UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

	MA	\mathbf{RI}	\ R	ITA	\mathbf{L}	ER	R	I
--	----	---------------	-----	-----	--------------	----	---	---

Caracterização de pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero

RIBEIRÃO PRETO

MARIA RITA LERRI

	٠ ،	~ 1	• 4	4 1	1	TF 4	1	T 1 4.	1 1	1	α
•	Caracterizaç	90 d <i>e</i>	nacientes	nortadores	U P	I rangtarna	MΑ	Identia	1906	an.	(-enero
•	ar acterizaç	av u	pacientes	portauores	uc	1 I anstormo	uc	iuciiui	aauc	uc	Other 0

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ginecologia e Obstetrícia. Opção: Biologia da Reprodução

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia

Orientadora: Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

RIBEIRÃO PRETO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lerri, Maria Rita.

Caracterização de pacientes portadores de transtorno de identidade de gênero. Ribeirão Preto, 2015.

100 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Lara, Lúcia Alves da Silva.

1. Sexualidade. 2. Tratamentos farmacológicos. 3. Medicina sexual. 4. Transtorno de identidade de gênero. 5. Caracterização. 6. Transexualismo. 7. Disforia de gênero.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Maria Rita Lerri	
Título: Caracterização de pacientes	portadores de Transtorno de Identidade de Gênero.
	Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ginecologia e Obstetrícia.
Aprovado em://2015.	
	Banca Examinadora
Prof (a). Dr (a).	Instituição:
Julgamento:	Assinatura:
Prof (a). Dr (a).	Instituição:
Julgamento:	Assinatura:
Prof (a). Dr (a)	Instituição:
Julgamento:	Assinatura:

"Recomeça....
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.
E, nunca saciada,
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar..." (Miguel Torga)



DEDICATÓRIA

A vovó Idalina, parte essencial de mim! Sem a qual eu nada seria! Meu exemplo de mulher!

Mamãe...

... De todo o amor que eu tenho... Metade foi tu quem me deu! Salvando minha alma da vida... Sorrindo e fazendo o meu eu! Teu olho que brilha e não para... Tuas mãos de fazer tudo e até a vida que chamo de minha [...] Te carrego no colo e te dou minha mão... Minha vida depende só do teu encanto... (música Dona Cila, de Maria Gadu)

Papai...

Maior exemplo de caráter e gentileza! Agradeço por sempre respeitar minhas escolhas!

Carol, minha irmã!

Pedaço do meu coração que está a andar pelo mundo! Minhas melhores referências: lar, pão e chocolate com leite no final da tarde, música, poemas, carinho e união. Pela companhia de toda vida, pelo apoio infindável, pelo afeto que transborda... que possamos sempre dividir conquistas pela vida afora.

Ednei, grande amor, que tive a sorte de encontrar cedo em minha vida.

À minha orientadora, Lúcia Alves da Silva Lara. "Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes" (Isaac Newton)

À Deus...



AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora, Lúcia Alves da Silva Lara, que me guiou pela difícil tarefa de organizar os pensamentos e as palavras, me fazendo entender que fazer pesquisa, além de nos fazer crescer, também é compartilhar e destinar conhecimento ao outro. Mestre das delicadezas, do respeito e da simplicidade, atenta ao ensinar e aos afetos. Fui, sou e sempre serei muito grata pelo que fez por mim, por toda sua disponibilidade e desempenho em me ensinar a trilhar o caminho científico, mas principalmente a voar sozinha em busca de uma carreira acadêmica. Muito obrigada por tudo!

À Adriana Romão, co-orientadora, supervisora, amiga com quem tanto tenho aprendido! Obrigada por me ajudar a crescer!

À vovó Idalina, que desde cedo me mostrou, naquele chuvoso primeiro dia de aula, que aprender é prazeroso e libertador! Pelos momentos de leitura antes de dormir, pelo cuidado em todos esses anos, por ser sempre meu porto seguro. Sem você eu nunca teria chegado até aqui!

A minha amiga irmã Maria Fernanda Tiezzi. É por estarmos juntas, neste incrível caminho do conhecimento, que chegamos quase sempre no mesmo lugar. Que sigamos sempre juntas por muitas e muitas aventuras.



AGRADECIMENTOS

Às mulheres e homens transexuais que dividiram comigo suas ricas histórias.

Ao professor Dr. Alain Giami, pela honra de tê-lo em minha banca.

À Andréa Borsari, anjo bom em minha vida, que me mostrou um mundo de possibilidades, e que sem a qual nada disso seria possível e sem a qual eu não estaria tão feliz!

Às queridas amigas e companheiras de mestrado, Maria Fernanda, Heliana, Mariana, Priscilla e Maria Luiza (Malu), com quem eu aprendi e compartilhei as alegrias e as angústias deste processo enriquecedor que é o mestrado. Não fosse os papos, as risadas, o desespero do desconhecido, as comemorações das conquistas e tantas outras trocas, não teria sido tão divertido.

À Priscilla Salomão, amiga querida, que a vida me presenteou através do Mestrado, com quem espero sempre dividir as alegrias, angústias, tardes de muito estudo, pipoca e muitas risadas.

À Patrícia Lopes Salzedas, por confiar em mim e em meu trabalho e por me ensinar o lindo trabalho do psicólogo no hospital.

À Marta e Dinho, pessoas mais que especiais, que alimentaram meu corpo e minha alma durante todos esses anos de estudo.

Ao Dr. Daniel Guimarães Tiezzi (a quem, hoje, considero amigo), que me fez acreditar, no momento em que a vida me pregou uma peça, que tudo daria certo e que eu poderia muito mais que o Mestrado. Gratidão!

Aos professores Manoel Antônio dos Santos e Marcos Felipe Silva de Sá, que com olhares apurados e sensíveis puderam ler aquilo que eu ainda não conseguia ler.

À minha grande família Vista Alegrense. Para mim, "acolhimento" e "felicidade" nasceram na "Vila", na casa da vovó Idalina, e do titio Tico (*in memoriam*), pois ainda que estejamos distantes... não há laço mais forte e mais intenso do que ser Areias Alegres vistas do alto.

À Dona Maria Helena de Azevedo Barbirato, pelo financiamento generoso, cheio de amor e confiança em mim e na ciência!

Aos meus companheiros do "grupo das quartas-feiras", do querido AESH: Adriana Romão, Mariane Nunes de Nadai, Maria Fernanda Tiezzi, Lúcia Lara, Heliana Pandochi, Mariana Cecchi, Sílvio Franceschini e Thiago Apolinário, pelos momentos preciosos de diálogo sobre a arte de viver e ajudar o próximo.

Maria Eugênia, Renata, Rick (amigo irmão), Fernanda, Eloisa, Simone, Andréia, Ruth, Mariela e Paula, amigas nas horas de sonho, trabalho, medo, ousadia, dores, amores... e muita festa... amigos de longa data e amigos novos que fazem parte de mim... prazer em desfrutar a vida ao lado de vocês!

À CAPES pelo financiamento para a realização deste trabalho.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica da G.O. pela atenção com que sempre me trataram. Em especial a Suelen, pessoa querida, que com paciência, acolheu todas as minhas angústias!

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem" (Guimarães Rosa)



RESUMO

LERRI, Maria Rita. Caracterização de pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero. 2015. 100p. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O transtorno de identidade de gênero (TIG) caracteriza-se pela sensação de pertencer ao gênero oposto ao gênero atribuído no nascimento. O objetivo foi apresentar a caracterização social, afetiva e emocional de pacientes portadores de TIG, em acompanhamento no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Utilizou-se um questionário semiestruturado para acessar os aspectos sociodemográficos e os aspectos emocionais. O risco para ansiedade e depressão, foi acessado utilizando-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Estudo transversal, com amostra de conveniência, composta por portadores de TIG em seguimento no AESH, no período de março de 2013 a junho de 2014. Foram incluídos 44 transexuais, sendo 36 (82%) trans-mulher e 8 (18%) trans-homem, com idade média de 27,05±8,9 (18-59) anos sendo 30 (68%) brancos, 14 (32%) pardos/negros, 41 (93%) residem no nordeste do estado de São Paulo (SP), 2 (4,5%) no sudeste de SP e 1 (2,5%) no sudeste de Minas Gerais. Oito (18%) cursaram ensino fundamental, trinta (68%) o ensino médio, 6 (14%) ensino superior, 36 (82%) recebem de 1-5 salários/mês, 8 (18%) estão desempregados, 24 (55%) referem uso de substâncias (álcool, cocaína, maconha e cigarro), 39 (88,5%) se automedicavam com hormônios. A sexarca ocorreu entre 10-19 anos para 34 (77%) dos sujeitos, 25 (67%) tem um companheiro. Trinta e nove (88,5%) sujeitos sentem-se discriminados e todos referiram sentirem-se discriminados socialmente, 24 (61,5%) referem discriminação no trabalho, 14 (36%) sentem-se discriminados pela família, 7 (18%) nos estabelecimentos de saúde. Trinta e dois (72,5%) sujeitos relataram uma ou mais tentativas de suicídio. Os fatores motivadores verbalizados foram discriminação em 26 (81,5%), não aceitação familiar em 15 (47%) e não aceitação do próprio corpo em 21 (67%) sujeitos. A idade das tentativas foi de 10-19 anos em 18 (41%), e com mais de 19 em 14 (3%) da amostra. Quarenta e três (98%) referiram sintomas de ansiedade e 36 (82%) de depressão. A principal razão para a busca por tratamento foi a terapia hormonal. A regressão logística não evidenciou influência da idade na tentativa de suicídio. Os transexuais adolescentes e os adultos jovens tiveram, respectivamente, 5,28 e 3,81 vezes mais chances de tentar o suicídio em relação aqueles com idade maior de 30 anos, porém o resultado não foi significativo. Houve associação significativa entre a variável com quem mora e o escore de risco para depressão, sendo que, quem mora com parceiro tem uma frequência menor de depressão em relação às outras categorias (p=0,03). Da mesma forma, houve associação significativa entre o estado civil e o escore sugestivo de depressão sendo que, os casados têm menor frequência de risco para depressão em relação às outras categorias (p=0,03). Os portadores de TIG avaliados no presente estudo são, na maioria, mulheres transexuais, de classe média, empregados e possuem escolaridade média. Apresentam altos índices de ansiedade, depressão e tentativas de suicídio. Viver com um parceiro na condição de casado foi um fator de proteção contra a depressão, o que corrobora estudos anteriores que apontam a importância da relação afetiva como fonte de apoio emocional para a população transexual.

Palavras-chave: sexualidade, tratamentos farmacológicos, medicina sexual, transtorno de identidade de gênero, caracterização, transexualismo, disforia de gênero.



ABSTRACT

LERRI, Maria Rita. Characterization of patients with Gender Identity Disorder. 2015. 100p. Dissertation (Master) - Graduate Program in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

The gender identity disorder (TIG) is characterized by the feeling of belonging to the opposite sex to sex birth. The aim was to present the social characterization, affective and emotional patients with TIG followed at outpatient Studies in Human Sexuality (aesh), Faculty of Medicine of Ribeirão Preto/USP. We used a semi-structured questionnaire to access the sociodemographics aspects and emotional aspects. The risk for anxiety and depression, was accessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Cross-sectional study with a convenience sample, composed of TIG patients followed up at aesh, from March 2013 to June 2014, were included 44 transsexuals, 36 (82%) trans-woman and 8 (18%) trans-man, with a mean age of 27.05 ± 8.9 (18-59) years and 30 (68%) white, 14 (32%) mulatto/Black, 41 (93)% live in the northwest of São Paulo (SP), 2 (4.5%) in the southeast of SP and 1 (2.5%) in the southeastern Minas Gerais. Eight (18%) attended elementary school, 30 (68%) high school, 6 (14%) higher education, 36 (82%) receive wages from 1-5/month, 8 (18%) are unemployed, 24 (55%) reported substance use (alcohol, cocaine, marijuana and cigarettes), 39 (88.5%) self-medicate with hormones. The first sexual intercourse occurred between 10-19 years to 34 (77%) subjects, 25 (67%) have a companion. Thirty-nine (88.5%) subjects feel discriminated against and all said they felt discriminated against socially, 24 (61.5%) reported discrimination at work, 14 (36%) feel discriminated against by the family, 7 (18%) in health facilities. Thirty-two (72.5%) subjects reported one or more suicide attempts. The motivating factors verbalized were: discrimination 26 (81.5%), not family acceptance 15 (47%) and nonacceptance of one's body 21 (67%). The age of the attempts was 10 and 19 in 18 (41%) and more than 19 in 14(3%) of sample, 43 (98%) had symptoms of anxiety and 36 (82%) of depression. The principal reason for seeking treatment is hormonal therapy. Logistic regression showed no influence of age on suicide attempt. Transgender adolescents and young adults were, respectively, 5.28 times and 3.81 times more likely to attempt suicide compared with those older than 30 years, but the result was not significant. There was a significant association between the variable live with partner and the risk score for depression and, who lives with partner have a lower frequency of depression in relation to other categories (p=0.03). Similarly, there was a significant association between marital status and the evocative score of depression and, married has a lower rate of risk for depression in relation to other categories (p=0.03). Holders of TIG evaluated in this study are mostly transgender women, middle-class, are employed and have average education, however, have high rates of anxiety, depression and suicide attempts. Living with a partner in the married state was a protective factor against depression, which corroborates previous studies that show the importance of affective relationship as a source of emotional support for the transexual population.

