UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

THAYS MARINA RONCATO BARCELOS

Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero: um estudo transversal

Ribeirão Preto

2022

THAYS MARINA RONCATO BARCELOS

Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero: um estudo transversal

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia – opção Biologia da Reprodução

Orientador: Prof.ª Dr.ª Lucia Alves Silva Lara

Ribeirão Preto

2022

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

Catalogação na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Barcelos, Thays Marina Roncato. Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero / Thays Marina Roncato Barcelos; orientadora Lucia Alves Silva Lara. – Ribeirão Preto, 2022.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia – opção Biologia da Reprodução.

1. Função sexual. 2. Incongruência de gênero. 3. Terapia hormonal cruzada. I. Lara, Lucia Alves Silva. II. Título. III. Título: Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero

Nome: Barcelos, Thays Marina Roncato

Título: Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero

Dissertação apresentada ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, à Prof.ª Dr.ª Lucia Alves da Silva Lara por ter acreditado no meu potencial, por ser meu maior exemplo de força e admiração e por me ensinar a nunca desistir. Agradeço a todos os professores e toda à equipe do Centro de Reprodução do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e a todo o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, por ter me acolhido e me dado esta oportunidade de aprendizado, a qual tanto estimo e valorizo na minha vida. Em especial a Suleimy e a Suelen por todo apoio e ajuda ao longo de toda a trajetória até o presente momento. Agradeço em especial à Dr.ª Julia Kefalás Troncon, ao Prof. Dr. Silvio Antônio Franceschini, ao Dr. Thiago Apolinário Silva e à Dr.ª Maria Rita Lerri pelo companheirismo, apoio e suporte na rotina dos ambulatórios.

Agradeço, também, à Prof.ª Dr.ª Cristine Homsi Jorge Ferreira e a toda equipe do Laboratório de Avaliação do Assoalho Pélvico (LAFAP), por terem sido a minha primeira inserção científica, onde eu tive o privilégio de aprender tanto. Agradeço a todos os professores que cruzaram meu caminho ao longo desses anos, por pouco a pouco me darem a base necessária e auxiliarem no meu amadurecimento profissional.

Volto a olhar para as minhas três famílias: a que eu tive a sorte de ter desde o meu nascimento, a que o universo me deu de presente e a que meu coração encontrou em Ribeirão Preto. Cada momento ao lado de cada um foi, sem dúvida alguma, o meu maior combustível durante toda a minha jornada.

Em especial ao meu avô José Paschoal Roncato, por sempre ter sonhado com os meus estudos, ao meu avô Orlando Carola, por me ensinar a nunca perder a pureza do meu coração, à minha avó Marina Levada, por viver todas as minhas conquistas como se fossem suas, ao meu padrasto por me ensinar a amar e à minha mãe, por ser meu maior exemplo de ser humano – tanto no âmbito pessoal quanto no profissional.

O apoio e incentivo de cada um me deu o estímulo necessário para concluir este trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX).

O presente projeto foi desenvolvido com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) através da concessão de bolsa de estudo de Mestrado/Auxílio a Projeto de pesquisa.

“E eu vi que eu podia mais do que eu sabia

Eu vi a vida se abrir pra mim

Quando eu disse sim”

(Sandy Leah)

Resumo

BARCELOS, Thays Marina Roncato. **Avaliação da função sexual de pessoas com incongruência de gênero**. Dissertação (Mestrado em Ciências. Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia – opção Biologia da Reprodução) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP.

Atualmente na literatura há um *gap* quanto ao conhecimento da função sexual de pessoas trans. Esse estudo teve como objetivo avaliar a função sexual dessa população. Uma amostra de pessoas trans frequentadoras do ambulatório de incongruência de gênero do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto foi convidada a participar desse estudo transversal. Todos que aceitaram participar da pesquisa tinham incongruência de gênero. O Inventário de Função Sexual Feminina (FSFI) e o Inventário de Função Sexual Masculina (MSFI) foram usados para avaliar a função sexual de homens (58) e mulheres (48) trans. Além disso, os participantes responderam a um questionário semiestruturado que acessou os sentimentos com relação à condição trans e a satisfação com a vida sexual. Dados clínicos foram acessados por meio do prontuário médico. Em comparação com as mulheres trans, os homens tiveram resultados melhores no escore total do FSFI (P=0.01), e nos domínios de excitação (P=0.01), lubrificação (P=0.01), orgasmo (P=0.01) e satisfação (P=0.01). Além disso, eles também obtiveram melhores escores no questionário MSFI, tanto no escore total (P=0.01), como nos domínios de ereção (P=0.01), excitação (P=0.01), orgasmo (P=0.01) e satisfação (P=0.01). Em suma, os escores de homens e mulheres nos questionários FSFI e MSFI são de risco para disfunção sexual, mesmo os homens trans apresentando melhores escores que as mulheres. Porém, na avaliação semiestruturada mais da metade dos homens e quase metade das mulheres estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida sexual.

Palavras-chave: Função sexual, incongruência de gênero, terapia hormonal cruzada

Abstract

BARCELOS, Thays Marina Roncato. **Evaluation of sexual function of people with gender incongruity.** Dissertation (Master's degree in Science. Concentration area: obstetrics and gynecology – option reproduction's biology) – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto/SP.

There is a gap in the knowledge of the sexual function of transgender people. This study aimed to evaluate the sexual function in this population. A sample of transgender (trans) people from the Gender Incongruence Clinic was invited to participate in this cross-sectional study. All those that accepted to participate had gender incongruence (GI). The female sexual function index (FSFI) and male sexual function index (MSFI) were used to assess Sexual Function (SF) in both female (n=38), and male (n=48) participants. In addition, participants responded to a semi-structured questionnaire to assess their feelings towards their trans condition, and about their satisfaction within their sexual life. Clinical data was assessed from medical records. Relative to trans-women, trans-men had a higher total FSFI score, and higher scores in the FSFI domains of arousal, lubrication, orgasm, and satisfaction (all $P < 0.01$). The trans-men also had a higher total MSFI score, and higher scores in the MFSI domains of arousal, erection, orgasm, and satisfaction (all $P < 0.01$). A separate semi-structured evaluation indicated that more than half of the trans-men and almost half of the trans-women were satisfied or very satisfied with their sexual life.

Key-words: sexual function, gender incongruence, hormone therapy

Lista de quadros

Quadro 1	Critérios para diagnósticos de disforia/ incongruência de gênero em adolescentes e adultos	14
Quadro 2	Critérios para diagnósticos de disforia/ incongruência de gênero em crianças	15

Lista de tabelas

Tabela 1	Características antropométricas, clínicas, sociais e comportamentais dos participantes transgêneros	26
Tabela 2	Orientação sexual e vivência sexual de homens e mulheres transgêneros	29
Tabela 3	Avaliação do estado emocional dos participantes transgêneros por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	30
Tabela 4	Avaliação da função sexual pelo Índice da Função Sexual versão feminina e masculina em homens e mulheres transgêneros	31
Tabela 5	Variação dos índices laboratoriais de homens tratados com cipionato de testosterona intramuscular 200mg/2ml diário	37
Tabela 6	Variação dos índices laboratoriais das mulheres tratadas com valerato de estradiol via oral associada à ciproterona 25 mg/ dia	38
Tabela 7	Estimativas do odds ratio bruto, seguida dos respectivos intervalos de confiança 95%, das variáveis exploratórias estudadas em relação ao desfecho FSFI (escore ≤ 26,55)	40
Tabela 8	Estimativas do odds ratio ajustado, seguida dos respectivos intervalos de confiança 95%, das variáveis exploratórias em estudo em relação ao desfecho FSFI (escore ≤ 26,55)	41

Lista de abreviaturas e siglas

IG	Incongruência de gênero
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DG	Disforia de gênero
TH	Terapia hormonal
CAG	Cirurgia de afirmação de gênero
OMS	Organização mundial de saúde
FS	Função sexual
DF	Disfunção sexual
T	Testosterona
AING	Ambulatório de Incongruência de Gênero
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
CSE	Centro de Saúde e Escola Joel Domingos Machado
IFSF	Índice de Função Sexual Feminino
IFSM	Índice de Função Sexual Masculino
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
THC	Terapia Hormonal Cruzada

Sumário

1. Introdução 13

1.1 Prevalência 13

1.2 Diagnóstico 14

1.3 Afirmação de gênero 15

1.4 Sexualidade e função sexual da população com incongruência de gênero 16

2. Objetivos 19

2.1 Objetivo primário 19

2.2 Objetivo secundário 19

3. Justificativa 19

4. Métodos 19

4.1 Desenho do estudo 19

4.2 Participantes 19

4.3 Critérios de inclusão 20

4.4 Critérios de exclusão 20

4.5 Aspectos éticos 20

4.6 Avaliação hormonal 21

4.7 Procedimentos 21

4.8 Avaliação da função sexual 22

4.9 FSFI e MSFI 22

4.10 Questionário semi-estruturado 22

4.11 Avaliação do estado emocional 23

5. Estatística 23

5.1 Cálculo amostral 23

5.2 Análises estatísticas 23

6. Resultados 25

6.1 Características da amostra 25

6.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) 30

6.3 FSFI e MSFI 31

6.4 Questionário semi-estruturado 33

6.5 Perfil laboratorial 36

6.6 Modelo de regressão logística 40

7. Discussão **41**

8. Conclusão **48**

Referências **48**

Anexo I – Termo de Consentimento livre e esclarecido **49**

Anexo ll – Inventário de Função Sexual Feminina **53**

Anexo lll – Inventário de Função Sexual Masculina **58**

Anexo lV – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão **62**

Apêndice I – Questionário semi-estruturado: função sexual de pessoas trans **66**

Introdução

A identidade de gênero refere-se à identificação do indivíduo para este ou aquele gênero, que não é definido pelo seu órgão sexual e, sim, pela sensação de se definir como homem, mulher ou outro gênero (1). Quando a identidade de gênero diverge do sexo atribuído ao nascimento, o indivíduo é considerado transgênero (2). Pela CID-10 o termo utilizado para se referir à condição transexual é transtorno de identidade sexual ou transexualismo (3), porém, esse termo remete a um estado patológico de saúde mental e foi abandonado. A CID-11 retira esta condição do capítulo de doença mental e adota a denominação Incongruência de Gênero (IG) em substituição ao transexualismo (3). No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a condição transexual passou a ser denominada Disforia de Gênero (DG) (4). Vale então destacar que, a DG e IG são denominações equivalentes para pessoas transexuais/transgêneros.

1.1.Prevalência

A prevalência de IG no mundo foi descrita em uma meta-análise através da avaliação de estudos publicados nos últimos 50 anos. Para toda a população com IG, homens e mulheres, observa-se uma taxa de 4,6 por 100.000 habitantes. Para as mulheres transgêneras a prevalência se dá em 6,8 por 100.000 habitantes, enquanto para homens transgêneros a prevalência é de 2,6 por 100.000 habitantes (5). Vale ressaltar que a prevalência varia em decorrência das diferenças culturais entre os países, que modula a expressão da identidade de gênero em sociedades mais ou menos abertas à diversidade (6).

No Brasil, a prevalência de transgêneros, descrita em 2021, é de 40 pessoas a cada 5930 brasileiros, ou seja, 0.69% da população. Destes, 20 (0.33%) se identificavam como homens, 20 (0.33%) como mulheres e 71 (1.13%) se identificavam como gênero não binário (7).

