

PORTARIA N° 457, DE 19 DE AGOSTO DE 2008.

A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.652/2002, que autoriza a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia como tratamento dos casos de transexualismo;

Considerando a necessidade de identificar e estruturar os serviços que prestarão assistência aos indivíduos com indicação para o Processo Transexualizador;

Considerando a necessidade de estruturar o processo de Credenciamento/Habilitação dos serviços que prestarão assistência aos indivíduos com indicação para o Processo Transexualizador;

Considerando a necessidade de estabelecer critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, de transformação do fenótipo masculino para feminino; e

Considerando a necessidade de apoiar os gestores do SUS na regulação, avaliação e controle da atenção especializada no que concerne ao Processo Transexualizador, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma dos Anexos desta Portaria a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS:

- Anexo I: Normas de Credenciamento/ Habilitação de Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, referência para a realização dos procedimentos para a atenção aos indivíduos com indicação para a realização do Processo Transexualizador;

- Anexo II: Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento/Habilitação de Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador;

- Anexo III: "Diretrizes de Atenção Especializada no Processo Transexualizador"; e

- Anexo IV: Relação dos Serviços com expertise, Habilitados para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador.

Art. 2º - Definir como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - a unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento.

Parágrafo Único: São características da Unidade de Atenção Especializada:

I- Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007;

II- Ser Hospital contratualizado com o SUS de acordo com as Portarias Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004, Portarias GM/MS nº 2.352, de 26 de outubro de 2004, nº 1.702, de 17 de agosto de 2004, e nº 1.703, de 17 de agosto de 2004;

III- Estar articulado e integrado com o sistema de saúde local e regional;

IV- Dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos para o processo transexualizador; e

V- Ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

Art. 3º - Definir como atribuições da Unidade de Atenção Especializada:

I- Apoiar a implantação das Diretrizes do Processo Transexualizador no SUS, que deve se pautar:

a) Na integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

b) Na humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana; e

c) Na constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional.

Art. 4º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em Gestão Plena do Sistema, estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial entre os serviços e, considerem na distribuição geográfica das Unidades de Assistência os parâmetros a seguir:

I- ter base territorial de atuação definida por Macroregião;

II- população a ser atendida, conforme os parâmetros utilizados na Programação Pactuada Integrada - PPI;

III- necessidade de cobertura assistencial;

IV- mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;

V- capacidade técnica e operacional dos serviços; e

VI- Expertise confirmada dos serviços e equipe.

Art. 5º - Definir que o credenciamento da Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador é descentralizado e, portanto, de responsabilidade do gestor estadual ou municipal de acordo com sua competência de gestão, no qual:

I - Cabe ao gestor estadual ou municipal, de acordo com a gestão do estabelecimento, alimentar ou registrar as informações no CNES;

II - Cabe a Comissão Intergestores Bipartite - CIB a aprovação, ou não, desse credenciamento; e

III - O Credenciamento/habilitação das Unidades de Atenção Especializada para prestar assistência aos indivíduos que possuem indicação para a realização do Processo Transexualizador, após ser aprovado na

Comissão Intergestores Bipartite – CIB ocorrerá com a homologação pelo Ministério da Saúde, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 598, de 23 de março de 2006.

§1º - Para fins de credenciamento de que trata o caput deste Artigo, deverão ser utilizadas/seguidas as Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Atenção, referência para a realização dos procedimentos para a Atenção aos indivíduos com indicação para a realização do Processo Transexualizador, conforme estabelecido no Anexo I desta Portaria.

§2º - Para fins de homologação do credenciamento e habilitação pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde deverão encaminhar os documentos a seguir descritos à Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS, a quem compete a respectiva habilitação e homologação:

I- Cópia da Resolução da CIB aprovando o Credenciamento;

II- Formulário de Vistoria do Gestor, conforme Anexo II desta Portaria; e

III- Informações sobre o impacto financeiro, conforme definido na Portaria GM/MS nº 598, de 23 de março de 2006.

§3º - O credenciamento/habilitação da Unidade de Atenção Especializada será realizado nos limites orçamentários previstos para o exercício financeiro pelo Ministério da Saúde.

§4º - O Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada avaliará a indicação apresentada e verificará a disponibilidade de recursos para publicação da Habilitação da Unidade.

Art. 6º - Definir que as Unidades de Atenção Especializada habilitadas para prestar assistência aos indivíduos com indicação para a realização do Processo Transexualizador deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art. 7º - Incluir, na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e dos Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do SUS, o serviço de código 153 – Atenção especializada no Processo Transexualizador e suas respectivas classificações conforme tabela a seguir:

Código Serviço	Descrição Serviço	Código Classif.	Descrição Classificação
153	Atenção especializada no Processo Transexualizador	001	Serviço de assistência aos indivíduos que possuem indicação para a realização do Processo Transexualizador

Art. 8º - Criar o procedimento específico para tratamento hormonal pré-operatório à cirurgia seqüencial de transexualização: Redesignação sexual.

