. Pessoas trans, especialmente em contextos com discriminação, vivem com carga alostática maior. Voltamos a esse mecanismo no Capítulo 8.

3. Magnitude relativa

Risco aumentado em estudos populacionais é diferente de risco alto na sua vida individual. Mesmo nas estimativas mais altas, a maioria absoluta das pessoas trans nunca terá uma doença autoimune. O número populacional informa políticas; ele não decide o seu prognóstico.

4. Genética e hormônios juntos

Há combinação plausível de predisposição genética e influência hormonal que explica parte da diferença. Mas a história é multifatorial: nenhum fator isolado é destino.

EM UMA FRASE

Existe uma interseção real entre identidade trans e doenças autoimunes — **ela merece cuidado de quem cuida da gente, e ela não é destino**. Levar a sério sem dramatizar é o tom de todo o livro.

Três coisas que este livro NÃO é

Antes de continuarmos, é importante deixar claro o que você não vai encontrar aqui.

1. Não é um manual de militância. Não estou aqui para convencer você de nada sobre identidade — você é quem você é. Estou aqui para falar de saúde.

2. Não é um substituto para o seu médico. Cada caso é único. Este livro pode te ajudar a entender, a fazer perguntas melhores, a tomar decisões compartilhadas — mas não substitui consulta presencial e exames individualizados.

3. Não é alarmista. Existem riscos reais que precisam ser conhecidos, sim. Mas existem também muitas notícias boas — começando pela mais importante delas: na grande maioria dos casos, hormonioterapia e tratamento reumatológico convivem bem.

A pergunta central

Posso fazer terapia hormonal e cuidar da minha doença reumática ao mesmo tempo?

A resposta curta é: **sim, na imensa maioria dos casos.**

A resposta longa — e mais útil — é o resto deste livro. Porque "sim, com cuidado" significa coisas diferentes dependendo de qual doença você tem, qual o seu perfil de risco, qual hormônio você usa, qual via de administração e em que momento da vida você está.

Existem combinações que pedem ajustes específicos (por exemplo, mulheres trans com lúpus e anticorpos antifosfolípides). Existem situações em que precisamos preferir uma via de administração sobre outra (estradiol em adesivo costuma ser mais seguro do que comprimido). E existem cenários em que as duas terapias podem até se ajudar mutuamente.

O que mudou nos últimos cinco anos

A ciência sobre essa interseção avançou muito desde 2020. Alguns marcos importantes que vão aparecer ao longo do livro:

- Em 2024, Lakshmikanth e colaboradores publicaram na revista *Nature* um estudo detalhado sobre como a testosterona reorganiza o sistema imune em 23 homens trans acompanhados antes, três meses e um ano após o início do tratamento.
- Em 2025, a coorte dinamarquesa de Glinthorg e colaboradores publicou no *European Journal of Endocrinology* a maior análise de doenças autoimunes em pessoas trans, comparando 3.812 trans com mais de 38 mil controles cisgênero. Outro recorte da mesma coorte saiu no *JAMA Network Open* com dados de saúde mental e física.

- Em 2025, a *Nature Medicine* publicou estudo de proteômica plasmática em 40 mulheres trans em hormonioterapia feminizante: o tratamento alterou 245 proteínas no grupo em ciproterona e 91 no grupo em espironolactona, num panorama de mais de 5.000 proteínas medidas.
- Revisões recentes em hematologia (King, Padilla Kelley, Shatzel — ASH Education 2024; Schachter et al. *Vasc Med* 2025) reorganizaram a discussão sobre risco trombótico e estrogênio.
- Recomendações sobre saúde óssea, fertilidade e cirurgia em pessoas trans com doença reumática foram amadurecendo, ainda que com lacunas grandes para a população brasileira.

Isso significa que, pela primeira vez, temos uma base sólida — embora ainda incompleta — para conversar com você sobre escolhas reais.

O que esperar dos próximos capítulos

Os capítulos foram organizados em três blocos:

BLOCO 1 — Entender

Capítulos 2 e 3. O que é uma doença autoimune, como hormônios falam com o sistema imune, o que muda no seu corpo.

BLOCO 2 — Cuidar

Capítulos 4 a 9. Interações entre remédios, sintomas, exames, saúde mental, estilo de vida.

BLOCO 3 — Se proteger

Capítulos 10 e 11. Sinais de alerta para procurar ajuda, e os seus direitos no sistema de saúde.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 1

Você não está sozinha(o), e a ciência está finalmente começando a fazer as perguntas certas. Este livro é uma síntese honesta do que sabemos hoje — e do que ainda não sabemos. Tudo aqui foi escrito para ajudar você a viver bem, com identidade respeitada e doença bem cuidada.

O sistema imune e as doenças reumáticas

Imagine seu corpo com um exército de defesa muito eficiente. Em uma doença autoimune, esse exército se confunde de alvo.

O exército que se confunde

Seu corpo tem um sistema de defesa formado por bilhões de células que circulam pelo sangue, pela pele, pelos órgãos, todas treinadas para reconhecer o que é "seu" e o que é invasor. Bactéria, vírus, célula com defeito — esses são os alvos certos. Articulações, pele saudável e rins não são.

Em uma **doença autoimune**, esse exército se confunde. Ele passa a tratar partes do próprio corpo como se fossem inimigas. O resultado é uma inflamação crônica que, se não for controlada, vai desgastando o tecido afetado.

DEFESA NORMAL



defesa ataca invasores

AUTOIMUNE



defesa ataca o próprio corpo

As doenças mais comuns

Não existe uma única doença autoimune — existem dezenas. Algumas atacam principalmente articulações, outras a pele, outras vários órgãos

ao mesmo tempo. As principais que aparecem na rotina de quem faz reumatologia são:

Artrite Reumatoide (AR)

Inflamação persistente nas articulações, principalmente nas mãos, punhos, joelhos e pés. Costuma começar com rigidez matinal que dura mais de 30 minutos, dor e inchaço simétricos (os dois lados do corpo, em geral). Sem tratamento, ao longo dos anos pode deformar as articulações.

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

Considerada a "grande imitadora" porque pode atacar quase qualquer órgão: pele (com manchas no rosto em forma de borboleta), articulações, rins, sangue, sistema nervoso. Tem ciclos de atividade (chamados de "flares") e de remissão. É a doença autoimune que mais tem sido estudada na interseção com hormônios — por boas razões, que veremos no Capítulo 3.

Síndrome de Sjögren

Caracterizada principalmente por boca e olhos secos. Parece simples, mas pode levar a complicações importantes (cáries, infecções oculares, fadiga intensa) e às vezes acompanha outras doenças autoimunes.

Espondiloartrites

Grupo que inclui a espondilite anquilosante e a artrite psoriásica. Atinge a coluna, articulações dos quadris e às vezes a pele e os intestinos. A dor lombar tipicamente melhora com movimento e piora com repouso — o oposto da dor mecânica comum.

Esclerose Sistêmica (Esclerodermia)

Doença mais rara, em que a pele e órgãos internos sofrem fibrose (endurecimento). É a única dessa lista em que a hormonioterapia feminizante já apareceu em alguns relatos como possível gatilho ambiental — discutiremos isso adiante.

Miopatias inflamatórias (Dermatomiosite, Polimiosite)

Atingem principalmente os músculos, com fraqueza progressiva, e às vezes a pele. Em adolescentes, a forma juvenil tem características próprias.

O que as doenças autoimunes têm em comum

Apesar de serem muito diferentes umas das outras, todas elas compartilham três características:

- ✓ **Inflamação crônica** — não é uma inflamação aguda como uma entorse, mas algo persistente, que vai e volta em ciclos.
- ✓ **Influência hormonal** — quase todas têm preponderância feminina (com algumas exceções como a espondilite). Isso sugere fortemente que hormônios sexuais participam da doença.
- ✓ **Resposta a imunossupressores** — o tratamento moderno usa medicamentos que "acalmam" o sistema imune, com diferentes níveis de seletividade.

Por que falamos tanto de "atividade da doença"

Doenças autoimunes não são como uma fratura — você não está "curado" depois de um tempo. Elas têm momentos em que estão calmas (em **remissão**) e momentos em que voltam a inflamar (em **atividade** ou **flare**).

Por isso, no consultório a gente fala muito de:

Remissão: sem sintomas, exames normais, sem necessidade de aumentar tratamento. É o estado-alvo.

Baixa atividade: alguns sintomas leves, exames quase normais, doença razoavelmente controlada.

Atividade moderada/alta: sintomas evidentes, exames alterados, precisa intensificar tratamento.

Flare: uma piora súbita, geralmente desencadeada por algum gatilho (infecção, estresse, ajuste de remédio).

Por que isso é importante para você

Em quase todo o restante do livro, a frase "*a doença precisa estar em remissão ou baixa atividade*" vai aparecer. É um princípio simples mas central: **quanto mais bem controlada estiver sua doença reumática, mais segura é qualquer outra mudança no corpo** — incluindo iniciar ou ajustar hormonioterapia, fazer cirurgias ou planejar uma gravidez.

Não é uma regra rígida — às vezes precisamos começar hormônios em doença ainda em ajuste, porque o sofrimento da disforia também é uma urgência. Mas a coordenação entre você, o reumatologista e o endocrinologista permite tomar essas decisões com mais segurança.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 2

Doenças autoimunes acontecem quando o sistema de defesa erra de alvo. Elas não têm cura definitiva, mas têm tratamento muito eficaz. O objetivo é manter a doença em remissão — porque é a partir desse ponto de equilíbrio que tudo o mais (incluindo a sua transição) fica mais seguro e previsível.

Hormônios e imunidade

Os hormônios sexuais não estão só ligados ao corpo: eles "conversam" com o sistema imune o tempo todo. Esse capítulo é o coração do livro.

Por que esse capítulo importa tanto

Se existe um capítulo que merece atenção total, é este. Porque é aqui que respondemos uma pergunta que muita gente faz no consultório, com voz baixa, com receio de já saber a resposta:

"Doutor, o hormônio que estou tomando pode estar piorando o meu lúpus?"

A resposta verdadeira é: depende. E é justamente por isso que existem todos os outros capítulos. Mas os princípios para entender essa relação cabem em poucas páginas.

A analogia do termostato

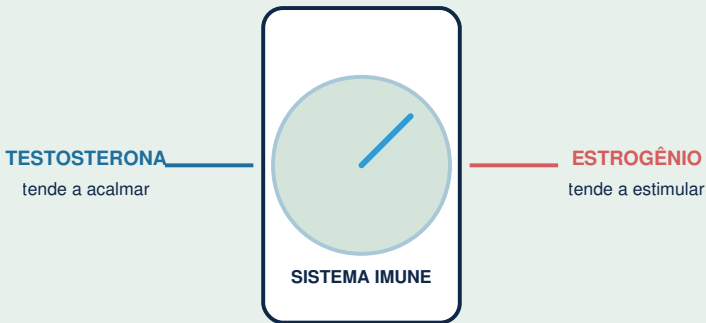
Pense no sistema imunológico como o termostato de uma casa. Os hormônios sexuais funcionam como mãos que ajustam a temperatura — sem nunca tirar o termostato da parede.

- O **estrogênio**, em geral, "esquenta" o sistema imune: estimula a produção de anticorpos e ativa certas células de defesa.

- A **testosterona**, em geral, "esfria" o sistema imune: reduz inflamação em algumas vias e expande células reguladoras (que freiam a defesa).

Mas — e este "mas" é importante — esse efeito não é simples. O estrogênio em doses altas pode até ser anti-inflamatório em algumas situações. A testosterona, apesar de geralmente acalmar a defesa, paradoxalmente aumenta certas moléculas pró-inflamatórias como TNF e IL-6.

Por isso o termostato é uma analogia melhor que um interruptor. Você não liga ou desliga o sistema imune. Você ajusta a temperatura. E pequenas mudanças de temperatura podem ter consequências grandes em quem já tem uma doença autoimune.



Hormônios não ligam ou desligam a imunidade — ajustam o termostato.

O que muda no sangue de quem inicia hormonioterapia

A literatura primária sobre efeito imunológico da hormonioterapia ainda é jovem, e mistura estudos pequenos e revisões de modelo animal. Em vez de confundir, vou separar por terreno: o que sabemos sobre testosterona, o que sabemos sobre estrogênio, e como ler isso clinicamente.

Em homens trans (testosterona)

► **O QUE MUDA NA SUA VIDA** Para a maioria, a **testosterona é bem tolerada do ponto de vista imunológico**. Em homens trans com lúpus, há sinal de que pode até aliviar atividade. Em homens trans com artrite reumatoide, vale monitoramento mais próximo nos primeiros 6 a 12 meses.

Por que isso é assim. A testosterona muda o sistema imune em três direções consistentes: respostas de interferon tipo I (vias importantes em lúpus e dermatomiosite) **diminuem** — efeito potencialmente protetor para essas doenças. Respostas de TNF e IL-6 (vias importantes em artrite) **aumentam**, o que pode pedir vigilância em quem já tem AR. E o transcriptoma de células T reguladoras se desloca em direção ao padrão masculino cisgênero, refletindo uma reorganização ampla mas previsível.