1.2.Diagnóstico

O DSM-V propõe critérios para o diagnóstico da DG para crianças, adolescentes e adultos. Para o diagnóstico em adolescentes e adultos, é necessário que haja discrepância intensa entre o sexo de nascimento e o gênero expresso, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por, no mínimo, dois dos seguintes critérios: *i)* forte discrepância entre gênero expresso e as características sexuais; *ii)* anseio em perder as próprias características sexuais; *iii)* forte desejo em possuir características sexuais do gênero oposto; *iv)* anseio em pertencer ao outro gênero; *v)* desejo em ser tratado como o outro; *vi)* crença em possuir reações e sentimentos tipicamente contrário ao gênero designado. A condição deve estar associada ao dano no funcionamento profissional, social ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ou ao sofrimento clinicamente significativo (4)(Quadro 1).

Quadro 1: Critérios para diagnósticos de disforia/ incongruência de gênero em adolescentes e adultos

Critério	Descrição
1	Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/ expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas)
2	Forte desejo de livrar-se das suas características sexuais primárias e/ou secundárias devido ao desconforto acentuado
3	Forte desejo de adquirir as características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero
4	Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a um gênero alternativo diferente do designado)
5	Forte desejo de ser tratado como sendo do outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado)
6	Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado)

Fonte: DSM-V

Já para uma criança ser classificada com DG, deve apresentar escolha por brincadeiras, jogos, brinquedos e papeis tidos como do gênero oposto ao nascimento, além das características

que classificam adolescentes e adultos com DG, sendo que estas manifestações devem ocorrer por, no mínimo, 2 anos (4), (Quadro 2).

Quadro 2: Critérios para diagnósticos de disforia/ incongruência de gênero em crianças

Critério	Desejo/ preferência de:
1	Pertencer ao outro gênero
2	Vestir roupas do outro gênero
3	Assumir o papel do outro gênero
4	Brinquedos e brincadeiras do outro gênero
5	Brincar com crianças do outro gênero
6	Adequar o seu fenótipo
7	Rejeição por brinquedos e brincadeiras do gênero designado
8	Desconforto com a genitália

Fonte: DSM-V

1.3.Afirmação de gênero

Via de regra, a pessoa trans busca ser aceita na sociedade com o gênero ao qual ela se identifica sendo, portanto, necessária a intervenção médica, seja por meio da terapia hormonal cruzada (THC), ou por meio de cirurgia de afirmação de gênero (CAG), para a adequação do seu fenótipo ao gênero ao qual se identifica e para o cuidado à saúde geral dessa população (1).

A THC masculinizante, ou seja, aquela que os homens trans buscam para adequar seu fenótipo, se dá por meio da prescrição de testosterona (T), a qual pode ser administrada, intramuscular ou transdérmica (8). A THC feminizante, ou seja, aquela que as mulheres trans buscam para adequar seu fenótipo, se dá por meio da prescrição de estrógenos e antiandrogênios (9).

A CAG masculinizante consiste no preenchimento do malar, rinoplastia, preenchimento do queixo, vaginectomia, escrotoplastia, faloplastia, metoidoplastia, prótese peniana. A CAG

feminilizante compreende o aumento/ redução do queixo, ritidectomia, *lifting* de sobrancelha, blefaroplastia, rinoplastia, transplante capilar, orquiectomia/penectomia e vaginoplastia (10).

Em 2010, uma revisão sistemática e meta-análise constatou que o cuidado em afirmação de gênero, tanto por meio da THC quanto por meio da CAG, promove melhora em 80% da disforia de gênero, melhora dos sintomas psiquiátricos em 70% das mulheres e 84% dos homens trans, melhora em 80% da qualidade de vida, sendo 84% das mulheres trans e 78% dos homens trans (11). Sendo assim, torna-se evidente a importância da harmonização do fenótipo com o gênero para esses indivíduos.

1.4.Sexualidade e função sexual da população com incongruência de gênero

Sexualidade é uma condição humana que possui importância reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo legitimada como um dos pilares da qualidade de vida do ser humano, estando associada à saúde sexual sendo, portanto, um direito do indivíduo (12).

A sexualidade compreende vários aspectos da vida sendo a função sexual (FS), uma forma de expressão da sexualidade. A FS é a expressão da resposta sexual, que se caracteriza pelas fases do desejo, da excitação, do orgasmo e da satisfação (13). A resposta sexual sofre a influência dos aspectos biológicos, psíquicos, sociais, ambientais e relacionais (intimidade com a parceria, boa comunicação entre eles e frequência sexual adequada) (14). Em situações em que ocorre a inibição parcial ou total da resposta sexual e desconforto emocional da pessoa, este quadro passa a ser classificado como disfunção sexual (DS) (15).

A FS de pessoas trans pode ser alterada pelo tratamento hormonal e cirúrgico. A testosterona promove o desejo sexual e, nas mulheres trans, torna-se bastante reduzida pelo tratamento com altas doses de estrogênio e pelo uso de antiandrogênios e, sendo assim, pode

reduzir o desejo sexual (16). A redução dos níveis de estrogênio com incremento do nível de T no homem trans pode ativar o desejo sexual (17).

Em 2009, Klein C e Gorzalka BB. realizaram uma revisão de literatura e constataram que mulheres trans apresentavam um incremento nas queixas de desejo sexual hipoativo quando comparadas às mulheres cisgênero (18). A redução do desejo sexual também foi constatada em mulheres belgas trans, que recebiam tratamento hormonal onde, 70% delas, referiam a redução do desejo sexual em relação ao período pré-tratamento (19). Nesta população, as mulheres que tinham completado a transição, incluindo a CAG, apresentavam menos queixas sexuais (19). Já o homem trans recebe altas doses de T e, comumente, o desejo sexual é potencializado, principalmente, naqueles que já realizaram a adequação cirúrgica (20).

Na literatura, são escassos os estudos que avaliam a FS de pessoas com IG com base nas fases da resposta sexual. Em 2017, um artigo de revisão aferiu que a literatura é mais vasta com relação à comportamentos de risco e à FS relacionada à capacidade de penetração oral, vaginal e anal dos homens trans após CAG (21).

Recentemente, em 2019, um estudo (22) avaliou a prevalência de DF na população trans, seguindo os critérios de diagnóstico do DSM-IV, sendo mais comum a dificuldade em iniciar o contato sexual, com prevalência de 26% entre as mulheres trans e 32% entre os homens trans, e dificuldade em atingir o orgasmo, com prevalência de 29% para as mulheres trans e 15% para os homens trans. As mulheres trans submetidas a cirurgia, quando comparadas às mulheres trans sem nenhum tipo de intervenção médica, evidenciaram melhor excitação sexual, menor aversão sexual e aumento do desejo sexual após a CAG. Por outro lado, os homens trans sem nenhuma intervenção em relação aos homens trans com CAG, evidenciaram menor frequência de aversão sexual e aumento do desejo sexual após a CAG (22).

Além dos fatores hormonais, indivíduos transgêneros podem ter, também, a FS alterada devido a fatores psicossociais relacionados com distorção da imagem corporal, vergonha e insatisfação com a aparência genital, condições estas que concorrem para aumentar o risco de DF (19).

Sem contar o fato de a sociedade brasileira ser marcada pelo elevado índice de preconceito contra pessoas LGBT. Em 2021, durante a pandemia do vírus Sars-Cov 2, 36% dessa população referiu episódios semanais de discriminação e 10% relatou ter vivenciado episódios de opressão social (23). Na população brasileira, 71.62% da população trans referiu mais de um episódio de discriminação (23). Além disso, as pessoas transgêneras estão sujeitas a sofrer violência por pessoas conhecidas, desconhecidas, familiares, policiais e em locais públicos abertos e fechados. Sabe-se que a a discriminação racial eleva em quatro vezes o risco das pessoas trans sofrerem violência em locais públicos devido à condição trans (24). Vale lembrar que, o estágio final do ciclo de violência, pode ser o homicídio. No período de 2012 a 2016 cerca de 1122 pessoas trans sofreram homicídio no Brasil, dessas 49.5% tinham idade entre 20 e 29 anos, 79.5% eram profissionais do sexo, 76.8% ocorreram em via pública e 49.8% foram realizados por arma de fogo (24). No entanto, ainda existe uma lacuna no conhecimento quanto a qualidade da função sexual dessa população. Considerando a complexidade de fatores da circunstância de vida destas pessoas, é possível que seja alta a prevalência de dificuldades sexuais entre elas.

2. Objetivos:

2.1. Avaliar a função sexual de pessoas com incongruência de gênero.

2.2. Verificar quais as variáveis que predispõem a disfunção sexual nesta população.

3. Justificativa

Devido às características culturais, sociais e específicas encontradas na população trans brasileira somadas ao tabu relacionado ao comportamento sexual nesse país é possível que os achados deste trabalho possam diferir dos resultados encontrados na literatura.

4. Métodos

4.1.Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com pessoas com diagnóstico de IG em seguimento no Ambulatório de Incongruência de Gênero (AING) do Centro de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina, de Ribeirão Preto (FMRP), da Universidade de São Paulo (USP) e no Centro de Saúde e Escola Joel Domingos Machado (CSE) da FMRP/USP.

4.2.Participantes

Foram convidadas para este estudo as pessoas com incongruência de gênero cadastradas no AING a partir de 15/02/2012 correspondendo a uma população total de 237 mulheres e 187 homens. Toda a coleta de dados ocorreu durante o período da pandemia do vírus SARSS-CoV 2, sendo assim os ambulatórios tiveram redução do número dos atendimentos presenciais em 70.63%. Não houve recrutamento remoto ou online. Todos os participantes foram recrutados quando compareceram para as suas consultas presenciais. O primeiro contato com os participantes da pesquisa ocorreu no momento em que compareceram para a consulta de rotina no AING e foram consecutivamente convidados para participarem do estudo. Na sala de espera, a pesquisadora (T.M.R.B.) explicou individualmente, os objetivos da pesquisa e, aqueles que desejaram participar, receberam o termo de consentimento para leitura e assinatura, e foram

conduzidos a uma sala privada, para a resposta aos questionários. A pesquisadora permaneceu no recinto para dirimir eventuais dúvidas.

4.3.**Critério de Inclusão**

Foram incluídos no estudo homens e mulheres transgêneros, maiores de 18 anos, que compareceram para início de tratamento e em tratamento com terapia hormonal isolada ou tendo sido submetido ou não à cirurgia para afirmação de gênero. São considerados homens trans aqueles indivíduos que nasceram do sexo feminino, mas se identificam como homens. Ao passo que para a mulher trans, são aquelas pessoas cujo sexo é masculino, mas sua identidade de gênero é feminina.

4.4.Critério de Exclusão

Foram excluídos indivíduos cujos prontuários não apresentam concentrações de estradiol e testosterona basal e, no mínimo, três (número que define o uso dos hormônios por, pelo menos, seis meses) dosagens desses hormônios durante o seguimento ambulatorial.

4.5.Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob o número CAAE 29969419.8.0000.5440. As atividades práticas deste projeto foram pautadas segundo as normas éticas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com ser humano. A participação dos voluntários na pesquisa dependeu do consentimento, por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento da Pesquisa (Anexo I), o qual apresentou, de forma leiga, os detalhes deste estudo. Vale ressaltar que os voluntários são livres para desistir de participar do estudo, em qualquer momento e sem quaisquer danos ou prejuízos.

4.6.Avaliação hormonal:

Para a análise do colesterol (CT) e de triglicérides (TG) o método utilizado foi enzimático, para a lipoproteína de alta densidade (HDL) foi o método colorimétrico e para a dosagem de TGO e TGP utilizou-se o método UV IFCC. O cálculo da lipoproteína de baixa intensidade (LDL) se deu por meio do emprego da fórmula descrita por Spozito: $ldl = ct - hdl - triglicrides/5$ (25). Ao longo da pesquisa, a unidade de medida adotada pelo laboratório para a análise do estradiol passou de ndg/dl para nmol/L, onde 1 ng/dl equivale a 0.0347 nmol/L. Para isso foi utilizada uma calculadora online para a conversão (26) a fim de padronizar os resultados.