Grupo: 03 – PROCEDIMENTOS CLÍNICO
Sub-Grupo: 03 – TRATAMENTO CLÍNICO (OUTRAS ESPECIALIDADES)
Forma de Organização: 03 – TRATAMENTO DE DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS
Procedimento: 0303030070 – ADMINISTRAÇÃO HORMONAL (VALOR MENSAL)
Descrição: Administração de hormônios no período que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (acetato de ciproterona e estrógenos) indicado para pacientes com excesso de pelos (hirsutismo).
Origem:
Modalidade: AMBULATORIAL
Complexidade: ALTA COMPLEXIDADE
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações C) (FAE)
Valor Ambulatorial SA: R\$ 62,40
Total Ambulatorial: R\$ 62,40
Valor Hospitalar SH: 0,00
Valor Hospitalar SP: 0,00
Total Hospitalar: 0,00
Idade Min.: 21
Idade Máx.: 75
Sexo: M
Qtde Máxima : 01
Instr. Registro: APAC (Proc. Principal)
Média Permanência: NÃO
Permanência Maior: NÃO
Cirurgia Eletiva: NÃO
CNRAC: NÃO
Inclui Anestesia: NÃO

Pontos:
Admite Longa Permanência: NÃO
CID Principal:F64.0
CBO: 223110, 223112, 223125, 223132, 223157, 223710
Serviço/Classificação:
Especialidade do Leito:
Habilitação : 30.01 – Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Parágrafo Único: os medicamentos hormonais quando fornecidos para Processo Transexualizador não podem ser cobrados no âmbito dos programas de assistência farmacêutica da atenção básica e de medicamentos excepcionais.

Art. 9º – Criar o procedimento específico para acompanhamento terapêutico no Processo Transexualizador:

Grupo: 03 – PROCEDIMENTOS CLÍNICO
Sub-Grupo: 01 – CONSULTAS/ ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS
Forma de Organização: 13 – ACOMPANHAMENTO EM OUTRAS ESPECIALIDADES
Procedimento: 0301130027 – ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (por atendimento)
Descrição: Acompanhamento de paciente no Processo Transexualizador consiste do atendimento mensal, durante 2 (dois) anos, por equipe multiprofissional, pré e pós cirurgia de redesignação sexual.
Origem:
Modalidade: AMBULATORIAL
Complexidade: ALTA COMPLEXIDADE
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:R\$ 37,50
Total Ambulatorial: R\$ 37,50
Valor Hospitalar SH: 0,00
Valor Hospitalar SP: 0,00
Total Hospitalar: 0,00
Idade Min.: 21
Idade Máx.: 75
Sexo: M
Qtde Máxima : 01
Instr. Registro: APAC (Proc. Principal)
Média Permanência:
Permanência Maior: NÃO
Cirurgia Eletiva: NÃO
CNRAC: NÃO
Inclui Anestesia: NÃO
Pontos:
Admite Longa Permanência: NÃO
CID Principal: F64.0
CBO: 223110, 223112, 223125, 223132, 223153, 223157, 223710, 251510, 251605.
Serviço/Classificação:
Especialidade do Leito:
Habilitação : 30.01 – Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Art. 10 – Criar o procedimento específico para cirurgia de transgenitalização: Redesignação Sexual.

04 – PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
Sub-Grupo: 09 – CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO
Forma de Organização: 05 – PÊNIS
Procedimento: 0409050121 – REDESIGNAÇÃO SEXUAL – 1º Tempo
Descrição: Consiste na retirada dos testículos (orquiectomia bilateral), na amputação peniana e na construção de uma neovagina a partir da bolsa escrotal.
Origem:
Modalidade: HOSPITALAR
Complexidade: ALTA COMPLEXIDADE
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA: 0,00
Total Ambulatorial: 0,00
Valor Hospitalar SH: 633,52
Valor Hospitalar SP: 480,05

Total Hospitalar: 1.113,57
Idade Min.: 21
Idade Máx.: 75
Sexo: M
Qtde Máxima : 01
Instr. Registro: AIH (PROC. PRINCIPAL)
Média Permanência: 3
Permanência Maior: SIM
Cirurgia Eletiva: NÃO
CNRAC: NÃO
Inclui Anestesia: SIM
Pontos: 270
Admite Longa Permanência: NÃO
CID Principal: F64.0
CBO: 223110, 223112, 223157, 2231F3
Especialidade do Leito: 1 - CIRURGICO
Habilitação : 30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Grupo: 04 - PROCEDIMENTOS CIRURGICOS
Sub-Grupo: 04 - CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA CABEÇA E DO PESCOÇO
Forma de Organização: 01 - CIRURGIAS DE OUVIDO, NARIZ, E GARGANTA.
Procedimento: 0404010423 - REDESIGNAÇÃO SEXUAL - 2º Tempo
Descrição: Consiste no alongamento das cordas vocais e tiroplastia para redução do Pomo de Adão, com vistas à feminilização da voz.
Origem:
Modalidade: HOSPITALAR
Complexidade: ALTA COMPLEXIDADE
Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial AS: 0,00
Total Ambulatorial: 0,00
Valor Hospitalar SH: 168,20
Valor Hospitalar SP: 225,33
Valor Hospitalar SADT: 5,02
Total Hospitalar: 398,55
Idade Min.: 21
Idade Máx.: 75
Sexo: M
Qtde Máxima : 01
Instr. Registro: AIH (PROC. PRINCIPAL)
Média Permanência: 3
Permanência Maior: SIM
Cirurgia Eletiva: NÃO
CNRAC: NÃO
Inclui Anestesia: SIM
Pontos: 270
Admite Longa Permanência: NÃO
CID Principal: F64.0
CBO: 223108, 223110, 223112, 223147
Serviço/Classificação:
Especialidade do Leito: 1 - CIRURGICO
Habilitação : 30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Art. 11 - Estabelecer que os procedimentos definidos nos artigos 8º e 9º desta Portaria serão operacionalizados no SIA/SUS, por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC).