Para quem quer ir além: a base biológica vem de três trabalhos longitudinais em homens trans (referências [1], [2], [3] — ver "Notas científicas" ao final do capítulo).

Em mulheres trans (estrogênio + antiandrogênio)

► O QUE MUDA NA SUA VIDA **Em mulheres trans saudáveis, a hormonioterapia feminizante tem boa segurança imunológica.** Em mulheres trans com lúpus, a discussão é mais matizada — não significa "não fazer", significa "fazer com cuidado".

Por que isso é assim. O estrogênio reorganiza centenas de proteínas no sangue, num padrão que se aproxima do perfil cisfeminino — mudanças amplas, mas não dramáticas a curto prazo. Em modelos animais, o estrogênio favorece a sobrevivência de células B autorreativas (as que produzem autoanticorpos do lúpus). Esse achado mecanístico é importante, mas não traduz automaticamente em pior desfecho clínico em humanos — explico abaixo.

Para quem quer ir além: base de evidência menor que para testosterona, vinda de revisão de literatura, relato de caso clínico em mulher trans com nefrite lúpica, modelos murinos clássicos, e estudo de proteômica plasmática em mulheres trans em hormonioterapia (referências [4], [5], [6]).

O que isso significa clinicamente — uma calibração

► **TRADUÇÃO PRÁTICA** **Mecanismo experimental ≠ defecho clínico.** Em LES estável e bem controlado, sem antifosfolípides, a hormonioterapia feminizante é *compatível*. **O cuidado é como você faz, não se você faz.**

Por que essa calibração existe. O ensaio clínico mais robusto sobre estrogênio em LES é o SELENA-SLEDAI: 183 mulheres cisgênero com lúpus estável e antifosfolípides negativos foram randomizadas para anticoncepcional combinado oral ou placebo. **Não houve aumento de flares severos no grupo do hormônio** (7,7% vs. 7,6%). Esse é o pilar da diretriz EULAR sobre saúde reprodutiva em LES/SAF.

Em mulheres trans com LES, dados específicos ainda são escassos. A leitura prudente, sintetizando evidência mecanística + dados clínicos em mulheres cis + casos relatados em trans, organiza-se em três cenários:

- **LES estável + APL negativo:** hormonioterapia feminizante pode ser feita, com preferência pela via transdérmica (que escapa do efeito de primeira passagem hepática).
- **LES + APL positivo, especialmente triplo-positivo:** a discussão muda completamente — é o ponto da tabela do Capítulo 4.
- **LES em atividade:** otimizar o controle da doença antes de iniciar ou ajustar estrogênio é o caminho usual.

Para quem quer ir além: SELENA-SLEDAI é o ensaio randomizado de referência (citação [7]).

Resumindo de forma honesta: a hormonioterapia muda o terreno imunológico. Em algumas doenças, na direção potencialmente boa. Em outras, na direção que pede vigilância. **E em quase todas, o impacto real é menor do que a leitura mecanística mais ansiosa sugere.**

NOTAS CIENTÍFICAS DESTE CAPÍTULO

- [1] Lakshmikanth T, et al. *Immune system adaptation during gender-affirming testosterone treatment*. Nature 2024;633(8028):155-164. (Coorte longitudinal n=23 homens trans, baseline + 3 meses + 1 ano.)
- [2] Robinson GA, et al. *Investigating sex differences in T regulatory cells from cis-gender and transgender healthy individuals and patients with autoimmune inflammatory disease*. Lancet Rheumatol 2022;4(10):e710-e724.
- [3] Grünhagel B, et al. *Reduction of IFN-I responses by plasmacytoid dendritic cells in a longitudinal trans men cohort*. iScience 2023;26(11):108237.
- [4] White AA, et al. *Potential immunological effects of gender-affirming hormone therapy in transgender people*. Therap Adv Endocrinol Metab 2022;13:20420188221139612. (Revisão.)
- [5] Hill BG, Hodge B, Misischia R. *Lupus nephritis in a transgender woman on cross-sex hormone therapy*. Lupus 2020;29(13):1807-1810. (Relato de caso.)
- [6] *Plasma proteome adaptations during feminizing gender-affirming hormone therapy*. Nature Medicine 2025. (Coorte n=40 mulheres trans, 5.279 proteínas medidas.)
- [7] Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. *Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus*. N Engl J Med 2005;353(24):2550-2558. (Ensaio SELENA-SLEDAI.)

O que isso significa na vida real

PARA MULHERES TRANS COM LÚPUS

Em modelos experimentais, o estrogênio pode favorecer a sobrevivência de células B autorreativas — as que produzem autoanticorpos do lúpus. No único ensaio clínico randomizado relevante em mulheres cisgênero (SELENA-SLEDAI, Petri 2005), com lúpus estável e anticorpos antifosfolípidos negativos, anticoncepcional combinado *não aumentou* flares severos. Em mulheres trans, dados específicos ainda são escassos.

Tradução prática: a leitura não é "não fazer hormonioterapia"; é preferir **estradiol em adesivo (transdérmico)** ao oral, monitorar mais de perto, investigar antifosfolípidos antes (Capítulo 4) e otimizar atividade da doença antes de mudar regime.

PARA HOMENS TRANS COM ARTRITE REUMATOIDE

A testosterona pode aumentar TNF e IL-6, que são vias-chave da AR. Para a maioria dos pacientes isso não muda o curso da doença — mas pode pedir monitoramento mais frequente da atividade nos primeiros 6–12 meses, e em alguns casos a escolha de um biológico anti-TNF é particularmente útil.

PARA HOMENS TRANS COM LÚPUS

Há relatos de que lesões cutâneas de lúpus melhoraram com testosterona — provavelmente por supressão da via de interferon tipo I. Não é regra, mas é uma boa notícia.

UMA NOTA SOBRE A DIVERSIDADE DE REGIMES HORMONAIS

Apresentei até aqui o esquema didático "estrogênio em mulheres trans / testosterona em homens trans". Isso é útil para entender a biologia de fundo, mas não esgota a realidade clínica. Existem muitos regimes que não cabem nesse binário:

- **Microdose** de testosterona ou estradiol, buscando efeitos parciais.
- **Regimes não-binários**, em que a pessoa quer alguns efeitos hormonais e não outros.
- **Pausas cíclicas**, programadas conforme o desejo da pessoa ou exigências de algum tratamento médico.
- **Regimes combinados** — por exemplo, testosterona em dose baixa associada a antiestrogênio, ou bloqueadores hormonais isolados.
- **Travestis** em automedicação histórica, com regimes muito heterogêneos que precisam ser acolhidos clinicamente em vez de julgados.

Em todos esses cenários, a fisiologia descrita acima continua valendo na lógica geral, mas a magnitude e o tempo dos efeitos mudam. Não há protocolo pronto: a melhor estratégia é sempre uma conversa individual, com tempo, entre você, sua endocrinologia e sua reumatologia.

O que ainda não sabemos

Honestidade científica: o que apresentei acima vem de estudos pequenos, alguns relatos de caso e extrapolação de dados em pessoas cisgênero. Não existem ensaios clínicos grandes em pessoas trans com doenças reumáticas. Nem perto disso.

Por isso, todas as recomendações deste livro são individualizadas — não há protocolo pronto. Mas a ausência de evidência definitiva não é o mesmo que ausência de informação. Hoje sabemos muito mais do que sabíamos há cinco anos.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 3

Hormônios sexuais conversam com o sistema imune o tempo todo. Em pessoas trans com doença autoimune, isso significa atenção e ajustes — não contraindicação. A escolha da via de administração, da dose e do momento certo importam mais do que iniciar ou não a hormonioterapia.

Hormonioterapia e remédios reumatológicos juntos

A boa notícia: na grande maioria das combinações, não há interação clinicamente relevante. A atenção fica em algumas combinações específicas.

- *Esse capítulo às vezes assusta de cara. Vou dizer logo: **a maior parte das combinações é segura**. O que apresento aqui são pontos de cuidado, não motivos para suspender tratamento. Leia no seu ritmo.*

O princípio geral

Antes de tudo, uma mensagem que costuma trazer alívio: **os hormônios da terapia de afirmação de gênero não interferem na maioria dos remédios reumatológicos**. Você não precisa parar a hormonioterapia para começar metotrexato, hidroxicloroquina, biológicos ou a maioria dos imunossupressores.

O que a gente faz é monitorar com mais atenção algumas combinações específicas, escolher a via de administração com mais cuidado, e ajustar o que for necessário. Vamos ver as principais.

Os medicamentos mais usados na reumatologia

Sem entrar em detalhe técnico, é útil você saber a que classe pertence cada remédio que toma:

Classe	Exemplos	Para quê
DMARDs sintéticos	Metotrexato, leflunomida, sulfassalazina, hidroxicloroquina	Base do tratamento de AR, lúpus, espondiloartrites
Imunossupressores	Azatioprina, micofenolato, ciclosporina, ciclofosfamida	Casos mais graves, lúpus com nefrite, vasculites
Biológicos anti-TNF	Adalimumabe, etanercepte, infliximabe, certolizumabe	AR, espondiloartrites, psoríase
Outros biológicos	Tocilizumabe, abatacepte, rituximabe, belimumabe	AR refratária, lúpus, vasculites

Inibidores de JAK	Tofacitinibe, baricitinibe, upadacitinibe	AR e algumas outras condições
Corticoides	Prednisona, metilprednisolona	Controle rápido de inflamação intensa

O ponto de atenção número 1: trombose

Esta é, sem comparação, a interação mais importante de todo o livro.

RISCO TROMBÓTICO

Estrogênio (especialmente o oral) aumenta o risco de coágulos. Algumas doenças autoimunes, principalmente lúpus com anticorpos antifosfolípidos positivos, também aumentam. E alguns remédios, como os inibidores de JAK, têm o mesmo efeito. Quando você empilha esses fatores, o risco multiplica.

Estratificação prática do risco

O risco não é "tem ou não tem" — ele se acumula em camadas. Veja como costumamos pensar na prática clínica:

RISCO ALTO

- SAF triplo-positivo (anticardiolipina + anti- β 2GPI + anticoagulante lúpico) + qualquer estrogênio
- Estrogênio oral + inibidor de JAK
- História prévia de TVP ou TEP + estrogênio
- Tabagismo ativo + estrogênio oral em idade > 35 anos
- Trombofilia hereditária conhecida + estrogênio

Conduta: em SAF triplo-positivo, evitar estrogênio mesmo em via transdérmica. Nas demais situações, individualizar com hematologia/reumatologia, considerando alternativas (GnRH análogo, espironolactona isolada, ou anticoagulação plena se a hormonioterapia for indispensável).

RISCO MÉDIO

- SAF de baixo risco (apenas um anticorpo positivo, em títulos baixos)
- Estrogênio oral + tabagismo (sem outros fatores)
- Estrogênio + obesidade ou imobilização prolongada
- Pós-operatório recente + estrogênio
- Doses de estradiol acima do alvo terapêutico

Conduta: trocar para transdérmico, ajustar dose, modificar fator de risco (parar de fumar, mobilização precoce). Em SAF de baixo risco, transdérmica pode ser considerada após discussão estruturada de risco.

RISCO BAIXO

- Estradiol transdérmico (adesivo ou gel) sem outros fatores
- Espironolactona isolada
- Testosterona em dose fisiológica com hematócrito controlado
- Análogo de GnRH
- LES estável + antifosfolípides negativos + estrogênio (preferencialmente transdérmico)

Conduta: seguir monitoramento de rotina; reavaliar a cada nova mudança clínica. Em LES estável com APL negativo, o ensaio SELENA-SLEDAI (cis-gênero, 2005) não mostrou aumento de flares com hormônio combinado — sinal tranquilizador, ainda que dados específicos para mulheres trans sejam limitados.

Esta estratificação é um guia de raciocínio, não uma sentença. A decisão final é sempre individual e compartilhada entre você e seu time de saúde.

O que isso muda na prática

- ✓ **Se você é mulher trans com lúpus**, o ideal é dosar anticorpos antifosfolípides antes de iniciar ou continuar estrogênio.
- ✓ **Se anticorpos antifosfolípides são positivos**, a recomendação atual é evitar estrogênio. Se a hormonioterapia é importante para você, conversamos sobre alternativas (testosterona em doses baixas, GnRH análogos, ou estradiol transdérmico em situações muito específicas com anticoagulação plena).

- ✓ **Sempre prefira estradiol em adesivo ou gel ao oral.** A via transdérmica praticamente elimina o aumento de risco trombótico em mulheres com fatores de risco.
- ✓ **Inibidores de JAK em mulher trans em estrogênio é uma combinação delicada.** Existe alternativa quase sempre — biológicos como anti-TNF, tocilizumabe ou abatacepte. Discuta com seu reumatologista.

