



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

MÁRCIA SAMPAIO DE CARVALHO

ASPECTOS SOCIAIS DA TRANSIÇÃO DE TRANSGÊNEROS E MEDIDAS
AFIRMATIVAS DE GÊNERO EM SALVADOR- BRASIL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR – BAHIA
2021

MÁRCIA SAMPAIO DE CARVALHO

**ASPECTOS SOCIAIS DA TRANSIÇÃO DE TRANSGÊNEROS E MEDIDAS
AFIRMATIVAS DE GÊNERO EM SALVADOR- BRASIL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós
Graduação em Medicina e Saúde
Humana da Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Medicina e Saúde Humana

Orientadora: Profa. Dra. Constança
Margarida Sampaio Cruz

Salvador-Bahia

2021

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

C331 Carvalho, Márcia Sampaio de
Aspectos sociais da transição de transgêneros e medidas afirmativas de gênero em
Salvador - Brasil. /Márcia Sampaio de Carvalho. – 2021
56f.: 30cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Constança Margarida Sampaio Cruz

Mestre em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Transgêneros. 2. Afirmação de gênero. 3. Características de gênero. 4. Barreiras de acesso à saúde. 5. Transição social. 6. Transição médica I. Cruz, Constança Margarida Sampaio. II. Aspectos sociais da transição de transgêneros e medidas afirmativas de gênero em Salvador - Brasil.

CDU: 614:305

MARCIA SAMPAIO DE CARVALHO

**“ASPECTOS DA TRANSIÇÃO MÉDICA E SOCIAL DE TRANSGÊNEROS
E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS”**

Dissertação apresentada à
Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública, como requisito
parcial para a obtenção do Título de
Mestre em Medicina e Saúde
Humana.

Salvador, 11 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Antônio Raimondi
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia, UFU

Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof. Dr. Luiz Alberto Cravo Pinto de Queiroz
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dedico este trabalho aos meus pais, os meus grandes exemplos de dedicação à formação educacional e ao trabalho e aos meus filhos, Daniel e Andréa, com os quais aprendo a ser cada dia mais inclusiva e humana.

AGRADECIMENTOS

À **Prof. Dra. Constança Margarida Sampaio Cruz**, pela amizade, pela confiança, presteza e competência das suas orientações.

A todos os **pacientes** que fizeram parte deste estudo.

Aos **professores da Escola Bahiana de Medicina** que fizeram de meu Mestrado uma etapa muito enriquecedora.

As **colegas de Mestrado** pelo convívio prazeroso e pela troca produtiva.

À **Yara Martins de Farias** pela contribuição para o meu crescimento pessoal e para a iluminação dos meus caminhos.

RESUMO

Introdução: Os indivíduos transgêneros (TGS) representam cerca de 0,6% da população, apresentam uma maior vulnerabilidade social e estão mais expostos à discriminação. Apesar de demandarem medidas afirmativas de gênero de caráter social e médico e cuidados específicos à sua saúde, os inquéritos populacionais indicam importantes barreiras de acesso aos serviços disponíveis e altos percentuais de sofrimento psíquico. **Objetivo:** Descrever a transição social e as intervenções médicas de TGS, descrever possíveis morbidades clínicas e psíquicas, identificar a percepção de discriminação na assistência à saúde, reconhecendo possíveis diferenças entre mulheres e homens trans. **Método:** Estudo transversal baseado em comunidade recrutando via *web*, adultos transgêneros de Salvador-Bahia-Brasil, no período de março a dezembro de 2019. **Resultados:** 107 indivíduos participaram do estudo, sendo 62,6% da amostra composta por mulheres trans (MT) e 37,4% por homens trans (HT). Os HT tiveram uma média de idade significativamente inferior (24,5 anos [95% IC 23,3 a 25,8 anos; desvio padrão 3,9 anos]) à média de idade apresentada pelas MT (32,9 anos [95% IC 30,4 a 35,3 anos; desvio padrão 10,1 anos]; $p < 0,01$). Em relação à transição social, 58,9% dos entrevistados já haviam retificado o nome em documentos oficiais. Quanto ao uso de hormônios, 79,4% estavam em uso, embora apenas 43,9% tivessem acompanhamento com endocrinologista. Apenas 25,2% dos participantes haviam se submetido a qualquer cirurgia. As MT apresentaram maior percentagem de conclusão hormonal do que os HT; 43,6% [95% IC 0,316 a 0,560] *versus* 22,5% [95% IC 0,116 a 0,373]; $p = 0,007$). Os HT relataram sintomas depressivos mais frequentemente do que as MT; 40% [95% IC 0,258 a 0,556] *versus* 20,9% [95% IC 0,124 a 0,318]; $p = 0,033$. Quanto à percepção de discriminação na assistência à saúde, 42,6% relatou ocasionalmente e 18,1% muito frequentemente. **Conclusão:** A amostra de pessoas trans nesse trabalho já estava vivenciando o seu gênero identificado com significativas mudanças sociais, mas com uma aparente inadequação da assistência à sua saúde, identificada por baixos índices de acompanhamento por profissionais de saúde e baixos índices de intervenções cirúrgicas. Diferenças observadas entre mulheres e homens trans revelam características inerentes ao espectro de gênero, mas podem indicar consequências negativas sobre a saúde, sobretudo psíquica, decorrentes da transição médica desejada, mas ainda não iniciada ou incompleta. Índices de discriminação na assistência à saúde apontam para a necessidade de adequar as políticas públicas voltadas para a população de TGS.

Palavras-chave: Transgêneros. Afirmação de gênero. Características de gênero. Barreiras de acesso à saúde. Transição social. Transição médica.

ABSTRACT

Introduction: Transgender (TG) individuals represent nearly 0.6% of the population, face a higher social vulnerability and are more exposed to discrimination. Despite demanding gender affirmative measures of social and medical nature, and specific health care, population surveys indicate major barriers to access available services and high percentages of psychological distress. **Objective:** To describe the social transition and medical interventions of TGs, describe possible clinical and psychological morbidities, and identify the perception of discrimination when seeking health care while recognizing possible differences between transgender women and men. **Method:** Cross-sectional community-based study recruiting transgender adults from Salvador-Bahia-Brazil by means of the *internet*, from March to December 2019. **Results:** 107 individuals participated in the study, 62.6% of the sample consisted of transgender women (TW) and 37.4% were transgender men (TM). The average age of the TM was significantly lower (24.5 years); [95% CI (23.3, 25.8 years); SD 3.9 years] when compared to the average age presented by TW (32.9 years); [95% CI (30.4, 35.3 years); SD 10.1 years]; $p < 0.01$. Regarding social transition, 58.9% of respondents had already rectified their name in official documents. As for use of hormones, 79.4% were using hormones, although only 43.9% were followed by an endocrinologist. Only 25.2% of the participants had undergone any type of surgery. TW had a higher percentage of hormonal conclusion than TM; 43.6% [95% CI (0.316, 0.560)] *versus* 22.5% [95% CI (0.116, 0.373)]; $p = 0.007$. TM reported depressive symptoms more frequently than TW; 40% [95% CI (0.258, 0.556)] *versus* 20.9% [95% CI (0.124, 0.318)]; $p = 0.033$. Regarding the perception of discrimination when receiving health care, 42.6% reported it occurred occasionally, and 18.1% very frequently **Conclusion:** In this study the sample of transgender people was already experiencing the gender they identified with followed by significant social changes, but with an apparent inadequacy of health care identified by low rates of follow-up by health care professionals and low rates of surgical interventions. Differences observed between transgender women and men reveal characteristics inherent to the gender spectrum, but may indicate negative health consequences, especially psychological, resulting from a medical transition that is desired but incomplete or not yet started. Signs of discrimination in health care indicate the need to adapt public policies aimed at the TG population

Keywords: Transgender persons. Gender affirmation. Gender characteristics. Barriers to health care. Social transition. Medical transition.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACE	<i>American Association of Clinical Endocrinologists</i>
CHT	<i>Cross-sex Hormonal Treatment</i>
CRM	Conselho Regional de Medicina
DIG	Desordem da Identidade de Gênero
DG	Disforia de Gênero
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ES	<i>Endocrine Society</i>
EUA	Estados Unidos das Américas
GAT	<i>Gender Affirming Treatments</i>
HT	Homem Trans
IG	Incongruência de Gênero
MS	Ministério da Saúde
MT	Mulher Trans
NCTE	<i>National Center for Transgender Equality</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Serviço Único de Saúde
TG	Transgênero
TGS	Transgêneros
TransPULSE	<i>The Community-based research project surveyed trans Ontarians</i>
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo primário	11
2.2	Objetivos secundários	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1	Desenho do estudo	21
4.2	População do estudo	21
4.3	Amostra	21
4.3.1	Recrutamento de participantes	21
4.3.2	Técnica de Recrutamento	21
4.4	Crítérios de elegibilidade	22
4.4.1	Crítérios de Inclusão	22
4.4.2	Crítérios de Exclusão	22
4.5	Cálculo amostral	22
4.6	Operacionalização e critérios utilizados para definição das variáveis	22
4.6.1	Operacionalização das variáveis	22
4.6.2	Variáveis do estudo	23
4.7	Procedimentos para coleta de dados	24
4.8	Análise estatística	24
4.9	Programa estatístico	24
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
6	FINANCIAMENTO	26
7	RESULTADOS	27
8	DISCUSSÃO	36
8.1	Limitações e perspectivas	40
9	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE	52
	ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

A identificação como gênero masculino ou feminino formalmente e mais frequentemente está em coerência com o sexo biologicamente designado. No entanto, sabe-se que a identidade ou a expressão de gênero pode não sofrer esse determinismo biológico e sim resultar de aspectos mais amplos de natureza social, psicológica e cultural, surgindo a possibilidade da incongruência de gênero¹.

Estudos mais recentes estimam uma prevalência autodeclarada de 0,1 a 0,6% de indivíduos com incongruência de gênero na população, também conhecidos como transgêneros (TGS), a maioria não vivenciando o seu gênero identificado, gerando desconforto e stress psicoemocional^{2,3}.

A adequação do indivíduo transgênero (TG) ao gênero com o qual ele se identifica geralmente recai em um processo de transformação comportamental e fenotípica, em conjunto denominadas *Gender Affirming Treatments* (GAT) ou medidas afirmativas de gênero. Essas medidas envolvem 02 domínios; o das intervenções médicas para a transição física que idealmente requerem uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da saúde mental, clínicos ou endocrinologistas e cirurgiões; o da transição social, envolvendo um processo psicossocial, composto por mudança de nome ou pronome, mudança de documento de identidade e visibilidade como indivíduo TG^{4,5}.

Há evidências na literatura de que a população de indivíduos TGS é mais exposta à discriminação e apresenta elevado percentual de comorbidades, tais como transtorno de ansiedade, depressão, automutilação e alto índice de suicídio^{6,7}. *The Canadian Trans Youth Health Survey*, um grande inquérito concluído em maio de 2014 entre jovens canadenses entre 14 e 25 anos de idade, demonstrou que 60% dos 933 participantes da pesquisa revelaram assédio sexual e 2/3 sofreu discriminação por causa de sua identidade de gênero, 2/3 relatou automutilação no ano anterior e um em cada três havia tentado suicídio⁸.