Art. 12 - Estabelecer que as Unidades de Atenção Especializada que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta Portaria serão desabilitados pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS.

Art. 13 - Estabelecer que os recursos orçamentários necessários à implementação desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 14 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO

ANEXO I
NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1 – Planejamento:

1.1 - As Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento regional para indicar a Unidade de Atenção Especializada que será referência macroregional para a assistência aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador.

1.2 – Para a definição das Unidades de Atenção Especializada e sua distribuição geográfica, os gestores deverão observar os seguintes parâmetros:

a) ter base territorial de atuação definida por Macroregião;

b) população a ser atendida, conforme os parâmetros utilizados na Programação Pactuada Integrada - PPI;

c) necessidade de cobertura assistencial;

d) mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;

e) capacidade técnica e operacional dos serviços;

f) Expertise confirmada dos serviços e equipe;

g) Integração com a rede de referência hospitalar em atendimento as urgências/emergências, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com os demais serviços assistenciais (ambulatoriais e hospitalares) e com a Central de Regulação – quando houver – disponíveis no estado;

1.3 – A abertura de qualquer Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador deverá se precedida de consulta ao gestor do SUS, da esfera municipal ou estadual, sobre as normas vigentes e as necessidades de sua criação e a possibilidade de credenciamento/habilitação do mesmo.

2. Processo de credenciamento/habilitação

2.1 – Uma vez concluída a fase de planejamento, conforme estabelecido no item 1 e confirmada a necessidade do credenciamento/habilitação e conduzido o processo de seleção pelo gestor, este deverá ser formalizada pela Secretaria de Saúde do Estado, Município ou do Distrito Federal de acordo com a pactuação estabelecida na CIB.

2.2 – O processo de credenciamento/habilitação deverá ser instruído com:

a) preenchimento do formulário de vistoria do gestor, conforme modelo constante no Anexo III. A vistoria deverá ser realizada "in loco" pelo gestor responsável pela formalização do processo de credenciamento/habilitação e que avaliará as condições de funcionamento da Unidade: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

b) O Relatório de Vistoria do Gestor – Parecer Conclusivo do Gestor deverá conter a manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao credenciamento/habilitação. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de Município com competência de gestão para tal, deverá constar além do parecer do gestor municipal, o parecer do Gestor Estadual, correspondente, que será responsável pela integração da unidade à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra – referência dos pacientes;

c) documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este Anexo;

d) Declaração da Unidade onde conste a quantidade de consultas da equipe multiprofissional que o serviço disponibilizará por ano para os pacientes referenciados pelo gestor;

e) Declaração da Unidade que conste a quantidade de exames especializados que o serviço disponibilizará por ano para os pacientes referenciados pelo gestor;

f) Declaração do impacto financeiro das Unidades a serem credenciadas/habilitadas, segundo os valores dos procedimentos para o processo transexualizador constantes na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, e

g) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovando o Credenciamento/habilitação da Unidade, bem como a informação do impacto financeiro para o custeio da mesma.

2.3 – Uma vez emitido o Parecer a respeito do Credenciamento/habilitação pelo (s) Gestor (es) do SUS e se o mesmo for favorável, o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. Quando for exigível a habilitação, o envio de documentação ao Ministério da Saúde se restringirá aquelas previstas no parágrafo 1º do artigo 6º desta Portaria.

* Entende-se por Credenciamento de Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador o ato do respectivo Gestor Municipal ou Estadual do SUS de contratar o estabelecimento de saúde já cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para que prestem serviços como Unidades de Atenção Especializada ao SUS e que atenda as exigências para realizar os procedimentos definidos como de média e de alta complexidade para o processo transexualizador.

** Entende-se por habilitação de Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelo Gestor Estadual ou Pleno Municipal em conformidade com o estabelecido no Pacto pela Saúde, em seu componente Pacto de Gestão Portaria nº 598 de 23 de março de 2006. A Habilitação é exigível para as Unidades de Atenção Especializada que estejam aptas e venham a realizar procedimentos que compõem o Processo Transexualizador.

3 – Exigências para o credenciamento/habilitação

3.1 - Registro das Informações do Paciente

As unidades devem possuir prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento e emergência), contendo as

informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

- a. Identificação do paciente;
- b. Histórico clínico;
- c. Avaliação que consiste em: anamnese, aferição dos critérios mínimos de definição de transexualismo, conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.652/2002, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica; avaliação psicológica e psiquiátrica;
- d. Indicação dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico;
- e. Descrição dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico, em ficha específica contendo:
 - identificação da equipe;
 - descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle;
- f. Descrição da evolução;
- g. Sumário da alta hospitalar;
- h. Ficha de registro de infecção hospitalar (CCIH);
- i. Acompanhamento e evolução ambulatorial.