4.7.Procedimentos:

Para o levantamento do perfil hormonal, foi realizada uma revisão dos prontuários dos participantes, desde o início do acompanhamento, dos quais foram extraídos os dados antropométricos (idade, peso, altura, estado civil), laboratoriais e da terapia hormonal (dose utilizada, via de administração, medicamentos utilizados), e os aspectos clínicos e emocionais (dados gineco-obstetricos, efeitos adversos, satisfação com o tratamento).

Para a avaliação da função sexual, foi utilizado o Inventário de Função Sexual Feminino (FSFI) e o Inventário de Função Sexual Masculino (MSFI). Ambos os questionários foram respondidos por homens e mulheres com IG. Além disso, foi utilizado um questionário semiestruturado. Foi realizado um estudo piloto com 10 participantes a fim de verificar a compreensão dos domínios dos questionários empregados. Também foi realizada a avaliação do estado emocional quanto ao risco de ansiedade e depressão, por meio da Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD).

4.8. Avaliação da função sexual

4.8.1. FSFI e MSFI

Para avaliar a função sexual foi utilizado o Inventário da função sexual feminina e masculina (FSFI e MSFI) (Anexo II e III). O FSFI é um questionário autoaplicável, validado para a população brasileira para a avaliação da função sexual feminina (27). Trata-se de um questionário formado por dezenove questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (27). Enquanto o MSFI é um questionário autoaplicável, não validado para a população brasileira para a avaliação da função sexual masculina. Trata-se de um questionário escrito com base no FSFI, formado por dezesseis questões agrupadas em cinco domínios: desejo, excitação, ereção, orgasmo e satisfação (28) Todas as perguntas de ambos os questionários são de múltipla escolha e cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido pior será a função sexual. Um escore ≤ 26,55 no questionário FSFI, predispõem risco para disfunção sexual (29)

4.8.2. Questionário semi-estruturado

Foi aplicado um questionário semiestruturado (Anexo IV), elaborado pelos pesquisadores, contendo questões de múltipla escolha, escala Lickert, resposta binária e resposta aberta: 1) Você se sente: homem, mulher, nem homem nem mulher, agênero, gênero fluido, outro. 2) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? muito insatisfeito(a), insatisfeito(a), satisfeito(a), muito satisfeito(a). 3) Você está satisfeito(a) com sua aparência física? Sim, não. 4) Qual a fase da sua resposta sexual está ruim? Desejo, Excitação, Orgasmo, Nenhuma dessas. 5) Você se sente discriminado(a)? Sim, Não. 6) Onde você se sente discriminado(a)? Na escola, no trabalho, na sociedade em geral, na família, em nenhum lugar. 7) Utilize estas 2 linhas para escrever o que desejar

O tempo gasto para responder a estes questionários foi, aproximadamente, de 20 a 30 minutos e, se os participantes se sentissem constrangidos(as) em responder às questões, poderiam desistir da participação e não seriam incluídos(as) na análise. Caso os participantes necessitassem assistência imediata, o AING no HC ou no CSE encontravam-se disponíveis para auxílio.

Para a aplicação dos questionários os voluntários da pesquisa foram encaminhados para uma sala privativa, a qual o indivíduo poderia responder o que quisesse sem que a pesquisadora intervisse. Caso o paciente referisse ter alguma dúvida com relação a alguma terminologia presente nos instrumentos, a pesquisadora esclarecia sem influenciar na resposta.

Considerando o nível educacional de alguns respondentes foi feita uma explicação detalhada sobre a pergunta quatro do questionário semiestruturado, uma vez que não houve uma avaliação prévia sobre o nível de conhecimentos dos voluntários sobre resposta sexual. Sendo assim, foi realizada uma tentativa de aproximar o tema o máximo possível para os pacientes.

4. 8 Avaliação do estado emocional

Para a avaliação do estado emocional quanto ao risco de ansiedade e depressão, foi utilizada a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD) (Anexo V). 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. Tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (25).

5. Estatística

5.1 Cálculo do tamanho da amostra:

O cálculo amostral foi realizado considerando uma taxa de disfunção sexual de 67% (26), com um erro absoluto tolerável de 13% com um coeficiente de confiança de 95%, verificou-se serem necessários 51 homens trans e 51 mulheres trans dentro de uma amostra de conveniência.

5.2 Análises estatísticas:

Foi realizada uma análise exploratória de dados através de medidas de posição central e de dispersão. As variáveis qualitativas foram resumidas considerando as frequências absolutas e relativas.

Para verificar se existe uma associação entre as variáveis qualitativas em relação ao gênero, foi aplicado o teste qui-quadrado. Já para verificar se existe uma diferença estatística do gênero em relação às variáveis quantitativas foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes.

Um modelo de regressão logística foi construído para estimar a associação das variáveis preditoras em relação ao FSFI categorizado. Este modelo estima a medida de tamanho de efeito odds ratio. O odds ratio quantifica a associação entre duas variáveis categóricas.

As análises foram implementadas no programa SAS versão 9.4.

A questão aberta “Utilize estas 2 linhas para escrever o que desejar" foi analisada através da modalidade de análise de conteúdo temática (27). Esta análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real (28). Ela permite a inferência de conhecimentos, por meio de procedimentos especializados e científicos, apresentando rigor científico no campo das ciências sociais (27). Segundo BARDIN (2009), a análise de conteúdo se organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos

resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento do primeiro contato com os documentos da coleta de dados e seus conteúdos, momento em que se começa a conhecer e a se familiarizar com o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses, com base nos objetivos do estudo; (d) determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise, neste momento é possível organizar o material de acordo com os conteúdos similares (27). A segunda fase se constitui pela exploração do material, que consiste na definição das categorias e subcategorias. Esta fase é marcada pela leitura exaustiva do material, a fim de que sejam definidas as categorias. O critério utilizado para elaboração das mesmas é semântico, podendo ser uma palavra ou um tema. Nesse momento, o texto é desmembrado, sendo classificado em categorias. As categorias são classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (27). Nessa fase se dá a definição das categorias temáticas do estudo. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa, ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais (27). Chega-se à interpretação quando se realiza a síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos e as inferências realizadas.

6. Resultados:

6.1. Características da amostra

Foram convidados o estudo 110 pessoas que compareceram para consulta médica no Ambulatório de Sexualidade Humana e de Incongruência de Gênero. Desses, 108 aceitaram participar e foram incluídos, sendo 58 (53.70%) homens e 50 (46.30%) mulheres, cujas características antropométricas, clínicas, sociais e comportamentais encontram-se

discriminadas na Tabela 1. O número de participantes do estudo equivale a quase 50% de toda a população trans frequentadora do serviço secundário de saúde. A Figura 1 representa o fluxograma referente ao recrutamento e realização das atividades de pesquisa.

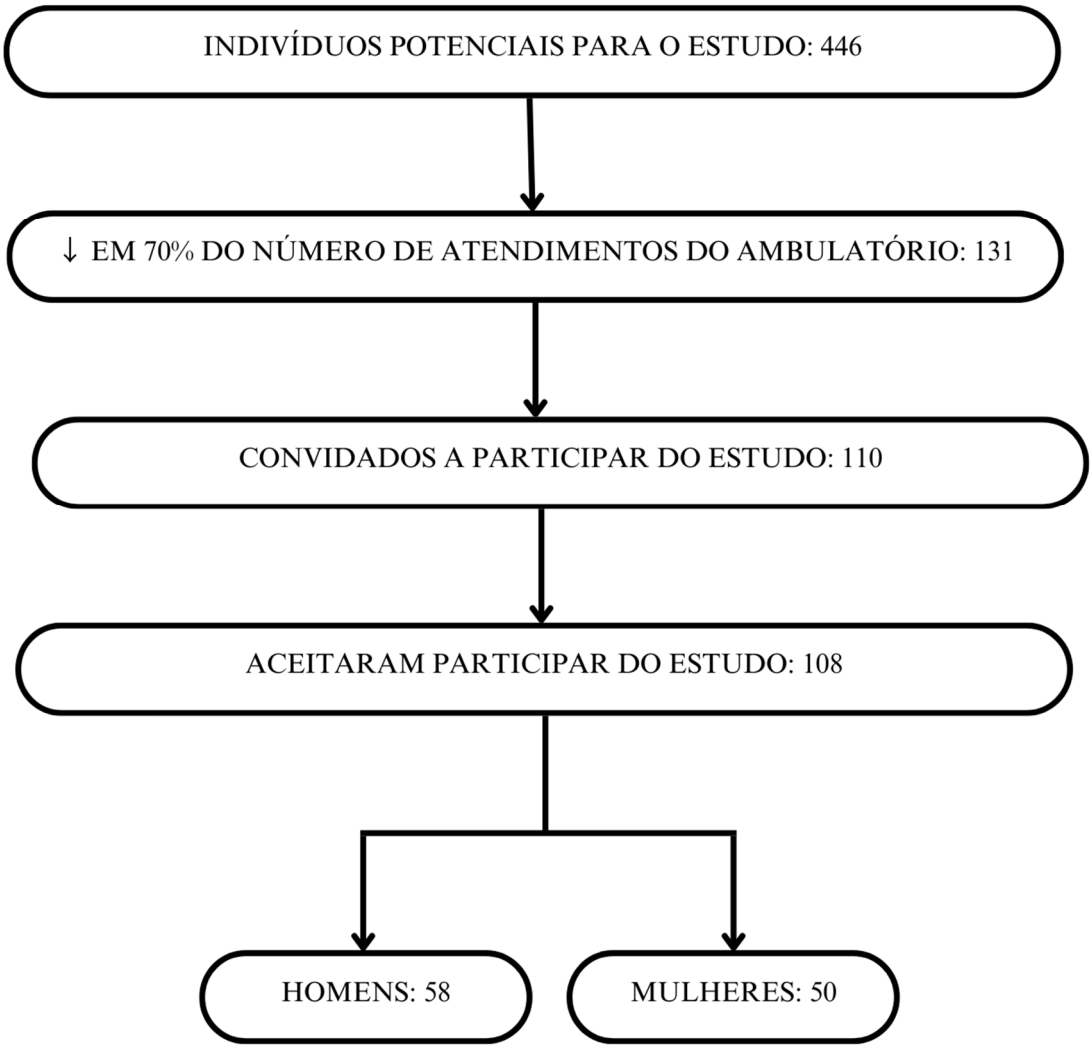

Figura 1: Fluxograma das etapas do estudo

A avaliação das variáveis clínicas e demográficas evidencia que a população de transgêneros avaliada nessa pesquisa encontrava-se na faixa etária entre 27 e 30 anos. A maioria dos participantes tinha até 12 anos de estudo (ensino médio completo), 37,8% dos homens transgêneros e 22,2% das mulheres transgêneras encontravam-se em união estável com

tempo de relacionamento de 0.74 anos e 1.75 anos, respectivamente. Em relação à condição clínica, cerca de 30% dos homens e 58% das mulheres referiram comorbidades. Em torno de 26% dos homens apresentaram efeitos adversos devidos ao uso da T tais como agressividade, diminuição do desejo sexual, sangramento mensal, acne, elevação da transaminase, irritabilidade, cefaleia e, 45% das mulheres referiram efeito adverso ao uso do valerato de estradiol tais como cefaleia, dor pélvica, mastalgia, humor depressivo, sensibilidade mamilar, galactorreia, dor testicular, acne, queda capilar, irritabilidade, enjoo, diminuição da ereção e da ejaculação. A satisfação com a THC foi referida por 90% dos homens e 85% das mulheres trans.