Diante da vulnerabilidade apresentada por essa população, há uma preocupação frequente quanto à sua saúde física e mental e a qualidade dos processos de transição médica e social aos quais esses indivíduos se submetem, incluindo a acessibilidade a essa assistência, a qualificação do profissional de saúde que presta atendimento e as consequências clínicas, sociais e psicológicas

resultantes dessas medidas transformadoras. Na última década, uma série de estudos de natureza sociodemográfica tem sido feitos com esses objetivos^{9,10}.

A maioria dos estudos publicados sobre a população de TGS utiliza amostras clínicas ou amostras de conveniência, sendo que as primeiras muito provavelmente super representam aqueles que procuram assistência médica para o seu processo de transição e as segundas tendem a super representar subgrupos marginalizados da população de pessoas trans. Os estudos utilizando método de amostragem baseados em probabilidade mostram-se mais adequados no sentido de expresser mais fidedignamente a qualidade do processo transicional e a qualidade de assistência à saúde prestada à essa população¹¹.

Os serviços que atendem a população de TGS existem no Brasil desde a década de 1990 e, na Bahia, iniciou-se o atendimento no Serviço Público de Saúde (SUS) em 2018; no entanto, não há estudos realizados que tenham identificado dados sociodemográficos e aspectos inerentes a diversidade e a qualidade do processo de transição entre os TGS desse estado. Reconhecer as características dessa população, identificar a acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis e avaliar o andamento das medidas afirmativas de gênero nas suas dimensões social e médica pode fornecer elementos para estabelecer políticas públicas de saúde voltadas para esta população, contribuindo para melhoria na assistência.^{12,13}

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Descrever o conjunto de intervenções médicas para a transição física e descrever a transição social de indivíduos transgêneros e o seu perfil sociodemográfico.

2.2 Objetivos secundários

- Descrever morbidades clínicas ou psíquicas intercorrentes e efetuar comparações entre Homens Trans e Mulheres Trans;
- Descrever a percepção de discriminação na assistência à saúde;
- Efetuar comparações relacionadas a transição social e as intervenções médicas entre Homens Trans e Mulheres Trans.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Biologicamente, o sexo corresponde ao conjunto de características físicas resultantes de cinco determinantes pré-natais, quais sejam a determinação genética cromossômica, a presença das gônadas, definidas dicotomicamente entre ovários e testículos, a morfologia interna do aparelho genital, a morfologia externa e o ambiente hormonal ao qual o indivíduo é exposto^{14,15}. Essas características permitem a identificação fenotípica do sexo masculino ou feminino ao nascimento. Intersexo é o termo utilizado para ocorrência de anomalias no processo de desenvolvimento sexual, uma condição biológica estimada em 2% de todos os nascidos vivos¹⁶.

A definição de gênero assume um aspecto multidimensional com bases biológicas menos objetivas, uma vez que corresponde ao conjunto de atitudes, sensações, comportamentos e papel social que o indivíduo vivencia ou expressa, geralmente em coerência com o seu sexo biológico¹⁷. Identidade de Gênero é o termo mais utilizado para descrever a percepção e a experiência de uma pessoa como sendo homem ou mulher, considerando-se o modelo binário mais tradicional. E a expressão do gênero com o qual o indivíduo se identifica resulta de aspectos como vestimentas, corte de cabelo, comportamentos e interesses, frequentemente influenciados pelo estereótipo de gênero. A orientação sexual corresponde a atração afetiva e/ou sexual que um indivíduo tem por homens ou mulheres e não deve ser confundida com a identidade de gênero¹⁸.

Historicamente, sobretudo ao longo do século XX, alguns indivíduos identificados como tendo sexo masculino ou sexo feminino tem apresentado uma não conformidade com o sexo definido biologicamente, resultando em um desconforto e inadequação ao formalismo da definição do gênero¹⁹. A constatação dessa incongruência tem gerado estudos das disciplinas biomédicas sobre o tema e suportado o conceito que a identidade e/ou expressão do gênero provavelmente resulta de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e políticos²⁰.

O termo transexualismo ficou mais amplamente conhecido quando Benjamin escreveu “O fenômeno Transexual” em 1967, mas foi em 1923 que Hirschfeld cunhou pela primeira vez o termo transexual para se referir a pessoas que desejavam viver a sua experiência de gênero e não o seu gênero designado ao

nascer^{21,22}. A nomenclatura para os espectros de identidade de gênero vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, ocorrendo uma adequação no sentido de reduzir os estigmas desta condição clínica. A Associação Americana de Psiquiatria, no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) III utilizava o termo “Transtorno de Identidade de gênero Tipo Transexual”. Mais tarde, no DSM IV, esse termo foi mudado para “Transtorno de Identidade de Gênero em adultos e adolescentes” e, por fim, no DSM V, passou-se a utilizar o termo “Disforia de Gênero”. No Código Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª edição, o termo utilizado era “Transexualismo” (CID 10: F64.0), termo este considerado patologizante. Na 11ª edição, foi adotado o termo “Incongruência de Gênero”, o qual foi incluído do capítulo 17, que se refere as condições relacionadas à saúde sexual^{23,24}.

Incongruência de Gênero (IG) ou não conformidade de gênero refere-se à identidade ou expressão de gênero de uma pessoa que é diferente do culturalmente definido para o seu sexo biológico. Portanto, na IG o indivíduo se identifica com um gênero que é diferente do seu sexo designado ao nascimento²⁵. A Disforia de Gênero (DG) refere-se ao desconforto ou angústia causada por uma discrepância entre a identidade de gênero e o sexo atribuído ao nascimento, o que pode ocorrer nos indivíduos que apresentam a IG^{26,27}.

Transgênero (TG), transgêneros (TGS) ou trans são os termos utilizados por vários consensos e serviços que estudam e estabelecem protocolos para prover assistência à saúde da população que apresenta IG ou não conformidade de gênero. Utiliza-se o termo homem transgênero ou homem trans (HT) para se referir as pessoas designadas como feminino ao nascimento, mas que se identificam como homem ou do espectro masculino. Da mesma forma, utiliza-se o termo mulher transgênero ou mulher trans (MT) para se referir as pessoas designadas como masculino ao nascimento, mas que se identificam como mulher ou do espectro feminino. O termo trans ainda engloba todo espectro da não conformidade de gênero, incluindo o conceito do não-binário, sinônimo de “gênero não conforme” ou “genderqueer” como aquele que não se identifica nem com o gênero masculino, nem com o feminino, ou mesmo como tendo vários gêneros ou não tendo gênero. Utiliza-se a denominação “cis” para as pessoas não TGS, ou seja, pessoas cuja identidade de gênero está alinhada ao sexo biológico ou atribuído ao nascimento^{28,29}.

Para os indivíduos TGS, a afirmação do gênero recai em um processo de transformação fenotípica que idealmente requer uma equipe multidisciplinar, como proposto pela “Harry Benjamin International Association of Gender Dysphoria”³⁰. Em 2009, as recomendações da associação internacional de endocrinologia, *Endocrine Society* (ES), foram publicadas considerando um grupo de especialistas componentes das seguintes entidades: *American Association of Clinical Endocrinologists* (AAACE), *American Society of Andrology*, *European Society for Pediatric Endocrinology*, *European Society of Endocrinology*, *Pediatric Endocrine Society* e *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Esse documento explicita as orientações para o manejo desse processo de transição, geralmente coincidentes com outros protocolos nacionais e internacionais³¹.

O primeiro passo dessa abordagem multidisciplinar é a identificação da IG ou DG que deve ser feita por um profissional de saúde mental, seguindo os padrões de cuidados da WPATH³². Certamente, há o potencial de estigmatização ao se considerar a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico, mas, para a maioria dos provedores de saúde, o objetivo é permitir o diagnóstico diferencial com outras possíveis condições mentais e estabelecer investimentos adequados tanto na área de pesquisa, como na área assistencial. Recomenda-se, portanto, o acompanhamento com profissionais da saúde mental com o objetivo de identificar possíveis condições de desconforto psicoemocional frequentemente coexistentes e oferecer abordagem terapêutica. Esse acompanhamento visa também oferecer suporte psicoterápico necessário ao processo de adequação física e social. Durante esse período, recomenda-se uma “experiência real de vida”, o que significa um período de tempo vivenciando o gênero identificado, o que pode reforçar essa identificação, antes de procedimentos transicionais³³.

O próximo passo é a hormonização, processo que consiste em supressão dos hormônios naturais e suplementação dos hormônios sexuais com o objetivo de induzir às características sexuais secundárias, compatíveis com o gênero com o qual o indivíduo se identifica. As diretrizes de terapia hormonal da ES definem os seguintes critérios: demonstrar conhecimento e compreensão dos efeitos esperados e colaterais do tratamento hormonal; completar uma experiência de vida real no gênero desejado por pelo menos três meses ou psicoterapia por um período determinado pelo psicoterapeuta para consolidar a identidade de gênero e ser capaz de usar hormônios de uma maneira responsável³⁴.

Após um período de psicoterapia e de hormonioterapia para mudança das características sexuais, o indivíduo poderá ser referenciado para procedimentos cirúrgicos na dependência da sua identidade de gênero. Mastectomia, implante de silicone, plástica facial, cirurgia do pomo de adão são algumas possibilidades, além da cirurgia de redesignação sexual. O tempo adequado para a cirurgia é determinado durante o processo psicoterapêutico. Além de ser um espaço para elaboração de conflitos e questões relativas à identidade de gênero, diversas variáveis devem ser levadas em consideração, como estado geral de saúde, capacidade de resolução de conflitos, qualidade das relações interpessoais, capacidade de lidar com frustrações e limitações, particularmente em relação à idealização de processos estéticos e funcionais resultantes da cirurgia³⁵.

Paralelo às recomendações estabelecidas pelas entidades científicas e médicas como a ES e a AACE, os levantamentos populacionais se baseiam na auto-declaração como pessoa TG, estimando-se uma prevalência de cerca de 0,6% da população, com dados de diversos países indicando cerca de 0,4% a 1,2% de HT e 0,5% a 1,3% de MT. Considerando a percentagem mínima de 0,5% e a estimativa da população mundial de 5,1 bilhão de pessoas com mais de 15 anos, estima-se um número de 25 milhões de TGS adultos no mundo todo³⁶. Dados colhidos em 2016 pelo grande Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA identificaram 0,6% de indivíduos TGS entre os adultos daquele país, correspondendo a cerca de 1,4 milhões de pessoas^{37,38}.

Os desafios enfrentados por esses indivíduos são de natureza fisiológica e psicoemocional, decorrentes da incongruência entre o sexo designado ao nascimento e a identidade de gênero e os desafios de natureza social, tais como falta de suporte familiar, rejeição, intolerância nas escolas e abandono dos estudos, além de discriminação e dificuldade de empregabilidade³⁹. Lombardi *et al* identificou histórico de discriminação na empregabilidade em 37% dos participantes em uma amostra de 402 TGS⁴⁰. Mais expressivos dessa vulnerabilidade social são os dados que comparam a disparidade entre a população de pessoas TGS e a população geral, como a pesquisa realizada pelo *National Center for Transgender Equality* (NCTE) nos EUA, maior estudo de amostra por conveniência da população de TG americana, incluindo 6450 participantes, realizada em 2016, revelando maior número vivendo em situação de pobreza (29% *versus* 12%), maior desemprego (15% *versus* 5%), menos proprietários de casa própria (16% *versus* 63%) e 30% já

tendo vivenciado uma situação de *homelessness* em algum momento da vida⁴¹. A prostituição também é frequente, particularmente em MT, atribuída às dificuldades sociais e de empregabilidade, aumentando o risco e mesmo a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis nesse grupo^{42,43}.