3.2 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

As Unidades devem possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na Atenção e Administração e contemplar os seguintes itens:

- a. Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b. Normatizações de indicações cirúrgicas;
- c. Protocolos de enfermagem;
- d. Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- e. Protocolo para Acompanhamento psicológico e psiquiátrico;
- f. Acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- g. Avaliação de satisfação do cliente;
- h. Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

3.3 – Assistência a ser prestada

As Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador credenciadas/habilitadas através deste regulamento devem organizar uma linha de cuidados integrais que perpassa todas as ações envolvidas no processo transexualizador; demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde.

Dentro o espectro de ações diagnósticas e terapêuticas faz-se ainda necessário que:

- Promovam atendimento ambulatorial, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, do qual deverá constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas pelo serviço que realizarem procedimentos pertinentes ao processo transexualizador;
- Assegurem atenção pré e pós-operatória continuada a todos pacientes que sejam submetidos a ações terapêuticas previstas no processo transexualizador, na unidade;
- Integrem-se a outras unidades assistenciais ao sistema de referência e contra-referência hierarquizado pelas Secretarias de Saúde;

3.4 – Recursos Humanos

3.4.1 – Definições Gerais:

O Hospital credenciado/habilitado como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico membro titular da Sociedade Brasileira de Urologia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

a. Responsável Técnico: o médico responsável técnico só poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada/habilitada pelo Sistema Único de Saúde. Devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

b. A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados para este tipo de assistência, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pós-operatório.

3.4.2 – Equipe Mínima de Saúde:

a. Médico cirurgião: médico com título de especialista em cirurgia urológica, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

b. Anestesiologia: médico com certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em anestesia, ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

c. Enfermagem: enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantidade suficiente;

d. Equipe multidisciplinar:

- Equipe Médica: equipe composta por psiquiatra e endocrinologista. Estes profissionais devem possuir comprovada certificação de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

- Psicólogo;
- Assistente Social.

3.5 – Estrutura Física (exigências mínimas)

As áreas físicas das Unidades, independente do nível de complexidade, deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.

3.6 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

As Unidades de Atenção Especializada no Processo transexualizador deverão dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade;

b) Serviço de Imagenologia (Radiologia, Ultra-sonografia, Tomografia e Ressonância Magnética);

c) Anatomia Patológica;

d) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC nº 153/2004, da ANVISA ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 3432, de 12 de agosto de 1998.

4 - Manutenção do Credenciamento/ Habilitação

A manutenção do Credenciamento/ Habilitação estará condicionada:

a) ao cumprimento continuado, pela Unidade, das normas estabelecidas nesta Portaria;

b) recomenda-se que deverá acontecer uma avaliação por meio da realização de auditorias periódicas, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser analisados pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade.

c) o Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS, através da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade poderá, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria, solicitar ao Gestor Local do SUS e a CIB avaliação a qualquer momento com vistas a instaurar processo de suspensão da habilitação da Unidade de Atenção Especializada.

d) o Gestor Estadual e/ou Municipal poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, por motivos técnicos, a suspensão do credenciamento ou regime de moratória de uma Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, amparado no descumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, depois de ouvida a Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

ANEXO II

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR
(Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)
(Este Formulário não deve ser modificado nem substituído)

Nome do hospital: _____
CNPJ: _____ CNES: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefones: () _____
Fax: () _____
E-mail: _____
Diretor Técnico: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

() Privado lucrativo () Privado não lucrativo
() Filantrópico () Municipal () Estadual
() Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

() Ambulatorial
() Internação
() Urgência aberta
() Urgência referida

Solicitação De Credenciamento Para:

() Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO

1. O processo de credenciamento e habilitação foi formalizado pela Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, em gestão plena do sistema municipal de saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 e no Pacto pela Saúde.

() Sim () Não

1.1 Consta no processo da Unidade Atenção Especializada no Processo Transexualizador a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento e habilitação estabelecidas no Anexo I, tais como:

a. Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

() Sim () Não

b. Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB

() Sim () Não

c. Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

() Sim () Não

d. Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

() Sim () Não

e. Titulação do Responsável Técnico

() Sim () Não

f. Titulação dos profissionais que compõem a equipe

() Sim () Não

g. Termos de compromissos firmado com o gestor local do SUS

() Sim () Não

2. Estrutura Assistencial

2.1 O hospital oferece atendimento especializado e integral, em:

a) diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico.

() Sim () Não

b) atendimento ambulatorial psicológico e psiquiátrico dos transexuais, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local (termo de compromisso).

() Sim () Não

d) internação hospitalar em leitos apropriados.

() Sim () Não

e) cirurgia de redesignação sexual em sala de cirurgia equipada para operações cirúrgicas urológicas e disponibilidade de sala para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.

() Sim () Não

f) () Sim () Não

2.2 O Hospital se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham substituir ou complementá-los, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Sim Não

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, da ANVISA.

Sim Não

c) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

Sim Não

3. Recursos Humanos

a) O hospital conta com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia de redesignação sexual, médico membro titular da Sociedade de Urologia.