Dezesseis por cento dos homens e 29% das mulheres já haviam realizado alguma cirurgia de afirmação de gênero, sendo 10% mastoplastia masculinizadora, 6% prótese mamária, 2% tireoplastia, 2% rinoplastia, 2% orquiectomia e 3% dos homens e 16% das mulheres mais de uma intervenção (mastoplastia masculinizadora associada à histerectomia, vaginoplastia associada à mamoplastia de aumento, mamoplastia de aumento associada à gluteoplastia de aumento, rinoplastia associada à tireoplastia e rinoplastia associada à mamoplastia de aumento).

Em relação ao comportamento sexual da população, a sexarca ocorreu com idade média de 15 anos, tanto para homens como para mulheres, sendo que a média do número de parceiros sexuais dos homens foi de 5 e das mulheres 13.

O tempo de TCH da amostra foi de dois anos e meio para os homens e cinco anos para as mulheres, sendo que os homens fizeram uso de Cipionato de testosterona intramuscular 200mg/2ml diário a cada 21 dias, e as mulheres Valerato de estradiol via oral associada à Ciproterona 25 mg/ dia.

Tabela 1: Características antropométricas, clínicas, sociais e comportamentais dos participantes transgêneros (N=108)

Variáveis	**Homens N (%)**	**Mulheres N (%)**	**P-valor**
Gênero	58 (53.70)	50 (46.30)	
IMC ≥ 24.9	22 (55)	15 (39.47)	0.17
Etnia			
Branca	30 (61.22)	28 (56)	
Negra	4 (8.16)	8 (16)	0.49
Parda	14 (28.57)	14 (28)	
Amarela	1 (2.04)	0 (0)	
Grau de escolaridade			
Até 12 anos de estudo	13 (59.09)	23 (60.52)	0.87
≥ 12 anos de estudo	9 (40.91)	15 (39.47)	
União estável	17 (37.78)	6 (22.22)	0.17
Anticoncepção	10 (17.24)		
Usa pênis na relação sexual		11 (39.29)	

Comorbidades	17 (29.31)	29 (58)	0.0026
Efeitos adversos à THC	15 (26.32)	13 (44.83)	0.08
Satisfação com tratamento (sim)	37 (90.24)	22 (84.62)	0.48
Cirurgias (sim)	9 (15.52)	14 (28.57)	0.10
	Média ± DP	**Média ± DP**	
Idade	27.74 ± 7.51	30.64 ± 8.97	0.10
IMC	27.02 ± 5.98	24.24 ± 4.74	0.02
Nº filhos	0.10 ± 0.36	0.02 ± 0.14	0.13
Tempo relacionamento (em anos)	0.74 ± 0.94	1.75 ± 0.50	0.03
Menarca	12.78 ± 2.02		
Sexarca	15.78 ± 3.34	15.05 ± 2.73	0.33
Nº parceiros sexuais	4.96 ± 2.97	12.72* ± 11.52	0.001
Frequência de relações sexuais (semanais)	1.74 ± 1.45	2.73 ± 1.85	0.04

Tempo de uso de THC	2.67 ± 1.26	4.55 ± 4.99	0.31
THC	Cipionato de Testosterona intramuscular	Valerato de estradiol via oral associada à ciproterona	

IMC: índice de massa corporal; DP: desvio padrão; THC: terapia hormonal cruzada; *uma participante excluída da análise por ter sido considerada *outlier*

A Tabela 2 evidencia a comparação entre homens e mulheres transgêneros em relação à orientação sexual e às vivências sexuais.

Tabela 2: Orientação sexual e vivência sexual de homens e mulheres transgêneros (N = 108)

Variáveis	**Homens (N = 58) N (%)**	**Mulheres (N = 50) N (%)**	**P-valor**
Orientação sexual			
Heterossexuais	51 (92.53)	41 (87.23)	
Bissexuais	1 (1.82)	4 (8.51)	0.29
Homossexuais	3 (5.45)	2 (4.26)	
Vivência/experiência sexual			
Heterossexuais	44 (88)	41 (87.23)	

Bissexuais	4 (8)	4 (8.51)	0.99
Homossexuais	2 (4)	2 (4.26)	

6.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

A Tabela 3 evidenciou a compilação dos dados do HAD, na qual 51.72% dos homens e 64% das mulheres apresentaram escore compatível com risco de ansiedade e 24.14% dos homens e 26% das mulheres apresentaram escore de risco para depressão. Não houve diferença significativa entre os grupos na comparação deste instrumento.

Tabela 3: Avaliação do estado emocional dos participantes transgêneros por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (N=108)

Domínio	**Homens (N=58)** **N (%)**	**Mulheres (N=50)** **N (%)**	**P-valor**
Escore ansiedade ≥ 8	30 (51.72)	32 (64)	0.19
Escore depressão ≥ 9	14 (24.14)	13 (26)	0.82

6.3. Índice de Função Sexual Feminina e Masculina (FSFI e MSFI)

Enquanto os participantes do estudo respondiam aos questionários referentes à FS, surgiram eventuais dúvidas por parte de toda a amostra, as quais a pesquisadora esclareceu naquele mesmo momento. A compilação dos dados do FSFI (versão feminina) mostrou que 55% dos homens e 82% das mulheres apresentaram escore total do FSFI ≤ 26.55. Na versão feminina do FSFI, os homens trans apresentaram o escore total e os domínios excitação, lubrificação,

orgasmo e satisfação significativamente maiores em relação às mulheres trans. Na versão masculina do FSFI, descrito na tabela como MSFI, os homens trans apresentaram o escore total e os domínios excitação, ereção, orgasmo e satisfação significativamente maiores em relação às mulheres trans (Tabela 4).

Tabela 4: Avaliação da função sexual pelo Índice da Função Sexual versão feminina e masculina em homens e mulheres transgêneros (N=108)

Domínio	**Homens (N = 58)**	**Mulheres (N = 50)**	**P-valor**
	Média ± DP	**Média ± DP**	
MSFI			
Escore total	21.25 ± 7.86	15.15 ± 8.79	0.0002
Desejo	4.28 ± 1.31	3.86 ± 1.41	0.12
Excitação	4.40 ± 1.78	2.78 ± 2.10	<.0001
Ereção	3.69 ± 2.43	2.61 ± 2.24	0.01
Orgasmo	4.48 ± 1.89	2.99 ± 2.27	0.005
Satisfação	4.30 ± 2.18	3.33 ± 3.73	0.004
FSFI			
Escore total	23.30 ± 8.81	17.24 ± 9.96	0.0023
Desejo	4.74 ± 5.95	3.72 ± 1.41	0.25
Excitação	4.36 ± 1.72	2.88 ± 2.08	<.0001

Lubrificação	4.58 ± 1.94	2.74 ± 2.21	<.0001
Orgasmo	4.37 ± 2.00	3.21 ± 2.31	0.0051
Satisfação	4.49 ± 2.06	2.99 ± 2.22	<.0001
Dor			0.15
	N (%)	**N (%)**	
Escore total ≤ 26.55	32 (55.87)	41 (82)	0.0002

6.4. Avaliação semiestruturada

Na avaliação semiestruturada 57 (52.78%) dos indivíduos se identificavam como homens, 1 (0.92%) como agênero, o qual referiu preferência por se portar perante a sociedade como um homem fazendo uso de testosterona, sendo, portanto, inserido no grupo de homens, e 50 (46.29%) como mulher.

Sobre a satisfação sexual, 14 (23.72%) dos homens referiram estarem muito insatisfeitos sexualmente, 3 (5.08%) insatisfeitos, 11 (18.64%) nem satisfeitos, nem insatisfeitos, 14 (23.72%) satisfeitos e 18 (30.50%) muito satisfeitos sexualmente. Já as mulheres, 9 (18%) delas referiram estarem muito insatisfeitas sexualmente, 6 (12%) insatisfeitas, 15 (30%) nem satisfeitas, nem insatisfeitas, 14 (28%) satisfeitas e 5 (10%) muito satisfeitas sexualmente.

Sobre as fases da resposta sexual, 8 (13.55%) dos homens referiram redução do desejo sexual, 2 (3.38%) disfunção de excitação, 6 (10.16%) disfunção orgásmica. Entre as mulheres, 9 (18%) referiram queixas de redução do desejo sexual, 9 (18%) disfunção de excitação, 3 (6%) disfunção orgásmica e 4 (8%) referiu mais de uma disfunção sexual.

A respeito da imagem corporal, 23 (33.9%) dos homens e 17 (34%) das mulheres estavam satisfeitos. A insatisfação com a imagem corporal pelas mulheres trans foi também evidenciada na questão aberta por sete (14%) voluntárias, como pode ser observado pelo trecho escrito por uma mulher de 23 anos: “Me sentir bem com o meu reflexo no espelho está sendo mais difícil a cada dia”.

Sobre a questão referente à discriminação, 22 (37.28%) dos homens referiram sentirem-se discriminados, sendo 9 (15.25%) na sociedade em geral, 3 (5.08%) na família e 11 (18.64%) em mais de um lugar. As repercussões da discriminação também foram evidenciadas por um voluntário na questão aberta: “Não ser discriminado ou criticado pela minha família” (homem, 26 anos). Enquanto 26 (52%) das mulheres referiam se sentirem discriminadas, sendo 19 (38%) na sociedade em geral, 2 (4%) na família e 10 (20%) em mais de um lugar. As voluntárias respondentes da questão aberta também evidenciaram a discriminação em suas respostas: “Preconceito hoje em dia é camuflado com olhares” (mulher, 29 anos), “Não me sinto à vontade, um pouco discriminada pela aparência física por não ter passabilidade” (mulher, 51 anos).

Cinquenta e oito (53.70%) pessoas responderam à questão aberta e dessas 32 (55.17%) eram homens e 26 (44.82%) mulheres e o resultados foram agrupados de acordo com o tema central da resposta:

Aparência física: Quatorze (43.75%) homens e 10 (38.49%) mulheres escreveram sobre a aparência física: “A mudança na aparência é extremamente importante para quem eu sou hoje, faria com que tudo o que desejei quando criança se realizasse. Estaria finalmente completo.” (homem, 21 anos); "Desejo olhar no espelho e me sentir satisfeita, sem pelos e com aparência o mais feminina possível.” (mulher 23 anos).

Cirurgia da afirmação de gênero: 8 (57.14%) homens e 5 (50%) mulheres escreveram especificamente sobre a cirurgia de afirmação de gênero: "O que mais me incomoda em ser trans é ter mamas, nunca vou estar satisfeito enquanto as tiver" (homem, 26 anos); "Única coisa para me sentir melhor com meu corpo é fazer a mastectomia" (homem, 22 anos); "Gostaria que a cirurgia não fosse tão demorada e que o HCRP fizesse a cirurgia de afirmação de gênero". (mulher, 33 anos); "Conseguir completar o meu corpo." (mulher, 42 anos)

Sentimentos, estado de humor e emoções: Nove (28.125%) homens e 3 (11.53%) mulheres expuseram seus sentimentos: "Sentir vontade de viver tem sido cada vez mais difícil" (homem, 18 anos); "Que eu seja feliz independente de qualquer coisa" (homem, 22 anos); "...desenvolvi depressão com impulsividade suicida (8 tentativas em 2 anos)" (mulher, 40 anos); "Me sinto sozinha às vezes." (mulher, 20 anos). Um (3.125%) homem e uma mulher (3.84%) transcreveram frases sobre sentimentos sugerindo uma possível situação de discriminação social: "Desejaria poder perder o medo de ser quem sou." (homem, 29); "Viver sem medo e me amar mais (mulher, 25)".

Convívio social: Seis (18.75%) homens e 3 (11.53%) mulheres relataram sobre o convívio social: "Trabalho no RH de uma grande empresa e convivo com pessoas que me respeitam (homem, 33 anos); "A dificuldade da sociedade entender que nós, pessoas trans, existimos, é muito triste de se ver (homem, 29 anos)"; "Infelizmente em quase todos os lugares acabo sendo discriminada" (mulher, 20 anos).