O ponto de atenção número 2: fígado

Alguns remédios podem sobrecarregar o fígado. O metotrexato e a leflunomida são exemplos. A ciproterona (antiandrogênio usado em algumas mulheres trans) também é hepatotóxica. Combinações que somam toxicidade hepática pedem cuidado:

- Se você usa ciproterona e seu reumatologista vai prescrever metotrexato ou leflunomida, vale conversar sobre trocar a ciproterona por espironolactona ou análogo de GnRH.
- Estradiol oral também passa pelo fígado primeiro (efeito de primeira passagem). Mais um motivo para preferir o adesivo.
- Exames de fígado (TGO, TGP) ficam mais frequentes nessas combinações.

CIPROTERONA E RISCO DE MENINGIOMA

Em 2020, a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) revisou casos acumulados de meningioma — um tumor geralmente benigno das meninges — em pessoas em uso prolongado de ciproterona em doses cumulativas elevadas. O risco é dose- e tempo-dependente: praticamente ausente em doses baixas e curtas, e progressivamente maior em doses ≥ 25 mg/dia mantidas por anos.

O que isso significa para você: se a ciproterona é seu antian-drogênio, vale conversar com sua endocrinologia sobre **(a)** usar a menor dose efetiva, **(b)** reduzir a dose após o efeito desejado ser atingido, e **(c)** avaliar troca para espironolactona ou análogo de GnRH em uso prolongado. Sintomas como mudança de visão, perda auditiva, zumbido novo, anosmia (perda de olfato), dores de cabeça atípicas e persistentes, ou crises convulsivas pedem investigação. No Brasil, a Anvisa não emitiu restrição formal equivalente, mas a literatura europeia é robusta o suficiente para informar a sua decisão.

► **TRADUÇÃO PRÁTICA** Se você está há anos em ciproterona em dose alta, pergunte ao seu endocrinologista se ainda faz sentido — ou se é hora de migrar para outra opção.

O ponto de atenção número 3: rim e potássio

A espironolactona (antiandrogênio mais usado em mulheres trans no Brasil) eleva o potássio. Se você tem lúpus com nefrite, pode estar usando ciclosporina ou tacrolimus, que também elevam o potássio. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) somam ainda mais. Resultado: hipercalcemia, que é arriscada para o coração.

Solução prática: se a combinação for inevitável, o potássio precisa ser monitorado mais de perto, e às vezes é melhor trocar a espironolactona por outro antiandrogênio.

O ponto de atenção número 4: sangue (testosterona + metotrexato)

A testosterona aumenta o hematócrito (concentração de glóbulos vermelhos). O metotrexato, em contrapartida, pode causar queda de

células do sangue. Os dois efeitos podem se cancelar parcialmente ou se confundir, dificultando saber se está tudo bem.

A *Endocrine Society Clinical Practice Guideline* recomenda dosar hematócrito antes de iniciar a hormonioterapia, depois a cada 3 meses no primeiro ano e, em seguida, uma a duas vezes por ano. Hematócrito acima de 52% costuma motivar redução de dose, troca de via (de injetável para gel, por exemplo) ou flebotomia terapêutica em casos selecionados.

A solução prática para a interação com metotrexato é simples: **estabelecer um valor basal pessoal** de hemograma depois de você estar estável na testosterona, e usar isso como referência. Quedas relativas em relação ao seu basal são mais informativas do que valores absolutos comparados a "tabela do laboratório".

Resumo prático: o que você pode levar para a consulta

CHECKLIST DE INTERAÇÃO

- ✓ Tenho anticorpos antifosfolípides? (importante se uso/ quero estrogênio)
- ✓ Estou em estrogênio oral? Posso trocar para adesivo/gel?
- ✓ Uso ciproterona + metotrexato? É hora de avaliar troca de antiandrogênio?
- ✓ Uso espirolactona + ciclosporina/tacrolimus? Monitorar potássio.
- ✓ Uso testosterona + metotrexato? Já tenho hemograma basal recente?
- ✓ Estamos pensando em iniciar inibidor de JAK e eu uso estrogênio? Existe alternativa biológica?

QUATRO EIXOS PARA LEMBRAR

- **Trombose** — estrogênio + SAF, JAK ou tabagismo pesa.
- **Fígado** — ciproterona + metotrexato/leflunomida pede atenção.
- **Potássio** — espironolactona + inibidores da calcineurina.
- **Sangue** — testosterona + metotrexato: tenha um basal pessoal.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 4

A hormonioterapia e os remédios reumatológicos podem (e devem) ser usados juntos na imensa maioria dos casos. Os pontos de atenção concentram-se em quatro eixos: trombose, fígado, potássio e sangue. Conhecê-los te dá controle sobre o seu tratamento.

Corpo, identidade e sintomas

Distinguir o que é da doença, o que é da hormonioterapia e o que é da relação com o próprio corpo é parte do tratamento.

Sintomas têm muitas portas de entrada

Quem convive com uma doença reumática sabe que o corpo manda sinais o tempo todo: rigidez ao acordar, fadiga, dores que migram, alterações de humor, mudanças no sono. Em pessoas trans, esses mesmos sinais podem vir de outras fontes: do ajuste hormonal, do estresse de minoria, de uma cirurgia recente, da disforia. Saber separar o joio do trigo é uma habilidade que você desenvolve com prática — e com um time de saúde que escuta.

Este capítulo não é uma lista exaustiva. É um mapa para ajudar você a fazer perguntas mais específicas e a se sentir menos perdido quando algo aparece.

Dor crônica em pessoas trans: o que sabemos

Dados recentes mostram que pessoas trans têm prevalência maior de dor crônica e de fibromialgia do que a população cisgênero. Em parte isso reflete a doença reumática propriamente dita; em parte, reflete o impacto fisiológico do estresse crônico. Estresse psicossocial sustentado modula vias inflamatórias e de sensibilização central — não é "frescura", é fisiologia.

FIBROMIALGIA E DISCRIMINAÇÃO

Estudos populacionais associam exposição repetida à discriminação a maior dor crônica e maior prevalência de síndromes de sensibilização central. Reconhecer isso não diminui a sua dor — ao contrário: dá um ponto de partida para tratar de modo mais completo, incluindo intervenções psicossociais junto às farmacológicas.

Fadiga: um sintoma com muitos endereços

Fadiga é um dos sintomas mais frequentes de doenças reumáticas e também um dos mais inespecíficos. Em pessoas trans, podem somar:

- **Atividade da doença** — lúpus em atividade e AR descompensada cursam com fadiga importante.
- **Anemia** — comum em doenças inflamatórias crônicas; também pode aparecer com metotrexato.
- **Hipotireoidismo** — é mais frequente em pessoas com doença autoimune; vale dosar TSH ao menos uma vez por ano.
- **Apneia do sono** — pode ficar mais evidente com mudanças de peso e composição corporal pós-hormonioterapia.

- **Depressão e ansiedade** — exploradas no Capítulo 8.
- **Deficiência de vitamina D** — explorada no Capítulo 9.

Quando a fadiga está pesada, vale uma "varredura" estruturada com seu médico em vez de assumir que é "só da doença".

Disforia: experiência corporal legítima, não "ruído" diagnóstico

Antes de qualquer coisa, uma correção que precisa estar nesta página: **disforia de gênero não é um problema de interpretação que atrapalha o diagnóstico reumatológico.** É uma experiência corporal real, com impacto fisiológico documentado — sobre sono, eixo do cortisol, percepção de dor, função autonômica, regulação emocional. Quando ela existe, ela merece ser cuidada como qualquer outro sintoma clínico: nomeada, escutada, atendida.

Em pessoas trans com doença reumática, isso significa pelo menos três coisas práticas:

- **A disforia tem peso clínico próprio.** Pode aumentar dor, fadiga, insônia, marcadores fisiológicos de estresse — e isso interage com a atividade da doença reumática. Tratar a disforia é, indiretamente, melhorar parâmetros reumatológicos.

- **Existem padrões característicos de sintomas inflamatórios** — rigidez matinal prolongada (acima de uma hora), articulações quentes e inchadas, febre, lesões de pele específicas, alterações de exames laboratoriais. Conhecer esses padrões ajuda você a perceber, no meio do barulho, quando algo da doença pede atenção rápida. Mas reconhecer um padrão inflamatório não significa que tudo o mais é "só disforia": pode ser as duas coisas ao mesmo tempo.
- **Cuidado com explicações que minimizam.** Quando uma queixa é atribuída exclusivamente à disforia, o exame que precisaria ser feito muitas vezes não é. O caminho mais ético é investigar o sintoma físico no padrão clínico que ele tem, e ao mesmo tempo nomear a disforia quando ela está presente, com cuidado próprio.

CUIDAR DA DISFORIA EM PARALELO

Algumas coisas que ajudam a reduzir o peso fisiológico da disforia, mesmo enquanto a transição médica avança no seu próprio ritmo:

- ✓ Acolhimento por profissional de saúde mental experiente em saúde trans.
- ✓ Espaços (físicos ou virtuais) onde você pode existir sem precisar explicar quem é.
- ✓ Roupas, acessórios e ajustes corporais que reduzem desconforto cotidiano (binders bem ajustados, próteses, depilação, mudanças de voz com fonoaudiologia).
- ✓ Rede de apoio com pares trans — coletivos, grupos online moderados, ambulatórios T.
- ✓ Conversas honestas com a equipe sobre quais decisões médicas (dose, via, momento) estão alinhadas aos seus objetivos identitários.

Disforia e doença reumática podem coexistir — e merecem espaço, cada uma, no seu cuidado.

Imagem corporal durante a doença e o tratamento

Algumas medicações reumatológicas têm efeitos visíveis: corticoide pode mudar o rosto e a distribuição de gordura; metotrexato às vezes causa queda de cabelo; hidroxicloroquina pode pigmentar a pele. Para qualquer pessoa, isso é difícil. Para quem está construindo a relação com o próprio corpo, pode ser ainda mais.

Algumas estratégias que funcionam na prática:

- **Pedir a menor dose efetiva de corticoide** e reduzir o mais rápido possível, com plano de "poupador" (DMARD ou biológico) bem desenhado.
- **Discutir alternativas** quando uma medicação está afetando muito a imagem corporal — quase sempre existem opções equivalentes.

- **Trazer o assunto para a consulta** sem medo. "Esse remédio está mexendo com a minha relação com o meu corpo" é uma fala legítima e clínica.

Sintomas que merecem reavaliação imediata

Independente de qualquer outra coisa, alguns sinais pedem contato com a equipe rapidamente:

SINAIS DE ALERTA RÁPIDO

- ✓ Inchaço, dor e calor em uma articulação isolada (pode ser infecção).
- ✓ Febre persistente, principalmente se você usa imunossupressor.
- ✓ Dor torácica, falta de ar súbita, inchaço de uma perna só (suspeita de trombose ou embolia).
- ✓ Manchas roxas espontâneas, sangramento de gengiva sem causa, urina escura.
- ✓ Mudança importante de sintomas neurológicos (visão, fala, força).

Voltamos a esses sinais com mais detalhe no Capítulo 10.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 5

Sintomas em pessoas trans com doença reumática nascem de várias fontes ao mesmo tempo. Aprender a reconhecer padrões — e ter espaço para falar deles na consulta — é metade do tratamento.

Acesso à saúde

As barreiras existem. Saber quais são, e como se posicionar diante delas, mudou a vida de muita gente.

O que a literatura mostra

Pessoas trans relatam, em pesquisas de diferentes países, taxas mais altas de adiamento de cuidado, de constrangimento em consultas, de mau tratamento por profissionais e de troca repetida de médicos. Isso não é sensação — é dado. E tem consequências concretas: diagnósticos mais tardios, adesão pior, controle de doença mais difícil.

Mas falar de "barreiras de acesso" como uma categoria genérica esconde muito mais do que mostra. No Brasil, as barreiras se distribuem de forma desigual entre quem é trans — e quem é trans é uma população que carrega outras camadas: raça, classe, território, ocupação, idade, sorologia. Este capítulo se recusa a tratar todas essas barreiras como se fossem a mesma coisa.

O acesso é desigual entre pessoas trans

A população trans brasileira é majoritariamente racializada — preta e parda — periférica, com inserção informal no mercado de trabalho e expectativa de vida historicamente baixa (estimativas frequentes oscilam entre 35 e 40 anos para mulheres trans, sobretudo travestis). Para boa parte das leitoras deste livro, plano de saúde privado é exceção, não regra. SUS, com toda a sua potência e suas falhas, é a porta principal de entrada.

Em reumatologia, isso tem implicações concretas:

- **Tempo de fila** — diagnóstico de doença autoimune frequentemente exige reumatologista, biópsias, exames especializados. Filas no SUS para reumatologia podem chegar a meses ou anos em algumas regiões.
- **Medicações de alto custo (CEAF)** — biológicos, imunossuppressores avançados, hidroxicloroquina, metotrexato injetável. O acesso depende de cumprir critérios e protocolos, ter receita médica especializada e, muitas vezes, paciência para retornar à farmácia central várias vezes.
- **Estabilidade de moradia e endereço** — sistemas de regulação dependem de endereço fixo. Pessoas em situação de rua, hospedagem temporária ou itinerância têm o cuidado fragmentado.
- **Disponibilidade local** — em cidades médias e pequenas, o reumatologista pode estar a centenas de quilômetros. Adesão à doença crônica fica fragilizada.