A partir de 2000, vários estudos foram publicados investigando os indicadores gerais e singulares da saúde dessa população. Uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2009 e 2014 identificou 116 publicações de 30 países diferentes, predominantemente descritivos (81,9%), 77,6% destes de natureza transversal, 6% longitudinais e 01 único estudo de intervenção⁴⁴. Identificou-se como temas principais: a qualidade dos processos de transição médica e social aos quais esses indivíduos se submetem; a saúde geral e mental dessa população; a possível discriminação na assistência à sua saúde.

Em 2007, Bockting e Coleman descreveram os domínios inerentes a transição social, utilizando o termo “status” transicional ou situação transicional. A percepção que o indivíduo tem de um gênero incongruente com o seu sexo designado pode ser denominada de “gênero sentido”, já a apresentação social ou a vivência do indivíduo em seu gênero identificado é denominada de gênero social ou “vivenciado” e a “afirmação do gênero”, embora possa ser simplificada como o reconhecimento social do gênero é um conjunto complexo de mudanças sociais, psicológicas, médicas e legais. Portanto, o *status* transicional corresponde ao momento em que a pessoa TG se encontra na linha do tempo do seu processo transicional, bastante diverso e individual^{45,46}.

Os estudos que avaliam a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos TGS identificam os possíveis prejuízos decorrentes das dificuldades ou barreiras na expressão social do seu gênero^{47,48}. A WPATH identifica que as oportunidades de educação, empregabilidade, moradia, viagem e acesso à saúde sofrem um prejuízo quando não ocorre a adequação dos documentos oficiais à identidade de gênero. Portanto, essa entidade advoga, em suas publicações oficiais, a quebra de barreiras governamentais que limitem o reconhecimento de gênero e que sejam adotados procedimentos administrativos transparentes e acessíveis para a autodeterminação do gênero nos documentos oficiais⁴⁹.

Apesar dos avanços no campo legislativo, a população de TGS ainda experimenta a estigmatização diária, sofrendo discriminação ou o chamado estresse de minorias⁵⁰. Essa discriminação tem reflexos nos parâmetros sociodemográficos,

nitidamente em desvantagem em relação a população de não TGS, mas também resulta em altos índices de violência e abusos^{51,52}. A discriminação também é um dos fatores de risco para os altos índices de suicídio entre os indivíduos TGS⁵³.

Portanto, ser visto ou ser identificado socialmente como pessoa TG está associado ao risco de discriminação, violência e abusos. No processo de transição social inerente à condição de TG, a percepção desta condição pela sociedade é chamada de visibilidade, já a passabilidade é o termo utilizado para uma menor percepção social da condição de TG. Quanto maior essa visibilidade, maior a chance de discriminação e violência⁵⁴.

A literatura sobre o tema de diferenças entre os espectros masculino e feminino de IG identifica que os HT tendem a ser menos percebidos como TGS do que as MT, sobretudo devido ao impacto da ação dos hormônios masculinos, com a sua potência transformadora. É dito que os HT têm mais passabilidade e seriam melhor “ajustados” socialmente do que as MT, já que a visibilidade confere maior risco de discriminação^{55,56}. Há dados demonstrando significativamente que as MT têm menor escolaridade, menor renda, maior instabilidade na moradia atual, menor cobertura por seguro de saúde, maior dependência da assistência da saúde pública e mais uso de hormônios de fontes não médicas do que os HT⁵⁷.

Os procedimentos inerentes ao processo de adequação física ao gênero de identificação foram denominados de “transição médica” em 2011 pela WPATH³¹. Essa organização mundial desenvolveu protocolos de atendimento, denominados *standards of care* (SOC) em um esforço de padronização de tais medidas que incluem supressão da puberdade, tratamento hormonal cruzado, cirurgias reconstrutivas torácicas, cirurgias genitais afirmativas de gênero que, em conjunto, são denominadas GAT⁵⁸. Apesar desses avanços nas áreas de assistência à saúde da população com diversidade de gênero, identifica-se uma insuficiência nessa assistência, com uma tendência à evitação da procura pelo atendimento e uma alta frequência de auto tratamento, expondo essa população aos riscos inerentes às intervenções próprias do processo transicional médico como o uso de hormônios sem supervisão^{59,60}.

Os procedimentos cirúrgicos podem fazer parte do planejamento da chamada transição médica e as pesquisas que investigam esse tema revelam um número ainda reduzido de cirurgias. Estudos focando as necessidades de serviços de saúde da comunidade de TGS nos EUA identificaram que 22% das MT haviam implantado

silicone e 72% das que não tinham feito planejavam fazer tal procedimento, assim como 33% dos HT haviam feito mastectomia e 85% dos que não tinham realizado planejavam fazê-lo⁶¹. Percebe-se que a dificuldade de acesso e realização de procedimentos cirúrgicos transicionais é uma realidade da população de TGS e, no Brasil, ela é representada pelo número ainda alto de utilização de silicone industrial de forma clandestina e a realização de procedimentos como a orquiectomia em serviços privados, tendo como fatores identificados sobretudo as barreiras de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando estes estão disponíveis no SUS^{12,62,63}.

Há um interesse crescente sobre os aspectos da saúde geral e mental dessa população, sobretudo considerando os aspectos sociodemográficos que indicam maior adversidade entre os indivíduos TGS comparados com a população geral e o conjunto de intervenções médicas aos quais eles estão expostos, muitas vezes sem supervisão adequada.

Dados derivados de amostras de conveniência de serviços com maior número de participantes sugerem que as MT tem maior risco de tromboembolismo venoso, acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio do que as taxas esperadas em mulheres cisgêneras^{64,65}. Tipo de hormônio utilizado e via de administração são os fatores implicados nestes fenômenos trombóticos, fatores esses mais prováveis de acontecer com a prática da auto medicação^{66,67}. Outro aspecto relevante é a prevalência elevada de HIV entre MT, variando entre 22% a 35% nos estudos de base em comunidades em vários países, incluindo o Brasil, tendo como preditores da infecção o comportamento sexual de risco e o possível compartilhamento de seringas para aplicação de hormônios⁶⁸⁻⁷⁰.

Os dados de saúde mais relevantes e relatados se referem a saúde mental dos indivíduos TGS. Vários trabalhos da literatura, utilizando escalas de rastreamento populacional para depressão revelaram índices elevados, em torno de 40 a 60%, de prevalência de estresse psicológico, referido como depressão prioritariamente e ansiedade^{71,72}. Pesquisa utilizando escalas do *Center for Epidemiologic Depression Scale (CESD)* nos EUA igualmente identificou índice de 64% de depressão nessa população e uma frequência elevada de 41% de tentativa de suicídio, muito superior a 1,6% encontrada na população geral⁷³.

No entendimento dos elementos envolvidos no sofrimento psíquico dos indivíduos TGS e nas possíveis diferenças existentes entre os espectros de

identidade masculino e feminino, considera-se o equilíbrio entre os fatores de risco sociais ou ambientais para o estresse mental e o chamado processo de resiliência, em um modelo denominado *The Minority Stress Model* (MSM) ou também chamado estresse de minorias⁷⁴. Outra linha de investigação é a possível correlação entre a saúde mental e a realização ou não de procedimentos médicos, tais como uso de hormônios e cirurgias, ou seja, com a situação transicional do indivíduo.

O assim chamado MSM resulta de fatores ditos externos (estigma percebido), tais como experiências de discriminação, abuso, violência e de fatores internos (estigma internalizado), tais como percepção e expectativa de rejeição pelo outro, auto estigmatização e o esforço de esconder a condição de IG⁷⁵. Alguns resultados a partir desse modelo indicam que pessoas TGS com menor passabilidade, ou seja, mais vistas como TG, podem apresentar mais sofrimento psíquico, dando margem a inferir sobre possíveis diferenças entre HT e MT⁷⁶.

HT tem menor visibilidade do que as MT, por outro lado, MT são mais percebidas como TG e tendem a ser mais discriminadas^{77,78}. No entanto, não necessariamente as MT sofrem de maior estresse de minorias, uma vez que o benefício da passabilidade dos HT não garante a amenização do estresse; movimentos como ocultar a condição de TG podem gerar hipervigilância e sentimentos negativos inerentes ao estigma internalizado. Por outro lado, MT, sendo mais percebidas como TG, podem ter mais experiências de discriminação e conseqüentemente maiores oportunidades de enfrentamento, gerando movimentos de apoio social e coletivo, desenvolvendo o chamado orgulho de identidade e os efeitos benéficos do suporte de comunidade, amenizando o estresse de minoria⁷⁹.

Há uma aparente correlação entre os sintomas psíquicos e os procedimentos de intervenção médica, clínicos ou cirúrgicos. Uma revisão sistemática, incluindo 77 publicações no período de 1997 a 2017 sobre saúde mental e estresse social nos EUA, utilizando a estrutura do MSM, avaliou o aspecto das intervenções médicas e houve identificação de benefícios e segurança de tais intervenções na melhoria de sintomas psíquicos^{80,81}. Há estudos que demonstram melhoria desses sintomas em HT quando recebem testosterona e menores índices de depressão e ansiedade, além de maiores índices de suporte social em HT usando testosterona comparativamente com HT sem usar testosterona⁸². Da mesma forma, identificou-se menor ideação suicida e menor abuso de substâncias químicas nas MT que

receberam hormônios e cuidados afirmativos de gênero em comparação com as que não receberam⁸³.

Ainda sobre o tema da saúde mental, é notória a diversidade da situação transicional dessa população. Alguns têm o seu processo de transição concluído, outros estão em processo de uso de hormônios ou desejam submeter-se às intervenções médicas transicionais, mas não iniciaram por dificuldades de acesso. Há dados que identificam índices maiores de sofrimento psíquico naqueles que planejam a transição, mas que ainda não começaram por dificuldades na execução da mesma⁸⁴.

No Brasil, em 2008, o ministério da saúde (MS) publicou a resolução SUS/MS de nº 457/2008 que regulamentou o processo transexualizador no sistema de saúde público brasileiro de acordo com as determinações do Conselho Federal de Medicina (CFM). Na Bahia, o centro de referência foi inaugurado em 2018 no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Em 2010, a resolução de nº1955/2010 do CFM incluiu a regulamentação da cirurgia de redesignação sexual em serviços médicos que possuam uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, endocrinologistas e cirurgiões. Para se submeter à cirurgia os pacientes TGS devem ter entre 21 e 75 anos, estarem em terapia hormonal por pelo menos 1 ano e psicoterapia por pelo menos 2 anos⁸⁵.