Autoestima: 4 (15.38%) mulheres escreveram frases indicando elevada autoestima/ aceitação consigo mesma: "Eu me sinto bem comigo mesma e não me sinto da maneira como as pessoas se referem a mim" (mulher, 51 anos). Três (11.53%) mulheres declaram anseio por igualdade entre indivíduos trans e cisgêneros: "Desejo que toda a população trans tenha um acolhimento

e condições de vida, como uma pessoa normal. E que tenha esperança de um mundo melhor." (mulher, 23 anos).

Função sexual: Três (9.375%) homens e 2 (7.70%) mulheres reproduziram questões relacionadas à função sexual: "Não me sinto bem em relação ao meu peso e isso atrapalha a minha vida sexual (homem, 27 anos)"; "Depois da cirurgia de afirmação de gênero… atividade sexual frustrada devido a muitas dores e não sentir prazer (mulher, 40 anos)"; "Estou insatisfeita com a minha vida sexual com relação à frequência, queria que fosse maior (mulher, 38 anos)". O voluntário agênero e que referiu preferência por fenótipo masculino (1 (3.125%) do grupo dos homens) trouxe em sua frase sua própria opinião com relação à distinção de gêneros: "A mudança fisiológica mostra que não tem tanta diferença entre os "sexos", mas como fossem bases parecidas com diferentes níveis hormonais (agênero, 23 anos)".

6.5. Perfil laboratorial

A Tabela 5 evidencia a variação das concentrações hormonais (testosterona, estradiol, HDL, LDL, TGO e TGP) dos homens trans nos tempos basal, três meses e doze meses após o início da TCH.

Houve aumento significativo de T em homens trans (Tabela 5) que atingiu 125.74% em relação à medida basal após 12 meses de THC. Ao mesmo tempo houve redução de 21.57% de estradiol, de 9.8% de HDL, de 8.58% de triglicérides, de 24.45% de TGO. E um aumento significativo de 27.45% no LDL e de 31.51% no TGP.

Tabela 5: Variação dos índices laboratoriais de homens tratados com cipionato de testosterona intramuscular 200mg/2ml diário (N=58)

Variáveis	**Basal**	**3 meses**	**Basal vs. 3m (%)**	**12 meses**	**Basal vs. 12 m (%)**
Testosterona (nmol/L)	5.44 ± 10.34	10.53 ± 8.90	93.57	12.28 ± 14.56	125.74
Estradiol (pg/ml)	73.85 ± 86.43	53.48 ± 14.66	-27.58	57.92 ± 35.63	-21.57
HDL (mg/dl)	47.94 ± 13.65	44.10 ± 11	-8.01	43.24 ± 9.49	-9.80
LDL (mg/dl)	87.89 ± 28.92	93.62 ± 30.65	6.52	112.02 ± 29.41	27.45
Triglicérides	90.02 ±	87.46 ± 31.49	-2.84	82.30 ± 47.65	-8.58

(mg/dl)	51.58				
TGO (U/L)	30.10 ± 27.05	20.83 ± 6.31	-30.80	22.74 ± 9.02	-24.45
TGP (U/L)	18.79 ± 8.60	23.13 ± 14.22	23.10	24.71 ± 20.61	31.51

HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; TGO: transaminase glutâmico oxalacética; TGP: transaminase glutâmica pirúvica

A Tabela 6 evidencia a variação das concentrações hormonais (testosterona, estradiol, HDL, LDL, TGO e TGP) das mulheres trans nos tempos basal, seis meses e doze meses após o início da terapia hormonal cruzada.

Houve redução significativa em mulheres trans (Tabela 6) que atingiu 86.95% em relação à medida basal após 12 meses de THC. Ao mesmo tempo houve aumento de 3.22% no HDL, de 275.59% nos triglicérides, de 39.03% no TGO e de 47.11% no TGP. E redução de 17.11% no LDL.

Tabela 6: Variação dos índices laboratoriais das mulheres tratadas com valerato de estradiol via oral associada à ciproterona 25 mg/ dia (N=50)

Variáveis	Basal	6 meses	Basal vs. 6m (%)	12 meses	Basal vs. 12m (%)
Testosterona (nmol/L)	6.82 ± 8.06	1.80 ± 1.50	-73.61	0.89 ± 1.39	-86.95
Estradiol (pg/ml)	63.31 ± 96.41	167.91 ± 145.14	165.22	67.37 ± 58.35	6.41
HDL (mg/dl)	44.98 ± 9.29	52.36 ± 16.89	16.41	46.43 ± 12.64	3.22
LDL (mg/dl)	128.79 ± 183.01	115.38 ± 27.43	-10.41	106.76 ± 29.87	-17.11
Triglicérides (mg/dl)	92.76 ± 57.42	118.77 ± 62.63	28.04	348.40 ± 1128.05	275.59
TGO	19.78 ± 5.89	19 ± 4.55	-3.94	27.50 ± 37.65	39.03

(U/L)					
TGP (U/L)	21.12 ± 7.99	18.63 ± 13.79	-11.79	31.07 ± 25.41	47.11

HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; TGO: transaminase glutâmico oxalacética; TGP: transaminase glutâmica pirúvica

6.6. Modelo de regressão logística

A Tabela 7 mostra os resultados da estimativa de modelo de regressão logística com análises univariadas como sendo risco para disfunção sexual e evidencia que idade, IMC, grau de escolaridade, etnia, estado civil, orientação sexual, cirurgia de afirmação de gênero, satisfação com a terapia hormonal cruzada e ter experimentado discriminação não predispõem à disfunção sexual. Ao passo que o gênero, ou seja, ser mulher, não estar satisfeito com a imagem corporal, ter risco para ansiedade e risco para depressão são fatores de risco para a disfunção sexual.

Tabela 7: Estimativas do odds ratio bruto, seguida dos respectivos intervalos de confiança 95%, das variáveis exploratórias estudadas em relação ao desfecho FSFI (escore ≤ 26,55)

		IC 95%	
Variáveis	**Odds ratio**	**LI**	**LS**
Gênero	0.252	0.104	0.612
Idade	0.995	0.948	1.044
IMC	1.477	0.562	3.881
Grau escolaridade	0.598	0.178	2.014
Etnia	0.921	0.38	2.232
Estado civil	0.471	0.158	1.399

Orientação sexual (hetero vs homo)	1.378	0.218	8.688
Orientação sexual (homo vs bi)	2.667	0.158	45.141
Cirurgia	0.635	0.226	1.784
Satisfação THC	4.47	0.516	38.727
Satisfação imagem corporal	2.540	1.114	8.702
Discriminação	0.733	0.324	1.658
Ansiedade	0.318	0.139	0.73
Depressão	0.182	0.051	0.654

IMC: índice de massa corporal; THC: terapia hormonal cruzada

A Tabela 8 mostra os resultados da estimativa do modelo de regressão logística com análises multivariadas evidenciando que as variáveis ansiedade e satisfação com a imagem corporal perdem o efeito e, ser mulher (odds ratio 0,242) e ter depressão (odds ratio 0,22) são fatores de risco para a disfunção sexual.

Tabela 8: Estimativas do odds ratio ajustado, seguida dos respectivos intervalos de confiança 95%, das variáveis exploratórias em estudo em relação ao desfecho FSFI (escore ≤ 26,55)

		IC 95%	
Variáveis	**Odds ratio**	**LI**	**LS**

Gênero	0.242	0.095	0.615
Satisfação imagem corporal	1.796	0.094	0.614
Ansiedade	0.51	0.202	1.289
Depressão	0.22	0.055	0.88

7. Discussão

O presente estudo teve como objetivos avaliar a função sexual de pessoas com incongruência de gênero e verificar quais as variáveis que predispõem a disfunção sexual nesta população. Foi demonstrado que 55% dos homens e 82% das mulheres apresentam risco para DF (FSFI ≤ 26.55). Por outro lado, a análise semiestruturada da satisfação com a vida sexual evidenciou que 30% das mulheres estavam insatisfeitas ou muito insatisfeitas com a vida sexual e que 30% referiu neutralidade em relação a esta variável. Já em relação aos homens, 17% referiu estar insatisfeito ou muito insatisfeito e 18% referiu estar neutro em relação à satisfação com a sua vida sexual. Foi possível observar que a avaliação semiestruturada complementa/confronta os dados do FSFI nas versões masculina e feminina. A discrepância encontrada entre o escore total do FSFI e os dados da satisfação sexual obtidos pela escala Likert, sugere a necessidade de questionários específicos validados para avaliação adequada da função sexual dessa população.

O FSFI e outros instrumentos validados para a população cis tem sido utilizados sistematicamente, para avaliar a função sexual de pessoas trans (29), e os resultados podem não corresponder a real condição da saúde sexual delas, o que pode dificultar a elaboração de protocolos para o cuidado à função sexual dessa população.

Um estudo com mulheres trans holandesas evidenciou que 44.4% delas apresentaram escore no FSFI ≤ 26,55 (30). São muitos os desafios para a avaliação da função/resposta sexual na população trans. Um estudo recente realizado pelo nosso grupo de pesquisa avaliou o emprego de questionários não validados para avaliar a função sexual da população trans em pesquisas, o que pode trazer resultados discrepantes (29). No referido estudo, encontramos fraca evidência de que a cirurgia de afirmação de gênero melhora a função sexual. Além do uso de instrumentos não validados, contribuíram para este resultado, o emprego de termos inadequados para avaliar as fases da resposta sexual como "libido" em vez de desejo sexual, e "desconforto sexual" em vez de dor na relação sexual (29). Além disso, alguns domínios, como ereção peniana nos homens trans e lubrificação vaginal nas mulheres trans, não podem ser mensurados pelo FSFI e MSFI, devido às características biológicas de cada um.

Atualmente, já foi desenvolvido e validado o *male-to-female sexual function index* (o-MtFSFI) para avaliar a FS de mulheres trans operadas (31) e o *Transmasculine Sexual Functioning Index* (TM-SFI) para homens trans, operados ou não (32). A maioria dos participantes do nosso estudo não realizou a cirurgia de afirmação de gênero, o que motivou a aplicação de um questionário semiestruturado em associação ao FSFI e MSFI, uma vez que ambos não foram validados para a língua portuguesa.

Além disso, são escassos estudos que avaliem a FS da população trans brasileira. Como o recrutamento dos participantes resultou em quase metade de toda a população frequentadora do serviço secundário de saúde, o presente estudo ressalta a importância para os profissionais de saúde em ter conhecimento deste aspecto da vida do indivíduo.

Chama a atenção as altas taxas (82%) de risco para disfunção sexual em mulheres trans na avaliação pelo FSFI. Na avaliação semiestruturada 60% delas, apresentou neutralidade ou insatisfação com a função sexual. A literatura evidencia que a prevalência de desejo sexual hipoativo nas mulheres trans é três vezes maior em relação as mulheres cis, e atinge um terço

da população trans (33,9%) (33). É conhecido que o estradiol em altas doses utilizado na THC, principalmente quando está associado ao antiandrogênico (Ciproterona, Espirolactona), leva a uma redução acentuada da testosterona endógena (34), o que pode estar associado a redução do desejo sexual nestas mulheres. Isto já foi demonstrado em um estudo prévio que evidenciou que a redução da testosterona no corpo masculino ou feminino afeta a resposta sexual (16).