Keywords: sexuality, drug treatments, sexual medicine, gender identity disorder, characterization, transsexualism, gender dysphoria.



LISTA DE TABELAS

Tabela 1	48
Tabela 2	49
Tabela 3	50
Tabela 4	51
Tabela 5	52
Tabela 6	52



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESH – Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana

CID - Classificação Internacional das Doenças

CFM - Conselho Federal de Medicina

DG - Disforia de Gênero

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FAK – Focal Adhesion Kinase

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HBIGDA - Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin

HCFMRPUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Da Universidade de São Paulo

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Papiloma Vírus Humano

IC – Intervalo de Confiança

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e travestis

MPA – Medroxiprotesterona

NVM - Núcleo Ventro-Medial

OMS - Organização Mundial da Saúde

PG2 – Prostaglandina

SAE – Secretaria de Assuntos Estratégicos

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIG – Transtorno de Identidade de Gênero

VS – Versus

WPATH – World Professional Association for Transgender Health



SUMÁRIO

1.	INTR	RODUÇÃO	26
	1.1.	Construção da identidade sexual: Algumas definições	28
	1.2.	Perspectivas históricas e o nascer do transexual	29
	1.3.	Prevalência	31
	1.4.	Etiologia	32
	1.5.	Aspectos biológicos da identidade de gênero	33
	1.6.	Perspectivas psicológicas e sociais da identidade de gênero	34
2.	JUST	TIFICATIVA	36
3.	OBJE	ETIVOS	38
	3.1.	Objetivo Geral	39
	3.2.	Objetivo específico	39
4.	CASI	UÍSTICA E MÉTODO	40
	4.1.	Delineamento do estudo	41
	4.2.	Local	41
	4.3.	Participantes	42
	4.4.	Critério de Inclusão	42
	4.5.	Critério de Exclusão	42
	4.6.	Aspectos éticos	42
	4.7.	Instrumentos	43
		4.7.1. Entrevista Semi-estruturada	43

	4.7.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão— HAD	44
	4.8. Procedimentos de coleta de dados	44
5.	ANÁLISE DE DADOS	45
6.	RESULTADOS	47
7.	DISCUSSÃO	53
8.	CONCLUSÃO	60
REFE	RÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊN	DICES	73
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-estruturado	76
ANEX	ZOS	78
	ANEXO A – Aceite do Comitê de Ética	79
	ANEXO B – Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão– HAD	80
ARTIO	GO	83

1. INTRODUÇÃO

"É na angústia que se anuncia o estado do qual se deseja sair, e é a angústia que proclama não bastar o desejo para que daí se saia" (Kierkegaard, n/d apud (Nery e João, 2011).

O transtorno de identidade de gênero (TIG) (transexualismo) caracteriza-se pela sensação de pertencer ao gênero oposto ao designado no nascimento. Engloba duas dimensões fundamentais: a forte e persistente identificação com o gênero oposto ao seu e o desconforto e inadequação no papel do sexo biológico; este sentimento parece ter início na infância, mas é na adolescência que se dará a confirmação da identidade de gênero (Lobato e Al., 2001). Esta condição caracteriza-se pela busca do indivíduo por medicamentos e cirurgias para a mudança do sexo de nascimento (Cohen-Kettenis e Gooren, 1999). Para o transexual, sua condição lhe parece incongruente, incompatível e seu corpo lhe causa estranheza. Os portadores de TIG vivem como indivíduos do gênero oposto e buscam, a todo custo, ver sua convicção realizada, solicitando, de um lado, a correção de sua aparência sexual por processos hormonais e cirúrgicos e, por outro, a retificação de sua documentação (Ajuriaguerra, 1977). Recentemente, o TIG foi revisto no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease (DSM-5) (Apa, 2014) e, na Classificação Internacional das Doenças (CID-11) passando a ser denominado Disforia de Gênero (DG). Entretanto, adotaremos no presente trabalho as expressões transtorno de identidade de gênero e transexualismo, de acordo com o referencial teórico da CID-10, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2002), porque, até o presente momento, a CID-10 é a referência adotada para elaboração dos laudos médico-cirúrgicos e para a alteração do registro civil no Brasil.

Este tema tem adquirido muita importância nos últimos anos, devido à regulamentação de alguns programas de assistência aos transexuais em serviços públicos de saúde, além de trazer à tona questões éticas e legais no que diz respeito ao direito da pessoa transexual realizar a cirurgia de redesignação sexual, e poder ter uma vida congruente entre corpo e seu gênero. No século XX o TIG passou a fazer parte do quadro das mudanças históricas, culturais, políticas e científicas da sexualidade. A sociedade tem passado por muitas transformações significativas no que se refere à sexualidade e ao gênero. Outras maneiras de viver o gênero têm surgido fora do referencial binário masculino e feminino (Pinto e Bruns, 2003).

No Brasil, este tema é pouco explorado e, para conhecer melhor o fenômeno do TIG, inicialmente apresentamos um pouco da construção da identidade sexual e a trajetória histórica do mesmo sob as perspectivas biológicas, psicológicas e sócio-culturais, desta condição.

1.1. A construção da identidade sexual: Algumas definições

Para a compreensão do TIG é necessário contextualizar e elucidar alguns termos como sexo, gênero, papel de gênero, identidade de gênero.

O sexo é o que a pessoa é, biologicamente, e compreende o sexo cromossômico, gonadal e genital. O sexo reporta às características anatômicas (presença do pênis, das mamas, partes do cérebro) e a fisiologia (esteróides sexuais) sendo essencialmente constante, evoluindo através dos períodos da vida (Money, 1994).

O gênero é o que a pessoa se torna socialmente, e é considerado mais como conceito social de como a masculinidade/feminilidade é vista dentro de uma sociedade, cultura e família. Gênero é o significado político e sociocultural que é historicamente atribuído a seu sexo e refere-se à construção social do papel da mulher e do homem (Pinto e Bruns, 2003). É formado por um conjunto de regras e comportamentos que resultam em identificações com o masculino e feminino (Musskoff, 2008). Assim, o gênero é mais fluido, pode ser mutável ao longo do tempo e circunstâncias (Pleak, 2011). Robert Stoller (1978), psicólogo norte-americano, estudou muitos casos de indivíduos transexuais e concluiu que seria mais provável mudar o sexo biológico de uma pessoa do que seu gênero. Para ele, o momento da passagem pelo complexo de Édipo e também pela aquisição da linguagem, seria um momento importante para a constituição do simbólico, já que seria até os três anos de idade que a criança aprenderia a ser menino ou menina (Szaniawski, 1999). É importante ressaltar que os conceitos de gênero são definidos a partir de trabalhos criticados pela metodologia adotada, sendo considerado, muitas vezes, inadequado e insuficientes para dar suporte às definições de gênero (Suzuki, 2004; Uzzell e Horne, 2006).

O papel de gênero é o estereótipo do que é masculino e feminino, não sendo biologicamente determinado; pode mudar histórica e culturalmente. Papel de gênero é a manifestação exterior da masculinidade e da feminilidade em comportamentos, falas, preferências por roupas, brinquedos e jogos, fantasias, escolha de pares, interesses, etc (Pleak, 2011).

A identidade de gênero é o sentimento ou convicção de masculinidade ou feminilidade (Money, 1994). Stoller (1973) salienta ainda que todo indivíduo é dotado de um núcleo de identidade de gênero, um conjunto de convicções pelas quais se considera o que é masculino ou feminino. Este núcleo se constrói na socialização do indivíduo, a partir do momento em que se designa o bebê como sendo menina ou menino. Isto acontece quando se confere um nome à criança e esta passa a ser tratada, então, como um menino ou uma menina. A partir deste momento, socialmente se espera que a criança apresente comportamentos condizentes a ele. A identidade de gênero é complexa porque refere-se ao senso de si mesmo, como sendo homem ou mulher (Stoller; 1973).

O Transtorno de identidade de gênero é uma condição complexa, cuja causa repousa em teorias de base genética e social e determinantes hormonais pré e pós-natais, que levam a pessoa a ter uma identidade de gênero discordante do sexo dos órgãos genitais externos (Money, 1994). No Brasil, o TIG compreende o transexualismo e os travestismos. As características marcantes do transexual estão na identidade de gênero oposta ao gênero designado no nascimento e o desejo de modificar seu corpo com hormônios e com cirurgia de redesignação sexual (*Sex Reassigment Surgery*) que compreende a construção da vagina para a transexual mulher e a mastectomia para o transexual homem. No Brasil, a faloplastia é considerada, ainda, cirurgia experimental, portanto, não é oferecida no SUS. O termo travesti é utilizado para aqueles que usam roupas femininas, desejam o tratamento hormonal para a mudança corporal para o fenótipo feminino, mas não desejam mudar a genitália (Koh, 2012).

O TIG pode ter implicações psíquicas resultantes da discordância entre o gênero atribuído e o gênero psicológico o que, frequentemente, gera para a pessoa, profundo conflito e sofrimento. Assim, o transexual evidencia uma profunda rejeição pelo seu sexo biológico, o que pode originar distúrbios de ajustamento emocional, afetivo e psicossocial, muitas vezes agravados pela obrigatoriedade de assumir um comportamento compatível com seu sexo biológico, pela pressão familiar e social. Habitualmente, os transexuais só irão explicitar sua verdadeira identidade de gênero mais tarde, na idade adulta (Saldanha e Olazáball, 1976)

1.2. Perspectivas históricas e o nascer do Transexual

O termo transexual apareceu na literatura, em 1923 (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999) e, só em 1949 foi associado à condição em que o indivíduo deseja a mudança do sexo e, por isso, considerado patológico, o que resultou na denominação de "psychophathia"

transsexualis" (psicopatia transexual). Essa terminologia foi aplicada e divulgada por Harry Benjamin (Vieira, 2004; Abdo, 2012). John Money, em 1955, nos Estados Unidos, trabalhou em suas primeiras teses sobre "gênero", defendendo a importância da cultura na definição da pessoa, em pertencer a um ou outro gênero, colocando em dúvida um possível determinismo biológico. O termo Síndrome da disforia de gênero foi utilizado para designar a presença de um transtorno de gênero até o ano de 1973, quando a psiquiatria adotou, então, oficialmente, o termo Transtorno de Identidade de Gênero. Em 1966, com a publicação do livro intitulado *The transexual phenomenon,* de autoria do médico Harry Benjamin, o transexualismo tornouse uma condição reconhecida (Abdo, 2012). Em seu livro Harry Benjamim registrou sua experiência com transexuais e muito contribuiu para a compreensão desse fenômeno (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). Em homenagem a sua grande contribuição para o tema, a organização internacional de profissionais, que cuida dos transexuais passou a chamar-se Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin - HBIGDA (Hbigda, 1990).

Em 2008, a HBIGDA mudou seu nome oficialmente para *World Professional Association for Transgender Health* (Wpath, 2012) composta por diversos profissionais da área da endocrinologia, psiquiatria, cirurgia, psicologia, direito, serviço social, sociologia, antropologia, fonoaudiologia e sexologia. A WPATH (2012) desenvolveu e publicou as primeiras diretrizes de Cuidados para Transtornos de Identidade de Gênero, em 1979, resultante do consenso sobre a gestão psiquiátrica, psicológica, médica e cirúrgica de transtornos de identidade de gênero. A última versão das diretrizes está disponível desde 2012 (Pleak, 2011). Na CID-10, o transexualismo tem o código F 64.0 com uma nota indicando tratar-se de "um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado" (OMS, 2002).