Apesar da literatura indicar o benefício das medidas transicionais sociais e médicas nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos TGS e da disponibilidade de serviços de saúde, há dados que indicam que o acesso a esses serviços para as medidas afirmativas de gênero continua sendo um problema global. Os inquéritos populacionais identificam barreiras, tais como inabilidade dos profissionais quanto aos aspectos técnicos orientadores e prescritivos, assim como o não uso do nome social, negativa ao atendimento, discriminação, gerando receio e evitação na procura à assistência^{86,87}. Embora políticas públicas tenham sido implementadas mundialmente, inclusive no Brasil, a capacidade das mesmas para responder às questões de saúde geral e específica da população de TG está aquém do desejado^{12,65,88}.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal descritivo e analítico.

4.2 População do estudo

Adultos transgêneros de Salvador-Ba-Brasil.

4.3 Amostra

Esse é um estudo baseado em comunidade tendo como alvo o recrutamento de indivíduos TGS através da utilização de contatos sociais interpessoais ou através de redes sociais ou mesmo de afiliados informalmente a grupos e associações de TGS, evitando a amostragem de conveniência em ambulatórios ou em grupos marginalizados.

4.3.1 Recrutamento de participantes

Recrutamento de indivíduos TGS residentes em Salvador-Bahia-Brasil no período de março a dezembro de 2019

4.3.2 Técnica de Recrutamento

Foi utilizado o método de amostragem em bola de neve, um método de amostragem de referência em cadeia, reconhecido como capaz de acessar membros de populações de difícil acesso. Os primeiros participantes foram recrutados da população de interesse a partir de um trabalho de campo e estes passaram a recrutar novos participantes, utilizando o programa “REDCap”, um aplicativo da web seguro para criar e gerenciar pesquisas e bancos de dados⁸⁹.

4.4 Critérios de elegibilidade

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Indivíduos transgêneros autodeclarados.
- Idade igual ou superior a 18 anos.

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Preenchimento incompleto do questionário

4.5 Cálculo amostral

Para calcular o tamanho amostral, foi utilizado como referência a diferença estatisticamente significativa entre proporções do status transicional entre HT e MT (35% de HT com transição social, sem intervenções médicas *versus* 10% de MT com transição social, sem intervenções médicas) encontradas no trabalho Canadense TransPULSE com 5% de acurácia e poder de 80%, o que resultou em um n amostral de 102 pacientes⁹⁰.

4.6 Operacionalização e critérios utilizados para definição das variáveis

4.6.1 Operacionalização das variáveis

O projeto foi delineado tendo como referência o projeto canadense *The Community-based research Project surveyed trans ontarians* (TransPULSE) o qual abordou as necessidades de saúde e as vulnerabilidades da população de TGS, incluindo as barreiras de acesso à saúde. As variáveis foram desenvolvidas pela equipe de pesquisa e 12 membros da comunidade trans. As mesmas foram pré-testadas para garantir maior validade de conteúdo, maior clareza, relevância de linguagem e integridade das respostas.

A identidade de gênero foi avaliada utilizando-se o método das duas perguntas. As pessoas eram consideradas elegíveis para participação se relatassem um gênero diferente daquele atribuído ao nascimento. A segunda pergunta é como

elas se identificavam; homem trans, mulher trans, travesti, não binário ou outras identificações. Baseado nessas respostas, os indivíduos eram re-categorizados em Mulher Trans (sexo masculino designado ao nascimento, mas identificando-se com o espectro de gênero feminino) e Homem Trans (sexo feminino ao nascimento, mas identificando-se com o espectro de gênero masculino)^{91,92}.

4.6.2 Variáveis do estudo

- Variáveis sociodemográficas:
 - a) Idade
 - b) Sexo biológico
 - c) Escolaridade
 - d) Empregabilidade
 - e) Renda
 - f) Etnia autodeclarada
 - g) Estado de relacionamento afetivo

- Variáveis da transição social:
 - a) Identidade de gênero
 - b) Idade de percepção da incongruência de gênero
 - c) Vivência no gênero sentido tempo parcial ou total
 - d) Idade em que iniciou a vivência no gênero sentido
 - e) Visibilidade como transgênero
 - f) Uso do nome de acordo com o gênero
 - f) Mudança de nome legalmente

- Variáveis das intervenções médicas para a transição física:
 - a) Acompanhamento com profissionais de saúde: psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, assistente social, fonoaudiólogo, urologista ou ginecologista.
 - b) Início ou não da transição e idade com que iniciou.
 - c) Uso de hormônios e idade do início do uso.
 - d) Realização de cirurgias relacionadas a medidas afirmativas de gênero.

- Situação Transicional ou Status Transicional: concluída, em processo de hormonização, programando, mas sem ter iniciado, não planejando ou sem certeza se fará a transição.

- Morbidades clínicas e psíquicas.

- Percepção de discriminação na assistência à saúde enquanto pessoa TG.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

Aplicação de questionário via internet.

4.8 Análise estatística

Utilizou-se a estatística descritiva para estabelecer medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas e percentagens válidas das variáveis qualitativas.

Testes de Shapiro-Wilk e de Kolmorov-Smirnov foram utilizados para determinar a distribuição das variáveis, gaussianas ou não.

Utilizou-se o teste T-student para comparação de médias de variáveis com distribuição normal ou teste de Mann Whitney para comparação de medianas em caso de distribuição não normal.

O teste Quiquadrado foi utilizado para comparação de proporções.

O nível de significância adotado nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

4.9 Programa estatístico

As análises foram conduzidas pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto inicial seguiu as normas do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em seres humanos, portaria número 466 de 2012, além da resolução 510 de 07 de abril de 2016, referente a pesquisas na área das Ciências Humanas e Sociais e foi aprovado pelo Comitê de Ética das Obras Sociais de Irmã Dulce. O estudo seguiu os postulados da Declaração de Helsinque e as normas do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os pesquisadores se comprometem em respeitar os preceitos éticos que regem essas normas, sobretudo no que se refere a não identificação dos participantes e sigilo das informações.

Todos os participantes do estudo leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado via internet (online) onde está claramente indicado que responder ao questionário on-line define que o participante leu o termo, concorda e aceita participar da pesquisa.

6 FINANCIAMENTO

Os custos previstos no presente estudo foram subsidiados com recursos próprios.

7 RESULTADOS

No total, 111 indivíduos TGS responderam ao questionário, sendo que 04 indivíduos autodeclarados como não-binários foram excluídos por insuficiência dos dados fornecidos. 107 participantes foram elegíveis para o estudo, sendo 67 MT correspondendo a 62,6% da amostra [95% IC 0,532 a 0,714] e 40 HT, correspondendo a 37,4% da amostra [95% IC 0,286 a 0,468]. Apenas 06 indivíduos do grupo de MT se identificaram como Travestis. A média de idade foi de 29,79 anos [95% CI 27,99 a 31,58 anos; desvio padrão 9,25 anos]. Os HT tiveram uma média de idade significativamente inferior (24,55 anos [95% IC 23,30 a 25,80 anos; desvio padrão 3,90 anos]) à média de idade apresentada pelas MT (32,91 anos [95% IC 30,40 a 35,38 anos; desvio padrão 10,10 anos]) com $p < 0,001$. Considerando a etnia autodeclarada, houve um predomínio da etnia preta, 41,1% [95% IC 0,321 a 0,506], seguida da etnia parda, 29% [95% IC 0,210 a 0,381]. Apenas 19,8% [95% IC 0,129 a 0,280] dos entrevistados tinham nível educacional superior completo e somente 21,5% [95% IC 0,145 a 0,300] estavam empregados formalmente e 65,3% [95% IC 0,557 a 0,741] relataram receber no máximo até 1 salário mínimo. Demais dados sociodemográficos estão expressos na tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de transgêneros em Salvador- Brasil

Tabela 1. Características Sociodemográficas			
	Mulher Trans n=67 (62,6%)	Homem Trans n=40 (37,4%)	Total n=107 (100%)
Idade	32,91 ± 10,10 †	24,55 ± 3,90 †	29,79 ± 9,25
Etnia			
Branco	13 (19,4%)	11 (27,5%)	24 (22,4%)
Pardo	23 (34,3%)	8 (20%)	31 (29%)
Preto	26 (38,8%)	18 (45%)	44 (41,1%)
Amarelo	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Indígena	4 (6%)	3 (7,5%)	7 (6,5%)
Escolaridade			
Médio Incompleto	11 (16,7%)	4 (10%)	15 (14,2%)
Médio Completo	14 (21,2%)	4 (10%)	18 (27%)
Superior Incompleto	17 (25,8%)	25 (62,5%)	42 (39,6%)
Superior Completo	14 (21,2%)	17 (17,5%)	21 (19,8%)
Fundamental	10 (9,4%)	0 (0%)	20 (9,4%)
Empregabilidade			
Estudante	6 (9%)	10 (25%)	16 (15%)
Autônomo	21 (31,3%)	8 (20%)	29 (27,1%)
Empregado Informal	6 (9%)	5 (12,5%)	11 (10,3%)
Empregado Formal	14 (20,9%)	9 (22,5%)	23 (21,5%)
Desempregado	20 (29,9%)	8 (20%)	28 (26,2%)
Valor da Renda			
0 a meio salário mín.	10 (15,9%)	9 (23,7%)	19 (18,8%)
Meio a 1 salário mín.	34 (54%)	13 (34,2%)	47 (46,5%)
1 a 2 salários mín	8 (12,7%)	9 (23,7%)	17 (16,8%)
2 a 3 salários mín.	5 (7,9%)	1 (2,6%)	6 (5,9%)
> 3 salários mín.	6 (9,5%)	6 (15,8%)	12 (11,9%)
Estado de Relacionamento			
Solteiro (a)	47 (67,1%)	21 (52,5%)	66 (61,7%)
Namorando	9 (13,4%)	11 (27,5%)	20 (18,7%)
Casado (a)	8 (11,9%)	4 (10%)	12 (11,2%)
União Estável	5 (7,5%)	4 (10%)	9 (8,4%)

† indica diferença estatisticamente significante entre as proporções de MT e HT; p<0,001

- **Características da transição social:**

Quando perguntados quanto a primeira percepção da IG, em 62,6% [95% IC 0.532 a 0.714] dos casos, esta ocorreu antes dos 15 anos de idade, no entanto, a idade média do início da vivência como indivíduo TG ocorreu aos 20,34 anos [95% IC 19,17 a 21,50 anos; desvio padrão 6,01 anos]. Ao todo, 77,6% [95% IC 0,689 a 0,847] dos participantes já vivenciavam o gênero com o qual se identificavam em tempo integral, 85% [95% IC 0,773 a 0,909] já usavam o nome de acordo com o gênero em tempo integral e 58,9% [95% IC 0,494 a 0,679] já haviam retificado o

nome em documentos oficiais. Quando perguntados quanto a serem percebidos ou vistos como pessoas TGS, 53,7% [95% IC 0,418 a 0,654] das MT relataram sempre ou muito frequentemente serem vistas como tal, percentual significativamente maior do que 25% [95% IC 0,135 a 0,401] dos HT ($p=0,001$). Em coerência com esse dado, 10,4% [95% IC 0,047 a 0,196] dos HT responderam nunca ou muito raramente serem vistos como TG, percentual significativamente inferior aos 40% [95% IC 0,258 a 0,556] das MT que relataram nunca ou raramente serem vistas como TG ($p=0,001$). A tabela 02 expressa o conjunto dos dados da transição social.