A repercussão negativa da queda de T na vida sexual de mulheres trans é um problema que pode afetar a qualidade de vida e carece da existência de estratégias para abordagem desse efeito adverso da THC. Em que pese os resultados dos estudos evidenciando que a supressão da T reduz desejo sexual espontâneo e responsivo nos primeiros três meses da THC, ocorre melhora do desejo sexual após três anos de uso (35). Isso sugere que a aquisição de características fenotípicas de afirmação de gênero pode contribuir para uma resposta sexual adequada. Vale lembrar que no caso das mulheres trans, isto pode não se confirmar, uma vez que, mesmo após a cirurgia de afirmação de gênero, elas ainda apresentam altas taxas de disfunção sexual (29), o que sugere o papel importante dos hormônios na função sexual humana. De fato, uma estratégia para mitigar as queixas sexuais devidas à queda das concentrações hormonais é a add-back terapia com T exógena, no caso de desejo sexual hipoativo na mulher trans, evidenciando um aumento do desejo sexual de maneira similar à mulheres cis, e sem apresentar efeitos adversos (36).

Chama a atenção o fato de que a resposta sexual dos homens trans apresenta melhor média de escore tanto na versão feminina do FSFI, quanto na versão masculina em relação às mulheres trans. Esse achado embasa a ideia da influência da T sobre as fases da resposta sexual. No corpo feminino de mulheres cis submetidas à histerectomia, com ou sem ooforectomia, o uso de Enantato de T intramuscular resultou em aumento da concentração de T livre e melhora da função sexual, principalmente com o aumento do impulso sexual, do desejo, da excitação e da frequência sexual (37). Em um estudo com homens trans europeus, também foi observado

o aumento do desejo sexual (espontâneo e responsivo) nos primeiros três meses de uso de T (38). No entanto, uma parcela expressiva de homens trans (55.87%) de nossa amostra apresentou escore no FSFI ≤ 26,55. Isto reforça o caráter multidimensional da resposta sexual humana nos seus aspectos biológicos, psíquicos, emocionais, ambientais, diádicos, entre outros. Mas, é interessante lembrar que existe um nível adequado de T base (300 µg/dia) para promover a função sexual adequada em um corpo feminino (8). O excesso de androgênios pode culminar com disfunção sexual por mecanismos ainda não esclarecidos no homem trans. Estudos prospectivos e controlados precisam ser desenhados para esclarecer este possível efeito adverso da T no homem trans.

Vale ressaltar que a pesquisadora esteve presente enquanto os participantes respondiam aos questionários, o que se mostrou necessário visto que todos os participantes da pesquisa em algum momento apresentaram dúvidas com relação às terminologias da resposta sexual humana. Isto evidencia a carência dessa população com relação aos aspectos de saúde e qualidade de vida, se fazendo necessário maiores intervenções com grupos terapêuticos a fim de promover saúde a essa população, por meio de orientações gerais sobre os pilares de qualidade de vida de um indivíduo.

A análise multivariada da nossa amostra evidenciou que sintomas de ansiedade e depressão, ser mulher trans e a insatisfação com a imagem corporal podem prejudicar a função sexual. Estes aspectos são cofatores para as disfunções sexuais em homens e mulheres, independente do gênero. Uma revisão de literatura evidenciou que a saúde mental, os sintomas de ansiedade e depressão, a qualidade dos relacionamentos interpessoais, a ação hormonal endógena, ter história de abuso sexual, apresentar atitude negativa com relação ao sexo, a insatisfação com a imagem corporal e o uso abusivo de substâncias psicoativas, predispõem à disfunção sexual em mulheres cisgêneras (39). A dificuldade com a autoimagem é uma constante na população trans no Brasil, que sofre na longa fila de espera aguardando pela

cirurgia de afirmação de gênero no serviço público de saúde. Os procedimentos para afirmação de gênero compostos pela THC e cirurgia de afirmação de gênero, são, para muitos, necessários para melhorar a imagem corporal e a satisfação com a aparência nessa população (40).

A regressão logística multivariada evidenciou também, que ter sintomas depressivos e ser mulher trans são riscos para disfunção sexual. Já está bem estabelecido na literatura que o adoecimento psíquico pode contribuir para diversas disfunções sexuais, como disfunção de excitação, dificuldade em atingir o orgasmo e insatisfação sexual (41).

Alguns aspectos que podem comprometer o bem estar das pessoas trans foram evidenciados pela análise qualitativa dos dados obtidos das respostas às questões abertas. Daí surgiram falas de sintomas depressivos e isolamento social, bem como do estigma social que vivenciam. Em nossa amostra, o estigma surgiu durante a avaliação qualitativa do questionário semiestruturado: "A dificuldade da sociedade entender que nós, pessoas trans, existimos, é muito triste de se ver" (homem trans, 29 anos), "Preconceito hoje em dia camuflado com olhares" (mulher trans, 29 anos). O estigma estruturado na sociedade contra a população trans contribui para o estresse cognitivo, afetivo e comportamental dessas pessoas. (44)

É importante ressaltar que toda a produção de dados desse estudo ocorreu durante a pandemia de Covid-19. Um estudo brasileiro evidenciou que 63% dos participantes trans referiram que o distanciamento social interferiu negativamente na sua vida pessoal, sendo que 54.7% tiveram piora na vida econômica e 19.8% na vida sexual. Além disso, 26.7% tiveram dificuldades em acessar lugares de cuidado em saúde e 88.4% dos participantes relataram também sintomas de adoecimento psíquico (42). Esses dados vão de encontro ca uma revisão, na qual evidenciou taxa de desemprego em transgêneros maior do que em cisgêneros, respectivamente 19% e 12%. Além disso, a atenção em saúde se tornou uma barreira para a população trans durante a pandemia, tanto com relação às clínicas especializadas, quanto com o cuidado geral. Sem contar o aumento da prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e

pensamento suicida (43). Esses dados são importantes, pois tanto a preocupação econômica, quanto a saúde mental e o acesso em cuidado à saúde contribuem para uma piora da função sexual (40). Uma revisão sistemática e meta-análise evidenciou que durante o período pandêmico houve piora significativa da função e satisfação sexual tanto de homens e mulheres cis quanto transgêrenas (44).

Chama a atenção o fato dos homens trans terem menor número de parceiros sexuais quando comparados às mulheres trans. Este dado é contrário ao que ocorre com a população cisgênera, cujos resultados apontam para um número de parceiros sexuais significativamente maior entre os homens em relação ao número de parceiros referidos pelas mulheres (45). Em 2009, o estudo de Todd (46) replicou o estudo anterior e confirmou os mesmos achados. Um estudo populacional americano evidenciou que em 2002, a discrepância quanto ao número de parceiros sexuais por gênero permanecia a mesma entre pessoas cis, porém dados do período de 2011 a 2013 essa diferença não foi significativa (47), mostrando então que o comportamento sexual tem sido modificado ao longo do tempo.

É interessante observar que o comportamento sexual de homens trans é similiar ao comportamento sexual de mulheres cisgêneras, quanto ao número de parceiros sexuais e frequência de relações sexuais que variam nas diferentes culturas, e nas diferentes idades. Na Europa as mulheres cis de 25 a 29 anos têm frequência sexual de nove a 12 vezes por mês, na América do Sul essa frequência passa a ser de três a oito vezes por mês, enquanto na África a frequência sexual varia entre uma a sete vezes por mês e, na Asia, as mulheres têm de três a seis relações sexuais por mês (48).

A diferença de número de parcerias sexuais encontrada entre os homens trans e cis e entre as mulheres trans e cis expressa a necessidade de políticas públicas de cuidado à saúde sexual específicas para pessoas trans. As políticas públicas brasileiras atuais, não garantem o acesso dessa população aos serviços de saúde (49), que ainda enfrenta despreparo dos

profissionais de saúde, patologização da condição trans e acolhimento inadequado nas instituições de saúde (49).

As modificações dos parâmetros laboratoriais encontrados na Tabela 5 estão em linha com a literatura. De fato, o uso de THC por homens trans promove mudanças metabólicas, como foi confirmado em uma revisão sistemática da literatura (46), na qual evidenciou aumento significativo dos níveis de triglicérides e LDL-c após 12 e 24 meses de THC. Com relação ao HDL-c foi evidenciado redução significativa quando comparados aos níveis basais (46).

Além disso, as mudanças laboratoriais equivalentes às mulheres trans e encontradas na Tabela 6 contradizem a literatura quanto à redução do LDL-c, uma vez que a revisão sistemática da literatura (46) não evidenciou alterações significativas com relação aos níveis de LDL-c e HDL-c (46). Como já visto no corpo feminino, o uso de hormônio oral resulta em redução dos níveis de LDL-c e aumento dos níveis de HDL-c (50).

Enfim, dada a complexidade de demandas para proporcionar a saúde, o bem estar e uma boa qualidade de vida à população trans é essencial a inclusão de uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, sexologistas, cirurgiões e fisioterapeutas. Os psicólogos e médicos sexologistas podem contribuir com a avaliação psíquica e o tratamento holístico, incluindo o manejo da THC e os seus efeitos adversos, bem como a função sexual e os estigmas enfrentados pela população trans (51). A fisioterapia vem se destacando no manejo pré e pós cirúrgico de mulheres trans, pois é capaz de contribuir com a educação em saúde do paciente, oferecer técnicas de terapia manual, exercícios terapêuticos e educação neuromuscular, uma vez que é alta (78%) a prevalência de disfunção do assoalho pélvico previamente à cirurgia genital em transgêneros (51). Num estudo brasileiro com mulheres trans pós CAG, foi evidenciado prevalência de 15.4% de incontinência urinária, risco para disfunção sexual (escore total FSFI médio de 21.58), boa qualidade de vida, avaliado pelo questionário SF-36, sendo que os menores escores foram nos domínios de dor e vitalidade e os maiores escores nos

domínios de capacidade funcional e aspectos emocionais (52). As orientações fisioterapêuticas podem incluir informações sobre a anatomia e a função do assoalho pélvico, além de orientações sobre a função sexual baseada nas fases da resposta sexual humana. A fisioterapia tem importância crucial na saúde geral das pessoas. Não existem estudos sobre a aplicação da fisioterapia para melhorar a função sexual de pessoas trans, porém há evidência de que a atuação fisioterapêutica em mulheres trans submetidas a CAG melhora a função muscular dos músculos do assoalho pélvico e sintomas urinários e intestinais (53;54). Uma revisão sistemática evidenciou que a prática de exercícios físicos parece ter um resultado positivo sobre a função sexual e qualidade de vida de mulheres, cisgêneras, peri e pós-menopausa (55). A realização do treinamento dos músculos do assoalho pélvico supervisionado por um fisioterapeuta especialista em saúde da mulher tem sido comprovado em reduzir a prevalência de disfunção sexual em mulheres pós-menopausa (56).

8. Conclusão:

É alta a prevalência de disfunção sexual nas mulheres trans e, mais da metade dos homens apresentou escore de risco para disfunção sexual. Estas taxas foram mais baixas quando a função sexual de homens e mulheres foi avaliada por questionário semiestruturado. Isto sugere a necessidade de questionários validados específicos para a avaliação da função sexual de pessoas trans. Ao mesmo tempo demonstra que, os questionários validados para os cisgêneros são impróprios para avaliar a função sexual dos transgêneros. O gênero feminino e a depressão são fatores de risco para a disfunção sexual na população estudada.

9. Referências:

1. Edwards-Leeper L, Spack NP. Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a Major Pediatric Center. Journal of Homosexuality. 2012 Mar;59(3):321–36.

2. Holmberg M, Arver S, Dhejne C. Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. Nat Rev Urol. 2019 Feb;16(2):121–39.

3. Drescher J. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health. 2014 Mar;1(1):10–4.

4. Jeste PDV, Lieberman P-EJA, Fassler TD, Peele SR, Akaka J, Bernstein CA, et al. American Psychiatric Association. :992.

5. Arcelus J. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. 2015;9.

6. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American Psychologist. 2015 Dec;70(9):832–64

7. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, de Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Sci Rep. 2021 Dec;11(1):2240.