Alguns fatos históricos revelam que o transexualismo é uma condição vivenciada nos mais diversos segmentos da sociedade através de casos clássicos como o do Papa João VIII, que teria sido morto após dar à luz a uma menina. Embora fosse tido como homem e ter sido nomeado Papa, tratava-se de uma mulher; Abade de Choisy, desde a infância, usava roupas femininas e, aos 32 anos, afirmava sentir-se como uma verdadeira mulher. Outro exemplo é representado por Chevalier D'Eon de Beaumont, de cujo nome derivou o eonismo, que é o

sinônimo de travestismo; D'Eon era um autêntico erudito e exímio espadachim que preferia usar roupas de mulher no ano de 1770 (Verde e Graziottin, 1997; Vieira, 2004). Philo, filósofo de Alexandria, preocupava-se com enfeites e adornos, empregando vários recursos para mudar seu aspecto masculino (Vieira, 2004). Na era Renascentista a disforia passou a integrar os distúrbios mentais, no século XX, passou a ser tratado em um contexto científico (Pinto e Bruns, 2003); e, com o advento do cristianismo, a vivência sexual vista fora da norma passou a ser punida pelos inquisidores, ou tratadas pelos exorcistas (Vieira, 2004). Henrique III da França, queria ser considerado mulher e compareceu em uma reunião política vestido como tal, com um longo colar de pérolas e um vestido, o que indica ser ele um transexual; do século XVI ao século XVIII, diversos franceses famosos, exibiam características transexuais (Pinto e Bruns, 2003).

Somente a partir do Séc. XIX, os estados disfóricos psicossexuais deixam de ser encarados como uma possessão do diabo, vício, transgressão moral e religiosa e passam a ser considerados como "doença" ou simplesmente como "desvios da normalidade". Desse modo, procurou-se associá-los a uma etiologia, entrando no campo da medicina, começando, assim, a história de sua apropriação médica, há cerca de cinquenta anos (Vieira, 2004).

A primeira cirurgia divulgada foi realizada por Christian Hamburger, em 1952, na Dinamarca, em um ex-soldado norte-americano, chamado George Jorgensen que, depois da adequação, passou a ser chamada de Christine. Depois disto, muitas pessoas transexuais também realizaram a cirurgia. Ayrton Galliacci (Jacqueline), brasileiro, 36 anos, em 1969, foi o primeiro transexual latino-americano a realizar a cirurgia de adequação sexual, no Marrocos. Waldyr (que adotou o nome Waldirene), foi a primeira transexual a realizar a cirurgia no Brasil, em 1971 (Pinto e Bruns, 2003).

1.3. Prevalência

A prevalência de transexuais ainda é imprecisa, mas, dados epidemiológicos indicam uma prevalência de 1 em 11.900 homens e 1 em 30.400 mulheres (Meyer, 2004; Selvaggi e Bellringer, 2011). Os primeiros estudos na década de 1960 mostram taxas de prevalência de 1/100 mil homens e de 1/400 mil mulheres (Sørensen e Hertoft, 1980). Estudos europeus (Hoenig e Kenna, 1973; Ross *et al.*, 1981; Tsoi, 1988; Gómez-Gil *et al.*, 2012) trazem também a prevalência da razão de sexo, que é de 2 a 3 vezes maior para o transexual feminino. Na maioria dos países europeus, a incidência tem sido estimada entre 0,14 e 0,26 para cada 100.000 habitantes, embora atinja valores de 0,58, na Austrália e 1,58 em Singapura

(Eklund, 1998; Bancroft, 1989). O número de transexuais registrados desde 1996 que vivia na Catalunha foi de 161 (113 transexuais femininos e 48 transexuais masculinos). Com base nesses dados, a prevalência do transexualismo nesta população foi de 1/21.031 homens e 1/48.096 mulheres com uma razão sexual de prevalência de 2,6 para transexual feminino (Gómez-Gil *et al.*, 2012). Os dados de prevalência para a província de Barcelona foram de 1/18.152 homens e 1/39.473 mulheres (Gómez-Gil *et al.*, 2012). Em um estudo realizado no Irã (Ahmadzad-Asll e Al., jan. 2011), com 281 indivíduos transexuais, a prevalência de transexuais femininos (homem para mulher) foi calculada em uma relação de 1:145.000 e de mulher para homem em uma frequência de 1:136.000, e a razão sexual de transexuais femininos para masculinos foi 0.96:1. A maioria dos indivíduos (81,5%) relataram primeiros sinais de transexualíssimo na infância e 9,6% apresentaram características transexuais entre 14 a 18 anos de idade. A discrepância observada entre as estimativas pode originar-se de alguns fatores como as características transculturais, problemas diagnósticos e, também, da escassez de serviços especializados (Lobato *et al.*, 2009).

O número de transexuais operados em terapia hormonal chega aos 50.000 nos Estados Unidos. Apesar de no Brasil não haver estatísticas oficiais, avalia-se que já tenham sido realizadas mais de 430 cirurgias (Vieira, 2004).

1.4. Etiologia

O TIG é um fenômeno complexo e várias pesquisas têm sido desenvolvidas na tentativa de esclarecer e entender a etiologia desta condição. Essas pesquisas vão desde uma abordagem totalmente biológica, até uma abordagem essencialmente, psicológica (Lobato *et al.*, 2009). Entretanto, a etiologia é até hoje desconhecida, embora algumas teorias explorem possíveis causas hormonais, genéticas, psicogênicas, neuroendócrinas e sociodinâmicas na tentativa de explicar a origem desse fenômeno.

As teorias hormonais consideram que a organização do cérebro depende dos esteróides sexuais. A testosterona tem uma ação pré-natal crucial para a masculinização do cérebro, determinando o comportamento sexual masculino. O polimorfismo dos receptores androgênicos ou a insensibilidade desses receptores aos androgênios responderia pelo insucesso do efeito masculinizante da testosterona. A hipótese neuroendócrina se originam de algumas alterações encontradas, durante o desenvolvimento embrionário, nas estruturas dos centros de identidade sexual, no hipotálamo (Knezevich, Viereck e Drincic, 2012). Parece que

a concentração de testosterona no sangue e líquido amniótico de mães com crianças masculinas tem correlação com a identidade de gênero da criança (Auyeung *et al.*, 2009), parecendo não ser importante o estímulo que recebem para hábitos condizentes com o seu sexo de nascimento. As preferências de meninas com hiperplasia adrenal congênita por brinquedos masculinos permanece, mesmo quando são estimuladas a utilizarem brinquedos femininos (Nordenstrom *et al.*, 2002; Pasterski *et al.*, 2005).

Quanto ao processo genético, um estudo avaliou transexuais femininos e evidenciou o cariótipo 46 XY em 97,96% da amostra, e não evidenciou nenhuma aberração cromossômica específica associada com o transexualismo feminino (Fernandez *et al.*, 2014). A prevalência de aneuploidia na amostra foi de 2,04%, ligeiramente maior do que na população geral. Análises moleculares mostraram não haver diferença significativa na distribuição de alelos ou genótipos dos genes analisados. Não se observou alterações morfológicas nos receptores hormonais (estrogênicos e androgênicos) nos transexuais femininos (Fernandez *et al.*, 2014).

A visão psicanalítica reporta à regressão evolutiva do desenvolvimento da libido a níveis pré-edipianos devido à identificação com a figura materna superprotetora, na presença da imagem paterna neutra ou ausente em homens, ou a identificação com a imagem paterna (pais alcoolistas, machistas e violentos) em mulheres (Green, 2010).

No que se refere à teoria sociodinâmica, há evidências de que o desenvolvimento do transexualismo seria influenciado pelos pais se, no aprendizado social, ocorrer um comportamento de inversão de gênero, ou seja, a identidade sexual segue um caminho oposto do seu sexo biológico, que seria reforçado pelos pais (Abdo, 2012).

1.5. Aspectos biológicos da identidade de gênero

A masculinização do cérebro ocorre entre a 6ª e 8ª semanas da gestação através da conversão da testosterona em dihidrotestosterona, a qual atua no sentido de organizar as conexões cerebrais e uma grande variedade de comportamentos masculinos que diferenciam os dois sexos (Auyeung *et al.*, 2009). O processo de feminilização do cérebro feminino é ainda pouco conhecido mas sabe-se que algumas enzimas, como a *focal adhesion kinase* (FAK) (Chen e Fu, 2009) estão envolvidos nesse processo. O núcleo ventro-medial do hipotálamo controla o comportamento sexual feminino (Mathews e Edwards, 1977) e é menor nos homens, pois o estradiol promove uma redução do número de células nervosas nessa área (Mccarthy, Wright e Schwarz, 2009).

Há indícios de que, quando a gestante é exposta a substâncias antiandrogênicas, seus futuros filhos masculinos poderão ter preferências mais femininas (Money *et al.*, 1967; Ehrhardt, Grisanti e Meyer-Bahlburg, 1977), e esse tipo de comportamento fala a favor de possível origem biológica do TIG (Coll-Planas, 2010).

Algumas modificações anatômicas são encontradas em regiões específicas do cérebro de transexuais; o bed nucleus da estria terminal encontra-se aumentado em transexuais (Zhou et al., 1995), mas, essa diferença só aparece após a puberdade (Chung, De Vries e Swaab, 2002). Há indícios de que a microestrutura da substância branca de transexuais femininos está a meio caminho entre o padrão masculino e do feminino, o que sugere que o processo de masculinização no desenvolvimento do cérebro foi incompleto (Rametti et al., 2011). Assim, é possível que anomalias funcionais ou morfológicas possam coexistir, com a ação inadequada dos androgênios nos cérebro levando a uma dissociação entre o sexo psicológico, gonadal, hormonal e fenotípico no TIG. Algumas estruturas cerebrais como o bed stria terminalis que é relacionado com o comportamento sexual é mais volumoso em homens (Zhou et al., 1995) mas, em transexuais femininos esse volume é semelhante ao de mulheres, o que sugere que a identidade de gênero é o resultado de uma interação entre o cérebro ainda em desenvolvimento e os hormônios sexuais (Zhou et al., 1995). Como essas hipóteses se originam de experimentos com animais ou não apresentam marcadores biológicos confiáveis, mais estudos seriam necessários, requerendo esclarecimentos a respeito dos mecanismos causais da diferenciação sexual do núcleo hipotalâmico, dos fatores pré-natais e pós-natais nesse processo, e suas consequências funcionais precisas.

1.6. Perspectivas psicológicas e sociais da identidade de gênero

A partir do momento em que a criança reconhece-se como um ser masculino ou feminino, ela passa a imitar as pessoas que são do gênero que ela se reconhece (Bussey e Bandura, 1999; Martin, Ruble e Szkrybalo, 2002). Habitualmente, na infância, crianças do sexo masculino e feminino têm preferências condizentes com seu sexo biológico no que diz respeito as brincadeiras e atividades em grupo (Hines, 2010). Entretanto, isto não significa que assumir atitudes e brincadeiras do sexo oposto vá significar traços de transexualismo, mas a expressão da identidade dos transexuais está centrada na forma de vestir e no discurso gestual e verbal que exercem um papel importante na caracterização da sua identidade de gênero (Maingueneau, 2008).

Stoller e Blanchard e outros autores (Lobato et Al., 2001), buscam, do ponto de vista psicossocial, fatores que possam ser determinantes na origem transgeracional do transexualismo. Seus estudos apontam para presença de estados psicopatológicos em mães de crianças que apresentam transtorno de identidade de gênero, mas, o modo como os fatores psicossociais operariam no início do TIG ainda é impreciso (Lobato e Al., 2001). De acordo com Person e Ovesey (1993), a superfície comportamental da feminilidade infantil, seja a criança do sexo masculino ou feminino, não é evidente antes do primeiro ano de idade. Os indicadores de gênero só aparecem após o primeiro ano de idade, não havendo evidência para a presença deste estado em meninos e meninas. Pessoas com transtorno de identidade de gênero (TIG) muitas vezes sofrem de comorbidades psiquiátricas, e isso é um importante fator prognóstico para o ajustamento psicossocial de longo prazo. No entanto, pesquisas anteriores não abordam os fatores de risco para essas comorbidades (Terada *et al.*, 2012).