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

b) O médico responsável técnico assume a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada e habilitada pelo Sistema Único de Saúde e residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Sim Não

c) A equipe de cirurgia de redesignação sexual conta com profissionais capacitados para essa assistência, que garantem a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pós-operatório

Sim Não

3.1 Exigências Gerais para o Hospital

3.1.1 Equipe Mínima de Saúde:

a) Médico cirurgião: a Unidade conta com Médico com título de especialista em cirurgia urológica, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC ou Título de Especialista da Associação Médica Brasileira ou registro de cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

b) Anestesiologista: a Unidade conta com Médico com Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Sim Não

Nome: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

c) Enfermagem: a Unidade conta com Enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

Sim Não

Nome do enfermeiro: _____

COREN: _____

d) Endocrinologista: a Unidade conta com médico endocrinologista com certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista da Associação Médica Brasileira ou registro no cadastro de especialidades dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina

Sim Não

e) Psiquiatra: a Unidade conta com médico psiquiatra com certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista da Associação Médica Brasileira ou registro no cadastro de especialidades dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina

Sim Não

f) Psicólogo

Sim Não

g) Assistente Social

Sim Não

4. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) a Unidade conta com Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade e realize exames no próprio hospital, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina.

Sim Não

Razão Social: _____

CNPJ: _____

b) Serviço de Imagenologia: equipamentos compatíveis com obesos graves de:

- Radiologia convencional

Sim Não

- Tomografia Computadorizada

Sim Não

- Ressonância magnética

Sim Não

- Ultra-sonografia

Sim Não

c) Anatomia Patológica

Sim Não

d) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a legislação vigente

Sim Não

e) Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, de acordo com a Portaria 3432, de 12 de agosto de 1998.

Sim Não

5. Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

5.1 O hospital possui:

a) Rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço, que aborde todos os processos complementares envolvidos no processo transexualizador.

Sim Não

b) Protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico

Sim Não

c) Formulários de avaliações e acompanhamento, no mínimo os estabelecidos no Anexo I –B desta Portaria.

Sim Não

d) Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências inter-institucionais e dos serviços terceirizados

Sim Não

e) Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos.

Sim Não

6 - Registro Das Informações Sobre os Pacientes:

6.1 O hospital possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, de internação e de pronto-atendimento) e contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento.

Sim Não

6.2 Os prontuários estão devidamente ordenados e disponíveis, além de conter as seguintes informações indispensáveis e mínimas:

a) identificação do paciente

Sim Não

b) anamnese e exame físico

Sim Não

c) resultado de exames complementares

Sim Não

d) risco cirúrgico

Sim Não

e) descrição do ato operatório, em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico.

Sim Não

d) condições ou sumário da alta hospitalar

Sim Não

e) ficha de registro de infecção hospitalar

Sim Não

7. Comissões

7.1 O hospital mantém em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

Sim Não

AVALIAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL

AVALIAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria MS/GM n.º 1.707 de 18 de agosto de 2008, para o credenciamento e a habilitação solicitados.

DATA: _____ / _____ / _____

Carimbo e assinatura do gestor municipal

DATA: _____ / _____ / _____

Carimbo e assinatura do gestor estadual

ANEXO III

Diretrizes Assistência ao Indivíduo com Indicação para a realização do Processo Transsexualizador

O CID – 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde define, em seu capítulo F64 – Transtornos da Identidade Sexual, F64.0 – Trasesexualismo como “um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referencia a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.”

Reconhecendo então que esta situação é determinante para um processo de sofrimento e de adoecimento a que estão sujeitos os transexuais e a necessidade de distinguir transexualismo dos demais transtornos da identidade sexual, o que possibilitaria erros incorrigíveis no atendimento a estas populações, estabeleceram-se diretrizes, as quais buscam garantir a equidade do acesso e orientar as boas práticas assistenciais, primando pela humanização e pelo combate aos processos discriminatórios como estratégias para a recuperação e a promoção da saúde.

A Unidade de Saúde credenciada/habilitada como Unidade de Atenção Especializada no Processo Trasesexualizador, constitui-se na referência para o tratamento de transexuais, de acordo com as normas descritas nesta Portaria e anexos. A sua estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados devem garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo diagnóstico e terapêutico, clínico e cirúrgico, visando a alcançar impacto positivo na sobrevivência, com menor morbidade e melhor qualidade de vida, do usuário transexual.

1. ACOLHIMENTO

O usuário que procure o sistema de saúde demandando amparo para sua condição de sofrimento decorrente da incongruência entre o sexo anatômico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento será acolhido e submetido à avaliação inicial, feita por um psicólogo e outro profissional da equipe multiprofissional, em ambulatório ou hospital credenciados/habilitados como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transsexualizador, e deve contemplar os itens do I-A – FORMULÁRIO PARA ANAMNESE.

No caso de usuário que já esteja fazendo uso de hormônios sem acompanhamento médico, será realizado encaminhamento imediato ao médico especializado da unidade.

A entrevista de anamnese pode ser realizada em uma ou mais sessões, de acordo com o alcance das informações estipuladas no ANEXO I-A – FORMULÁRIO PARA ANAMNESE, por parte dos profissionais envolvidos, sendo a duração da etapa do acolhimento variável.