8. Gorton RN, Erickson-Schroth L. Hormonal and Surgical Treatment Options for Transgender Men (Female-to-Male). Psychiatric Clinics of North America. 2017 Mar;40(1):79–97.

8. World Professional Association for Transgender Health. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Conforming People [7th Version]. https://www.wpath.org/publications/soc..

9. Weissler JM, Chang BL, Carney MJ, Rengifo D, Messa CA, Sarwer DB, et al. Gender-Affirming Surgery in Persons with Gender Dysphoria: Plastic and Reconstructive Surgery. 2018 Mar;141(3):388e–96e.

10. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology. 2010 Feb;72(2):214–31.

11. Few C. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? Journal of Advanced Nursing. 1997 Mar;25(3):615–25.

12. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther. 2000 Mar;26(1):51–65.

13. Pascoal PM, Narciso I de SB, Pereira NM. What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions. The Journal of Sex Research. 2014 Jan;51(1):22–30.

14. Clayton AH, Dennerstein L, Fisher WA, Kingsberg SA, Perelman MA, Pyke RE. Standards for Clinical Trials in Sexual Dysfunction in Women: Research Designs and Outcomes Assessment. The Journal of Sexual Medicine. 2010 Jan;7(1):541–60.

15. Elaut E, Bogaert V, De Cuypere G, Weyers S, Gijs L, Kaufman J-M, et al. Contribution of androgen receptor sensitivity to the relation between testosterone and sexual desire: An exploration in male-to-female transsexuals. J Endocrinol Invest. 2010 Jan;33(1):37–41.

16. Wierckx K, Elaut E, Van Caenegem E, Van De Peer F, Dedecker D, Van Houdenhove E, et al. Sexual desire in female-to-male transsexual persons: exploration of the role of testosterone administration. European Journal of Endocrinology. 2011 Aug;165(2):331–7.

17. Klein C, Gorzalka BB. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review. J Sex Med. 2009 Nov;6(11):2922–39; quiz 2940–1.

18. Scheim AI, Bauer GR. Sexual Inactivity Among Transfeminine Persons: A Canadian Respondent-Driven Sampling Survey. The Journal of Sex Research. 2019 Feb 12;56(2):264–71.

19. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people: Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity. 2016 Apr;23(2):188–97.

20. Stephenson R, Riley E, Rogers E, Suarez N, Metheny N, Senda J, et al. The Sexual Health of Transgender Men: A Scoping Review. The Journal of Sex Research. 2017 Jun 13;54(4–5):424–45.

21. Kerckhof ME, Kreukels BPC, Nieder TO, Becker-Hébly I, van de Grift TC, Staphorsius AS, et al. Prevalence of Sexual Dysfunctions in Transgender Persons: Results from the ENIGI Follow-Up Study. Journal of Sexual Medicine. 2019;16(12):2018–29.

22. Pacagnella R de C, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. Cad Saúde Pública. 2009 Nov;25(11):2333–44.

23. Torres JL, Gonçalves GP, Pinho A de A. METHODOLOGICAL ISSUES. Cad Saúde Pública. :11.

24. Peixoto EM, de Azevedo Oliveira Knupp VM, Soares JRT, Depret DG, de Oliveira Souza C, Messina MED, et al. Interpersonal Violence and Passing: Results from a Brazilian Trans-specific Cross-sectional Study. J Interpers Violence. 2022 Aug;37(15–16):NP14397–410.

25. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361–70.

26. Buncamper ME, van der Sluis WB, de Vries M, Witte BI, Bouman MB, Mullender MG. Penile Inversion Vaginoplasty with or without Additional Full-Thickness Skin Graft: To Graft or Not to Graft? Plastic and Reconstructive Surgery. Março de 2017;139(3):649e-56e.

27. Bardin L, Reto LA, Pinheiro A. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007 Sep 16;19(6):349–57.

29. Barcelos TMR, Ferreira CHJ, Lerri MR, Brito LGO, Sá MFS, Sá ACS, et al. Sexual function of transgender women after gender affirming surgery: A mini review. Clinical Anatomy. 2022 Jul;35(5):560–70.

30. van der Sluis WB, Bouman MB, de Boer NKH, Buncamper ME, van Bodegraven AA, Neefjes-Borst EA, et al. Long-Term Follow-Up of Transgender Women After Secondary Intestinal Vaginoplasty. The Journal of Sexual Medicine. Abril de 2016;13(4):702-10.

31. Vedovo F, Di Blas L, Perin C, Pavan N, Zatta M, Bucci S, et al. Operated MAle-to-Female Sexual Function Index: Validity of the First Questionnaire Developed to Assess Sexual Function after MAle-to-FemaleGender Affirming Surgery. J Urol. Julho de 2020;204(1):115-20.

32. Reisner SL, Pletta DR, Potter J, Deutsch MB. Initial Psychometric Evaluation of a Brief Sexual Functioning Screening Tool for Transmasculine Adults: Transmasculine Sexual Functioning Index. Sexual Medicine. 2020 Sep;8(3):350–60.

33. Elaut E, De Cuypere G, De Sutter P, Gijs L, Van Trotsenburg M, Heylens G, et al. Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. European Journal of Endocrinology. 2008 Mar;158(3):393–9.

34. van Anders SM, Hamilton LD, Schmidt N, Watson NV. Associations between testosterone secretion and sexual activity in women. Horm Behav. 2007 Apr;51(4):477–82.

35. Defreyne J, Elaut E, Kreukels B, Fisher AD, Castellini G, Staphorsius A, et al. Sexual Desire Changes in Transgender Individuals Upon Initiation of Hormone Treatment: Results From the Longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. The Journal of Sexual Medicine. 2020 Apr;17(4):812–25.

36. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, editors. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.

37. Jin X, Lian JS, Hu JH, Gao J, Zheng L, Zhang YM, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. Gut. 2020 Mar 24;

38. Dixson BJW, Blake KR, Denson TF, Gooda-Vossos A, O'Dean SM, Sulikowski D, et al. The role of mating context and fecundability in women's preferences for men's facial masculinity and beardedness. Psychoneuroendocrinology. 2018 Jul;93:90–102.

39. Afsari A, Mirghafourvand M, Valizadeh S, Abbasnezhadeh M, Galeshi M, Fatahi S. The effects of educating mothers and girls on the girls' attitudes toward puberty health: a randomized controlled trial. International Journal of Adolescent Medicine and Health [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2020 Jan 9];29(2). Available from: http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.2017.29.issue-2/ijamh-2015-0043/ijamh-2015-0043.xml

40. Basson R. Human sexual response. Handb Clin Neurol. 2015;130:11–8.

41. Mishra MN, Bedi VS. Prevalence of common thrombophilia markers and risk factors in Indian patients with primary venous thrombosis. Sao Paulo Medical Journal. 2010;128(5):263–7.

42. Torres TS, Hoagland B, Bezerra DRB, Garner A, Jalil EM, Coelho LE, Benedetti M, Pimenta C, Grinsztejn B, Veloso VG. Impact of COVID-19 Pandemic on Sexual Minority Populations in Brazil: An Analysis of Social/Racial Disparities in Maintaining Social Distancing and a Description of Sexual Behavior. AIDS Behav. 2021 Jan;25(1):73-84. doi: 10.1007/s10461-020-02984-1. PMID: 32737817; PMCID: PMC7394046.

43. Burgess CM, Batchelder AW, Sloan CA, Ieong M, Streed CG Jr. Impact of the COVID-19 pandemic on transgender and gender diverse health care. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 Nov;9(11):729-731. doi: 10.1016/S2213-8587(21)00266-7. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34570996; PMCID: PMC8463012.

44. Qaderi K, Yazdkhasti M, Zangeneh S, Behbahani BM, Kalhor M, Shamsabadi A, Jesmani Y, Norouzi S, Kajbafvala M, Khodavirdilou R, Rahmani N, Namadian M, Ezabadi SG, Alkatout I, Mehraeen E, Rasoal D. Changes in sexual activities, function, and satisfaction during the COVID-19 pandemic era: a systematic review and meta-analysis. Sex Med. 2023 Mar 24;11(2):qfad005. doi: 10.1093/sexmed/qfad005. PMID: 36970584; PMCID: PMC10037164.

45. Smith KH. Research Guides: Reviews: From Systematic to Narrative: Narrative Review [Internet]. [cited 2020 Jul 17]. Available from: https://guides.library.uab.edu/c.php?g=63689&p=409774

46. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3914–23.

47. Bouman MB, van der Sluis WB, van Woudenberg Hamstra LE, Buncamper ME, Kreukels BPC, Meijerink WJHJ, et al. Patient-Reported Esthetic and Functional Outcomes of Primary Total Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty in Transgender Women With Penoscrotal Hypoplasia. The Journal of Sexual Medicine. 2016 Sep;13(9):1438–44.

48. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being Report Release Event [Internet]. National Academy of Medicine. [cited 2020 Mar 23]. Available from: https://nam.edu/event/taking-action-against-clinician-burnout-a-systems-approach-to-professional-well-being-report-release-event/

49. van Rooij K, Poels S, Bloemers J, Goldstein I, Gerritsen J, van Ham D, et al. Toward personalized sexual medicine (part 3): testosterone combined with a Serotonin1A receptor agonist increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and dysfunctional activation of sexual inhibitory mechanisms. J Sex Med. 2013 Mar;10(3):824–37.

50. Stevenson JC, Panay N, Pexman-Fieth C. Oral estradiol and dydrogesterone combination therapy in postmenopausal women: Review of efficacy and safety. Maturitas. 2013 Sep;76(1):10–21.

51. Schardein JN, Nikolavsky D. Sexual Functioning of Transgender Females Post-Vaginoplasty: Evaluation, Outcomes and Treatment Strategies for Sexual Dysfunction. Sexual Medicine Reviews. 2022 Jan;10(1):77–90.

52. Monteiro Petry Jardim LM, Cerentini TM, Lobato MIR, Costa ÂB, Cardoso da Silva D, Schwarz K, Vaitses Fontanari AM, Schneider MA, Rosito TE, La Rosa VL, Commodari E, Viana da Rosa P. Sexual Function and Quality of Life in Brazilian Transgender Women Following Gender-Affirming Surgery: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 27;19(23):15773. doi: 10.3390/ijerph192315773. PMID: 36497848; PMCID: PMC9738734.

53. Hazin M, Ferreira CWS, Andrade R, Moretti E, da Silva DR, Policarpo JH, Barbosa L, Lemos A. Assessment of the strength and electrical activity of the pelvic floor muscles of male-to-female transgender patients submitted to gender-affirming surgery: A case series. Neurourol Urodyn. 2021 Aug;40(6):1625-1633. doi: 10.1002/nau.24728. Epub 2021 Jun 19. PMID: 34146445.

54. Jiang DD, Gallagher S, Burchill L, Berli J, Dugi D 3rd. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty. Obstet Gynecol. 2019 May;133(5):1003-1011. doi: 10.1097/AOG.0000000000003236. PMID: 30969210.

55. Carcelén-Fraile MDC, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Cruz-Díaz D, Díaz-Mohedo E, Redecillas-Peiró MT, Hita-Contreras F. Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 14;17(8):2680. doi: 10.3390/ijerph17082680. PMID: 32295114; PMCID: PMC7215442.

56. Franco MM, Pena CC, de Freitas LM, Antônio FI, Lara LAS, Ferreira CHJ. Pelvic Floor Muscle Training Effect in Sexual Function in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. J Sex Med. 2021 Jul;18(7):1236-1244. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.05.005. Epub 2021 Jun 27. PMID: 34187758.

10. Anexos:

10.1. Anexo I - Termo de Consentimento livre e esclarecido

Título do estudo: "Avaliação do perfil hormonal e da função sexual de pessoas trans"
Investigadores principais:
Thays Marina Roncato Barcelos
Maria Rita Lerri
Lucia Alves da Silva Lara.