No que se refere à teoria psicanalítica, poucos autores exploram a etiologia do transexualismo.

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil e em todo o mundo, há evidente necessidade de ampliar o conhecimento sobre o Transtorno de Identidade de Gênero, a fim de nortear os profissionais de saúde a uma melhor assistência a esta população no que se refere ao momento ideal para o iniciar a terapia hormonal, e realizar o suporte psicológico para o enfrentamento diante das dificuldades familiares e sociais enfrentadas pelo transexual. A caracterização dos portadores de TIG visa aumentar o conhecimento sobre o tema, sensibilizando a equipe de saúde a um melhor cuidado aos transexuais, contribuindo para o planejamento das políticas públicas a essa população.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1.Geral

Caracterizar os portadores de transtorno de identidade de gênero atendidos no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do HCFMRP-USP quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos.

3.2. Específico

Avaliar a condição emocional desta população.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Estudo transversal, com amostra de conveniência não probabilística, composta por transexuais em seguimento no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP (AESH-HCFMRP-USP) no período de março de 2013 a junho de 2014.

4.2. Local

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH-HCFMRP-USP)*, em sala reservada para o atendimento psicológico.

*A assistência aos transexuais no AESH-HCFMRP-USP teve início em dezembro de 2012 seguindo um protocolo específico que consta de assistência clínica e psicológica. O serviço ainda não disponibiliza a cirurgia de redesignação sexual por limitações técnicas. A partir do início de 2013 o serviço foi formalizado e é composto por uma equipe que inclui ginecologistas, psiquiatra e psicólogos que atuam de forma interdisciplinar, no sentido de fornecer assistência psíquica e biológica (terapia hormonal) aos transexuais. Formalmente, este programa estabelece um protocolo de assistência a transexuais baseado nos critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). De acordo com este protocolo, o usuário, com demanda espontânea ou referenciado para o tratamento, passa, primeiramente, por uma avaliação clinica com um médico residente de Ginecologia e Obstetrícia e, em seguida, pela avaliação psicológica e psiquiátrica. Passada esta etapa de avaliação, o usuário passa a ser atendido pela psicologia e é periodicamente avaliado pelo médico residente de Ginecologia e Obstetrícia para avaliação clínica e laboratorial, e para avaliação/adequação da terapia hormonal. Após o período mínimo de dois anos avalia-se a possibilidade de realização da cirurgia de transgenitalização e os pacientes são encaminhados para o Hospital das Clinicas de São Paulo para a realização da mesma.

4.3. Participantes

Foram convidados a participar deste estudo os pacientes com TIG em seguimento no AESH (n=50), com idade entre 18 e 59 anos. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) constando os objetivos da pesquisa, sendo assegurados que a não participação na mesma não comprometeria seu acompanhamento no serviço.

Foi realizada uma avaliação dos aspectos sociais e clínicos dos sujeitos da pesquisa por meio de um questionário semi-estruturado, e todos os participantes responderam à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) em uma sala de atendimento no AESH, sendo estes aplicados pela mesma pesquisadora. A entrevista iniciou-se com a aplicação do questionário semi-estruturado, seguido dos instrumentos de avaliação e gravação de voz.

4.4. Critérios de Inclusão

Transexuais masculinos e/ou femininos com escolaridade mínima para a leitura do questionário HAD que aceitaram a gravação da entrevista.

4.5. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os sujeitos com indícios de deficiência mental/cognitiva observada pelo pesquisador ou anotado no prontuário médico e incapacidade para compreender os instrumentos e/ou respondê-los.

4.6. Aspectos éticos

Anteriormente à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no processo HCRP nº. 13120/2012 (Anexo A). Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os pacientes que necessitaram de atendimento psicológico foram encaminhadas ao Serviço de Psicologia Médica do HCFMRP-

USP. As atividades práticas deste projeto foram pautadas segundo as normas éticas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora esclarecia às participantes que sua identidade seria preservada e que todas as outras informações coletadas seriam mantidas em sigilo e seriam utilizadas apenas para fins científicos, enfatizando que as pacientes poderiam, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. A participação no estudo só foi válida por meio da assinatura do TCLE e as informações que se fizeram necessárias a respeito do projeto de pesquisa e seu objetivo foram oferecidas em linguagem acessível. Este documento assegura ao participante o total sigilo das informações oferecidas e seu completo anonimato, devendo ser assinado pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável em duas vias, uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Os dados foram coletados em dias em que os pacientes já teriam que comparecer ao hospital, evitando a duplicação de visitas à instituição somente para atender objetivos de pesquisa. O atendimento médico destes pacientes seguiu seu fluxo normal no AESH.

4.7. Instrumentos

A avaliação do humor foi realizada através do HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) (Anexo B). Adicionalmente foi aplicada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B) com questões referentes aos aspectos demográficos, socioeconômicos e vivência com o transtorno.

4.7.1. Entrevista semi-estruturada

Esta entrevista constou de perguntas para coletar dados sócio-demográficos (escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional), hábitos de vida (tabagismo, apoio familiar, alcoolismo, drogadição), informações sobre o relacionamento conjugal e sobre o quadro clínico (motivos do encaminhamento, medicações em uso e conhecimento sobre sua condição), informações sobre a vivência social do transexual, tentativas de suicídio, antecedentes de tratamentos psicológicos e psiquiátricos. Após esses dados serem coletados foi feita uma pergunta disparadora para permitir ao sujeito

expor sua vivência da transexualidade: Como foi sua descoberta em relação ao transexualismo? (infância, adolescência, família) (Apêndice B).

4.7.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Foi utilizada a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD) (Anexo B). Esta escala é formada de 14 itens divididos em duas subescalas, cada uma delas consta de sete itens bem definidos para cada transtorno de humor, sendo que sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21. Para este estudo foi assumido o ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (Zigmond e Snaith, 1983).

4.8. Procedimentos de coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar deste estudo enquanto esperavam pelo atendimento médico na sala de espera AESH. O convite foi feito por uma psicóloga que lhes explicou, individualmente, a proposta de trabalho, as atividades a serem realizadas, os objetivos da participação como voluntário, informando sobre o sigilo e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, com a garantia de não terem prejuízo no tratamento. Os que aceitaram participar assinaram o TCLE e foram encaminhados a uma sala do ambulatório para responderem aos instrumentos e ao roteiro da entrevista, individualmente

A entrevista constou de perguntas para acessar dados clínicos e sócio-demográficos (idade, escolaridade, renda mensal, trabalho remunerado ou não, religião, estado civil, uso de medicação, tempo e tipo de relacionamento conjugal) (Apêndice B). Esse protocolo foi realizado mediante entrevista individual na qual o pesquisador gravava as respostas. Em seguida os sujeitos responderam individualmente, na mesma sala, aos instrumentos de avaliação psicológica. Os dados sobre o diagnóstico e tratamento foram colhidos dos prontuários médicos.

5. ANÁLISE DE DADOS

5. ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foi feita uma descrição das variáveis por meio de tabelas estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse, foi proposto o teste Exato de Fisher. Para estimar o Odds Ratio bruto e ajustado foi utilizado o método de regressão logística exata simples e múltipla, descrito por Cox (1970). A análise foi realizada com o auxílio do software SAS® 9.2. Para todas as comparações foram consideradas p<0,05. O instrumento de avaliação psicológica (HAD) foi avaliado de acordo com os critérios e recomendações definidos pelos seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira.

6. RESULTADOS

Para este estudo foram convidados 50 sujeitos atendidos no AESH. Seis foram excluídos; dois porque se recusaram a responder os questionários (por medo de algum tipo exposição), um porque apresentava sintomas neuropsíquicos que o impediam de responder aos questionários, e três porque perderam o seguimento no AESH, sendo impossível contatálos. Quarenta e quatro transexuais participaram e finalizaram o estudo, sendo 36 (82%) transexuais femininas e 8 (18%) transexuais masculinos com idade média de 27,05 \pm 8,9 (18-59) anos. Os dados antropométricos e sociais estão discriminados na Tabela 1 e os dados clínicos na Tabela 2.

Tabela 1: Características antropométricas e demográficas dos sujeitos (trans-mulher e trans-homem) (n=44)

Variáveis		Proporção [n(%)]
Idade (anos)	18 - 21	13 (29,5)
	22 - 30	21 (48)
	31 ou mais	10 (22,5)
Gênero	Trans-mulher	36 (82)
	Trans-homem	8 (18)
Cor	Branco	30 (68)
	Pardo/ Negro	14 (32)
Procedência (região)	Nordeste (SP)	41 (93)
	Sudeste (SP)	2 (4,5)
	Sudeste (MG)	1 (2,5)
Relacionamento	Namoro	13 (39,5)
	União estável	12 (27,5)
	Sem parceiro	19 (43)
Escolaridade	Ensino fundamental	8 (18)
	Ensino médio	30 (68)
	Ensino superior	6 (14)
Status Ocupacional	Está empregado	36 (82)
-	Não está empregado	8 (18)
Profissão	Desempregado	8 (18)
	Cabeleireiro	8 (18)
	Funcionário público	5 (11,5)
	Profissional do sexo	8 (18)
	Outros	15 (34,5)

Renda Mensal	Sem salário 1 a 3 salários 4 a 6 salários	8 (18) 25 (57) 11 (25)
Com quem mora	Companheiros Pais Sozinho Outros	12(27,5) 19 (43) 4 (9) 9 (20,5)
Moradia	Alugada Cedida Própria	14 (32) 4 (9) 26 (59)
Religião	Católica Outras Não possui	14 (32) 13 (32) 16 (36)

Renda do entrevistado; Valor de referência: salário mínimo (R\$ 724,00) - Lei nº 12.382 - Decreto nº 8.166 - de 24 de dezembro de 2013, SP = São Paulo; MG = Minas Gerais.

Tabela 2: Características clínicas dos sujeitos (trans-mulher e trans-homens) (n=44)

Variáveis		Proporção [n(%)]
Desejam cirurgia	(Neovaginoplastia)	34 (77)
	(Mastectomia)	7 (16)
Terapia hormonal previa ao tratamento no HC	Sim	39 (88,5)
	Não	5 (11,5)
Tipo de terapia hormonal previa	Anticoncepcionais	33 (75)
	Valerato de estradiol	1 (2)
	Testosterona	5 (11,5)
	Sem uso	5 (11,5)
DST (referido) e aferido no prontuário médico	Sífilis / HPV / Hepatite B	7 (16)
medico	HIV	1 (2)
Uso de outros medicamentos	Sim	7 (16)
	Anti-retroviral	1
	Antidepressivo	4
Hábitos	Cigarro	11 (25)
	Álcool	9 (20,5)
	Drogas ilícitas	4 (9)

Idade da Sexarca (anos)	Não teve < 10 10 a 19 20 a 25	1 (2) 5 (11) 34 (77) 4 (10)
Número de Parceiros	< 20 > 20	21 (47,5) 23 (52,5)
Sente-se discriminado?	Sim Socialmente Trabalho Família Hospital	39 (88,5) 39 (100) 24 (61,5) 14 (36) 7 (18)
Tentativa de suicídio	Sim Preconceito social Não aceitação da família Discriminação no trabalho Não aceitação do corpo	32 (72,5) 20 (62,5) 15 (47) 6 (19) 21 (67)
Idade da tentativa de suicídio (anos)	10 a 19 > 20 Não tentou	18 (41) 14 (32) 12 (27)
Tratamento Saúde Mental	Psiquiátrico Psicológico	6 (13,5) 10 (22,5)

DST: doença sexualmente transmissível, HPV: papiloma vírus humano

A análise do HAD evidenciou escores compatíveis com risco para depressão e ansiedade evidenciando alta prevalência de ansiedade e depressão nessa amostra. Dentre os que apresentaram risco para ansiedade, 36 (82%) apresentavam também risco para depressão. (Tabela 3).

Tabela 3- Avaliação do risco de ansiedade e depressão nos sujeitos (trans-mulher e trans-homem) (n=44).