Tabela 2 - Características de transição social de transgêneros em Salvador - Brasil

Tabela 2. Características da Transição Social			
	Mulher Trans n=67 (62,6%)	Homem Trans n=40 (37,4%)	Total n=107 (100%)
Idade Início da Vivência	20,33 ± 6,95	20,35 ± 4,2	20,34 ± 6,01
Idade da percepção da incongruência			
0 a 5 anos	10 (14,9%)	3 (7,5%)	13 (12,1%)
5 a 10 anos	15 (22,4%)	5 (12,5%)	20 (18,7%)
10 a 15 anos	20 (29,9%)	14 (35%)	34 (31,8%)
15 a 20 anos	15 (22,4%)	9 (22,5%)	24 (22,4%)
20 a 30 anos	7 (10,4%)	7 (17,5%)	14 (13,1%)
> 30 anos	0 (0%)	2 (5%)	2 (1,9%)
Vivência no Gênero			
Não	1 (2,5%)	1 (1,5%)	2 (1,9%)
Sim, tempo parcial	10 (25%)	12 (17,9%)	22 (20,6%)
Sim, tempo total	29 (72,5%)	54 (80,6%)	83 (77,6%)
Uso do nome de acordo com o gênero			
Não	4 (6%)	0 (0%)	4 (3,8%)
Sim, tempo parcial	5 (7,5%)	7 (17,5%)	12 (11,2%)
Sim, tempo total	58 (86,6%)	33 (82,5%)	91 (85%)
Retificação do nome em documento oficial			
Sim	39 (58,2%)	24 (60%)	63 (58,9%)
Não	28 (41,8%)	16 (40%)	44 (41,1%)
Percepção como transgênero (visibilidade)			
Nunca ou muito raramente	7 (10,4%)	16 (40%)	23 (21,5%)
Algumas vezes ou ocasionalmente	24 (35,8%)	14 (35%)	38 (35,5%)
Sempre ou muito frequentemente	36 (53,7%) ‡	10 (25%) ‡	46 (43%)
Desconforto por ser percebido como TG			
Não	40 (59,7%)	27 (67,5%)	67 (62,6%)
Sim	15 (22,4%)	10 (25%)	25 (23,4%)
Não Importa	12 (17,9%)	3 (7,5%)	15 (14%)

‡ indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; $p=0,001$

- **Características das intervenções clínicas para a transição física**

Quando perguntados quanto ao uso de terapia hormonal para adequação ao gênero, 79,4% [95% IC 0,710 a 0,863] dos entrevistados relataram estar em uso, sendo que as MT em um percentual significativamente superior ao dos HT com um valor de $p=0,018$ (86,6% [95% IC 0,768 a 0,932] *versus* 67,5% [95% IC 0,520 a 0,86]). Apenas 43,9% [95% IC 0,347 a 0,534] dos participantes tinham acompanhamento com endocrinologista, 49,5% [95% IC 0,401 a 0,590] tinham acompanhamento com psicólogo e 22,4% [95% IC 0,153 a 0,311] com assistente social. Comparando os gêneros, os HT tiveram significativamente mais acompanhamento com psicólogo do que as MT (60% [95% IC 0,444 a 0,742] *versus* 43,3% [95% IC 0,318 a 0,553]; $p=0,017$) e as MT tiveram significativamente mais acompanhamento com assistente social do que os HT (28,4% [95% IC 0,186 a 0,400] *versus* 12,5% [95% IC 0,057 a 0,256]; $p=0,040$). Considerando o subgrupo de participantes com acompanhamento com psicólogo, os HT o faziam mais significativamente através de uma assistência privada do que as MT (45,8% [95% IC 0,270 a 0,657] *versus* 14,3% [95% IC 0,0470 a 0,310]; $p=0,012$). Demais dados estão expressos na tabela 3.

Tabela 3 - Intervenções clínicas para a transição física em transgêneros em Salvador - Brasil

	Mulher Trans n=67 (62,6%)	Homem Trans n=40 (37,4%)	Total n=107 (100%)
Idade do Início do Uso de Hormônios	21,32 ± 6,59	21,96 ± 3,87	21,54 ± 5,8
Uso dos Hormônios	58 (86,6%) †	27 (67,5%) †	85 (79,4%)
Acompanhamento com Endocrinologista			
Sim	26 (38,8%)	21 (52,5%)	47 (43,9%)
Serviço Privado	5 (7,5%)	9 (22,5%)	13 (13,1%)
Serviço Público	21 (31,3%)	12 (30%)	33 (30,8%)
Acompanhamento com Psicólogo			
Sim	29 (43,3%) ‡	24 (60%) ‡	53 (49,5%)
Serviço Privado	5 (7,5%) ‡‡	11 (27,5%) ‡‡	16 (15%)
Serviço Público	24 (35,8%)	12 (32,5%)	37 (34,6%)
Acompanhamento com Psiquiatra			
Sim	16 (23,8%)	7 (17,9%)	23 (21,7%)
Serviço Privado	7 (10,4%)	7 (17,9%)	14 (13,2%)
Serviço Público	9 (13,4%)	0 (0%)	9 (8,5%)
Acompanhamento com Assistente Social			
Sim	19 (28,4%) ‡‡‡	5 (12,5%) ‡‡‡	24 (22,4%)
Serviço Privado	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (0,9%)
Serviço Público	19 (28,4%)	4 (10%)	23 (21,5%)
Acompanhamento com Fonaudiólogo			
Sim	6 (9%)	5 (12,5%)	11 (10,3%)
Serviço Privado	0 (0%)	2 (5%)	2 (1,9%)
Serviço Público	6 (9%)	3 (7,5%)	9 (8,4%)
Acompanhamento com Urologista			
Sim	8 (12%)	-	-
Serviço Privado	2 (3%)	-	-
Serviço Público	6 (9%)	-	-
Acompanhamento com Ginecologista			
Sim	-	20 (50%)	-
Serviço Privado	-	5 (12,5%)	-
Serviço Público	-	15 (37,5%)	-

† Indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; p=0,018

‡ indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; p=0,017

‡‡ indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; p=0,012

‡‡‡ indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; p=0,040

- **Características das intervenções cirúrgicas para a transição física**

Apenas 25,2% [95% IC 0.177 a 0.341] dos participantes haviam se submetido a qualquer procedimento cirúrgico, sobretudo representados por mastectomia em 20% [95% IC 0.097 a 0.345] dos HT, 87,5% destas em serviço privado e implante de silicone em 26,9% [95% IC 0.173 a 0.384] das MT, 100% destas em serviço

privado; 16,4% [95% IC 0,089 a 0,267] das MT haviam colocado silicone industrial de forma clandestina. A tabela 4 contém os dados restantes da transição cirúrgica.

Tabela 4 - Intervenções cirúrgicas para a transição física de transgêneros em Salvador - Brasil

	Mulher Trans n=67 (62,6%)	Homem Trans n=40 (37,4%)
Mastectomia		
Sim	-	8 (20%)
Serviço Privado	-	7 (17,5%)
Serviço Público	-	1 (2,5%)
Implante Silicone		
Sim	18 (26,9%)	-
Serviço Privado	18 (26,9%)	-
Serviço Público	0 (0%)	-
Plástica Facial		
Sim	6 (9%)	-
Serviço Privado	6 (9%)	-
Serviço Público	0 (0%)	-
Pomo de Adão/Corda Vocal		
Sim	2 (3%)	-
Serviço Privado	2 (3%)	-
Serviço Público	0 (0%)	-
Orquiectomia		
Sim	1 (1,5%)	-
Serviço Privado	1 (1,5%)	-
Serviço Público	0 (0%)	-
Histerectomia/Ooforectomia		
Sim	-	0 (0%)
Serviço Privado	-	-
Serviço Público	-	-
Neofaloplastia		
Sim	-	0 (0%)
Serviço Privado	-	-
Serviço Público	-	-
Neogavinoplastia		
Sim	0 (0%)	-
Serviço Privado	-	-
Serviço Público	-	-
Total de indivíduos que se submeteram a cirurgia		27 (25,2%)

- **Situação transicional**

Quando questionados quanto ao momento do processo de transição em que os participantes se encontravam, apenas 35,3% [95% IC 0,265 a 0,449] referiram ter

o processo de transição concluído e 47,1% [95% IC 0.375 a 0.568] referiram estar em processo de hormonização. Comparando os gêneros, as MT significativamente apresentaram maior percentagem de conclusão hormonal do que os HT; $p=0,007$ (43,6% [95% IC 0.316 a 0.560] *versus* 22,5% [95% IC 0.116 a 0.373] e os HT apresentaram significativamente maior percentagem de estarem programando mudanças, mas sem tê-las iniciado comparado com as MT; $p=0,007$ (25% [95% IC 0.135 a 0.401] *versus* 6,5% [95% IC 0.031 a 0.148]); tabela 5.

Tabela 5 - Situação transicional de transgêneros em Salvador - Brasil

	Mulher Trans (62)	Homen Trans (40)	Total (102)
Considero concluído	27 (43,6%) †	9 (22,5%) †	36 (35,3%)
Em processo de hormonização	30 (48,4%)	18 (45,0%)	48 (47,1%)
Programando, mas não comecei	4 (6,5%) †	10 (25%) †	14 (13,7%)
Não estou planejando	0	3 (7,5%)	3 (2,9%)
Não tenho certeza se farei	1 (1,6%)	0	1 (1%)

† indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; $p=0,007$

- **Morbidades clínicas e psíquicas**

Houve predomínio de sintomas de natureza psíquica, sendo que 43,3% [95% IC 0.340 a 0.529] relataram ansiedade e 28% [95% IC 0.201 a 0.371] relataram a presença de sintomas depressivos. Os HT apresentaram um percentual de 40% de sintomas depressivos, significativamente maior do que os 20,9% [95% IC 0.124 a 0.318] apresentados pelas MT; $p=0,033$. A tabela 06 expressa as frequências das morbidades questionadas.

Tabela 6 - Morbidades clínicas e psíquicas de transgêneros em Salvador - Brasil

	Mulher Trans (62)	Homem Trans (40)	Total (102)
Sintomas Depressivos	14 (20,9) †	16 (40%) †	30 (28%)
Ansiedade	24 (36,9%)	21 (53,8%)	45 (43,3%)
Isolamento Social	7 (10,6%)	2 (5%)	9 (8,5%)
Síndrome do Pânico	4 (6%)	5 (12,5%)	9 (8,5%)
Distúrbio Bipolar	5 (7,5%)	0 (0%)	5 (4,7%)
Trombose	4 (6%)	0 (0%)	4 (3,8%)
DST	11 (16,4%)	2 (5%)	13 (12,1%)
Asma	4 (6%)	0 (0%)	4 (3,8%)
Obesidade	3 (4,5%)	3 (7,5%)	6 (5,6%)

† indica diferença estatisticamente significativa entre as proporções de MT e HT; $p=0,03$

- **Percepção de discriminação na assistência à saúde enquanto pessoa TG**

Quanto a percepção de discriminação em oportunidades de assistência à sua saúde enquanto pessoa TG, 42,6% [95% IC 0.324 a 0.531] relataram que houve percepção de discriminação algumas vezes ou ocasionalmente, 18,1% [95% IC 0.1090 a 0.2737] sempre ou muito frequentemente e 39,4% [95% IC 0.294 a 0.500] nunca ou muito raramente. (Tabela 07).