O recorte racial: lúpus e mulheres trans negras

Esta seção precisa estar no livro porque a estatística é objetiva: lúpus eritematoso sistêmico tem distribuição racial e de gênero pronunciada. A revisão brasileira de Klumb e colaboradores (*Lupus*, 2021),

construída como painel de especialistas com dados de DATASUS/SIM, mostra que LES no Brasil tem prevalência majoritariamente feminina e atinge desproporcionalmente mulheres pretas e pardas — tanto em incidência quanto em desfecho. Estudos epidemiológicos baseados em DATASUS reforçam o padrão: mortalidade por lúpus no Brasil concentra-se em mulheres jovens e adultas, com sobrerepresentação significativa de pretas e pardas em relação à proporção populacional.

Internacionalmente, o relato de caso de Hill, Hodge e Mischia (*Lupus* 2020) — que descreve uma mulher trans negra de 22 anos com nefrite lúpica diagnosticada em uso de hormonioterapia — é a referência canônica para a discussão clínica que faço aqui. Quando essa epidemiologia se cruza com a experiência de mulheres trans negras — submetidas a dupla invisibilização médica, racismo institucional, diagnóstico tardio — a equação fica especialmente pesada.

PARA MULHERES TRANS NEGRAS COM SUSPEITA DE LÚPUS

- ✓ O risco basal já é maior. Sintomas como dor articular persistente, manchas no rosto, queda de cabelo, fadiga inexplicada, alterações renais, merecem investigação ativa — não banalização.
- ✓ O racismo médico opera em forma de "ela está exagerando", "é só estresse", "é da hormonioterapia". Qualquer uma dessas frases, em alguém com sintomas compatíveis, merece segunda opinião.
- ✓ Acompanhamento estruturado em centro de referência costuma fazer diferença grande no curso da doença. Vale insistir em encaminhamento especializado.
- ✓ Antifosfolípides positivos têm prevalência alta em lúpus e mudam decisões sobre estrogênio (Capítulo 4). Pedir essa investigação cedo é uma proteção.

Travestilidade não é sinônimo de "mulher trans"

A literatura médica internacional traduz o vocabulário trans num eixo binário simplificado — "transgender women / transgender men". A

realidade brasileira é mais densa. Travestilidade é uma categoria identitária própria, com história política e cultural específica, que não é redutível a "mulher trans" e que muitas pessoas reivindicam orgulhosamente. Pessoas não-binárias, transmasculinas que não se identificam como "homens trans", agêneros, com identidades fluidas — todas elas precisam encontrar lugar em um livro de saúde como este.

Para o cuidado reumatológico, isso importa porque:

- Travestis frequentemente carregam histórias longas de automedicação hormonal (incluindo silicone industrial e hormônios em altas doses sem acompanhamento). Isso tem implicações clínicas reais — hepáticas, vasculares, ósseas — que precisam ser acolhidas com cuidado, sem julgamento, e abordadas tecnicamente.
- Pessoas com regimes hormonais não-binários (microdose, pausas, combinações) precisam de planos de seguimento individualizados, não de protocolos pensados para o binário.
- O respeito a como você se nomeia é o primeiro gesto clínico — pronome, nome, palavras que descrevem o seu corpo. Quando a equipe de saúde acerta, a relação destrava.

Trabalhadoras sexuais: cuidado fragmentado, necessidades específicas

Uma parcela substantiva da população trans brasileira — sobretudo mulheres trans e travestis — está, foi, ou vai estar em algum momento da vida no trabalho sexual. Material de saúde que ignora isso opera com uma idealização que não corresponde ao seu público real.

Algumas implicações específicas:

- **PrEP e PEP** — profilaxia pré e pós-exposição contra HIV são compatíveis com a maioria das medicações reumatológicas. Há atenção a interações com tenofovir e função renal em quem usa AINEs ou ciclosporina; e há ajuste de dose em alguns esquemas.
- **Hepatites virais** — rastrear hepatite B e C antes de iniciar imunossupressores é regra geral. Em quem tem HBV, biológicos podem reativar a infecção e exigem profilaxia. Em quem tem HCV, há tratamento curativo, com taxas altas de cura — vale insistir no acesso.
- **HIV** — não contraindica nenhuma das medicações reumatológicas usuais; pede coordenação entre infectologia e reumatologia para escolher esquemas com menos interações.
- **Cuidado descontinuado** — a vida em diferentes cidades, com pouca previsibilidade, fragiliza a continuidade do tratamento. Estratégias como receitas de longa duração, telemedicina e vínculo com ambulatório de referência (mesmo que distante) ajudam.

- **Saúde mental** — a interseção de trabalho sexual, doença crônica e estigma tem impacto real. O Capítulo 8 vale leitura especial.

Uma palavra final nesta seção: o trabalho sexual é trabalho, e exige cuidado de saúde como qualquer outro. Profissional de saúde que julga em vez de cuidar não é o(a) seu(sua) profissional.

O QUE GUARDAR DESSAS PÁGINAS

- Acesso à saúde se distribui de forma desigual entre pessoas trans — raça, classe, território, ocupação importam.
- Lúpus é mais prevalente e mais grave em mulheres negras; em mulheres trans negras, o cuidado precisa ser ativo, não passivo.
- Travestilidade é categoria identitária própria; pessoas não-binárias e regimes hormonais não-binários precisam de plano individualizado.
- Trabalhadoras sexuais têm necessidades específicas (PrEP, hepatites, HIV, cuidado fragmentado) que não podem ser ignoradas.

•

Se chegou até aqui, percebeu que este capítulo carrega bastante peso. Faz sentido: o tema é pesado mesmo. Tudo bem fechar o livro, tomar um café, voltar depois. O que importa é que essas páginas existam para quando você precisar.

"Trans broken arm syndrome": o que é e como driblar

O termo descreve uma situação em que profissionais atribuem qualquer queixa de uma pessoa trans à transição ou aos hormônios — mesmo quando a queixa não tem relação alguma. Você quebra o braço; ouve sobre os hormônios.

Em reumatologia, isso aparece de várias formas: dor articular tratada como "efeito da testosterona"; fadiga atribuída só ao estradiol; queixa de pele rotulada como "espinha de hormônio". O resultado é que a investigação não acontece, ou demora.

COMO SE PROTEGER

- ✓ Chegue à consulta com uma frase pronta: "Quero descartar causas reumatológicas antes de atribuir aos hormônios".
- ✓ Peça registro em prontuário do que foi discutido.
- ✓ Se necessário, peça segunda opinião com um(a) reumatologista de referência.

O que pedir do consultório (e do hospital)

Ambientes que cuidam bem de pessoas trans costumam ter:

- Cadastro com nome social claro, antes mesmo da consulta.
- Pronome perguntado, não assumido.
- Banheiros sem barreira de gênero ou pelo menos um banheiro neutro.
- Equipe de enfermagem e recepção orientada.
- Formulários que não pressupõem cisheteronormatividade.

Se você encontrar um lugar que ainda não tem isso, pode pedir. Muitas mudanças acontecem porque um(a) paciente apontou.

O que esperar (e exigir) do seu reumatologista

Um bom acompanhamento reumatológico para pessoa trans inclui:

- **Conhecimento básico** sobre hormonioterapia e suas interações.
- **Comunicação respeitosa:** nome social, pronome correto, perguntas feitas com cuidado e propósito clínico.

- **Tomada de decisão compartilhada:** você participa das escolhas, não apenas recebe ordens.
- **Coordenação com outras especialidades:** endocrinologia, ginecologia, urologia, saúde mental.
- **Disponibilidade de canais** entre consultas para dúvidas urgentes.

Você pode trocar de médico. Não é desistência — é busca pelo cuidado adequado.

Como se preparar para uma consulta difícil

CHECKLIST DE PREPARO

- ✓ Anote três sintomas principais e quando começaram.
- ✓ Liste todas as medicações em uso, incluindo a hormonioterapia, com doses.
- ✓ Leve exames recentes em PDF ou impressos.
- ✓ Defina seus dois ou três objetivos para a consulta.
- ✓ Se possível, vá com alguém de confiança — uma pessoa que pode lembrar do que foi dito.
- ✓ Tenha em mente uma fala curta sobre como você quer ser chamado(a).

O que fazer quando algo dá errado

Constrangimento, recusa de atendimento, exposição indevida na recepção: nada disso é aceitável. Caminhos:

- Ouvidoria do serviço (público ou privado).

- Conselho Regional de Medicina (CRM) ou Conselho Federal de Medicina (CFM) para condutas médicas inadequadas.
- Defensoria Pública para barreiras administrativas no SUS.
- Coletivos e associações de pacientes que apoiam outras pessoas a se posicionarem.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 6

Saber identificar boas práticas, exigí-las e, quando necessário, procurar outro lugar é parte do autocuidado.

Exames e acompanhamento

Que exames pedir, com que frequência e — o ponto mais importante — qual referência usar para interpretar os resultados.

- *Exame não é cobrança. Exame é mapa. Você não precisa decorar tabelas — basta saber por que cada pedido existe e o que significa quando o número sai diferente.*

O básico do acompanhamento

Independentemente da doença reumática específica, alguns exames fazem parte do seguimento de quase todo mundo. Em pessoas trans em hormonioterapia, alguns ganham nuances de interpretação que vale conhecer.

Hemograma

Mostra glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas. Em pessoas em testosterona, o hematócrito (proporção de glóbulos vermelhos) sobe — costuma estabilizar em valores intermediários entre referência feminina e masculina. Hematócrito acima de 52% pede atenção. Em pessoas em estrogênio, a tendência é leve queda; raramente é problema clínico.

Como o metotrexato e outros remédios podem reduzir células sanguíneas, o ideal é estabelecer um valor basal seu já após estabilização

hormonal — e usar esse basal como referência para detectar quedas relativas.

Função hepática (TGO/TGP)

Pedido de rotina em quem usa metotrexato, leflunomida, ciproterona ou estradiol oral. Frequência típica: a cada 1 a 3 meses no início, depois a cada 3 a 6 meses se estável. Elevações pequenas costumam regredir; elevações persistentes acima de 2 a 3 vezes o valor de referência pedem ajuste.

Função renal e potássio

Pedidos a cada 3 a 6 meses na maioria dos casos. Em quem usa espironolactona, atenção redobrada ao potássio, especialmente se houver associação com inibidores da calcineurina (ciclosporina, tacrolimus) ou AINEs.

Perfil hormonal

Acompanhado pelo endocrinologista, mas o reumatologista precisa conhecer. Estradiol e testosterona livre orientam ajustes de dose. Vale

lembrar que o objetivo da hormonioterapia não é "atingir um número de tabela" e sim equilibrar bem-estar, segurança e expressão de gênero.

Marcadores de inflamação (VHS, PCR)

Sobem em atividade da doença. Estrogênio pode elevar levemente VHS; testosterona pode reduzir. PCR é menos influenciada e costuma ser mais confiável em pessoas em hormonioterapia.

Anticorpos específicos

FAN, anti-DNA, anti-Sm, fator reumatoide, anti-CCP, ANCA, anticorpos antifosfolípidos — pedidos conforme a doença. Sobre os antifosfolípidos em mulheres trans, repetimos: **importantes antes de iniciar/manter estrogênio.**

Vitamina D, cálcio e densitometria

Vitamina D ao menos uma vez por ano. Cálcio total e ionizado, periodicamente. Densitometria óssea (DXA) deve ser pedida pelo menos uma vez no início do acompanhamento e repetida a cada 1 a 2 anos em situações de risco — uso de corticoide, hipogonadismo prolongado, IMC baixo, doença em atividade.

Rastreamentos pela anatomia presente

Os exames de rastreamento de câncer e de outras condições não são organizados pelo gênero registrado, e sim pelos tecidos e órgãos que estão presentes no seu corpo. Esse princípio — "rastreamento pela anatomia presente" — é o caminho ético e clínico mais consistente. Em pessoas trans, onde a história anatômica pode incluir cirurgias, hormonioterapia prolongada e diferentes momentos de vida, isso pede atenção individualizada.

- **Colo uterino** — citologia oncótica/Papanicolau permanece indicada quando há colo uterino, segundo as faixas etárias e periodicidades habituais. A coleta pode ser desconfortável; equipe sensível costuma fazer diferença.
- **Tecido mamário** — em pessoas em estrogenização prolongada (geralmente acima de 5 anos), guias sugerem mamografia a partir dos 40-50 anos, ajustando por fatores de risco familiares. Em pessoas com mastectomia parcial ou completa, a recomendação muda: avaliação de tecido residual e cicatriz por exame clínico ou imagem conforme orientação especializada.
- **Próstata** — segue presente em pessoas designadas ao masculino ao nascer, mesmo após hormonioterapia feminizante; rastreamento conforme idade, etnia e história familiar, com leitura de PSA ajustada à hormonioterapia (níveis costumam ser mais baixos em estrogenização prolongada).

- **Cólon e reto** — independente de hormonioterapia: rastreamento por idade conforme diretrizes brasileiras.
- **Densitometria óssea** — vale mais a indicação por fatores de risco (hipogonadismo, corticoide, baixo IMC, doença em atividade) do que por gênero registrado.