Instrumento	Proporção [n(%)]			
HAD	Não Sim			
HAD – A	1 (2)	43 (98)		
HAD – D	8 (18)	36 (82)		

HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade, HAD – D: Escala Hospitalar de Depressão; Valor de corte: ansiedade: 8, depressão: 9

A regressão logística não evidenciou influência da idade na tentativa de suicídio, entretanto, os transexuais adolescentes (1) e os adultos jovens (2) tiveram, respectivamente, 5,28 vezes e 3,81 vezes mais chances de tentar o suicídio em relação aos transexuais com idade maior de 30 anos, porém o resultado não foi significativo (p=0,22, p=0,41, respectivamente), (Tabela 4).

Tabela 4: Regressão logística para estimar o risco para tentativa de suicídio dos sujeitos (trans-mulher e trans-homem) (n=44).

Regressão logística exata para estimar Odds Ratios para Tentativa de suicídio = "Sim"									
		Odds				Odds			
Variáve	eis	Ratio	IC 95%		Valor <i>p</i>	Ratio IC 95%		95%	Valor p
		Bruto				Ajustado			
Com guam	Outros vs sozinho	3,14	0,14	76,45	0,71	1,97	0,07	57,78	0,99
Com quem morava na época do suicídio	Pais vs sozinho	3,72	0,21	67,38	0,50	2,33	0,10	49,74	0,89
do suicidio	Parceiro vs sozinho	1,68	0,09	32,48	0,99	2,05	0,10	46,51	0,97
Idade da tentativa	1 vs 3	5,28	0,47	80,10	0,22	3,73	0,17	120,47	0,66
iuaue ua tentativa	2 vs 3	3,81	0,31	62,44	0,41	3,07	0,23	62,12	0,61

Vs: versus, IC: intervalo de confiança, *p*<0,05

Não houve associação entre as variáveis tentativa de suicídio, sentir-se discriminado, estado civil, renda mensal, idade e com quem mora e número de sujeitos com risco para ansiedade (p=0,27, p=0,99, p=0,27, p=0,25, p=0,23 e p=0,57, respectivamente). Não houve associação entre as variáveis tentativa de suicídio, sentir-se discriminado, renda mensal, idade e número de sujeitos com risco para depressão (p=0,18, p=0,99, p=0,29, p=0,99, respectivamente).

Observou-se uma associação significativa entre a variável com quem mora (outros, pais, parceiros e sozinho) e o escore de risco para depressão sendo que, quem mora com parceiro tem uma frequência menor de depressão em relação às outras categorias (p=0,03) (Tabela 5).

Tabela 5: Associação entre a variável "com quem mora" e risco para depressão dos sujeitos (trans-mulher e trans-homem) (N=44)

Com guam mara	Depressão		
Com quem mora	Não	Sim	Total
Outros	2 (22,22%)	7 (77,78%)	9
Pais	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19
Parceiro	5 (45,45%)	6 (54,55%)	11
Sozinho	0 (0%)	5 (100%)	5
Total	8	36	44
Valor p	0,03*		

Teste Exato de Fisher, p < 0.05

Da mesma forma, houve associação significativa entre o estado civil (casado, solteiro, namoro) e o escore sugestivo de depressão sendo que, os casados tem menor frequência de risco para depressão em relação às outras categorias (*p*=0,03), como se observa na tabela 6.

Tabela 6: Associação entre a variável "estado civil" e risco para depressão dos sujeitos (transmulher e trans-homem) (N=44)

Estada sivil		Depressão		
Estado civil	Não	Sim	Total	
Casado	5 (41,67%)	7 (58,33%)	12	
Namoro	2 (15,38%)	11 (84,62%)	13	
Solteiro	1 (5,26%)	18 (94,74%)	19	
Total	8	36	44	
Valor p	0,03*	_		

Teste Exato de Fisher, p < 0.05

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou caracterizar os pacientes portadores de transtorno de identidade de gênero, em uma população constituída, na maioria (82%) por trans-mulheres e 18% de trans-homens. Dados semelhantes foram evidenciados em um estudo realizado na Holanda na década de 90 (Van Kesteren, Gooren e Megens, 1996) e na França em 2011 (Giami e Beaubatie, 2014). Já um estudo realizado na Croácia evidenciou uma proporção de 3:2 trans-mulheres em relação ao trans-homem (Duisin, Nikolic-Balkoski e Batinic, 2009) e dados de pesquisa realizada na Sérvia mostram uma proporção perto de 1:1 (71 transmulheres e 76 trans-homens) na amostra avaliada (Vujovic et al., 2009). Essa aparente predominância de trans-mulheres pode refletir uma maior demanda dessa população, ou a dificuldade de acesso de muitos transexuais ao cuidado integral no sistema de saúde. De fato, em países em desenvolvimento, o cuidado a população de transexuais ainda é, relativamente, novo com poucos serviços disponíveis para esse tipo de atendimento. Especialmente no Brasil são conhecidos apenas quatro serviços públicos de saúde de referência para prestar cuidado integral a essa população, o que resulta em uma demanda reprimida traduzida em anos de espera na fila para conseguir a cirurgia de transgenitalização. Diferente desse cenário, estudos europeus indicam um aumento significativo no número de mulheres transexuais procurando tratamento a partir dos anos 80, possivelmente pela possibilidade de realização do tratamento integral para a mulher transexual (Duisin, Nikolic-Balkoski e Batinic, 2009; Vujovic et al., 2009).

Em relação à idade, 29,5% da nossa população de estudo tinha entre 18 e 21 anos, 48 % tinha entre 22 e 30 anos, e 22,5% tinha 31 anos ou mais. Quase um terço dos transexuais vivia com um companheiro, a maioria cursou o ensino médio e apenas 6% tem formação superior. Dados semelhantes foram encontrados por Gil et al. (2006), possivelmente devido às características similares dos centros de referência em que foram desenvolvidos os dois estudos. Nossos resultados são comparáveis a coorte de transexuais sérvios que evidenciou nível de instrução de ensino médio em 79% de trans-mulheres e 69% de trans-homens, e 8,0% de trans-mulheres, em comparação com 3,6% de trans-homens que tinham completado o ensino superior (Vujovic *et al.*, 2009).

Chama a atenção no presente estudo, que a maioria dos participantes está empregada sendo que menos de 1/5 são profissionais do sexo. Um estudo internacional evidenciou que os

transexuais manifestaram o desejo da atividade profissional se dar fora das ruas, já que, os transexuais tendem a ser rotulados como profissionais do sexo, como se esta fosse a única alternativa aceitável para esta população (Biblarz e Savci, 2010). Metade da população do presente estudo refere renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, um quarto recebe mais de 3 salários mínimos ao mês e, menos de um quarto, não tem salário. Essas cifras indicam que a maioria da população estudada encontra-se dentro dos padrões da classe média brasileira, definida pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República como sendo integrada pelos indivíduos que vivem em famílias com renda per capita entre R\$ 291 e R\$ 1.019, dividida em baixa classe média (renda familiar per capita entre R\$ 291 e R\$ 441), média classe média (R\$ 441 a R\$ 641) e a alta classe média (superior a R\$ 641 e inferior a R\$ 1.019) (BRASIL, 2012). Mas, é necessário analisar esse dado com cuidado, já que não foram empregados critérios objetivos para avaliar essa variável e a renda foi referida. Ademais, é conhecida a dificuldade que essa população enfrenta para inserir-se no mercado de trabalho formal devido a discriminação, além de estarem expostos a frequentes agressões de pessoas que desconhecem sua condição (Bento, 2006).

Dois terços da população do estudo tem religião, sendo esse um aspecto importante devido ao conhecido potencial protetor que a religiosidade exerce contra comportamentos de risco (uso de drogas, álcool, fumo, sexo desprotegido e múltiplos parceiros sexuais) de determinadas populações, especialmente nos adolescentes (Kabiru *et al.*, 2014). Paralelamente, o uso do álcool e do fumo foi reportado por cerca de um quarto dos transexuais. O consumo de álcool, drogas e tabagismo registrados no presente estudo é cerca de duas vezes menor dos encontrados na literatura (Newcomb, Heinz e Mustanski, 2012); (Ramirez-Valles *et al.*, 2008) que registra maior consumo de maconha, álcool e cocaína nessa população (Diaz et. al. 2005). Estudos evidenciam que a diversidade sexual está relacionada com maior uso dessas e outras substâncias danosas para a saúde (Newcomb, Heinz e Mustanski, 2012), associado a maior condição de estresse em que vive essa população. Ainda relacionado com o comportamento de risco, chama atenção a maior porcentagem de transexuais da nossa amostra que teve mais de 20 parceiros sexuais, o que pode predispor essa população ao maior risco de contrair DSTs/HIV (Spizzichino *et al.*, 2001; Giami e Le Bail, 2011).

A discriminação foi referida por 88,5% dos transexuais que se sentiram discriminados, por ordem decrescente de importância (resultados baseados no número de verbalizações), pela

sociedade, família, no trabalho e em instituição de saúde. Paralelamente, mais de 80% sofre de ansiedade e/ou depressão, 72% referiu tentativa de suicídio e alegaram como motivo mais importante, a discriminação. Além disso, são amplamente conhecidos os agravos sofridos pela população LGBT; 9 em cada 10 estudantes são vítimas de assédio na escola, aumento da incidência de vitimização, diminuição da autoestima, insegurança devido a expressão de gênero (Leibowitz e Spack, 2011). Com isso, cresce o risco de aumento da incidência de depressão e ansiedade o que poderia justificar os altos índices de tentativa de suicídio nessa população. Os transexuais adolescentes e os adultos jovens tiveram, respectivamente, 5,28 e 3,81 vezes mais chances de tentar o suicídio em relação aos transexuais maiores de 30 anos. Resultados semelhantes foram demonstrados em um estudo que também identificou altas taxas de tentativa de suicídio entre transexuais profissionais do sexo (Nemoto, Bodeker e Iwamoto, 2011). Há registros de que o índice de tentativas de suicídio entre adultos transexuais é mais de 20 vezes maior do que as taxas para a população em geral (Blosnich et al., 2013). Tanto a discriminação, como outros tipos de violência, é sofrida por transexuais mesmo em países desenvolvidos e está associada à depressão severa, uma condição que pode levar a pessoa a desejar a morte (Bazargan e Galvan, 2012) ou tentar o suicídio. Em um estudo realizado em diferentes países europeus entre janeiro de 2007 e outubro de 2010, 38% dos indivíduos com transtorno de identidade de gênero apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, uma proporção maior de problemas psiquiátricos em relação a população em geral (Heylens et al., 2014). É importante ressaltar que, no presente estudo, viver com um parceiro na condição de casado significou um fator de proteção contra a depressão, o que confirma a importância da relação afetiva no suporte emocional para essa população já demonstrada em outros estudos (Steiner e Bernstein, 1981; Kraemer et al., 2010).

No presente trabalho, 77% das mulheres transexuais desejam realizar neovaginoplastia e 16% dos homens transexuais desejam a mastectomia, 88,5% fazia uso de hormônios previamente ao tratamento no HC, utilizando anticoncepcionais a base de etinilestradiol. Embora o risco de morte seja 51% maior na população transexual em relação à população geral, a terapia hormonal de alta dose utilizada para modificar a silhueta corporal não constitui um fator isolado de maior risco de morte nessa população (Asscheman *et al.*, 2011). No entanto existe sim, um aumento do risco cardiovascular e de hiperprolactinemia relacionado com o uso de etinilestradiol, previamente prescrito na dose de 100µg/dia, que culminou com um risco 41 vezes maior de tromboembolismo venoso nos transexuais (Asscheman, Gooren e Eklund, 1989). Com base nesses achados os autores optaram pela utilização do estradiol em

substituição ao etinilestradiol. Em um estudo retrospectivo, mais recente, que avaliou o efeito adverso do tratamento hormonal em uma população de transexuais tratados por mais de 10 anos, não foi identificado aumento do risco cardiovascular ou de câncer hormônio dependente (Wierckx et al., 2012). Paralelamente, a modificação da silhueta corporal, que por si só, melhora a condição emocional dos transexuais (Leinung et al., 2013). A cirurgia de redesignação sexual é indiscutivelmente fundamental, para que a pessoa transexual se sinta plena. A qualidade da vida sexual dos transexuais melhora significativamente após o tratamento completo, especialmente após a cirurgia de redesignação sexual, devido à melhora da autoestima e ao aprimoramento na resposta sexual com maior expressão da sexualidade, maior número de orgasmo e maior empenho do transexual na busca pelo prazer sexual (De Cuypere et al., 2005). Esta discussão também foi feita em um estudo realizado com 118 transexuais antes de iniciar o tratamento, quando foi observado significativo sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão em uma porcentagem significativamente maior do que após 12 meses de tratamento (Colizzi, 2014). Além disso, aqueles que foram tratados relataram menos sofrimento psíquico, refletindo o efeito positivo do tratamento sobre a saúde mental dos transexuais. O alto índice de ansiedade e depressão pode também reduzir após o início do tratamento, com a perspectiva de realização da cirurgia. A redução acentuada na psicopatologia também foi evidenciada em transexuais após o início da terapia hormonal e aproximação da cirurgia (Heylens et al., 2014). No Brasil, a fila de espera para a realização da cirurgia de transgenitalização é de aproximadamente 10 anos.