Tabela 7 - Percepção de discriminação na assistência à saúde de transgêneros em Salvador - Brasil

	Mulher Trans (58)	Homen Trans (36)	Total (94)
Nunca ou Muito Raramente	22 (37,9%)	15 (41,7%)	37 (39,4%)
Algumas Vezes ou Ocasionalmente	25 (43,1%)	15 (41,7%)	40 (42,6%)
Sempre ou Muito Frequentemente	11 (19%)	6 (16,7%)	17 (18,1%)

8 DISCUSSÃO

Esse estudo coletou os dados de 107 indivíduos TGS residentes em Salvador-Bahia-Brasil e utilizou o método de amostragem baseado em comunidade, evitando o viés possível da coleta de dados entre aqueles que já recebem ou procuram assistência em serviços especializados ou dados extraídos daqueles completamente à margem dessa assistência, o que é desejado uma vez que um dos objetivos desse inquérito é a avaliação da qualidade e acessibilidade à saúde da população de TGS⁹³.

A maioria dos participantes era composta por indivíduos adultos jovens, havendo uma proporção maior de MT do que HT, o que é compatível com os inquéritos da literatura^{50,94}. Mais de 2/3 destes são de etnia parda e preta, dado que deve resultar da alta prevalência de afrodescendentes no Estado da Bahia, discordando fortemente com 71,4% de prevalência de etnia branca encontrada no maior inquérito brasileiro sobre o tema TG, o qual investigou as necessidades e as barreiras de acesso à saúde de 556 TGS nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul – Brasil⁹⁵. No entanto, o presente estudo coincide com o supracitado quanto ao item escolaridade, ambos revelando apenas 20% de indivíduos com nível superior completo. O nível de escolaridade pode refletir a faixa etária jovem da amostra ainda em formação educacional, o que é reforçado pela presença de 39,6% com nível superior incompleto, mas pode refletir também um menor favorecimento social.

Embora a faixa etária jovem também possa justificar o dado de menos de ¼ da amostra estudada ter emprego formal e 65% ter uma renda de, no máximo, 01 salário mínimo, existem dados da literatura que identificam dificuldades de inserção social e empregabilidade das pessoas TGS. *De Santis et al* descreveu dados de empregabilidade e de renda pessoal coincidentes com o presente estudo, revelando 70% de desemprego e renda mensal inferior a 2000 dólares para 64% dos empregados⁹⁶. Em uma amostragem probabilística, no estado de Massachusetts (EUA), adultos TGS demonstraram um risco/chance 3,2 maior de desemprego e 3,1 maior de estar vivendo uma situação de quase pobreza extrema do que adultos não TGS⁹⁷.

A percepção da incongruência de gênero dos entrevistados ocorreu em uma faixa etária jovem; 75% antes dos 20 anos, sendo que 2/3 antes dos 15 anos de

idade. Esses dados são compatíveis com um grande inquérito canadense denominado TransPULSE que descreveu a percepção da incongruência de gênero na faixa etária inferior a 20 anos em 90% daquela amostra, sendo que 60% teve essa percepção antes dos 10 anos⁹⁰. Já a média de idade do início da vivência no presente trabalho foi de 20 anos, coincidindo com a média da idade do início da reposição hormonal dos participantes, portanto mais tardia do que a idade da primeira percepção ou consciência da incongruência. Essa defasagem de tempo entre a primeira percepção de incongruência e o início da vivência pode ser negativa, uma vez que a “não vivência” no gênero sentido implica em pior qualidade de vida. Uma revisão sistemática sobre qualidade de vida de indivíduos TG, identificando 403 estudos, elegeu 29 estudos sobre o tema, concluindo que a população de TGS dispõe de uma qualidade de vida pior do que a população geral, sobretudo antes da vivência no gênero de identificação⁹⁸.

Observamos na amostra estuda um alto percentual de vivência social de gênero em tempo integral, correspondendo a mais do que $\frac{3}{4}$ dos indivíduos, superior a 55% de vivência em tempo integral encontrada no NCTE americano⁹. Chama a atenção também que metade dos participantes do presente estudo retificou o seu nome em documentos de identidade oficial, adequando-o à sua identidade de gênero, número surpreendentemente mais expressivo do que os 29% de mudança legal do nome encontrado no TransPULSE canadense. A legislação brasileira passou a adotar um sistema mais dinâmico e acessível para retificação do nome em documentos oficiais de identidade de TGS a partir de 2018, o que parece se refletir nesta amostra⁹⁹.

No presente estudo, 43% dos participantes revelaram sempre ou muito frequentemente serem percebidos como pessoas TGS e um percentual inferior a $\frac{1}{4}$ revelou nunca ou muito raramente ser percebido como tal. Esses dados mostram maiores índices de visibilidade do que os encontrados no TransPULSE e no NCTE, onde encontrou-se taxas de sempre ou muito frequência de percepção de 12,2% e 22%, respectivamente. Essa maior frequência de percepção pode indicar uma pior qualidade do processo transicional médico da atual amostra estudada, uma vez que, apesar da visibilidade ser um domínio da transição social, ela também reflete o conjunto de medidas médicas intervencionais, tais como uso de hormônios, cirurgias e a assistência prestada a essa população⁵⁸.

A comparação dos índices de visibilidade entre os gêneros demonstrou que as MT significativamente tiveram maior visibilidade do que os HT, em concordância com o que é descrito na literatura sobre o tema⁵⁰. Apesar dos dados de literatura revelarem que MT tendem a ser mais discriminadas por sua maior visibilidade e tendem a ter piores indicadores socioeconômicos, este trabalho não identifica tais diferenças entre os gêneros de forma significativa, exceto pelo dado de que, entre os participantes que tem acompanhamento com psicólogo, os HT o fazem mais pela assistência privada e as MT o fazem mais pela assistência pública.

Observa-se que quase 80% dos participantes da amostra já faziam uso de hormônios, no entanto, menos da metade dos indivíduos estudados tinha acompanhamento com endocrinologista para o manejo da terapia hormonal. Os índices de acompanhamento com outros profissionais de saúde também foram inferiores aos desejados, sendo que não mais do que ¼ tinha acompanhamento com assistente social, fonoaudiólogo e cirurgião plástico e apenas metade tinha acompanhamento com profissional da área de saúde mental, área de fundamental importância da assistência à população de TG. Os HT tiveram mais assistência ginecológica (metade) do que as MT tiveram de assistência urológica (menos do que 15%), muito provavelmente pela faixa etária jovem da população. Esses dados estão em concordância com pesquisas na população americana que identificaram que 29% a 63% de pessoas TGS fazem uso de hormônios sem supervisão médica^{100,101}. O mesmo foi identificado por *Costa et al* no Sudeste e Sul do Brasil, onde 85% dos 556 investigados estavam usando hormônio, mas apenas 46% faziam uso sob supervisão médica⁹⁵.

Apenas ¼ dos indivíduos se submeteu a qualquer cirurgia, expressivamente representadas pela mastectomia e pelo implante de silicone, procedimentos realizados em sua esmagadora maioria em serviços de assistência privada. Esses dados coincidem fortemente com o estudo supracitado de *Costa et al*, computando apenas 21% de procedimentos cirúrgicos, 76% destes realizados em serviço privado de saúde, sendo que 64% dos que não realizaram cirurgia justificaram a não realização devido a insuficiência de recursos financeiros. Inquéritos internacionais indicam uma média de 25% de TGS já submetidos a cirurgias^{44,102}. Em desacordo com os estudos internacionais, estão os números de cirurgias genitais realizadas em MT no presente estudo; apenas 1,5% de orquiectomia e nenhuma neovaginoplastia, comparado com 21% e 25% de orquiectomia e 15% e 23% de neovaginoplastia,

respectivamente no TransPULSE e no NCTE. Já a ausência de neofaloplastia nos HT ora estudados não é surpreendente, uma vez que esse procedimento é menos realizado e menos desejado em geral, não chegando a 3% nos maiores estudos^{103,104}. O implante de silicone industrial em serviços clandestinos também foi identificado na atual amostra.

Poucos trabalhos na literatura investigam a situação transicional da população de TGS. No atual trabalho, 1/3 considerou o processo transicional concluído e a comparação da situação transicional entre os gêneros demonstrou que as MT eram significativamente mais usuárias de hormônios e tinham um percentual maior de “status” de conclusão hormonal quando comparadas com os HT e que os HT tinham uma situação de estar programando mudanças sem tê-las iniciado, significativamente maior do que as MT. Um estudo pioneiro sobre o tema realizado no Canadá relevou dados muito semelhantes; 23% consideraram o processo transicional concluído; as MT tiveram 1,7 vezes maior probabilidade de transição social e médica; os HT tiveram 3,7 vezes maior probabilidade de transição somente social, além da observação que os mais jovens (<24 anos) tiveram 2,1 vezes maior probabilidade de transição apenas social. Pode-se inferir que a faixa etária mais jovem dos HT dessa amostra possa parcialmente justificar essa diferença no “status” transicional entre os gêneros¹⁰⁵.

Compatível com a literatura, os dados mais relevantes encontrados foram referentes à saúde mental, com quase 50% dos entrevistados referindo ansiedade e 1/3 dos mesmos referindo sintomas depressivos, além da observação de que os HT apresentaram uma significativa maior frequência de sintomas depressivos e maior acompanhamento com psicólogo do que as MT. Estudo transversal incluindo 523 TGS dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, utilizando a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) validada para o Brasil, identificou prevalência de sintomas depressivos em 67,2% da amostra, bem maior do que a média de 5,8 % para a população geral brasileira e ideação suicida presente em 43% dos entrevistados¹⁰⁶.

Os dados encontrados nesse estudo referentes às diferenças entre as identidades de gênero, revelando os HT em maior número na condição de “status transicional ainda em planejamento”, menor número na condição de “status concluído” e menor frequência de uso de hormônios em comparação com as MT, podem justificar os maiores índices de sintomas depressivos e acompanhamento

psicológico em HT quando comparados com as MT¹⁰⁷. *Bauer et al* encontrou maior risco de suicídio entre aqueles que estavam planejando a transição, mas que ainda não haviam começado por dificuldades na execução da mesma^{5,84}. Embora as MT do presente estudo tenham menor passabilidade, o modelo do MSM permite interpretar que o “status” transicional médico mais adequado, em função do uso mais frequente de hormônios e as maiores proporções de situação transicional concluída as tenha beneficiado do ponto de vista psíquico. É possível também que, por terem uma faixa etária mais velha e por terem maior visibilidade possam ter vivenciado mais experiências de enfrentamento, gerando mais apoio social e suporte comunitário, o que acaba minimizando o estresse de minorias^{108,109}. Essa inferência pode ser reforçada pelo dado objetivo de que as MT foram mais significativamente acompanhadas por assistente social do que os HT na atual amostra.

No presente estudo, 60% dos entrevistados reportaram uma percepção de discriminação na assistência à sua saúde, ou algumas vezes ou muito frequentemente, reforçando os dados da literatura e em coerência com o trabalho de *Socias et al* em Buenos Aires, Argentina, onde 40,7% de 452 participantes relataram evitar cuidados de saúde por sua condição de TG; na análise multivariada, um dos fatores positivamente associados com a não procura da assistência à saúde foi o histórico de discriminação por profissionais de saúde^{110,111}. Dado semelhante também foi demonstrado no estudo de *Costa et al*, onde o histórico de discriminação foi associado com um aumento de 6,72 vezes na frequência de evitação dos serviços de saúde⁹⁵. Experiências negativas em serviços de saúde influenciam inclusive a não procura em situações de emergência¹¹².