O ponto comum: rastreamentos não são "reumatológicos", mas é parte do papel da equipe que cuida de você não os esquecer. Vale levar para a consulta uma lista da sua história anatômica e cirúrgica para informar essas decisões.

Frequência típica de consulta

Cenário	Frequência sugerida
Doença em atividade ou ajuste de medicação	4 a 8 semanas
Doença estável com DMARD ou biológico	3 a 4 meses
Remissão prolongada	6 meses
Início de hormonioterapia em paciente reumatológico	Reumato em 4-8 semanas e a cada 3 meses no primeiro ano

MEU "BASAL" PESSOAL

Anote em um único arquivo (caderno, app, planilha) os seus valores em momento de doença estável e bem-estar geral: hemograma, função hepática, renal, vitamina D, marcadores inflamatórios. Esse é o seu basal — a referência mais útil para você e seu time de saúde.

EM UMA LINHA

O exame mais útil é aquele que tem **história**. Quedas e elevações *relativas ao seu basal* dizem mais do que a "tabela do laboratório".

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 7

Em pessoas trans, interpretar exames pede um pouco mais de cuidado: usar valores basais pessoais e considerar como hormônios e medicações alteram parâmetros. Isso evita tanto sobrediagnóstico quanto perda de sinais reais.

Saúde mental e doenças crônicas

A relação entre mente, corpo e inflamação não é metáfora. É fisiologia — e é tratável.

Por que esse capítulo é tão importante

Pessoas com doenças autoimunes têm taxas mais altas de depressão e ansiedade do que a população geral. Pessoas trans também. Quando os dois grupos se sobrepõem, o impacto soma. E a literatura mostra de modo consistente: quem tem saúde mental pior, mesmo com a mesma medicação, tem doença reumática menos controlada. Não é fraqueza moral — é uma via biológica que envolve cortisol, citocinas e sono.

Cuidar da mente é, portanto, cuidar da artrite, do lúpus, da espondiloartrite, do tecido conectivo. A separação rígida entre corpo e mente é um vício de organização médica, não da realidade do paciente.

O conceito de "estresse de minoria"

É a sobrecarga psicológica gerada por viver em um ambiente que, com frequência, hostiliza, exclui ou desconsidera quem você é. Para pessoas trans, isso pode aparecer em microagressões, exposição em ambientes públicos, dificuldades em emprego e moradia, conflitos familiares. O estresse crônico ativa eixos hormonais (cortisol, simpático) e modula citocinas inflamatórias. A consequência fisiológica: maior sensibilização à dor, sono pior, mais fadiga, mais variabilidade da doença reumática.

Reduzir estresse de minoria é tratar a doença reumática — não apenas "fazer bem para a saúde mental".

Sinais que merecem atenção

- Tristeza ou irritabilidade quase todos os dias por mais de duas semanas.
- Perda de prazer em coisas que antes te faziam bem.
- Sono ruim apesar de cansaço.
- Pensamentos de não querer estar aqui.
- Ansiedade que paralisa decisões cotidianas.
- Uso crescente de álcool ou outras substâncias para "passar".

Se você se reconhece, vale procurar ajuda especializada. Não é "depois que melhorar a artrite" — é em paralelo.

O que funciona, segundo a evidência

- **Psicoterapia** — cognitivo-comportamental, dialética e terapia de aceitação e compromisso têm boa evidência em dor crônica e doenças autoimunes.
- **Antidepressivos** — quando indicados; atenção a interações com algumas medicações reumatológicas, mas a maioria é compatível.
- **Atividade física regular** — reduz fadiga, dor e sintomas depressivos. Mais detalhes no Capítulo 9.
- **Práticas mente-corpo** — ioga, meditação, mindfulness reduzem dor e melhoram qualidade de vida.
- **Suporte social** — grupos de pares (de outras pessoas trans, de pessoas com doença reumática) reduzem isolamento e estresse.

Sobre antidepressivos e hormônios

É uma dúvida comum: "tomar antidepressivo vai atrapalhar minha hormonioterapia?". A resposta curta é: na esmagadora maioria dos casos, não. ISRS, IRSN e outros antidepressivos modernos não têm interação clinicamente relevante com estrogênio nem com testosterona. Algumas exceções pedem ajuste de dose, mas são raras e seu psiquiatra saberá identificá-las.

Quando procurar ajuda imediata

AJUDA IMEDIATA

Se você está com pensamentos de se machucar ou de morrer, procure o CVV (188) — funciona 24 horas, é gratuito e sigiloso. Você também pode procurar uma UPA, um pronto-socorro psiquiátrico ou o CAPS mais próximo. Não é exagero. Você merece esse cuidado.

Cuidar de si quando o sistema não cuida

Algumas coisas que parecem pequenas e fazem diferença grande:

- Manter rotina mínima de sono (mesmo horário para deitar, mesmo horário para levantar).
- Comer ao menos três refeições no dia, sem precisar ser perfeito.
- Sair de casa por trinta minutos ao dia, sempre que possível.
- Reservar um espaço (físico ou virtual) onde você pode ser exatamente quem é, sem precisar explicar.
- Conhecer pessoas que te acolhem como você é.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 8

Saúde mental e saúde reumática conversam o tempo todo. Cuidar das duas em paralelo melhora a doença e melhora a vida. Pedir ajuda é parte do tratamento.

Estilo de vida

*Sem dietas mágicas e sem promessas vazias.
Só o que tem evidência e cabe na sua semana.*

O básico que faz a maior diferença

Em doenças reumáticas, três pilares se destacam: movimento, sono, alimentação. Hábito de fumar entra como o quarto, em sentido inverso (parar é uma das medidas que mais muda prognóstico, especialmente em AR e em vasculites). Vitamina D e exposição solar fecham o conjunto.

Movimento: o melhor anti-inflamatório com receita aberta

Atividade física regular reduz dor, melhora função, melhora humor, melhora sono e, em algumas doenças, reduz biomarcadores inflamatórios. O segredo é regularidade, não intensidade. Trinta minutos, cinco vezes por semana, de algo que você consiga manter por anos vale infinitamente mais do que três horas por semana de algo que você abandona em dois meses.

- **Atividade aeróbica** — caminhada, hidroginástica, bicicleta. Comece pelo que é viável.
- **Fortalecimento** — duas sessões por semana já têm impacto. Importante para massa óssea (mais relevante ainda em pessoas em hormonioterapia).
- **Mobilidade e alongamento** — pequenas sequências diárias previnem rigidez.

Em momentos de doença em atividade, o objetivo muda: manter mobilidade, evitar perdas. Em remissão, dá para progredir gradualmente.

Sono: subestimado e essencial

Sono ruim aumenta dor, fadiga e marcadores inflamatórios. Algumas medidas que costumam ajudar:

- Mesmo horário para deitar e levantar nos dias de semana.
- Quarto escuro, fresco e silencioso.
- Evitar telas pelo menos 30-60 minutos antes de dormir.
- Limitar caféina depois das 14h.
- Atenção a apneia do sono, especialmente se há ronco e cansaço pela manhã.

Alimentação: realista e sem dogma

Não há "dieta da artrite" milagrosa. O padrão alimentar com mais evidência em doenças reumáticas é o do tipo mediterrâneo: muitos vegetais, frutas, leguminosas, cereais integrais, peixes, azeite de oliva, com pouca carne vermelha processada e poucos ultraprocessados. Esse padrão reduz marcadores inflamatórios, melhora perfil cardiovascular e tem efeito modesto, porém consistente, sobre dor articular.

PRÁTICA

Em vez de "começar uma dieta", tente um ajuste por semana: trocar refrigerante por água com gás e limão; incluir uma porção de leguminosa no almoço; adicionar uma porção extra de vegetal no jantar; trocar pão branco por integral. Mudanças pequenas e sustentáveis vencem mudanças radicais que você abandona.

Vitamina D e sol

A maior parte das pessoas com doença autoimune se beneficia de vitamina D em níveis adequados (geralmente acima de 30 ng/mL, individualizando). Sol é a fonte mais importante; em quem usa imunossupressor, hidroxicloroquina ou tem lúpus, o sol direto pede cuidado. A solução prática é combinar exposição moderada (10-20 minutos antes das 10h ou depois das 16h) com suplementação quando a dosagem indica.

Protetor solar diário é parte do cuidado em quem tem lúpus ou usa medicações fotossensibilizantes. Não é vaidade — é prevenção de surto.

Tabagismo e álcool

Fumar piora AR, vasculites, lúpus, espondiloartrites. Reduz a resposta a vários remédios, incluindo metotrexato e biológicos. Em pessoas em estrogênio, fumar multiplica o risco trombótico. Parar é, sem comparação, uma das intervenções mais valiosas. Existem programas no SUS, terapia de reposição de nicotina, vareniclina, bupropiona — e funciona melhor com apoio multidisciplinar.

Álcool em pequena quantidade pode ser compatível com várias medicações, com exceções importantes: metotrexato e leflunomida pedem moderação rigorosa por causa do fígado.

Suplementos: o que tem evidência

Pouca coisa, na verdade. Vitamina D, quando há deficiência, sim. Cálcio, em quem usa corticoide ou tem risco aumentado, sim. Ômega-3 em doses altas tem evidência modesta em AR. Curcumina, glucosamina, colágeno — evidência fraca a inexistente em doença autoimune. Antes de iniciar qualquer suplemento, pergunte ao seu médico se ele tem interação ou efeito relevante; "natural" não é sinônimo de seguro.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 9

Movimento regular, sono cuidado, alimentação simples e equilibrada, vitamina D adequada e parar de fumar são intervenções com retorno alto e custo baixo. A maioria das mudanças que valem a pena são pequenas e sustentáveis.

Sinais de alerta

Quando esperar a próxima consulta e quando procurar atendimento agora.

- *Esse capítulo lista sinais que assustam, mas a maioria deles é rara — e nenhum significa que você "está fazendo algo errado". Você está aprendendo a ler o próprio corpo. Isso é uma habilidade, e a gente desenvolve junto.*

Por que este capítulo

Convivendo com uma doença crônica, é comum oscilar entre dois extremos: ir ao pronto-socorro a cada nova sensação ou esperar demais e descobrir tarde algo grave. Este capítulo é um guia prático de quando agir agora.

Sinais que pedem pronto-socorro IMEDIATO

AGORA, SEM ESPERAR

- ✓ **Dor torácica** intensa, especialmente com falta de ar, sudorese ou irradiação para braço/mandíbula.
- ✓ **Falta de ar súbita** sem causa óbvia.
- ✓ **Dor e inchaço em uma perna só**, com calor e vermelhidão.
- ✓ **Mudança aguda de visão, fala ou força** em um lado do corpo.
- ✓ **Febre alta com tremores** em quem usa imunossupressor ou biológico.
- ✓ **Articulação isolada quente, vermelha e muito dolorida** — pode ser artrite séptica.
- ✓ **Confusão mental ou rebaixamento** de consciência.
- ✓ **Sangramento abundante**, fezes pretas, vômito com sangue.

Se você reconhecer qualquer um desses, procure pronto-socorro hospitalar — não UPA pequena, não pronto-atendimento de farmácia. E leve uma lista atualizada de medicamentos.

Atenção em até 24-48 horas

URGENTE, MAS PROGRAMÁVEL

- ✓ Febre persistente acima de 38°C por mais de 48h em quem usa imunossupressor.
- ✓ Lesões de pele novas e disseminadas.
- ✓ Surgimento de dor abdominal moderada que não melhora.
- ✓ Tosse persistente com escarro, especialmente em quem usa metotrexato.
- ✓ Edema novo nas pernas em quem tem lúpus.
- ✓ Olho vermelho com dor e sensibilidade à luz.
- ✓ Boca/genitais com aftas extensas e novas.

Aqui o caminho é entrar em contato com seu reumatologista ou serviço de referência no mesmo dia ou no dia seguinte.

Sinais relacionados à hormonioterapia que pedem avaliação

- Inchaço importante de uma perna só (pode ser trombose).
- Dor de cabeça nova, intensa e diferente do usual.
- Pressão alta nova ou descontrolada.
- Hematócrito > 52% em pessoas em testosterona — pede ajuste.
- Dor pélvica nova, sangramento vaginal pós-menopausa em quem tem útero, sangramento intermenstrual sem causa clara.

O que NÃO precisa de pronto-socorro

Saber o que não é urgência ajuda tanto quanto saber o que é:

- Rigidez matinal habitual da sua doença.
- Dor articular conhecida em níveis usuais.
- Cansaço típico de dias atribulados.
- Pequenas oscilações de exames sem sintomas.
- Resfriado simples sem febre alta nem falta de ar.

Para esses, agendar consulta ambulatorial dá conta.

O kit de informações do paciente reumato-trans

LEVE SEMPRE COM VOCÊ

- ✓ Lista de medicamentos com doses e horários.
- ✓ Diagnósticos relevantes (incluindo doenças autoimunes e gestação prévia, se houver).
- ✓ Alergias medicamentosas.
- ✓ Contato do reumatologista e do endocrinologista.
- ✓ Resultado dos últimos exames principais (em PDF no celular já resolve).
- ✓ Identidade com nome social (RG/CPF retificados ou cartão SUS com nome social).