A real condição de vida da população transexual ainda é pouco conhecida. O primeiro inquérito nacional americano, que gerou relatórios recentes e as iniciativas relativas às pessoas transexuais foi publicado em 2011. Esse relatório, conhecido como "Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey incluiu pessoas transexuais de vários estados em um total de 6.450 sujeitos. Os resultados foram alarmantes pelas altas taxas de tentativas de suicídio (41%), assédio sexual (78%), agressão física, (35%), e abandono escolar devido ao assédio (15%). Diante dessas condições adversas, o desemprego foi o dobro da taxa da população geral, resultando em um índice de pobreza quatro vezes maior que a média nacional. Desses, 47% foram demitidos ou não foram contratados devido à condição transexual, 50% foram perseguidos no trabalho, e 71% tentaram evitar a discriminação, ocultando seu gênero ou sua transição (Pleak, 2011).

A condição de vida da população transexual no Brasil ainda é desconhecida, mas é

reconhecida a necessidade de tratamento médico e psicológico adequado aos mesmos (Costa e Mendonca, 2014), no sentido de proporcionar a essa população uma melhor qualidade de vida. A partir do diagnóstico o transexual é referenciado para um acompanhamento médico e psicológico específico (Costa e Mendonca, 2014). No HCFMRP-USP, além do atendimento médico pelo ginecologista, que tem importante papel no cuidado aos transexuais devido a algumas condições relacionadas com o comportamento sexual (Unger, 2014), como múltiplos parceiros e risco de DSTs, os pacientes também são submetidos a uma avaliação médicopsicológica. O protocolo empregado para o cuidado a essa população deriva de recomendações para populações de outras culturas (Hembree et al., 2009; Meriggiola et al., 2010). Assim, este estudo, apesar da pequena amostra, oferece o conhecimento sobre as condições sociais, clínicas, e comportamentais dos transexuais brasileiros que vivem em uma região mais abastada do país e que, mesmo assim, sofrem com o atraso nos encaminhamentos e com a indisponibilidade de recursos para o tratamento integral. O acesso tardio ao tratamento ocorre por dificuldades inerentes a eles ou por dificuldades estruturais do sistema de regulação para serviços de assistência o que pode concorrer para comportamentos de risco como automedicação e automutilação com já registrado no AESH (dados não publicados).

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem também a importância da rede de suporte familiar para o enfrentamento das dificuldades do período de descoberta e tratamento do transexualismo, já que na nossa amostra 47% dos sujeitos elencaram como motivadores para a tentativa de suicídio a não aceitação familiar, o que está de acordo com o estudo de Moody e Smith (2013) que indicou uma taxa de tentativa de suicídio de 41% entre as pessoas transexuais que não tinham suporte familiar. Os transexuais rejeitados pela família apresentam risco 8 vezes maior de tentativa de suicídio, em comparação com os que tem apoio familiar (Grossman e D'augelli, 2007). Uma pesquisa realizada em 2009 nos Estados Unidos, evidenciou que os transexuais tem um risco até quatro vezes maior de tentativa de suicídio em relação a população heterossexual (Ryan et al., 2010). Revendo a literatura, verifica-se uma escassez de pesquisas sobre prevenção do suicídio entre pessoas transexuais. Um passo vital no desenvolvimento de modelos de prevenção do suicídio é a identificação de fatores de proteção. Postula-se que o apoio social de amigos, apoio da família, são conhecidos por proteger indivíduos não-transexuais, isso também poderia proteger as pessoas transexuais. O estudo realizado com 113 transexuais mostrou que o apoio social de amigos e da família são fatores de proteção enquanto a falta deste influenciou negativamente resultando em 33% de risco para tentativa de suicídio na população estudada (Moody, 2013).

Não obstante ao número expressivo de pacientes com sintomas de ansiedade e depressão na nossa amostra, poucos foram aqueles que buscaram algum tipo de apoio através de atendimentos psicológicos e psiquiátricos. É importante considerar algumas possibilidades associadas a tal fato. Embora isso não tenha sido mensurado, durante a entrevista alguns pacientes relataram ter a concepção de que o atendimento psicológico e psiquiátrico é de alto custo e de difícil acesso, mesmo na rede pública de saúde. Alguns referiram não ter acesso a esses atendimentos em sua rede de saúde ou ainda, também referiram que, mesmo após relatar sintomas depressivos e/ou ansiosos à equipe médica, não foram encaminhados para esses profissionais. Assim, independente desses argumentos, nota-se que o cuidado a saúde mental ainda não é disponibilizado em larga escala, para toda a população transexual, como os demais tipos de atendimento à saúde (Blosnich *et al.*, 2013).

Uma limitação desse estudo é relativa à amostra de conveniência de sujeitos em seguimento no AESH, que resultou em um reduzido tamanho amostral, o que impossibilitou a avaliação de associações entre determinadas condições sociais e clínicas com as repercussões psíquicas da população avaliada. Para o futuro, espera-se incrementar a amostra a fim de estabelecer associações causais de determinadas variáveis sobre comportamento e condição de saúde geral dessa população. Entretanto, é importante frisar que o presente trabalho contribui para ampliar o conhecimento sobre esta população na medida em que evidenciou agravos em decorrência da condição transexual determinados pela discriminação familiar e social, pelas altos índices de ansiedade e depressão e pelas alarmantes taxas de tentativa de suicídio. Tudo isso viabiliza uma reflexão relativa ao tratamento e cuidados, considerando aspectos psicológicos envolvidos, e assim, a realização de intervenções direcionadas aos pacientes com maior possibilidade de sucesso. Conhecer a condição clínica e social dos transexuais possibilita desenvolver estratégias de suporte holístico, que possam influenciar diretamente nos aspectos emocionais, com vistas a minimizar os altos índices de agravos determinados pela precária assistência oferecida a essa população. A problemática transexual vem suscitando grande interesse pela sua atualidade, passando a integrar a pauta de psicólogos, médicos e outros profissionais, mas ainda existe um escasso corpo científico qualificado para lidar com essa temática.

8. CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Os transexuais avaliados no presente estudo são, na maioria, trans-mulheres, pertencentes à classe média, a maioria está empregada, tem escolaridade média, no entanto, apresentam altos índices de ansiedade, depressão e tentativa de suicídio.

Viver com um parceiro na condição de casado é fator de proteção contra a depressão, o que corrobora estudos anteriores que apontam a importância da relação afetiva como fonte de apoio emocional para a população transexual.

CONTRIBUIÇÃO

A caracterização sóciodemográfica e clínica dos transexuais assistidos no AESH contribui para elucidar melhor o perfil social, clínico e emocional dessa população e proporcionará dados para elaboração de protocolos para uma melhor assistência a essa população.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Esse estudo transversal evidenciou importantes aspectos da vivência dos transexuais. Um estudo longitudinal poderia proporcionar o conhecimento da evolução das variáveis estudadas ao longo do tratamento. Ademais, possibilitaria conhecer os resultados da abordagem psicológica que faz parte do cuidado prestado a essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artes Médicas. 4a. 1995.

APA **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V**. Porto Alegre: Artes Médicas. 5a. 2014.

WPATH. Normas de Atenção à Saúde das pessoas Trans e com variabilidade de Gênero. 7a.ed.: 131 p. 2012.

ABDO, C. H. N. Sexualidade Humana e seus transtornos. São Paulo: Casa Editora, 2012.

AHMADZAD-ASLL, M.; AL., E. **The epidemiology od transsexualism in Iran**. Iran: Tehran University of Medical Sciences, Tehran Institute of Psychiatry jan. 2011.

AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatria infantil. São Paulo: Atheneu, 1977.

AMATEAU, S. K.; MCCARTHY, M. M. Induction of PGE2 by estradiol mediates developmental masculinization of sex behavior. **Nat Neurosci**, v. 7, n. 6, p. 643-50, Jun 2004. ISSN 1097-6256 (Print) 1097-6256 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15156148>.

ASSCHEMAN, H. et al. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. **Eur J Endocrinol,** v. 164, n. 4, p. 635-42, Apr 2011. ISSN 1479-683X (Electronic) 0804-4643 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21266549>.

ASSCHEMAN, H.; GOOREN, L. J.; EKLUND, P. L. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. **Metabolism,** v. 38, n. 9, p. 869-73, Sep 1989. ISSN 0026-0495 (Print) 0026-0495 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2528051>.

HBIGDA. **The Standards of care for Gender Identity Disorders**: Fifth version of the Standards of care since the original 1979 document 1990.

AUYEUNG, B. et al. Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys. **Psychol Sci,** v. 20, n. 2, p. 144-8, Feb 2009. ISSN 1467-9280. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19175758>.

BAZARGAN, M.; GALVAN, F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. **BMC Public Health,** v. 12, p. 663, 2012. ISSN 1471-2458 (Electronic) 1471-2458 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22894701>.

BIBLARZ, T. J.; SAVCI, E. **Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Families**: Journal of Marriage and Family. 72: 480–497 p. 2010.

BIDLINGMAIER, F. et al. Estrone and estradiol concentrations in human ovaries, testes, and adrenals during the first two years of life. **J Clin Endocrinol Metab,** v. 65, n. 5, p. 862-7, Nov 1987. ISSN 0021-972X (Print) 0021-972X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3667883>.

BLOSNICH, J. R. et al. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. **Am J Public Health,** v. 103, n. 10, p. e27-32, Oct 2013. ISSN 1541-0048. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23947310>.

BRASIL. Lei n° 12.382, de 2011. Decreto n° **8.166, de 23 de dezembro de 2013. Disponível**em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8166.htm. Acesso em 15 de dezembro de 2014.

BUSSEY, K.; BANDURA, A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. **Psychol Rev,** v. 106, n. 4, p. 676-713, Oct 1999. ISSN 0033-295X (Print) 0033-295X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list uids=10560326>.

CHEN, Y.; FU, W. Y. EphB maintains dendritic spine morphology through focal adhesion kinase. **J Neurosci,** v. 29, n. 42, p. 13091-3, Oct 21 2009. ISSN 1529-2401 (Electronic) 0270-6474 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19846695>.

CHUNG, W. C.; DE VRIES, G. J.; SWAAB, D. F. Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. **J Neurosci**, v. 22, n. 3, p. 1027-33, Feb 1 2002. ISSN 1529-2401 (Electronic) 0270-6474 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11826131.

COHEN-KETTENIS, P. T.; GOOREN, L. J. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. **J Psychosom Res**, v. 46, n. 4, p. 315-33, Apr 1999. ISSN 0022-3999 (Print)

0022-3999 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10340231.

COLIZZI, M. Attachment styles in transsexual patients and clinical and nonclinical control groups: a response. **J Sex Med,** v. 11, n. 4, p. 1094-5, Apr 2014. ISSN 1743-6109. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754333>.

COLL-PLANAS, M. M. Y. G. La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. **Norte de salud mental,** v. VIII, n. 38, p. 44-55, 2010.

COSTA, E. M.; MENDONCA, B. B. Clinical management of transsexual subjects. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 58, n. 2, p. 188-96, Mar 2014. ISSN 1677-9487 (Electronic) 0004-2730 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24830596>.

COUTO, E. S. **Transexualidade: o corpo em mutação**. Salvador: Grupo Gay da Bahia 1999.

DE CUYPERE, G. et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. **Arch Sex Behav,** v. 34, n. 6, p. 679-90, Dec 2005. ISSN 0004-0002 (Print) 0004-0002 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16362252>.

DUISIN, D.; NIKOLIC-BALKOSKI, G.; BATINIC, B. Sociodemographic profile of transsexual patients. **Psychiatr Danub,** v. 21, n. 2, p. 220-3, Jun 2009. ISSN 0353-5053 (Print) 0353-5053 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19556952>.