INFORMAÇÃO AO PACIENTE
Você está sendo convidado a participar voluntariamente de um estudo chamado **"Avaliação do perfil hormonal e da função sexual de pessoas trans"**. Antes de decidir participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos. Este termo de consentimento informado descreve o motivo, os procedimentos, os benefícios e os riscos do estudo. Por favor, sinta-se à vontade para fazer quantas perguntas quiser. É necessário ler e assinar este termo de consentimento antes que você possa participar. Sua decisão de participar ou não participar neste estudo não terá qualquer interferência sobre o seu atendimento clínico.

POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?
Este estudo está sendo realizado com homens e mulheres transexuais, maiores de 18 anos, heterossexuais, que estejam em terapia hormonal isolada ou associada à cirurgia. Não participarão da pesquisa pessoas que recusem o convite ou cujos prontuários não apresentam as concentrações hormonais.

OBJETIVO DO ESTUDO
O objetivo deste estudo é avaliar a função sexual de homens e mulheres com incongruência/ inconformidade de gênero e verificar a correlação com os níveis hormonais prescritos.

O QUE ENVOLVE A SUA PARTICIPAÇÃO?
Sua participação no estudo consistirá em responder algumas perguntas de três questionários diferentes, sendo dois destes sobre a sua função sexual e o último sobre o seu atual estado emocional. Todos os três questionários são autoaplicáveis, ou seja, você poderá respondê-los de forma independente em uma sala privada. A fim de esclarecer eventuais dúvidas durante a execução destes questionários permanecerei no mesmo recinto. O tempo estimado para responder tais questionários será em torno de 20 a 30 minutos.

O QUE MAIS SERÁ REALIZADO?
Além disso, será extraído de seu prontuário dados antropométricos (idade, peso, altura, estado civil), laboratoriais e da terapia hormonal (dose utilizada, via de administração, medicamentos utilizados) e os aspectos clínicos e emocionais (dados gineco-obstétricos, efeitos adversos, satisfação com o tratamento).

POSSÍVEIS RISCOS AO PARTICIPAR DESTE ESTUDO
Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que você poderá se sentir desconfortável ou constrangido em responder algumas das perguntas contidas nos questionários. Você tem total liberdade em não responder ou desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu atendimento.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS
Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para a melhor compreensão da qualidade da função sexual de pessoas transexuais, uma vez que há pouca evidência científica neste quesito, podendo contribuir futuramente para a melhor compreensão de seu estado de saúde geral.

O QUE ACONTECE SE VOCÊ NÃO QUISER PARTICIPAR?
Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir não participar, não haverá penalidade, perda de benefícios ou redução na qualidade dos cuidados médicos. Se forem disponíveis novas informações que possam afetar a sua vontade de continuar nesta pesquisa, você terá conhecimento destas informações.

E SE VOCÊ QUISER SAIR DO ESTUDO APÓS TER ACEITADO PARTICIPAR?
Você pode descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios que de outra forma você teria direito. Caso você deseje retirar o seu consentimento, favor notificar o investigador, através do número de telefone listado na primeira página deste termo de consentimento livre e esclarecido. Você tem o direito de se retirar do estudo completamente (isto significa que você não deseja ser contatado por qualquer pessoa do estudo depois da sua retirada) ou pode só desejar parar de realizar os procedimentos, mas permitir que o pessoal do estudo entre em contato com você e utilize os seus dados.
Você será informado de forma oportuna sobre qualquer nova informação relacionada à sua segurança que possa influenciar sua disposição em continuar participando do estudo.
Este estudo poderá ser interrompido caso o pesquisador responsável perceba qualquer risco ou dano significativo causado pela pesquisa.

SIGILO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS
Todas as informações coletadas durante este estudo, incluindo seus registros médicos, dados pessoais e dados de pesquisa, serão mantidas em sigilo. No entanto, um representante autorizado irá analisar essas informações.
Você será identificado por um número em toda documentação e avaliação, estando seu nome em segredo absoluto. Seu nome ou o material que o identifique como um participante do estudo não será liberado sem a sua permissão por escrito, exceto quando for exigido por lei.

REGISTRO DO ESTUDO PESQUISA

Esta pesquisa será realizada no Ambulatório de Incongruência de Gênero (AING) localizado tanto no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC-RP) quanto no Centro Saúde Escola Joel Domingos Machado (CSE-Cuiabá).

CUSTOS E REMUNERAÇÃO

Você não terá que pagar e nem será pago por sua participação. Você também não terá que pagar por nenhum procedimento que será realizado neste estudo.

NO CASO DE DANO RELACIONADO À PESQUISA

Caso você sofra algum dano como resultado de qualquer atividade da pesquisa, os pesquisadores e o centro irão providenciar tentar providenciar assistência integral, dentro do padrão internacional de boas práticas clínicas e resolução vigente no Brasil (Resolução 466/2012).

De forma alguma, o presente termo renuncia os direitos legais do participante ou isenta o investigador, a instituição, o patrocinador ou seus representes das responsabilidades legais caso haja algum dano.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2228.

CONTATO PARA MAIS INFORMAÇÕES

Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas que você possa ter em relação ao tratamento descrito ou os procedimentos do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com *Thays Marina Roncato Barcelos, Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP, telefone (016) 3633-0216, thays.barcelos@usp.br.*

Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como um participante de pesquisa ou em caso de julgamento relacionado com uma lesão, entre em contato com o médico do estudo ou o seu médico de confiança. Caso você quiser falar com alguém não diretamente envolvido neste estudo sobre os seus direitos, preocupações, danos relacionados à pesquisa, você pode se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no Campus Universitário, S/N, Monte Alegre, Prédio Central, Subsolo - 14048-900 – Ribeirão Preto/SP, em 16 3602 2228 com horário de funcionamento de Segunda a Sexta-feira das 08hrs00min às 17hrs00min.

Você também poderá entrar em contato, caso se sentir coagido para aceitar ou continuar a participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO

Ao assinar e datar este formulário, você irá confirmar que foi suficiente informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os riscos deste estudo. Confirma também que foi capaz de discutir dúvidas em detalhes com o pesquisador, e que estas, foram completamente e satisfatoriamente respondidas.
Você receberá uma via assinada deste formulário e a outra via ficará com o pesquisador.

Nome do Participante	Assinatura	Data e horário
Thays Marina Roncato Barcelos		
Nome do Pesquisador	Assinatura	Data e horário

10.2. Anexo II - Inventário de Função Sexual Feminina

INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda às seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições:
Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;
Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;
Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;
MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
( ) Muito alto
( ) Alto
( ) Moderado
( ) Baixo
( ) Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitado(a) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito alto
( ) Alto

( ) Moderado
( ) Baixo
( ) Muito baixo ou nenhum

5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitado(a) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Confiança muito alta
( ) Confiança alta
( ) Confiança moderada
( ) Baixa confiança
( ) Muito baixa ou nenhuma confiança

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeito(a) com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual ?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a relação sexual com seu parceiro?
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) igualmente satisfeita e insatisfeita(o)

( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a sua vida sexual como um todo?
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?
( ) Nenhuma tentativa de relação sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?
( ) Nenhuma tentativa de relação sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
( ) Nenhuma tentativa de relação sexual
( ) Muito grande
( ) Grande
( ) Moderado
( ) Pequeno
( ) Muito pequeno ou nenhum

ESCORES DE AVALIAÇÃO DO IFSF					
Domínio	**Questões**	**Variação do escore**	**Fator de Multiplicação**	**Escore mínimo**	**Escore máximo**
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0

Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0

10.3. Anexo III - Inventário de Função Sexual Masculina

INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor respondas as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições:
Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;
Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;
Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;
MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
( ) Muito alto
( ) Alto
( ) Moderado
( ) Baixo
( ) Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, ereção, ou contrações de músculo.

3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitado(a) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito alto
( ) Alto

( ) Moderado
( ) Baixo
( ) Muito baixo ou nenhum

5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitado(a) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Confiança muito alta
( ) Confiança alta
( ) Confiança moderada
( ) Baixa confiança
( ) Muito baixa ou nenhuma confiança

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeito(a) com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência seu pênis ficou ereto ao tentar se envolver em atividade sexual ou relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil foi produzir uma ereção durante a atividade sexual ou a relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você manteve sua ereção até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua ereção até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Sempre ou quase sempre
( ) A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
( ) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
( ) Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
( ) Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Extremamente difícil ou impossível
( ) Muito difícil
( ) Difícil
( ) Ligeiramente difícil
( ) Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual ?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e sua parceira durante a atividade sexual?
( ) Nenhuma atividade sexual
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a relação sexual com sua parceira?
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) igualmente satisfeita e insatisfeita(o)

( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeito(a) você esteve com a sua vida sexual como um todo?
( ) Muito satisfeita(o)
( ) Moderadamente satisfeita(o)
( ) Igualmente satisfeita e insatisfeita(o)
( ) Moderadamente insatisfeita(o)
( ) Muito insatisfeita(o)

ESCORES DE AVALIAÇÃO DO IFSF					
Domínio	**Questões**	**Variação do escore**	**Fator de Multiplicação**	**Escore mínimo**	**Escore máximo**
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0

10.4. Anexo IV - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu profissional de saúde a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido 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) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 ( ) A maior parte do tempo

2 ( ) Boa parte do tempo

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes

1 ( ) Não tanto quanto antes

2 ( ) Só um pouco

3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte

2 ( ) Sim, mas não tão forte

1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa

0 ( ) Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 ( ) Do mesmo jeito que antes

1 ( ) Atualmente um pouco menos

2 ( ) Atualmente bem menos

3 ( ) Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 ( ) A maior parte do tempo

2 ( ) Boa parte do tempo

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Raramente

6) Eu me sinto alegre:

3 ( ) Nunca

2 ( ) Poucas vezes

1 ( ) Muitas vezes

0 ( ) A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 ( ) Sim, quase sempre

1 ( ) Muitas vezes

2 ( ) Poucas vezes

3 ( ) Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 ( ) Quase sempre

2 ( ) Muitas vezes

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 ( ) Nunca

1 ( ) De vez em quando

2 ( ) Muitas vezes

3 ( ) Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 ( ) Completamente

2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria

1 ( ) Talvez não tanto quanto antes

0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 ( ) Sim, demais

2 ( ) Bastante

1 ( ) Um pouco

0 ( ) Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 ( ) Do mesmo jeito que antes

1 ( ) Um pouco menos do que antes

2 ( ) Bem menos do que antes

3 ( ) Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 ( ) A quase todo momento

2 ( ) Várias vezes

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 ( ) Quase sempre

1 ( ) Várias vezes

2 ( ) Poucas vezes

3 ( ) Quase nunca

10.5. APÊNDICE I - Questionário semiestruturado: função sexual de pessoas trans

1) Você se sente:

( ) Homem

( ) Mulher

( ) Nem homem nem mulher (Agênero)

( ) Outro

2) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

( ) Muito insatisfeito(a)

( ) Insatisfeito(a)

( ) Nem satisfeito, nem insatisfeito

( ) Satisfeito(a)

( ) Muito satisfeito(a)

3) Você está satisfeito(a) com sua aparência física?

( ) Sim

( ) Não

4) Qual a fase da sua resposta sexual está ruim?

( ) Desejo

( ) Excitação

( ) Orgasmo

( ) Nenhuma dessas

5) Você se sente discriminado(a)?

( ) Sim

( ) Não

6) Em caso afirmativo, em quais ambientes você se sente discriminado(a)? (Assinale quantas alternativas quiser).

( ) Na escola

( ) No trabalho

( ) Na sociedade em geral

( ) Na família

( ) Em nenhum lugar

7) Utilize estas 2 linhas para escrever o que desejar:

_____

_____