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 10

Conhecer os sinais de alerta de verdade reduz idas desnecessárias ao pronto-socorro e garante que, quando for preciso, você vá rápido. Esse equilíbrio se aprende — e fica mais fácil com o tempo.

Direitos e autonomia

Saber o que você pode pedir é parte do que faz cuidado virar realidade.

Nome social e identidade

No Brasil, qualquer pessoa pode usar nome social em serviços de saúde, públicos ou privados. Isso vale para prontuário, etiqueta de exames, prescrições, chamadas em sala de espera. Em serviços públicos, há decreto federal e portarias do SUS que asseguram essa garantia. Em serviços privados, o respeito ao nome social é exigência ética e, na prática, parte de qualidade.

Se você ainda não retificou o nome no registro civil, tem direito a ser tratado(a) pelo nome social. Se já retificou, todos os documentos de saúde devem usar o nome retificado.

Consentimento informado

Toda intervenção médica importante precisa do seu consentimento livre e esclarecido. Em reumatologia, isso aparece na hora de iniciar metotrexato, leflunomida, biológicos, em pulsoterapia com corticoide e em decisões de gestação/fertilidade. Você tem direito a:

- Saber o que é o medicamento e por que está sendo proposto.
- Saber os principais riscos e efeitos colaterais.
- Saber as alternativas razoáveis.
- Tempo para decidir, salvo em emergências.
- Mudar de ideia.

Decisão compartilhada

Esse modelo é cada vez mais o padrão em reumatologia. Em vez de o(a) médico(a) "mandar" e o(a) paciente "obedecer", as duas partes constroem juntas a melhor estratégia, considerando evidência científica e os seus valores e preferências. Em pessoas trans, isso é especialmente importante porque várias decisões — via de hormônio, escolha de anti-androgênio, momento de cirurgias — interagem com a reumatologia.

O melhor tratamento é aquele que faz sentido para a sua vida — não apenas para a literatura.

Direitos no SUS

Independente do município, você tem direito a:

- Atendimento na UBS de referência (atenção primária).
- Encaminhamento à reumatologia quando indicado clinicamente.
- Acesso a medicações de alto custo via Componente Especializado (CEAF) — incluem-se metotrexato, hidroxicloroquina, biológicos, micofenolato, entre outros.

- Atendimento em ambulatórios trans (ambulatórios T) onde existirem.
- Uso do nome social em todos os documentos do SUS.
- Acompanhante em consultas e procedimentos, conforme a lei.

Sigilo e prontuário

Tudo o que você compartilha em consulta é protegido por sigilo. Você tem direito de acesso ao seu prontuário e pode pedir cópia. Pode também pedir que dados específicos não sejam compartilhados com outros profissionais quando não forem clinicamente necessários — embora, em saúde integrada, o ideal seja a equipe ter as informações para te cuidar bem.

Reprodução, fertilidade e direitos

Pessoas trans têm direito a informação sobre impacto da hormonioterapia e de cirurgias na capacidade reprodutiva, antes de iniciar qualquer um dos dois — para que a decisão seja realmente informada e para que existam alternativas (como criopreservação de gametas) caso você queira preservá-las.

Sobre a oferta no SUS, é importante ser honesto: criopreservação de gametas com indicação médica existe em alguns serviços públicos, mas

o acesso é desigual entre estados, cidades e mesmo entre hospitais. Em muitos lugares, o serviço só está disponível na rede privada, com custo significativo. Isso significa, na prática, que a "garantia legal" pode não corresponder a uma "garantia real" no seu município. Vale:

- Perguntar ativamente sobre a oferta no serviço público da sua região, à equipe de endocrinologia ou ao ambulatório trans de referência.
- Pedir o encaminhamento por escrito, com indicação clínica clara — isso costuma facilitar o acesso quando há fila.
- Considerar coletivos de pacientes e Defensoria Pública quando o direito for reconhecido em lei mas não disponibilizado na prática.
- Conversar sobre o tema antes de iniciar a hormonioterapia, mesmo que a decisão final seja não preservar — porque saber que houve a conversa é parte do consentimento informado.

SE OS DIREITOS FOREM VIOLADOS

- ✓ Ouvidoria do serviço (público ou privado).
- ✓ Conselho Regional de Medicina (CRM) — para condutas inadequadas.
- ✓ Defensoria Pública da União ou do Estado — para barreiras administrativas.
- ✓ Ministério Público — para discriminação ou recusa de atendimento.
- ✓ Disque 100 — direitos humanos.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 11

Conhecer direitos e exercitá-los — com firmeza e com cuidado — é parte do tratamento da doença reumática.

Cirurgias de afirmação e doença reumática ativa

Cirurgia e doença autoimune não precisam ser inimigas. Mas pedem coordenação entre quem cuida do seu corpo de várias frentes.

- *Cirurgia de afirmação é, para muita gente, um marco da vida. Doença reumática não pode tomar isso da pessoa. Esse capítulo é sobre como caminhar com as duas coisas — não escolher entre elas.*

Por que este capítulo existe

Pessoas trans com doença reumática ativa frequentemente recebem mensagens contraditórias quando começam a planejar uma cirurgia de afirmação de gênero — mamoplastia, mastectomia masculinizadora, vaginoplastia, faloplastia, redesignação genital, cirurgia de feminilização facial, cirurgias de tireoide, entre outras. De um lado, o cirurgião pede "controle da doença". De outro, a vida pede ritmo próprio. Este capítulo organiza o que é razoável esperar de cada lado da equação.

O conceito-chave: doença em remissão ou baixa atividade

O ideal cirúrgico é entrar no centro com a doença reumática estável: marcadores inflamatórios baixos, ausência de surtos recentes, dose

mínima de corticoide. Em geral, espera-se uma janela de 3 a 6 meses de estabilidade antes de cirurgias eletivas grandes. Para cirurgias menores, a janela pode ser menor.

Isso não significa cura. Significa um momento clinicamente seguro para o procedimento.

Suspender ou não os imunossupressores e biológicos?

Cada classe tem um manejo perioperatório diferente. As recomendações abaixo seguem o padrão das diretrizes mais usadas (ACR/AAHKS 2017 e atualização 2022 para artroplastia eletiva, e princípios análogos da EULAR), aplicadas com bom senso em cirurgias de afirmação de gênero. Sua reumatologia decide o que se aplica ao seu caso:

Classe	Conduta perioperatória típica
Hidroxicloroquina	Manter; baixo risco infeccioso, e há sinal de proteção contra trombose.
Metotrexato	Em geral, manter em cirurgias eletivas; suspensão temporária só em situações específicas.

Anti-TNF (adalimumabe, etanercepte etc.)	Suspender 1 a 4 semanas antes (depende do agente) e retomar após cicatrização adequada.
Tocilizumabe, abatacepte	Suspender por aproximadamente um ciclo de dose antes da cirurgia.
Rituximabe	Janela maior (6 meses idealmente); planejamento antecipado é essencial.
Inibidores de JAK	Suspender alguns dias antes (curta meia-vida) e retomar após cicatrização.
Corticoide	Manter na menor dose efetiva; não interromper bruscamente.

REGRA DE OURO

Hidroxicloroquina *quase sempre fica*. Anti-TNF e biológicos *pausam* antes da cirurgia e voltam depois da cicatrização. Corticoide *nunca* é interrompido bruscamente.

Risco trombótico perioperatório

Atenção especial em pessoas em estrogênio. Cirurgias longas (mais de 90 minutos), imobilização prolongada e estados pró-inflamatórios da

própria doença reumática elevam o risco de TVP/TEP. Em pessoas em estrogênio, essa multiplicação é real:

DECISÃO PRÉ-CIRÚRGICA SOBRE ESTROGÊNIO

A literatura é matizada: alguns serviços suspendem o estrogênio 2 a 4 semanas antes de cirurgias maiores, especialmente quando há outros fatores de risco. Outros mantêm com profilaxia farmacológica adequada. A discussão precisa ser individual, considerando: tipo de cirurgia, duração esperada, presença de SAF, mobilização precoce planejada, custo psicológico de pausar a hormonioterapia. Nunca decida sozinho(a) — converse com endocrinologia, reumatologia e equipe cirúrgica antes.

Como dialogar com cirurgião que não conhece sua doença

Acontece com frequência: o(a) cirurgião(ã) que tem expertise em afirmação de gênero pode ter pouca familiaridade com lúpus, esclerose sistêmica ou vasculites. E o(a) reumatologista que cuida de você pode

nunca ter participado de planejamento perioperatório de cirurgia trans.
Estratégias que funcionam:

- **Pedir avaliação reumatológica pré-operatória** com relatório escrito sobre estado da doença, medicações, conduta perioperatória sugerida e fatores de risco.
- **Solicitar canal direto** entre cirurgia e reumatologia (telefone, e-mail, prontuário compartilhado) para resolução de dúvidas em tempo real.
- **Levar lista de medicações** com posologia, datas de início, motivo de uso, e o nome do(a) reumatologista, para a consulta pré-anestésica.
- **Reservar tempo de recuperação maior** que o "padrão". Doenças autoimunes podem cicatrizar em ritmo diferente.

Pós-operatório: o que esperar

Atenção redobrada a sinais de infecção (qualquer febre persistente, secreção, dor em piora) — em quem usa imunossupressor o quadro pode ser mais sutil. Mobilização precoce, hidratação, retorno gradual à atividade. A doença reumática pode ter um surto pós-operatório por estresse cirúrgico; reportar à reumatologia precocemente.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 12

Cirurgia de afirmação de gênero e doença reumática convivem bem quando há planejamento conjunto. A coordenação entre cirurgia, reumatologia e endocrinologia é o que mais reduz risco — e o seu papel ativo nessa coordenação é central.

Vacinação em pessoas imunossuprimidas

Vacinas são uma das ferramentas mais importantes (e subutilizadas) no cuidado de quem usa imunossupressor.

-

Vacinar não enfraquece quem já está em imunossupressor — fortalece. Esse capítulo é sobre cuidado preventivo, não sobre mais uma cobrança no calendário.

Por que vacinar

Pessoas em DMARDs, biológicos ou imunossupressores têm risco aumentado de infecções, e algumas dessas infecções podem ser graves. A vacinação reduz esse risco de forma substancial. Para a maioria das pessoas com doença reumática, vacinar é parte central do tratamento — não suplemento opcional.

Princípio geral: vivas atenuadas em quem está imunossuprimido

Vacinas atenuadas (com microrganismo vivo enfraquecido) costumam estar contraindicadas em pessoas em uso significativo de imunossupressor. Exemplos comuns: febre amarela, tríplice viral em algumas situações, varicela, BCG, vacina oral contra polio. Vacinas inativadas,

de subunidade, conjugadas ou de mRNA são, em geral, seguras e podem ser administradas.

Calendário recomendado

Vacina	Recomendação
Influenza (gripe)	Anual, todas as pessoas em DMARD/ biológico.
Pneumocócica (VPC13/15 + VPP23)	Esquema sequencial recomendado.
COVID-19	Atualizações conforme calendário do MS, especialmente em quem usa biológicos.
Hepatite B	Em quem não tem imunidade comprovada (Anti-HBs < 10).
HPV	Considerar em quem tem colo uterino, pênis ou ânus, conforme idade e elegibilidade.
Meningocócica	Especialmente em quem usa ecilizumabe ou ravulizumabe.

Herpes-zóster
(recombinante —
Shingrix)

No Brasil, aprovada para imunossuprimidos a partir de 18 anos e para população geral a partir de 50 anos. Acesso pelo SUS é limitado; no privado tem custo significativo. Para muitos pacientes em biológico, vale priorizar.

Dengue

Vacinas atenuadas (Qdenga, Dengvaxia) são contraindicadas em pessoas com imunossupressão significativa. Em situação epidemiológica de risco, discutir com infectologia/reumatologia. Medidas de prevenção vetorial seguem sendo a base do cuidado.

Janelas em torno de medicações

Algumas medicações pedem timing cuidadoso da vacinação:

- **Rituximabe** — vacinas inativadas idealmente 4 semanas antes da próxima dose ou 6 meses depois, para resposta imunogênica adequada.
- **Metotrexato** — pode reduzir resposta a vacina contra influenza; alguns serviços suspendem por 2 semanas após a dose para melhorar resposta.

- **Corticoide em alta dose** — vacinas atenuadas idealmente 4 semanas antes do início ou após redução da dose.

Linguagem trans-inclusiva nas vacinas por anatomia

HPV é um exemplo importante: a recomendação não é por gênero, mas por anatomia presente. Quem tem colo uterino se beneficia. Quem tem pênis ou ânus se beneficia. Quem tem múltiplas dessas anatomias, claro, também. Em ambulatórios trans bem treinados, a conversa é direta sobre isso. Em outros serviços, vale você levar a pergunta — "considerando minha anatomia X, estou indicado(a) à vacina Y?".