No caso de usuário que apresente indicação de psicodinâmica condizente com outros diagnósticos psiquiátricos, cabe o encaminhamento imediato ao médico psiquiatra a título de diagnóstico diferencial. Caso seja identificado que não se sustente o diagnóstico de transexualismo, o usuário deverá ser encaminhado ao serviço que melhor lhe convier, ficando a cargo da equipe multiprofissional verificar a pertinência e potencialidade terapêutica das intervenções oferecidas pela mesma no caso deste usuário específico, em articulação com o serviço para o qual foi realizado o encaminhamento.

2. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O acompanhamento, por sua vez, é feito por equipe multiprofissional, em ambulatório ou hospital credenciados/habilitados, e deve contemplar todos os itens do I-B - FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS.

O acompanhamento terapêutico inclui três dimensões: psíquica, social e médico-biológica.

Os profissionais de psicologia e psiquiatria têm como atribuição o acompanhamento psicoterapêutico e a avaliação psicodiagnóstica.

O tratamento psicoterapêutico não restringe seu sentido à tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização e demais alterações somáticas, consistindo no acompanhamento do usuário no processo de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social.

O processo psicoterapêutico resguarda ao transexual o direito às diferenças comportamentais e subjetivas.

O psicólogo e/ou psiquiatra, no caso da decisão do(a) transexual quanto a procedimentos cirúrgicos, acompanharão o usuário na tomada de decisão da cirurgia no que tange às condições práticas envolvidas neste processo (organização referente ao tempo de afastamento do trabalho, recursos financeiros, bem

como no compartilhamento da sua decisão em relação a pessoas diretamente envolvidas em seu processo de transformação, incluindo aí familiares e cônjuges).

A avaliação psicodiagnóstica não se restringe à lógica permissão/impedimento das intervenções médico-cirúrgicas. O psicodiagnóstico fundamentalmente deve servir para indicar os elementos a serem trabalhados em psicoterapia, sendo o diagnóstico diferencial, em relação a outras condições psiquiátricas inviabilizadoras das intervenções médico-cirúrgicas, um dos pontos, dentre outros, que deverão constar no processo de avaliação.

O acompanhamento terapêutico médico-endocrinológico deve se fiar na perspectiva da redução de danos, sendo realizados exames com periodicidade mínima semestral para acompanhamento dos efeitos do uso das medicações determinadas.

O assistente social deverá reconhecer a dinâmica relacional do usuário, a fim de promover estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais prementes na vida do usuário transexual.

3. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

Se o resultado da avaliação inicial for indicativo de acompanhamento terapêutico, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção básica, para consulta na atenção especializada; 2) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado para tal; ou 3) permanência do transexual avaliado nessa mesma unidade.

Se o resultado da avaliação especializada for indicativo de readequação cirúrgica genital, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado; ou 2) permanência do transexual avaliado nessa mesma Unidade.

Em não se confirmando a indicação de readequação cirúrgica genital, o usuário deve dar continuidade ao tratamento clínico e ter o seu atendimento mantido no respectivo estabelecimento de origem, independentemente do nível de atenção, e que seja o mais próximo do município e estado de residência.

Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Readequação Cirúrgica Genital, avaliados na Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, com decisão para a readequação cirúrgica genital devem ser mantidos neste serviço, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos usuários oriundos de outros estados federativos.

Os encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais para a avaliação especializada em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde.

As secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por readequação cirúrgica genital nos hospitais credenciados/habilitados.

4. INDICAÇÕES DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO

A consideração da pertinência das intervenções médico-cirúrgicas devem atender aos critérios estipulados pela Resolução Nº 1.652/2002 do CFM, que determinam o prazo mínimo de 2 anos de acompanhamento terapêutico como condição para a viabilização de cirurgia, bem como a maioridade e o diagnóstico de transexualismo.

Transcorridos os dois anos de acompanhamento terapêutico, caso o usuário seja diagnosticado transexual, pela equipe multiprofissional, está apto a se submeter à cirurgia de transgenitalização, o que não significa que deva necessariamente se submeter a este recurso terapêutico.

A cirurgia de transgenitalização deve ser concebida como um dentre outros recursos terapêuticos dos quais dispõe o indivíduo transexual em seu processo transexualizador. A escolha pela intervenção na genitália deve ser alcançada pelo usuário através do processo psicoterapêutico e social, requerendo:

- conhecimento acerca dos aspectos cirúrgicos;
- conhecimento dos resultados cirúrgicos em suas dimensões estética e funcional;
- consideração crítica das expectativas que acompanham a demanda de transgenitalização;
- consideração crítica das conseqüências estéticas e funcionais da intervenção cirúrgica na experiência pessoal e relacional do indivíduo transexual
- consideração críticas de outras alternativas necessárias para a melhoria da qualidade de vida, sobretudo no que se refere às relações sociais.

Os profissionais que compõe a equipe são responsáveis por incitar o questionamento da demanda transexual de transgenitalização, que deverá ter como conseqüência, no caso da opção pela intervenção cirúrgica, do consentimento livre e esclarecido do usuário. Tal consentimento deverá ser formalmente expresso em documento elaborado pela unidade onde constem todos os aspectos relacionados ao processo transexualizador com o claro consentimento firmado pelo paciente.