8.1 Limitações e perspectivas

Apesar da utilização de uma metodologia dirigida para evitar possíveis vieses no recrutamento, sempre é possível que grupos sejam mais recrutados ou estejam mais motivados a participar de estudos. No entanto, os dados referentes a transição social e das intervenções médicas para a transição física dessa população estudada apontam para a necessidade de estabelecer estratégias de educação e qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento e fornecimento da assistência necessária. As políticas públicas voltadas para a população de TGS já em andamento nacionalmente e no estado da Bahia precisam continuar em avanço,

reconhecendo que umas das fortes barreiras para o acesso à assistência social e médica é a discriminação a qual a população está exposta.

9 CONCLUSÃO

Esse é o primeiro estudo que analisou as características sociodemográficas e a situação transicional de TGS no estado da Bahia-Brasil. A amostra foi constituída sobretudo por indivíduos adultos jovens que apresentaram nível educacional, empregabilidade e renda salarial desfavoráveis, em coerência com dados da literatura. Houve uma percepção de incongruência com o seu gênero biológico na adolescência e a maioria já estava vivenciando o seu gênero identificado com significativas mudanças sociais, mas com uma aparente inadequação da assistência à sua saúde, identificada por baixos índices de acompanhamento por profissionais de saúde e baixos índices de intervenções cirúrgicas.

As diferenças encontradas entre os espectros de gênero dessa amostra, indicando que os HT eram mais jovens, com menor frequência de uso de hormônios e menor conclusão do processo transicional, ao mesmo tempo com maior percentual de sintomas depressivos, reforçam os dados de que a não realização dos procedimentos transicionais tem consequências negativas na saúde psíquica da população de TG.

A percepção de discriminação pelos participantes do estudo pode limitar a procura pelos serviços já disponíveis, indicando a necessidade de estabelecer estratégias de qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento e o fornecimento da assistência adequada.

REFERÊNCIAS

1. Joseph A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc Med.* 2017 Apr;110(4):144-152.
2. Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender [Internet] UCLA: Williams Institute. 2011 Apr:1-8. Available from: <https://escholarship.org/uc/item/09h684x2>
3. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health.* 2012; 102: 118–122.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism.* 2011;13: 165–232.
5. Bauer GR. Making sure everyone counts: Considerations for inclusion, identification, and analysis of transgender and transsexual participants in health surveys. In Institute of Gender & Health Canadian Institutes of Health Research (Ed.), *What a difference sex and gender make 2012*; pp. 59–67. Vancouver, Canada: Institute of Gender and Health, Canadian Institutes of Health Research.
6. Crissman HP. Gender and Frequent Mental Distress: Comparing Transgender and Non-Transgender Individuals' Self-Rated Mental Health. *J Womens Health (Larchmt).* 2019 Jan 7.
7. Narang P, Suicide Among. Transgender and Gender-Nonconforming People. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2018 Jun 21;20(3).
8. Scheim AI, Bauer GR, Coleman TA. Sociodemographic Differences by Survey Mode in a Respondent-Driven Sampling Study of Transgender People in Ontario, Canada. *LGBT Health.* 2016 Oct;3(5):391-5
9. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.
10. Rosser B, Oakes J, Bockting W, Miner M. Capturing the social demographics of hidden sexual minorities: An Internet study of the transgender population in the United States. *Sexuality Research and Social Policy.* 2007; 4: 50–64.
11. Kuper LE, Nussbaum R, Mustanski B. Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research.* 2012; 49:244–254.

12. Mello L. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade [Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity]. *Sex Salud Soc.* 2011;9:7–28.
13. Cerqueira-Santos E, et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde [Gays, lesbians, bisexuals, transgenders perception's of the Brazilian Unified Health System]. *Interam J Psychol.* 2010;44(2):235–45.
14. Money J. *Gendermaps: Social constructionism, feminism, and sexosophical history.* New York, NY: Continuum. Money, J., & Ehrhardt, A. A. 1972. *Man and woman, boy and girl.* 1995.
15. *The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
16. Blackless M, Charuvastra A, Derryck A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology.* 2000;12:151–166.
17. Hansbury G. The middle men: An introduction to the transmasculine identities. *Studies in Gender and Sexuality.* 2005; 6: 241–264.
18. Bao A-M, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol* 2011; 32: 214–26.
19. Bullough VL. Transsexualism in history. *Arch Sex Behav.* 1975; 4(5):561–571.
20. Rosenthal SM. Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(12): 4379–4389.
21. Benjamin H. The transsexual phenomenon. *Trans N Y Acad Sci.* 1967;29(4):428–4305.
22. Meyerowitz J. *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
24. Association A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)* Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.
25. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(6):568–577.

26. Haynes S. The World Health Organization will stop classifying transgender people as having a “mental disorder.” *Time*. May 28, 2019 (<http://time.com/5596845/world-health-organization-transgender-identity/>).
27. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):499–513.
28. Walter Liszewski, Persons of Nonbinary Gender — Awareness, Visibility, and Health Disparities *n engl j med* 379;25 nejm.org December 20, 2018
29. Bauer G, Hammond R. Toward a Broader Conceptualization of Trans Women’s Sexual Health. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2015. Forthcoming.
30. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Standards of care of gender identity disorders 6th version. Available at: <http://www.hbigda.org/soc.html>. Accessed on: Nov 17.
31. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual person: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(9): 3132-54.
32. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th ed. Minneapolis, MN:World Professional Association for Transgender Health; July 2011. <http://www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf>. Accessed January 10, 2013.
33. Spack NP. Management of Transgenderism. *JAMA*, February 6, 2013; 309(5): 19.
34. Gooren L. Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res*. 2005;64(Suppl 2):31–36.
35. Costa EMF. Management of transexuals. *Management of transexuals. Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014;58/2.
36. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 2016;388(10042):390–400
37. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States? Los Angeles: the Williams Institute, June 2016n persons, identify as transgender. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>.
38. Council of Europe: Commissioner for Human Rights. Human Rights and Intersex People. Strasbourg: 2015.

39. Cahill S, Singal R, Grasson C, et al. Do ask, do tell: High levels of acceptability by patients of routine data collection of sexual orientation and gender identity data in hour diverse American community health centers PLoS One. 2014;9(9):e107104).
40. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2002;42(1):89–101.
41. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. 2011.
42. Nadal K, Davidoff K, Fujie-Doe W. Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *J Trauma Dissociation* 2015; 15: 169–83.
43. Poteat T, Wirtz A, Radix A, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet.* 2015.
44. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet.* 2016;388(10042):412-436.
45. Bockting WO, Coleman E. Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). Binghamton, NY: Haworth Press. 2007.
46. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies.* 2008;17: 211–224.
47. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, De Antonio IE, Guillamon A, Salamero M. Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery. *Qual Life Res.* 2014;23(2):669–76
48. Yang X, Zhao L, Wang L, Hao C, Gu Y, Song W, et al. Quality of life of transgender women from China and associated factors: a cross-sectional study. *J Sex Med.* 2016;13(6):977–87.
49. WPATH's - World Professional Association for Transgender, Health. Statement on legal recognition of gender identity. 2015. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Statement%20on%20Legal%20Recognition%20of%20Gender%20Identity%201-19-15.pdf (accessed March 15, 2015).
50. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health.* 2013; 103: 943–51.

51. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex*. 2002;42(1):89–101.
52. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2010; 47: 12–23.
53. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons. *J Homosex* 2006; 51: 53–69.
54. Transgender Europe. IDAHOT 2016: Trans Murder Monitoring update. 2016. <http://transrespect.org/en/idahot-2016-tmm-update> (accessed May 24, 2016).
55. Verschoor AM, Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav*. 1988;17(2):173–178.
56. Wallien MSC, Veenstra R, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Peer group status of gender dysphoric children: a sociometric study. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):553–560.
57. Kristen Clements-Nolle, MPH, Rani Marx, PhD, MPH, Robert Guzman, BA, and Mitchell Katz, MD. HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention. *Am J Public Health*. 2001;91:915–921.
58. Brown GR. Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*. 2009;11(2):133–139.
59. Sineath RC, Woodyatt C, Sanchez T, et al. Determinants of and barriers to hormonal and surgical treatment receipt among transgender people. *Transgend Health* 2016;1:129-36.
60. Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016;23:168-71.
61. Clements-Nolle K, Wilkinson W, Kitano K, Marx R. HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. In: Bockting W, Kirk S, eds. *Transgender and HIV: Risks, Prevention, and Care*. Binghamton, NY: The Haworth Press Inc; 2001.
62. Guaranha C. O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde [The challenge of equity and integrality: travestilities and transexualities in Brazilian Unified Health System] [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
63. Rocha K, Barbosa L, Barboza Z, et al. Attitudes and perceptions of the Brazilian public health system by transgender individuals. *Forum Qual Soc Res*. 2009;10(2):1–21.

64. Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons. *Ann Intern Med.* 2018;169:205-13.
65. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation.* 2019;139:1461-2.
66. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:3467-73.
67. Cohen-Kettenis PT, Hembree WC, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3869-903.
68. Costa A, Fontanari A, Jacinto M, et al. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from southern Brazil. *Arch Sex Behav.* 2014;44(2):521–4.
69. Kristen Clements-Nolle, Rani Marx, Robert Guzman, Mitchell Katz. HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention. *Am J Public Health.* 2001;91:915–921.
70. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson T, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors in transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1–17.
71. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public Health.* 2010;100(12):2426–2432.
72. Hyde Z, Doherty M, Tilley PJM, McCaul KA, Rooney R, Jancey J. The First Australian National Trans Mental Health Study: summary of results. Perth: School of Public Health, Curtin University, 2014.
73. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies.* 2008;17:211–224.
74. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2012;43(5): 460–467.
75. Larry Nuttbrock, Walter Bockting, Andrew Rosenblum, Sel Hwahng, Mona Mason, BA, Monica Macri, Jeffrey Becker. Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study. *Am J Public Health.* 2013 February; 103(2): 300–307

76. Verschoor AM, Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav.* 1988;17(2):173–178.
77. Wallien MSC, Veenstra R, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Peer group status of gender dysphoric children: a sociometric study. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):553–560.
78. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):38–56.
79. Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol.* 1985;36:531–572.
80. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:24-38.
81. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, & Montori VM. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology.* 2010;72(2), 214–231.
82. Keo-Meier C, Herman LI, Reisner SL, Pardo ST, Sharp C, & Babcock JC. Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2015; 83(1), 143–156.
83. Wilson EC, Chen Y, Arayasirikul S, Raymond HF, & McFarland W. The impact of discrimination on the mental health of trans female youth and the protective effect of parental support. *AIDS and Behavior.* 2016;20(10), 2203–2211.
84. Bauer GR, Pyne J, Francino MC, Hammond R. La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario: Implications en travail social et en justice sociale [Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice]. *Service Social.* (2013; 59: 35–62.
85. Diário Oficial Nº 160, de 20 de agosto de 2008, Seção 1, p. 68.
86. Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Reply to: Zucker et al., “comment on chen, fuqua, and eugster’s (2016) ‘characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period’”. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine.* 2016; 58(6): 694.
87. Bradford J, et al. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the virginia transgender health initiative study. *Am J Public Health.* 2013;103(10):1820–9.
88. Costa A, et al. Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *Int J Psychol.* 2013;48(5):900–9.