CHECKLIST PRÉ-IMUNOSSUPRESSÃO

Antes de iniciar biológico ou imunossupressor potente, verifique se você está em dia com:

- ✓ Sorologia de hepatite B (e vacinação se necessária)
- ✓ Sorologia de hepatite C
- ✓ HIV (sempre, com consentimento)
- ✓ PPD/IGRA para tuberculose latente
- ✓ Sorologia de varicela e sarampo (se necessárias antes de iniciar)
- ✓ Vacinas atualizadas — especialmente as atenuadas, se ainda houver janela

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 13

Vacinar é tratar. Em quem usa imunossupressor, manter o calendário em dia reduz internações, mortes e perdas de qualidade de vida. Vale insistir no acesso, mesmo quando o sistema dificulta.

Sexualidade e função sexual

Tema central que costuma sumir das consultas. Aqui ele tem espaço.

Por que a maioria dos materiais ignora isto

A interseção entre doença reumática, hormonioterapia, identidade e sexualidade é complexa, íntima e — por isso mesmo — frequentemente silenciada. Mas é uma parte importante do bem-estar, e omitir o tema é uma forma de violência silenciosa. Esta seção é direta: descreve o que pode mudar, o que costuma ajudar, e quando vale procurar ajuda especializada.

Libido

Hormonioterapia, medicações reumatológicas, doença em atividade, dor, fadiga, depressão, ansiedade e estresse de minoria — todos esses fatores conversam com o desejo sexual. Algumas observações práticas:

- Em pessoas em estrogenização, libido costuma reduzir, especialmente nos primeiros meses; estabiliza com o tempo. Para muitas, é uma mudança bem-vinda; para outras, é um efeito a manejar.
- Em pessoas em testosterona, libido frequentemente aumenta; em alguns casos, isso requer adaptações na vida cotidiana e nas relações.

- Antidepressivos do grupo ISRS podem reduzir libido em qualquer pessoa, independente de hormonioterapia. Existem alternativas com menor impacto sexual.
- Doença reumática em atividade reduz libido; tratar a doença melhora a libido junto.

Função sexual

Mudanças possíveis durante a hormonioterapia incluem alterações em ereção, lubrificação, sensação genital. Nenhuma dessas mudanças torna a sexualidade pior por definição — só diferente. Vale conversar com a endocrinologia sobre ajustes (dose, via) e, se necessário, com profissional de medicina sexual ou ginecologia/urologia trans-friendly para soluções práticas (lubrificantes, fisioterapia pélvica, medicações específicas).

Doenças reumáticas que afetam diretamente a sexualidade

- **Síndrome de Sjögren** — secura de mucosas afeta lubrificação. Lubrificantes à base de água, géis hidratantes vaginais, e em alguns casos estradiol tópico podem ajudar.

- **Artrite e dor crônica** — posições adaptadas, planejamento do sexo em horários de menor dor, conversa aberta com parceiros.
- **Esclerose sistêmica** — esclerodermia genital pode afetar elasticidade tecidual; acompanhamento especializado faz diferença.
- **Lúpus** — fadiga, fotossensibilidade, dor articular interagem com vida sexual; controle da doença melhora bastante.

Medicações com efeitos sexuais conhecidos

- **Corticoide em altas doses** — pode reduzir libido e função sexual.
- **Antimaláricos (hidroxicloroquina)** — efeito sexual mínimo em geral.
- **Metotrexato** — pouco impacto direto; cuidado com fertilidade em planejamento de gestação.
- **Antidepressivos** — efeito relevante; troca de classe pode resolver.
- **Antiandrogênicos** — espironolactona e ciproterona reduzem libido e função erétil; conversar com endocrinologia se isso for prioritário.

IST, HIV e PrEP em pessoa em imunossupressão

Este livro recusa a higienização da sexualidade. IST, HIV e PrEP são parte da vida sexual de muita gente — incluindo pessoas trans em tratamento reumatológico — e merecem espaço sem rodeios.

Testagem regular

Vale fazer testagem periódica para HIV, sífilis, hepatites B e C, gonorreia e clamídia (incluindo coleta orofaríngea e anal quando há prática sexual nesses sítios). A frequência depende do número de parceiros e do uso ou não de preservativo: a cada 3-6 meses para quem tem múltiplos parceiros, anualmente para a maioria. Em quem usa imunossupressor potente, manter sorologias atualizadas é parte do seguimento.

PrEP (profilaxia pré-exposição contra HIV)

PrEP é gratuita no SUS e é compatível com a imensa maioria das medicações reumatológicas. Pontos práticos:

- O esquema padrão (tenofovir + entricitabina) tem boa segurança em pessoas em DMARDs e biológicos.

- Atenção a função renal em quem usa AINEs cronicamente, ciclosporina ou tacrolimus — nesses casos, o esquema com TAF (tenofovir alafenamida) pode ser preferível.
- PrEP não substitui preservativo para outras IST — é proteção específica contra HIV.
- Existe também PrEP injetável (cabotegravir) em alguns serviços, com vantagem de aderência.

PEP (profilaxia pós-exposição)

Disponível em UPAs, hospitais e SAEs do SUS, idealmente nas primeiras 2 horas e até 72 horas após exposição de risco. Esquema padrão é compatível com a maioria dos remédios reumatológicos. Não atrase: cada hora conta.

HIV em pessoa com doença reumática

HIV não contraindica nenhuma das medicações reumatológicas usuais. O cuidado é coordenar infectologia + reumatologia para escolher esquemas com menos interações: por exemplo, dolutegravir e biológicos costumam conviver bem; alguns inibidores de protease podem alterar metabolismo de glicocorticoides e merecem atenção. Carga viral indetectável + adesão = vida plena, incluindo plena vida sexual.

Hepatites virais antes de imunossuprimir

Já mencionado em outros capítulos, mas vale repetir aqui: rastrear hepatite B e C antes de iniciar biológico ou imunossupressor potente é regra. Em hepatite B inativa, profilaxia antiviral evita reativação. Em hepatite C, há tratamento curativo com taxas altas de sucesso — vale insistir no acesso.

Vacinas relacionadas

HPV (em quem tem colo, pênis ou ânus), Hepatite B (em quem não tem imunidade), Hepatite A (em quem faz sexo anal) — todas relevantes. O Capítulo 13 detalha.

-

Sexualidade segura não é a sexualidade triste. É a sexualidade informada, com escolhas que cabem no seu corpo e na sua vida.

Quando procurar ajuda especializada

Vale procurar quando: a queixa sexual está incomodando muito; quando a relação com parceiros está sofrendo; quando o desconforto persiste apesar de ajustes; quando há dor durante o sexo. Profissionais úteis: medicina sexual, ginecologia/urologia trans-friendly, fisioterapia

pélvica, psicoterapia individual ou em casal/relação aberta a configurações diversas.

Sexualidade é parte da saúde — e merece o mesmo tempo de consulta que qualquer outro sintoma.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 14

Hormonioterapia, doença reumática e medicação alteram a vida sexual de formas previsíveis e tratáveis. Falar sobre isso na consulta não é imposição — é cuidado. Você merece um time que escuta esse capítulo da sua vida.

Adolescentes e jovens trans

Para jovens com diagnóstico reumatológico, e para quem cuida deles.

Um capítulo curto e específico

Adolescência já é uma travessia complexa. Quando ela se cruza com diagnóstico de doença reumática autoimune e desejo de afirmação de gênero, várias decisões precisam ser feitas em paralelo. Este capítulo é para jovens trans com doença reumática, e também para mães, pais, responsáveis e profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

Bloqueadores hormonais e doenças autoimunes

Análogos de GnRH — também chamados de bloqueadores hormonais ou bloqueadores de puberdade — suspendem temporariamente a puberdade endógena. Em pessoas com doenças autoimunes, esse uso geralmente é seguro: o efeito é reversível, e há experiência clínica acumulada de décadas em outras indicações pediátricas (puberdade precoce, por exemplo). Decisões sobre iniciar, manter, suspender são individualizadas, com acompanhamento de endocrinologia pediátrica e equipe de saúde mental especializada.

Hormonioterapia em adolescentes

Iniciar testosterona ou estradiol em adolescência é discussão técnica e ética. As diretrizes internacionais (WPATH SOC8, Endocrine Society)

descrevem critérios e processos. Em jovens com doença reumática, a coordenação entre endocrinologia pediátrica, reumatologia pediátrica e psicologia/psiquiatria é central.

Algumas questões específicas:

- Lúpus juvenil tem curso diferente do adulto, com mais comprometimento de órgãos. Discussão sobre estrogênio precisa considerar APL e atividade da doença.
- Artrite idiopática juvenil pode ter manejo de medicações diferente; coordenação cuidadosa.
- Densidade óssea em desenvolvimento — bloqueadores e hormonioterapia interagem com mineralização. Acompanhamento com densitometria periódica em casos de risco.

Transição entre reumatologia pediátrica e adulta

O período entre 16 e 22 anos costuma ser de transição de cuidado — sair da pediatria e entrar no atendimento adulto. Em pessoas trans com doença reumática, essa fase pede cuidado redobrado para evitar perda de seguimento. O ideal é uma fase intermediária com ambas as equipes presentes, transferência de prontuário com clareza, encontros conjuntos pediatra–adulto, e, quando possível, ambulatórios estruturados especifi-

camente para essa passagem (algumas instituições brasileiras já oferecem esse modelo).

Escola e doença

Faltas para consultas e exames, dias com flare, fadiga em provas, medicamentos durante o expediente escolar. Direitos:

- Atestado médico para faltas sem prejuízo de avaliação.
- Plano educacional individualizado em casos mais complexos.
- Uso do nome social na chamada e em documentos escolares.
- Banheiros que respeitam identidade.

Saúde mental em jovens trans com doença autoimune

A combinação coloca essa população em risco aumentado de depressão e ansiedade. Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico desde cedo, em ambiente trans-friendly, é parte estrutural do cuidado — não acessório.

Cuidar bem de uma adolescência atravessada por diagnóstico e identidade é um dos investimentos mais importantes que um sistema de saúde pode fazer.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 15

Jovens trans com doença reumática merecem cuidado coordenado, escuta atenta e respeito ao seu ritmo. Família, escola e equipe de saúde podem caminhar juntas — e quando caminham, faz uma diferença que dura a vida toda.

Envelhecer como pessoa trans com doença reumática

Uma população crescente, com necessidades pouco mapeadas. Aqui o que sabemos — e o que ainda precisa ser construído.

Reconhecer um silêncio

É preciso começar este capítulo nomeando uma realidade dura: a expectativa de vida da população trans brasileira é historicamente menor que a média da população geral, especialmente entre mulheres trans e travestis em condições de vulnerabilidade extrema. Esse dado não é destino — é consequência cumulativa de violência, exclusão, acesso fragmentado à saúde, ambientes de trabalho hostis e adoecimentos não tratados.

Apesar disso — e por isso mesmo — há uma população crescente de pessoas trans envelhecendo. Pessoas que iniciaram a transição em décadas anteriores, que estão em hormonioterapia há 20, 30, 40 anos. Pessoas com doenças reumáticas que se desenvolveram ou agravaram com o tempo. Esta seção é para vocês.

Continuidade da hormonioterapia em idosos

Não há base clínica para suspender a hormonioterapia "por idade". Há, sim, ajustes que vão sendo feitos: redução de doses se houver fatores de risco cardiovascular, troca de via para reduzir riscos trombóticos, atenção a polifarmácia. Suspender por suspender é uma forma de violência institucional comum em casas de longa permanência — e

precisa ser combatida com posicionamento claro de equipe especializada.

Comorbidades que crescem com a idade

- **Doença cardiovascular** — acompanhamento de pressão, lipídios, glicemia. Estradiol oral em mulheres trans idosas pede atenção redobrada.
- **Osteoporose** — risco aumenta após décadas de hormonioterapia, especialmente se houve interrupções ou doses baixas. Densitometria periódica, vitamina D, exercício resistido, e medicação específica quando indicada.
- **Cânceres** — manter rastreamentos pela anatomia presente.
- **Doença renal crônica** — exige atenção a doses de medicações reumatológicas; muitas precisam ajuste.
- **Demência** — pesquisa ainda em estágios iniciais sobre interação entre hormonioterapia prolongada e cognição. Na dúvida, manter equipe envolvida.

Saúde mental e isolamento social

Envelhecer trans com doença crônica pode ser muito solitário, especialmente para quem não construiu rede familiar ou para quem perdeu pares ao longo da vida. Algumas estratégias:

- Ambulatórios trans com seguimento longitudinal.
- Grupos de pares (presenciais ou online) que acolhem pessoas mais velhas.
- Suporte de assistência social estruturada.
- Profissional de saúde mental com sensibilidade para envelhecimento e diversidade de gênero.

Planejamento de longo prazo

Documentos como diretivas antecipadas de vontade e procurações de saúde permitem que você defina, com lucidez prévia, como quer ser cuidado(a) em cenários de incapacidade futura. Em pessoas trans, isso assume importância especial: garantir respeito a identidade, nome, pronome, hormonioterapia mesmo em situações em que a pessoa não pode mais se expressar plenamente. Vale conversar com a Defensoria Pública ou advogado(a) de confiança.