As decisões quanto à pertinência das intervenções médico-cirúrgicas devem levar em consideração a consciência crítica de seus efeitos e conseqüências, por parte do indivíduo transexual, com especial atenção, por parte dos profissionais, quanto à função destas intervenções na facilitação do processo de inclusão social. As medidas médico-cirúrgicas não devem ter sua meta terapêutica restrita aos efeitos estéticos que promovem.

A cirurgia de transgenitalização do tipo construção de neofalo e metoidioplastia são experimentais e têm sua viabilização condicionada a protocolos de pesquisa em hospitais universitários, não estando previstos na presente Portaria.

No caso da escolha da intervenção cirúrgica transgenital, a equipe multiprofissional deve considerar aspectos pré e pós-operatórios não restritos à dimensão biológica.

Em caso de internação hospitalar, o (a) transexual será internado(a) na enfermaria em conformidade ao sexo com o qual se identifica socialmente, a despeito do nome que conste no registro civil.

5. ATENÇÃO CONTINUADA

O Processo Transexualizador no SUS apresenta situações que exigem a atenção continuada do usuário da saúde.

A hormonioterapia requer o uso contínuo de hormônios, por longos períodos de tempo, havendo a necessidade da assistência endocrinológica continuada. Os exames devem ser realizados com intervalo máximo de um ano, a fim de reduzir danos por efeitos colaterais do uso da medicação, e para viabilizar diagnósticos precoces em relação a câncer e baixa densitometria óssea.

A transgenitalização implica na atenção pós-cirúrgica, que não restringe seu sentido à recuperação física do corpo cirurgiado, mas também à própria pesquisa dos efeitos da medida cirúrgica na qualidade de vida do (a) transexual operado (a).

O acompanhamento pós-cirúrgico deve se estender por pelo menos 02 (dois) anos após a ocorrência do procedimento, podendo se manter por tempo indeterminado caso o usuário do SUS optar pelo acompanhamento psicológico e social, além do endocrinológico. O tratamento psicológico e social se mantém como possibilidade a todo usuário que retorne ao SUS com demanda de psicoterapia ou de assistência social, mesmo havendo o mesmo se desvinculado dos programas de atenção por tempo indeterminado.

I-A – FORMULÁRIO PARA ANAMNESE

Procedimento de aplicação: o profissional de saúde deve preencher o formulário, segundo informações transmitidas pelo usuário em situação de entrevista clínico-terapêutica. O profissional pode levar uma ou mais sessões para o total preenchimento do formulário para anamnese.

- Identificação:

Nome Social: _____
Nome do Registro Civil: _____
Nº do Prontuário: _____ - _____ / _____
Nº R.G.: _____ Órgão Expedidor: _____ U.F.: _____
Endereço: _____
CEP: _____ Cidade: _____
Telefone: _____
Idade: _____
Sexo biológico: () Feminino () Masculino
Cor auto-atribuída: _____
Orientação sexual auto-atribuída: () Homossexual () Heterossexual () Bissexual
Identidade sexual/ de gênero auto-atribuída:
() Homem () Mulher () Transexual () Travesti
() Intersexual () Outra: _____
Naturalidade: _____
Grau de Instrução: _____
Profissão: _____
Estado Civil: _____
Religião: _____

2. Como você tomou conhecimento do serviço?

3. Quais são as suas expectativas em relação ao serviço?

4. Atualmente você faz uso de hormônios? () sim; () não

4.1. Se sim, Quais e em que quantidade? Faz uso sob orientações médicas?

5. Histórico do processo que levou o usuário a se identificar como transexual.

6. História Pessoal:

6.1- Nascimento e desenvolvimento

6.2- Infância

6.3- Puberdade

6.4- História Sexual

6.5- Escolaridade

6.6- Trabalho

6.7- Hábitos

7. História Familiar e Relacional

8. História Patológica Progressiva

9. Exame Psíquico:

9.1- Apresentação:

9.2- Consciência:

€ Lucidez € Rebaixamento € Obnubilação

€ Estreitamento

9.3- Orientação:

€ Autopsíquica € Alopsíquica € Temporal € Espacial

9.4- Atenção:

€ Normal € Hipervigil € Hipovigil

€ Hipertenaz € Hipotenaz

9.5- Memória:

€ Fixação € Evocação € Reconhecimento

€ Retrógrada € Anterógrada

9.6- Inteligência:

€ Normal € Rebaixada € Acentuada

9.7- Sensopercepção:

€ Sem Alteração € Alucinações € Ilusão

9.8- Pensamento:

€ Sem Alteração € Confusão Mental € Delírios Delírium

9.9- Linguagem:

9.10- Consciência do Eu:

9.11- Afetividade:

€ Sem Alteração € Euforia € Tristeza

€ Irritabilidade € Angústia € Ambivalência

€€ Labilidade Afetiva € Incontinência Emocional

9.12- Humor:

€ Normal € Hipertímico € Hipotímico € Distímico

9.13- Vontade:

€ Normal Rebaixada € Exaltada

€ Compulsão € Negativismo

9.14- Pragmatismo:

9.15- Consciência da Situação atual e Perspectivas Futuras:

10. Súmula Psicopatológica:

11. Hipótese Diagnóstica:

12. Hipótese Psicodinâmica:

Cidade, _____ de _____ de _____

Psicólogo(a)
CRP

ANEXO I-B

FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DE TRANSEXUAIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ASPECTOS EMOCIONAIS A SEREM ACOMPANHADOS:

· Auto-estima: se a pessoa transexual vem evoluindo, no processo de acompanhamento psicoterapêutico, no sentido de se aceitar como transexual (com vistas à possibilidade da cirurgia de transgenitalização) trazendo, nos momentos de encontro psicoterapêutico, os medos, angústias, dificuldades e ganhos com o processo transexualizador.