EHRHARDT, A. A.; GRISANTI, G. C.; MEYER-BAHLBURG, H. F. Prenatal exposure to medroxyprogesterone acetate (MPA) in girls. **Psychoneuroendocrinology,** v. 2, n. 4, p. 391-8, Oct 1977. ISSN 0306-4530 (Print) 0306-4530 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=601176>.

FAGOT, B. I. Teachers' reinforcement of sex-preferred behaviors in dutch preschools. **Psychol Rep,** v. 41, n. 3 pt. 2, p. 1249-50, Dec 1977. ISSN 0033-2941 (Print) 0033-2941 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=601154>.

FERNANDEZ, R. et al. Association Study of ERbeta, AR, and CYP19A1 Genes and MtF Transsexualism. **J Sex Med**, Aug 15 2014. ISSN 1743-6109 (Electronic) 1743-6095 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25124466>.

FOREST, M. G. et al. Hypophyso-gonadal function in humans during the first year of life. 1. Evidence for testicular activity in early infancy. **J Clin Invest,** v. 53, n. 3, p. 819-28, Mar 1974. ISSN 0021-9738 (Print) 0021-9738 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=4812441.

GIAMI, A.; BEAUBATIE, E. Gender identification and sex reassignment surgery in the trans population: a survey study in France. **Arch Sex Behav,** v. 43, n. 8, p. 1491-501, Nov 2014. ISSN 1573-2800. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25231821>.

GIAMI, A.; LE BAIL, J. HIV infection and STI in the trans population: a critical review. **Rev Epidemiol Sante Publique,** v. 59, n. 4, p. 259-68, Aug 2011. ISSN 0398-7620. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767925>.

GREEN, R. Robert Stoller's Sex and Gender: 40 years on. **Arch Sex Behav,** v. 39, n. 6, p. 1457-65, Dec 2010. ISSN 1573-2800. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20703787>.

GROSSMAN, A. H.; D'AUGELLI, A. R. Transgender youth and life-threatening behaviors. **Suicide Life Threat Behav,** v. 37, n. 5, p. 527-37, Oct 2007. ISSN 0363-0234. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17967119 >.

GÓMEZ-GIL, E. et al. Clinical utility of the Bem Sex Role Inventory (BSRI) in the Spanish transsexual and nontranssexual population. **J Pers Assess**, v. 94, n. 3, p. 304-9, 2012. ISSN 1532-7752. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22242861>.

HASSETT, J. M.; SIEBERT, E. R.; WALLEN, K. Sex differences in rhesus monkey toy preferences parallel those of children. **Horm Behav,** v. 54, n. 3, p. 359-64, Aug 2008. ISSN 1095-6867 (Electronic) 0018-506X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18452921.

HEMBREE, W. C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 94, n. 9, p. 3132-54, Sep 2009. ISSN 1945-7197 (Electronic) 0021-972X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19509099>.

HEYLENS, G. et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. **Br J Psychiatry**, v. 204, n. 2, p. 151-6, Feb 2014. ISSN 1472-1465. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23869030 >.

HINES, M. Sex-related variation in human behavior and the brain. **Trends Cogn Sci**, v. 14, n. 10, p. 448-56, Oct 2010. ISSN 1879-307X (Electronic)

1364-6613 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20724210.

HOENIG, J.; KENNA, J. Epidemiological aspects of transsexualism. **Psychiatr Clin (Basel),** v. 6, n. 2, p. 65-80, 1973. ISSN 0033-264X. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4705331>.

IVANKOVIC-DIKIC, I. et al. Pyk2 and FAK regulate neurite outgrowth induced by growth factors and integrins. **Nat Cell Biol,** v. 2, n. 9, p. 574-81, Sep 2000. ISSN 1465-7392 (Print) 1465-7392 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10980697>.

KABIRU, C. W. et al. Adverse life events and delinquent behavior among Kenyan adolescents: a cross-sectional study on the protective role of parental monitoring, religiosity, and self-esteem. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health,** v. 8, p. 24, 2014. ISSN 1753-2000 (Electronic) 1753-2000 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25210535>.

KNEZEVICH, E. L.; VIERECK, L. K.; DRINCIC, A. T. Medical management of adult transsexual persons. **Pharmacotherapy**, v. 32, n. 1, p. 54-66, Jan 2012. ISSN 1875-9114. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22392828>.

KOH, J. [The history of the concept of gender identity disorder]. **Seishin Shinkeigaku Zasshi,** v. 114, n. 6, p. 673-80, 2012. ISSN 0033-2658. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22844818>.

KRAEMER, B. et al. [Partner relationship and sexuality of female-to-male transsexuals]. **Psychother Psychosom Med Psychol,** v. 60, n. 1, p. 25-30, Jan 2010. ISSN 0937-2032 (Print) 0937-2032 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235678 >.

LEIBOWITZ, S. F.; SPACK, N. P. The development of a gender identity psychosocial clinic: treatment issues, logistical considerations, interdisciplinary cooperation, and future initiatives. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am,** v. 20, n. 4, p. 701-24, Oct 2011. ISSN 1558-0490. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22051007>.

LEINUNG, M. C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: extensive personal experience. **Endocr Pract,** v. 19, n. 4, p. 644-50, Jul-Aug 2013. ISSN 1934-2403 (Electronic) 1530-891X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23512380>.

LOBATO; AL., E. **Transexualismo: uma revisão**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria: 379-388 p. 2001.

LOBATO, M. I. et al. Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 31, n. 4, p. 303-6, Dec 2009. ISSN 1516-4446.

MAINGUENEAU, D., SÍRIO POSSENTI, MARIA CECÍLIA PEREZ DE SOUZA-E-SILVA. **Parabola Editorial**. São Paulo 2008.

MARTIN, C. L.; RUBLE, D. N.; SZKRYBALO, J. Cognitive theories of early gender development. **Psychol Bull,** v. 128, n. 6, p. 903-33, Nov 2002. ISSN 0033-2909 (Print) 0033-2909 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12405137>.

MATHEWS, D.; EDWARDS, D. A. Involvement of the ventromedial and anterior hypothalamic nuclei in the hormonal induction of receptivity in the female rat. **Physiol Behav**, v. 19, n. 2, p. 319-26, Aug 1977. ISSN 0031-9384 (Print) 0031-9384 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=607243>.

MCCARTHY, M. M.; ARNOLD, A. P. Reframing sexual differentiation of the brain. **Nat Neurosci,** v. 14, n. 6, p. 677-83, Jun 2011. ISSN 1546-1726 (Electronic) 1097-6256 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=21613996>.

MCCARTHY, M. M.; WRIGHT, C. L.; SCHWARZ, J. M. New tricks by an old dogma: mechanisms of the Organizational/Activational Hypothesis of steroid-mediated sexual differentiation of brain and behavior. **Horm Behav**, v. 55, n. 5, p. 655-65, May 2009. ISSN 1095-6867 (Electronic) 0018-506X (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19682425>.

MERIGGIOLA, M. C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. **Eur J Endocrinol,** v. 162, n. 5, p. 831-3, May 2010. ISSN 1479-683X (Electronic) 0804-4643 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150325 >.

MEYER, W. J. Comorbidity of gender identity disorders. **Am J Psychiatry,** v. 161, n. 5, p. 934-5; author reply 935, May 2004. ISSN 0002-953X. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15121686>.

MONEY, J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. **J Sex Marital Ther,** v. 20, n. 3, p. 163-77, Fall 1994. ISSN 0092-623X (Print) 0092-623X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996589>.

MONEY, J. et al. IQ impairment and elevation in endocrine and related cytogenetic disorders. **Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc,** v. 56, p. 22-7, 1967. ISSN 0091-7389 (Print) 0091-7389 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=4867067.

MOODY, C.; SMITH, N. G. Suicide protective factors among trans adults. **Arch Sex Behav,** v. 42, n. 5, p. 739-52, Jul 2013. ISSN 1573-2800. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23613139>.

MUSSKOFF, A. S. **Sexo, gênero e sexualidade se encontram.**: Gênero: da desigualdade à emancipação. 3 2008.

NEMOTO, T.; BODEKER, B.; IWAMOTO, M. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. **Am J Public Health,** v. 101, n. 10, p. 1980-8, Oct 2011. ISSN 1541-0048 (Electronic) 0090-0036 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21493940>.

NERY; JOÃO. **Viagem Solitária: memórias de um transexual 30 anos depois**. São Paulo: 2011. 336.

NEWCOMB, M. E.; HEINZ, A. J.; MUSTANSKI, B. Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a longitudinal multilevel analysis. **J Stud Alcohol Drugs,** v. 73, n. 5, p. 783-93, Sep 2012. ISSN 1938-4114 (Electronic) 1937-1888 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22846242>.

NORDENSTROM, A. et al. Sex-typed toy play behavior correlates with the degree of prenatal androgen exposure assessed by CYP21 genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. **J Clin Endocrinol Metab,** v. 87, n. 11, p. 5119-24, Nov 2002. ISSN 0021-972X (Print) 0021-972X (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12414881>.

OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

PASTERSKI, V. L. et al. Prenatal hormones and postnatal socialization by parents as determinants of male-typical toy play in girls with congenital adrenal hyperplasia. **Child Dev,** v. 76, n. 1, p. 264-78, Jan-Feb 2005. ISSN 0009-3920 (Print) 0009-3920 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15693771>.

PERSON, E. S.; OVESEY, L. [Psychoanalytic theories of gender identity]. **Psyche (Stuttg),** v. 47, n. 6, p. 505-29, Jun 1993. ISSN 0033-2623. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8351397>.

PINTO, M. J. C.; BRUNS, M. A. D. T. Vivência Transexual: o corpo desvela seu drama. 2003.

PLEAK, R. R. Gender identity issues in youth: opportunities, terminologies, histories, and advancements. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am,** v. 20, n. 4, p. 601-25, Oct 2011. ISSN 1558-0490. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22051000>.

RAMETTI, G. et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. **J Psychiatr Res,** v. 45, n. 2, p. 199-204, Feb 2011. ISSN 1879-1379 (Electronic) 0022-3956 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20562024>.

RAMIREZ-VALLES, J. et al. HIV infection, sexual risk behavior, and substance use among Latino gay and bisexual men and transgender persons. **Am J Public Health,** v. 98, n. 6, p. 1036-42, Jun 2008. ISSN 1541-0048. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18445807 >.

ROSS, M. W. et al. Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia. **Acta Psychiatr Scand,** v. 63, n. 1, p. 75-82, Jan 1981. ISSN 0001-690X. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7234467>.

RYAN, C. et al. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs,** v. 23, n. 4, p. 205-13, Nov 2010. ISSN 1744-6171. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073595>.

SALDANHA, P. H.; OLAZÁBALL, L. C. Valor do Estudo citogenético no transexualismo. São Paulo: Arq. Neuro. Psiquiat. 34: 251-257 p. 1976.

SELVAGGI, G.; BELLRINGER, J. Gender reassignment surgery: an overview. **Nat Rev Urol,** v. 8, n. 5, p. 274-82, May 2011. ISSN 1759-4820. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21487386>.

SPIZZICHINO, L. et al. HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. **Sex Transm Dis,** v. 28, n. 7, p. 405-11, Jul 2001. ISSN 0148-5717 (Print) 0148-5717 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11460025>.

STEINER, B. W.; BERNSTEIN, S. M. Female-to-male transsexuals and their partners. **Can J Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 178-82, Apr 1981. ISSN 0706-7437 (Print) 0706-7437 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7237357>.

STOLLER, R. Splitting: A case of Famale Masculinity.

_____. **Splitting: A case of Famale Masculinity**. New York: Quadrangule: 395 p p. 1973.

SUZUKI, A. [Review of the gender research in cross-cultural psychology since 1990: conceptual definitions and methodology]. **Shinrigaku Kenkyu,** v. 75, n. 2, p. 160-72, Jun 2004. ISSN 0021-5236 (Print) 0021-5236 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15747548>.

SZANIAWSKI, E. Limites e possibilidades do direito de redesignação do estado sexual: estudo sobre o transexualismo: aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais: p 56 p. 1999.

SØRENSEN, T.; HERTOFT, P. Sexmodifying operations on transsexuals in Denmark in the period 1950--1977. **Acta Psychiatr Scand,** v. 61, n. 1, p. 56-66, Jan 1980. ISSN 0001-690X. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7361581 >.