Envelhecer trans é, muitas vezes, um ato político. Garantir cuidado digno nessa fase é dever do sistema de saúde — e merece ser nomeado.

MENSAGEM-CHAVE DO CAPÍTULO 16

A geração trans envelhecendo no Brasil hoje carrega uma sabedoria que precisa ser ouvida e um cuidado que precisa ser construído. Este livro é também uma carta para quem chega ao envelhecimento com a doença reumática junto.

Palavras que aparecem nas consultas

Um dicionário curto e direto para você não se perder no vocabulário médico.

AINE — Anti-inflamatório não esteroidal. Exemplos: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco. Usado para dor e inflamação leve a moderada. Cuidado em quem usa espironolactona ou tem doença renal.

Anti-CCP — Anticorpo associado à artrite reumatoide; ajuda no diagnóstico e prognóstico.

Anti-DNA — Anticorpo associado ao lúpus; reflete atividade da doença.

Antiandrogênio — Medicamento que reduz efeitos da testosterona. Exemplos: espironolactona, ciproterona. Usado em mulheres trans em conjunto com estradiol.

Anticorpos antifosfolípides — Conjunto de anticorpos (incluem anti-cardiolipina, anti-beta2GPI e anticoagulante lúpico) que aumentam risco de trombose e abortamentos. Importantes em mulheres trans com lúpus em uso de estrogênio.

AR — Artrite reumatoide.

Autoimunidade — Estado em que o sistema imune confunde células do próprio corpo com inimigos e as ataca.

Biológico — Medicamento produzido por engenharia genética que age em alvos específicos do sistema imune. Exemplos: adalimumabe, etanercepte, tocilizumabe, rituximabe.

Citocina — Mensageiro químico do sistema imune; orienta inflamação e defesa.

DMARD — Drogas modificadoras de doença reumática. Exemplos sintéticos: metotrexato, hidroxicloroquina, leflunomida, sulfasalazina.

DXA — Densitometria óssea; exame que mede massa óssea.

Espondiloartrite — Grupo de doenças que afetam coluna e articulações; inclui espondilite anquilosante e artrite psoriática.

FAN — Fator antinuclear; exame de triagem em suspeita de doenças autoimunes.

Fibromialgia — Síndrome de dor crônica generalizada com sensibilização do sistema nervoso central. Mais frequente em pessoas com estresse crônico e pode coexistir com doenças reumáticas.

Flare — Termo usado para descrever períodos de atividade ou agudização de uma doença autoimune.

GAHT — Sigla em inglês para gender-affirming hormone therapy (hormonioterapia de afirmação de gênero).

GnRH (análogo de) — Medicamento que bloqueia a produção de hormônios sexuais pela hipófise. Usado em algumas estratégias de hormonioterapia trans, especialmente em adolescentes.

HCQ — Hidroxicloroquina; antimalárico usado como base de tratamento em lúpus e em outras doenças.

Imunossupressor — Medicamento que reduz a atividade do sistema imune. Exemplos: azatioprina, micofenolato, ciclosporina, tacrolimus.

JAK (inibidores de) — Classe de remédios orais que bloqueiam vias intracelulares do sistema imune. Exemplos: tofacitinibe, baricitinibe, upadacitinibe. Atenção em pessoas em estrogênio pelo risco trombótico.

LES — Lúpus eritematoso sistêmico.

MTX — Metotrexato; um dos remédios mais usados em AR e outras doenças.

PCR — Proteína C reativa; marcador de inflamação.

Pulsoterapia — Doses altas e curtas de corticoide endovenoso (geralmente metilprednisolona) usadas em quadros graves.

Síndrome de Sjögren — Doença autoimune que afeta principalmente glândulas lacrimais e salivares.

TNF — Fator de necrose tumoral; citocina central na artrite reumatoide e em espondiloartrites. Anti-TNFs são os primeiros biológicos disponíveis.

VHS — Velocidade de hemossedimentação; marcador de inflamação. Pode ser influenciada pelo estradiol.

Fontes e leituras

As principais bases científicas usadas neste livro, organizadas por tema. Para quem quiser ir além.

Uma palavra honesta sobre as referências

Cada referência abaixo foi verificada em bases públicas (PubMed, CrossRef, sites das instituições). Pesquisa em saúde trans avança rápido — algumas vão estar desatualizadas em poucos anos. Sempre que possível, busque a versão mais recente das diretrizes citadas.

Esta seção tem duas partes. **Leitura essencial (explicada)** reúne os 8 trabalhos mais importantes para entender o livro inteiro, com uma frase sobre por que cada um importa. **Referências técnicas completas** traz a lista bibliográfica organizada por tema, no padrão acadêmico.

Leitura essencial (explicada)

WPATH. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC-8). 2022.

A diretriz internacional mais usada para cuidados em saúde trans. Estabelece princípios, processos e critérios. Se você lê só uma fonte de referência, leia esta.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(11):3869-3903.

Base farmacológica da hormonioterapia. Define alvos hormonais, monitoramento, hematócrito > 52%, ajustes em populações específicas. Referência clínica de cabeceira.

Glintborg D, et al. Autoimmune diseases in 3812 Danish transgender persons and 38,120 cisgender controls. *Eur J Endocrinol* 2025;192(4):408-417.

A maior coorte populacional já feita sobre interseção entre identidade trans e doenças autoimunes. Os números do Capítulo 1 vêm aqui — e a discussão epidemiológica do livro inteiro também.

Lakshmikanth T, et al. Immune system adaptation during gender-affirming testosterone treatment. *Nature* 2024;633(8028):155-164.

Estudo longitudinal com 23 homens trans em testosterona. Mostra IFN-I caindo e TNF/IL-6 subindo. Base biológica do que apresento sobre testosterona no Capítulo 3.

Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *NEJM* 2005;353(24): 2550-2558. (SELENA-SLEDAI)

Pilar da literatura clínica sobre estrogênio em LES. 183 mulheres cis com lúpus estável + APL negativo, hormônio combinado oral não aumentou flares severos. Calibra o medo mecanístico em mulheres trans com LES.

King H, Padilla Kelley T, Shatzel JJ. Gender-affirming hormone therapy in the transgender patient: influence on thrombotic risk. *Hematology — ASH Educ Program* 2024;2024(1):652-663.

Síntese atualizada do estado da arte sobre risco trombótico em hormonioterapia feminizante. Base do Capítulo 4 (tabela de risco) e da preferência por via transdérmica.

Klumb EM, Scheinberg M, de Souza VA, et al. The landscape of systemic lupus erythematosus in Brazil. *Lupus* 2021;30(8):1167-1187.

Painel brasileiro de especialistas com dados de prevalência, distribuição racial e desfechos do LES no Brasil. Ancora a discussão sobre lúpus em mulheres negras do Capítulo 6.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023.

Moldura ético-regulatória da prática médica brasileira para divulgação científica e educação ao paciente. Define o que pode (e o que não pode) entrar em material como este livro. Razão pela qual o disclaimer da página 2 é tão específico.

Referências técnicas completas

Hormonioterapia e sistema imune

Lakshmikanth T, et al. *Immune system adaptation during gender-affirming testosterone treatment*. *Nature*. 2024;633(8028):155-164.

Robinson GA, Peng J, Peckham H, et al. *Investigating sex differences in T regulatory cells from cisgender and transgender healthy individuals and patients with autoimmune inflammatory disease: a cross-sectional study*. *Lancet Rheumatology*. 2022;4(10):e710-e724.

Grünhagel B, Borggrewe M, Hagen SH, et al. *Reduction of IFN-I responses by plasmacytoid dendritic cells in a longitudinal trans men cohort*. *iScience*. 2023;26(11):108237.

White AA, Lin A, Bickendorf X, et al. *Potential immunological effects of gender-affirming hormone therapy in transgender people — an unexplored area of research*. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*. 2022;13:20420188221139612.

[Estudo de proteoma plasmático em hormonioterapia feminizante.] *Plasma proteome adaptations during feminizing gender-affirming hormone therapy*. *Nature Medicine*. 2025. [Coorte de 40 mulheres trans; 245 e 91 proteínas alteradas nos braços ciproterona e espironolactona.]

Coortes populacionais de pessoas trans

Glintborg D, et al. *Autoimmune diseases in 3812 Danish transgender persons and 38,120 cisgender controls before and after transgender care: a register-based cohort study*. *European Journal of Endocrinology*. 2025;192(4):408-417.

Glintborg D, et al. *Mental and physical health among Danish transgender persons compared with cisgender persons*. *JAMA Network Open*. 2025;8(4):e257115. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.7115

Tromboembolismo e estrogênio

Goldstein Z, et al. *Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy*. *Journal of Blood Medicine*. 2019;10:209-216.

Schachter H, Blaszcak J, Barnes GD. *Review of venous thromboembolism (VTE) risk, evaluation, and treatment in individuals on estrogen-based gender-affirming hormone therapy*. *Vascular Medicine*. 2025;30(4):488-498.

King H, Padilla Kelley T, Shatzel JJ. *Gender-affirming hormone therapy in the transgender patient: influence on thrombotic risk*. *Hematology — American Society of Hematology Education Program*. 2024;2024(1):652-663.

Lúpus, hormônios e estudos clínicos

Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. *Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus*. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(24):2550-2558. [Ensaio SELENA-SLEDAI; pilar das recomendações sobre estrogênio em LES.]

Hill BG, Hodge B, Mischia R. *Lupus nephritis in a transgender woman on cross-sex hormone therapy: a case for the role of oestrogen in systemic lupus erythematosus*. *Lupus*. 2020;29(13):1807-1810.

Pontes LT, Camilo DT, De Bortoli MR, et al. *New-onset lupus nephritis after male-to-female sex reassignment surgery*. *Lupus*. 2018.

Klumb EM, Scheinberg M, de Souza VA, et al. *The landscape of systemic lupus erythematosus in Brazil: an expert panel review and recommendations*. *Lupus*. 2021;30(8):1167-1187. doi:10.1177/09612033211030008

Doenças reumáticas em pessoas trans

Salgado E, Romera-Baurés M, Beltran-Catalan E, et al. *Immune-mediated inflammatory rheumatic diseases in transgender people: A scoping review*. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2022;52:151920. [Nota: o título original mantém a grafia "Immune", como publicado.]

Levit D, Yaish I, Shtrozberg S, Aloush V, Greenman Y, Ablin JN. *Pain and transition: evaluating fibromyalgia in transgender individuals*. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2021;39 Suppl 130(3):27-32.

Tabernacki T, et al. *The burden of chronic pain in transgender and gender diverse populations: evidence from a large US clinical database*. *European Journal of Pain*. 2025.

Ciproterona e meningioma

European Medicines Agency (EMA). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. 2020. [ema.europa.eu](https://www.ema.europa.eu).

Roland N, et al. *High-dose cyproterone acetate and intracranial meningioma: impact of the risk minimisation measures implemented in France in 2018-2019*. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2025.

Estresse de minoria e biologia

Hatzenbuehler ML. *How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework*. *Psychological Bulletin*. 2009;135(5):707-730.

Slavich GM, Cole SW. *The emerging field of human social genomics*. *Clinical Psychological Science*. 2013;1(3):331-348.

Diretrizes e protocolos

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC-8)*. 2022.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline*. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2017;102(11):3869-3903.

Goodman SM, Springer BD, Chen AF, et al. *2022 American College of Rheumatology / American Association of Hip and Knee Surgeons guideline for the perioperative management of antirheumatic medication in patients with rheumatic diseases undergoing elective total hip or total knee arthroplasty*. *Arthritis Care & Research*. 2022;74(9):1399-1408. doi:10.1002/acr.24893

Mota LMH, Kakehasi AM, Gomides APM, et al. *2017 recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis*. *Advances in Rheumatology*. 2018;58:2.

EULAR. *Recommendations for the management of systemic lupus erythematosus*. *Annals of the Rheumatic Diseases*. Versão mais recente disponível em ard.bmj.com.

Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 2.336/2023* — sobre publicidade médica e princípios da prática clínica.

Ministério da Saúde do Brasil. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e demais identidades*.

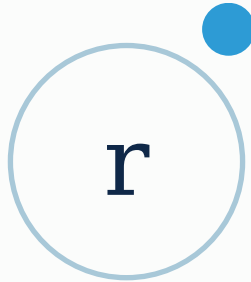
Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). *Calendário de vacinação para pacientes especiais (imunossuprimidos)*. Versão atualizada disponível em sbim.org.br.

Onde buscar mais

- Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) — material para pacientes.
- WPATH — Standards of Care, edição 8 (em português parcial).
- Ministério da Saúde — Política Nacional de Saúde Integral LGBT+.
- Coletivos e ambulatórios trans em hospitais universitários.

UMA ÚLTIMA PALAVRA

A ciência sobre saúde trans avança rápido. Algumas das fontes deste livro vão estar desatualizadas em poucos anos — o que é uma ótima notícia. Você merece sempre o que há de mais atual. Volte a este livro como ponto de partida, não de chegada.



DR. VICTOR BERÇOT
REUMATOLOGISTA

Este livro foi feito com cuidado, leitura crítica e respeito.
Continua aberto a sugestões de quem o usa.

Edição 1 — 2026