89. Frank, Ove, and Tom Snijders 1994 “Estimating the size of hidden populations using snowball sampling.” *Journal of Official Statistics* 10:53–67.
90. G. Bauer et al., Who are Trans People in Ontario? *Trans PULSE e-Bulletin*, 20 July, 2010, 1(1), online: *Trans PULSE* www.transpulseproject.ca.
91. Reisner SL, Biello K, Rosenberger JG, et al. Using a two-step method to measure transgender identity in Latin America/the Caribbean, Portugal, and Spain. *Arch Sex Behav*. November 2014;43(8):1503–1514.
92. Tate CC, Ledbetter JN, Youssef CP. A two-question method for assessing gender categories in the social and medical sciences. *Journal of Sex Research*. 2013;50: 767–776.
93. Rosser B, Oakes J, Bockting W, Miner M. Capturing the social demographics of hidden sexual minorities: An Internet study of the transgender population in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*. 2007; 4, 50–64.
94. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.
95. Costa AB, da Rosa Filho HT, Pase PF, *et al.* Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigrant Minority Health* 2016;20(1), 115–123.
96. De Santis JP, Cintulova M, Provencio-Vasquez E, Rodriguez AE, Cicero EC. Transgender women’s satisfaction with healthcare services: A mixed-methods pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020.
97. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health*. 2012 Jan;102(1):118-22.
98. Murad M, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214–31.
99. http://www.anoreg.org.br/site/2018/06/29/provimento-no-73-do-cnj-regulamenta-a-alteracao-de-nome-e-sexo-no-registro-civil-2/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm.
100. Xavier JM, Simmons R. The Washington Transgender Needs Assessment Survey.2000.Available:at:<http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>. Accessed February 27, 2007.
101. Nelson F. Sanchez, John P. Sanchez, Ann Danoff. Health care utilization,barriers to care, and hormone usage among male-to-female

- transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 2009 Apr; 99(4), 713–719.
102. Kailas M, Lu HMS, Rothman EF, Safer JD. Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocr Pract* 2017;23:780-6.
 103. Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*. 2006;15:1447–1457.
 104. Schilt K, Waszkiewicz E. I feel so much more in my body: Challenging the significance of the penis in transsexual men's bodies. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Montreal, Quebec, Canada. (2006, August).
 105. Ayden I, Scheim, Greta R. Bauer. Sex and Gender Diversity Among Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey, *The Journal of Sex Research*. 2015; 52(1):1-14.
 106. Chinazzo IR, Lobato MIR, Nardi HC, Koller SH, Saadeh A, Costa AB. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2020/Jan).
 107. Colton Meier SL, Fitzgerald KM, Babcock J, Pardo ST. The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2011;15(3): 281–299.
 108. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model. *Prof Psychol Res Pr* 2012; 43(5):460-467.
 109. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 2015; 70(9):832-64.
 110. Socías M, et al. Factors Associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Inter J Equity Health*. 2014;13(1):81.
 111. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. [Transsexuality and public health in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1141–9.
 112. Bauer G, et al. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):713–20.

APÊNDICE

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: ASPECTOS MÉDICOS E SOCIAS DA TRANSIÇÃO DE TRANSGÊNEROS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DESTES

Pesquisadora responsável: PROF. DRA.MÁRCIA SAMPAIO DE CARVALHO CUNHA

Telefone da pesquisadora responsável para contato: (71) 99145-8611

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você entenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem **nenhuma penalidade** e sem perder os benefícios que tem direito. Este Termo de Consentimento terá duas vias com as mesmas informações, uma vai ficar com você e outra com a Pesquisadora Responsável. Esse estudo vai ser feito com o objetivo de levantar dados sócio-demográficos da população de Transgêneros do Estado da Bahia e dados sobre a transição social e médica da mesma.. Sua participação nesta pesquisa será apenas com o preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas feitas nele. O questionário contém perguntas quanto ao sexo designado ao nascimento, idade, escolaridade, profissão, renda pessoal ou familiar, além de perguntas quanto ao processo de transição tanto social ,quanto médica (hormonal) .

Os benefícios estão relacionados a identificação de dificuldades de acesso a transição social e e à assistência a saúde da população de Transgênero, podendo fornecer dados para implementação de políticas públicas mais adequadas . O participante será exposto a pequenos riscos, já que a pesquisa se baseia em resposta a um questionário sem identificação, não havendo possibilidade de identificação do entrevistado. Outros possíveis riscos podem estar relacionados com

o questionamento sobre temas delicados ao paciente, porém, o questionário será feita com todo o cuidado para proteger a intimidade de cada um. As informações obtidas serão utilizadas apenas para a pesquisa descrita acima. Os pesquisadores se comprometem a utilizar as informações obtidas apenas para fins de estudo e sua divulgação será apenas em eventos científicos. Você não receberá nenhuma vantagem para participar desta pesquisa e não terá nenhuma despesa. Em caso de danos provocados pela pesquisa, os pesquisadores se responsabilizarão pela indenização. A participação neste estudo é totalmente voluntária e somente será feita se você consentir Em responder ao questionário. Responder ao questionário on line significa que você concorda e aceita participar dessa pesquisa.

Caso tenha dúvidas, os responsáveis pelo estudo nessa instituição são: Dra. Márcia Sampaio (Pesquisadora Responsável) que poderá ser contatado pelo e-mail msampaio.endo@gmail.com e tel. (71) 99145-8611. O Comitê de Ética em Pesquisa das Obras Sociais de Irmã Dulce , responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos da pesquisa, está localizado na Av.Dendezeiros do Bonfim número 02 , Roma, Salvador, Bahia, Brasil; CEP: 40415006 com o telefone (71) 3313-5852 ou e-mail .

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DOS ASPECTOS SOCIAIS E MÉDICOS DA TRANSIÇÃO DE TRANSGÊNEROS

Esse questionário foi elaborado com o objetivo de identificar aspectos sociais e médicos relacionados ao processo de transição da população de pessoas trans do Estado da Bahia e de identificar possíveis dificuldades na assistência específica à saúde. Sua contribuição será muito importante e poderá influenciar em possíveis mudanças nas políticas públicas específicas para a população de pessoas Trans no nosso estado.

Pesquisa vinculada ao Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP

Responder ao questionário significa que você concorda em participar dessa pesquisa aprovada pelas regras do Conselho Nacional de Pesquisa/Brasil.

Eu aceito participar da pesquisa Eu não aceito participar da pesquisa

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DOS ASPECTOS SOCIAIS E MÉDICOS DA TRANSIÇÃO DE TRANSGÊNEROS

INFORMAÇÕES SOBRE O(A) SUJEITO:

1) Qual a sua idade ? _____ anos.

2) Escolaridade :

3) Fundamental Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo

4) Empregabilidade:

Empregada(o) formalmente Empregada(o) Informalmente Desempregada(o) Estudante Autônoma(o)

5) Renda

De 0 a meio salário mínimo De meio a 01 salário mínimo
 De 01 a a 02 salários mínimos De 02 a 03 salários mínimos
 Mais de 03 salários mínimos

6) Você se identifica étnico/racialmente como :

Preto(a) Pardo(a) Amarelo(a) Indígena Branco(a)

7) Qual o seu estado de relacionamento afetivo atual?

Casada(o) União Estável Namorand Solteira(o)

INFORMAÇÃO SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO E ASPECTOS SOCIAIS E MÉDICOS DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

8) Quanto a sua identidade de gênero :

Qual o sexo que lhe foi designado ao nascimento ?

Feminino Masculino

Quais das alternativas melhor descreve a sua identidade de gênero?

- Mulher Trans (sexo designado como masculino, se identifica enquanto mulher)
- Homem Trans(sexo designado como feminino, se identifica enquanto homem)
- Travesti (sexo designado como masculino, se identifica enquanto travesti)
- Pessoa não Binária
- Outros (descreva): _____

9)Com quantos anos você compreendeu que não se identificava com o seu gênero designado (dado) ao nascimento ? 0 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 15 anos 15 a 20 anos 20 a 30 anos mais de 30 anos

10)Você já está vivenciando socialmente de acordo com o gênero com o qual se identifica?

- Sim , o tempo todo Sim, em tempo parcial Não

Se sim, com quantos anos você iniciou essa vivência ? _____anos

11)No seu dia a dia, você usa um nome ou pronome de acordo com a sua identidade de gênero?

- Sim , o tempo todo Sim, em tempo parcial Não

12)Você alterou seu nome e/ou gênero nos documentos oficiais?

- Sim Não

13) Você é percebida(o) como pessoa Trans por outras pessoas ?

- Sempre ou muito frequentemente Algumas vezes ou ocasionalmente Nunca ou muito raramente.

14) Ser percebido (a) como pessoa Trans, te causa algum desconforto ?

- Sim Não Não importa

15)Qual das opções abaixo se aplica a sua situação atual de uso de hormônios e/ou cirurgias/procedimentos ?

- Eu considero o meu processo de hormonização/ de intervenções cirúrgicas concluído
- Eu estou no processo de hormonização
- Eu estou programando esse processo, mas ainda não comecei.
- Eu não estou planejando fazer alguma mudança desse tipo.
- Eu não tenho certeza se farei.

16) Se você iniciou ou completou um processo de hormônização/intervenções cirúrgicas assinale a alternativa que caracteriza esse processo, no seu caso.

- Uso Hormônios - Idade que iniciou a hormonização: _____ anos
 Não faço uso de hormônios

17) Faz acompanhamento de um ou mais dos seguintes profissionais de saúde:

SE SIM, coloque no círculo o número 1 se em serviço público de saúde e número 2 se em serviço privado/conveniado de saúde.

- Endocrinologista Clínico Cirurgião Plástico
 Ginecologista Urologista Psicólogo Psiquiatra
 Assistente Social Fonoaudiologista

18) Assinale abaixo o procedimento ao qual você já se submeteu.

SE SIM, coloque no círculo o número 1 se em serviço público de saúde e número 2 se em serviço privado/conveniado de saúde.

- Mastectomia Implante de silicone em mamas Plástica Facial
 Remoção pelos Implante pelos Cirurgia corda vocal Cirurgia pomo de Adão
 Retirada Testículo Retirada Útero Retirada Ovários
 Vaginoplastia (cirurgia genital) Faloplastia (cirurgia genital) Nenhum

19) Se houve alguma assistência a sua saúde, na condição de pessoa Trans, relate se você teve uma percepção de discriminação ou preconceito.

- Sempre ou muito frequentemente Algumas vezes ou ocasionalmente
 Nunca ou muito raramente.

20) Você obteve o diagnóstico médico de algum desses problemas de saúde abaixo?

- Diabetes Obesidade Hipertensão Arterial
 Asma Isolamento social Sintomas Depressivos Ansiedade Síndrome do Pânico Distúrbio Bipolar Doença Sexualmente Transmissível Trombose Venosa