TERADA, S. et al. Factors predicting psychiatric co-morbidity in gender-dysphoric adults. **Psychiatry Res,** v. 200, n. 2-3, p. 469-74, Dec 2012. ISSN 1872-7123. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884214>.

TSOI, W. F. The prevalence of transsexualism in Singapore. **Acta Psychiatr Scand,** v. 78, n. 4, p. 501-4, Oct 1988. ISSN 0001-690X. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3265846>.

UNGER, C. A. Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. **J Womens Health** (Larchmt), Dec 19 2014. ISSN 1931-843X (Electronic) 1540-9996 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25525682>.

UZZELL, D.; HORNE, N. The influence of biological sex, sexuality and gender role on interpersonal distance. **Br J Soc Psychol,** v. 45, n. Pt 3, p. 579-97, Sep 2006. ISSN 0144-

6665 (Print) 0144-6665 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16984722 >.

VAN KESTEREN, P. J.; GOOREN, L. J.; MEGENS, J. A. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. **Arch Sex Behav**, v. 25, n. 6, p. 589-600, Dec 1996. ISSN 0004-0002 (Print) 0004-0002 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8931882>.

VERDE, J. B.; GRAZIOTTIN, A. **Transexualismo: o enigma da identidade**. São Paulo: Paulus 1997.

VIEIRA, T. R. **Mudança de Sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos**. São Paulo: Santos. 2a. 2004.

VUJOVIC, S. et al. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. **J Sex Med,** v. 6, n. 4, p. 1018-23, Apr 2009. ISSN 1743-6109 (Electronic) 1743-6095 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18331254>.

WIERCKX, K. et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. **J Sex Med,** v. 9, n. 10, p. 2641-51, Oct 2012. ISSN 1743-6109 (Electronic) 1743-6095 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906135>.

YAMADA, H. et al. [Role of the critical period in sex and brain differentiation: learning from dioxin-induced disorders in next generations]. **Yakugaku Zasshi,** v. 134, n. 4, p. 529-35, 2014. ISSN 1347-5231 (Electronic) 0031-6903 (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694814>.

ZHOU, J. N. et al. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. **Nature,** v. 378, n. 6552, p. 68-70, Nov 2 1995. ISSN 0028-0836 (Print) 0028-0836 (Linking). Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7477289.

ZIGMOND, A. D.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale: Acta Psychiatric Scandinavia. 67: 361-370 p. 1983.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Av. Bandeirantes, 3900 - 8° andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900 Fone (016) 633-0216 - Fax (016) 633-9633

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Caracterização de pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero.

Pesquisadores envolvidos: Maria Rita Lerri, Lúcia Alves da Silva Lara, Adriana Peterson Mariano Salata Romão, Sara Veloso Lara, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Este texto é direcionado aos pacientes acompanhados no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH).

Você está sendo convidado a participar do estudo "Caracterização de pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero", desenvolvido pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Essa pesquisa tem como objetivo conhecer as características dos pacientes com diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, acompanhados no Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana (AESH) do Hospital das Clínicas, colaborando para a produção de conhecimento científico e sistematizado na área.

Ao participar do estudo você irá responder a uma entrevista, que será realizada em um único encontro, no AESH em uma sala privada, esta será gravada e somente os pesquisadores terão acesso as informações da entrevista. A primeira parte da entrevista contém perguntas sobre sua saúde. Em seguida, serão aplicados dois questionários, sendo que um deles contem perguntas sobre o funcionamento da sua vida sexual e o outro questionário contém perguntas para saber se você tem ansiedade ou depressão. A maneira de responder a estes questionários será explicada pela pesquisadora responsável. Você gastará 20 a 30 minutos para responder estes questionários. A aplicação do questionário investigando sobre sua sexualidade e sobre seus hábitos de vida podem causar-lhe constrangimento e desconforto uma vez que serão feitas perguntas sobre a sua intimidade. Você não é obrigado (a) a responder a estas perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador e, caso você não responda, isto não irá prejudicar o seu tratamento no Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto. Você tem garantias de que será mantido o sigilo sobre suas respostas. Pedimos também a sua permissão para coletar dados do seu prontuário. Então esteja ciente de que, se você aceitar participar deste estudo e estiver de acordo, vamos buscar informações em seu prontuário relacionadas aos seus dados sociodemográficos e diagnósticos clínicos.

Esta pesquisa tem benefícios já que o Brasil é um país que ainda tem pequena experiência sobre o tratamento dos transexuais. A literatura não mostra como devemos

caracterizar adequadamente os pacientes transexuais que precisam da cirurgia de mudança de sexo. Isto porque alguns pacientes nem sempre tem a certeza de que realmente querem fazer a cirurgia. Desta forma, este trabalho contribuirá para que os verdadeiros anseios dos transexuais sejam conhecidos dos profissionais que prestam assistência a eles.

Caso seja necessário você vir até o Hospital das Clinicas por causa desta pesquisa, o ressarcimento das despesas de transporte e alimentação será de responsabilidade dos pesquisadores.

Declaro que 1	rendo lido todo o texto e recebido as informações acima, e ciente dos
meus direitos, abaixo	relacionados, eu,
RG	concordo e desejo participar como voluntária da pesquisa em questão.
São meus direitos:	

- 1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa para a qual sou voluntária;
- 2. Caso os participantes tenham qualquer interesse e/ou necessidade de terapia sexual ou atendimento psicológico, verificado durante o estudo, serão encaminhados a serviços públicos e/ou no próprio AESH.
- 3. A garantia de que minha participação é voluntária sendo que posso desistir de participar do projeto a qualquer momento que eu desejar
- 4. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo em qualquer fase dele sem penalização alguma e sem que isso traga prejuízo ao meu cuidado;
- 5. Serão mantidas em sigilo todas as informações de ordem pessoal obtidas no estudo. O material coletado na pesquisa será arquivado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).
- 6. A segurança de que não serei identificada e de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
- 7. O compromisso de me ser proporcionada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando.

Voce recebera uma copia deste	e documento assinada pelo pesquisado	r
Nome do(a) voluntário(a)	Assinatura do(a) voluntário(a)	data
Nome do pesquisador	Assinatura do pesquisador	data
Pesauisadora resnonsável: M	aria Rita Lerri – CRP: 06/99631	

Telefone para Contato: (016) 8163-8922

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com a Unidade de Pesquisa Clinica – 3602-2632 e 3602-2962 Comitê de Ética em Pesquisa – 3602-2228

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

Já tomou algum hormônio antes? Qual?

Caracterização Sóciodemográf	ĭca
Nome:	
Data de Nascimento:/	
Etnia: Branca () Mulata ()	Negra () Oriental ()
Endereço:	
Bairro que mora:	
Tipo de relacionamento: Namo	oro () Casamento () União Estável () Solteiro(a) ()
Escolaridade:	
Fundamental incompleto ()	Médio incompleto () Superior incompleto ()
Fundamental completo ()	Médio completo () Superior completo ()
Ocupação:	SM: Menor que 1 SM () 1 a 2 SM ()
	3 a 4 SM () 5 a 6 SM () Maior que 6 SM ()
Com remuneração () Sem R	emuneração ()
Motivo:	
Mora com: () Companheiro	() Pais () Irmãos () Amigos (as) () Filhos
Tipo de moradia: () Alugada	() Cedida () Própria () Financiada ()Outros
Você segue alguma religião? (Qual?
Você já usou/usa substâncias (álcool, tabaco ou outras drogas ilícitas)? Sim () Não ()
Quais:	
Uso de hormônios além dos in	dicados () sim () não
Quais?	

Número de parceiros:
Doenças sexualmente transmissíveis? Qual (is):
Idade da primeira experiência sexual – com quem?
Utiliza o órgão sexual nas relações? () sim () não
Já sofreu algum tipo de abuso sexual? () sim () não
Sente-se discriminada(o)?
Tentativas de Suicídio: Sim () Não ()
Quando?
Porque?
Que tipo de tratamento fez/faz? Psicológico() Psiquiátrico() Neurológico() Nenhum()
Você toma ou tomou alguma medicação?
Quais?
Com que frequência?

Roteiro para entrevista

Como foi sua descoberta em relação ao transexualismo? (infância, adolescência, família)

ANEXO A – Aceite do Comitê de Ética



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 05 de dezembro de 2012

Oficio nº 4301/2012 CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 13120/2012

Prezada Pesquisadora,

O trabalho intitulado "CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 357" Reunião Ordinária realizada em 03/12/2012, e enquadrado na categoria: APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Versão datada de 28/11/2012.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA Coordenadora do Comitê de Ética em

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustrissima Senhora **MARIA RITA LERRI** Depto. de Ginecologia e Obstetricia

Campus Universitário - Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP Comité de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4 (016) 3602-2226 cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO B – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD)

Este questionário nos ajudará saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentindo na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1 - A	Eu me sinto tenso e contraído:
	() A maior parte do tempo
	() Boa parte do tempo
	() De vez em quando
	() Nunca
2-D	E ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
	() Sim, do mesmo jeito que antes
	() Não tanto quanto antes
	() Só um pouco
	() Já não sinto mais prazer em nada
3-A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
	() Sim, e de um jeito muito forte
	() Sim, mas não tão forte
	() Um pouco, mas isso não me preocupa
	() Não sinto nada disso
4-D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
	() Do mesmo jeito que antes
	() Atualmente um pouco menos
	() Atualmente bem menos
	() Não consigo mais
5-A	Estou com a cabeça cheia de preocupações:
	() A maior parte do tempo
	() Boa parte do tempo

	() De vez em quando
	() Raramente
6-D	Eu me sinto alegre:
	() Nunca
	() Poucas vezes
	() Muitas vezes
	() A maior parte do tempo
7-A	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado
	() Sim, quase sempre
	() Muitas vezes
	() Poucas vezes
	() Nunca
8-D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
	() Quase sempre
	() Muitas vezes
	() De vez em quando
	() Nunca
9-A estôma	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no ago:
	() Nunca
	() De vez em quando
	() Muitas vezes
	() Quase sempre
10-D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
	() Completamente
	() Não estou mais me cuidando como eu deveria
	() Talvez não tanto quanto antes
	() Me cuido do mesmo jeito que antes
11-A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
	() Sim. demais

	() Bastante
	() Um pouco
	() Não me sinto assim
12-D	Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:
	() Do mesmo jeito que antes
	() Um pouco menos do que antes
	() Bem menos do que antes
	() Quase nunca
13-A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
	() A quase todo momento
	() Várias vezes
	() De vez em quando
	() Não sinto isso
14-D quand	Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou o leio alguma coisa:
	() Sempre
	() Várias vezes
	() Poucas vez
	() Quase nunca
	A D

ARTIGO

TITLE: Factors associated with anxiety and depression in a Brazilian sample of transgender people

Authors: Maria Rita Lerri, Adriana Peterson Mariano Salata Romão, Manoel Antônio dos Santos, Alain Giami, Marcos Felipe Silva de Sá, Rui Alberto Ferriani, Lúcia Alves da Silva Lara

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of the present study was to identify factors associated with anxiety and depression in subjects with gender dysphoria (GD).

METHODS: This cross-sectional study of 44 adults with GD was performed at a Sexual Medicine Service at the University of São Paulo (Brazil). Symptoms of anxiety and depression were measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Sociodemographic data (sex, race, marital status, education, occupation, income, socioeconomic status, religion), clinical data (desire for surgery, hormone therapy prior to treatment, sexually transmitted infections, use of medications), and life habits were also recorded.

RESULTS: Our sample of subjects with GD had a high prevalence of anxiety (98%, n = 43) and depression (82%, n = 36). A total of 32 patients (73%) attempted suicide at some time in their lives. Subjects living with partners, parents, or others had a lower prevalence of depression than those living alone (p = 0.03), and subjects who were married had a lower prevalence of depression than those who were dating or single (p = 0.03).

CONCLUSION: Anxiety and depression were common in patients with GD who were undergoing sex reassignment treatment. The lower prevalence of depression in married patients and in those living with partners, parents, or others suggests that an affective relationship provides emotional support for these subjects. These results suggest that improving the relationship status of patients with GD may reduce the prevalence of depressive symptoms.

KEYWORDS: transexual, anxiety, depression, health care, sex reassignment surgery