· Auto-imagem corporal: se a pessoa transexual vem se auto-satisfazendo com as mudanças corporais decorrentes do tratamento hormonal ao qual deverá estar submetida. O tratamento hormonal traz alterações psicológicas e de humor que precisam ser acompanhadas pelo profissional da psicologia e de endocrinologia, no sentido de adaptação ao novo funcionamento estrutural/psicológico que dele decorre, como por exemplo, aumento das mamas (em MtFs) e engrossamento da voz (em FtMs) dentre outras.

· Elaboração de aspectos conflituosos da infância e adolescência: se a pessoa transexual vem, gradualmente, identificando e se libertando dos aspectos que geraram conflito em sua infância e adolescência, com vistas a se libertar das repressões que sofreu no passado, pois são aspectos que interferem, significativamente, no bom andamento do processo transexualizador.

· Síndrome ansiógena: se a pessoa transexual vem, progressivamente, se libertando da complexidade ansiógena que a acomete, quando em contato com a possibilidade da cirurgia de transgenitalização (que, usualmente, sente como sua "salvação"), se libertando do excesso de ansiedade que gera um sentimento de urgência da cirurgia, e a coloca numa posição exigente e onipotente. O controle da ansiedade é de fundamental importância para o sucesso da cirurgia em transexuais.

· Síndrome de angústia pós-cirúrgica: acompanhamento de como a pessoa transexual lida com as mudanças corporais após a cirurgia de transgenitalização e todos os aspectos decorrentes da mudança corporal. O fato de ter feito a cirurgia ou as cirurgias, não necessariamente significa que a pessoa transexual se libertou totalmente de algumas inseguranças e angústias que ainda a mantêm no passado. Isso se dá em decorrência da ilusão muito comum nas pessoas transexuais de que a cirurgia seria a "solução" de todos os seus problemas. Com a constatação de que isso não ocorre, se faz necessária a intervenção da psicologia no sentido de integrar novos aspectos psicológicos pós-cirúrgicos fundamentais para o bem-estar da pessoa.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS A SEREM ACOMPANHADOS:

· Inserção no mercado de trabalho: acompanhamento de como o usuário transexual se organiza profissionalmente, atentando aos agravos decorrentes dos processos discriminatórios a que estão sujeitos, inclusive no ambiente de trabalho, tendo em vista a promoção da autonomia e do direito ao trabalho como fundamentais ao bem-estar da pessoa.

· Vivência social da feminilidade ou masculinidade: acompanhamento dos aspectos conflituosos sociais e psicológicos que decorrem da vivência do papel feminino ou masculino da pessoa transexual nos diversos grupos sociais dos quais ela faz parte.

· Mudanças físicas, sociais e psicológicas após a cirurgia: acompanhamento dos aspectos de aceitação de um novo corpo, como lidar com ele, uma vez que a pessoa transexual não foi criada, desde a infância, para viver com o corpo de seu sexo oposto. Se faz necessário também, o acompanhamento do processo jurídico da mudança de nome de registro e de como a pessoa tem lidado com isso. Além disso, acompanhamento psicológico das relações afetivas sexuais que a pessoa vem desenvolvendo após a cirurgia, fator este, de bastante importância para a pessoa no pós-cirúrgico.

· Vivência familiar: se a família da pessoa transexual vem elaborando o luto da perda do filho ou filha do sexo biológico de nascimento e aceitando progressivamente a possibilidade de ter uma nova filha ou filho, após o processo transexualizador e a intervenção cirúrgica. A aceitação e a presença da família são fundamentais no bom andamento do processo transexualizador, uma vez que significa a recuperação da matriz psicológica do(a) paciente transexual. Ainda, considerar a existência ou desejo de constituição de núcleo familiar no qual o usuário transexual seja genitor.

Observação: No encaminhamento e execução dos aspectos citados se faz necessário o acompanhamento conjunto com os diversos profissionais da equipe multiprofissional como o assistente social, o médico endocrinologista, o médico cirurgião, o psicólogo e, se possível, o fonoaudiólogo. A verdadeira ajuda à pessoa transexual se dá com a integração dessas diversas áreas de atendimento.

ANEXO IV

Relação dos Serviços com expertise, Habilitados para a realização dos procedimentos do Processo Transexualizador.

Hospital – Razão Social	CNPJ	CNES
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS	87.020.517/0001-20	2237601
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto - Rio de Janeiro/RJ	33.540.014/0017-14	2269783
Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP Inst. de Psiquiatria - Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo/SP	56.577.059/0003-63	2812703
Hospital das Clínicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO	01.567.601/0002-24	2338424