

FABIANO RIBAS TASSI

**Sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero
durante o processo de transição e submetidas a genitoplastia feminizante**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

Programa de Urologia

Orientadora: Dra. Maria Helena Palma Sircili

São Paulo

2023

FABIANO RIBAS TASSI

**Sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero
durante o processo de transição e submetidas a genitoplastia feminizante**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

Programa de Urologia

Orientadora: Dra. Maria Helena Palma Sircili

(Versão corrigida de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011)

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tassi, Fabiano Ribas

Sintomas de depressão, ansiedade e ideação
suicida em mulheres transgênero durante o processo
de transição e submetidas a genitoplastia
feminizante / Fabiano Ribas Tassi. -- São Paulo,
2023.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Urologia.

Orientadora: Maria Helena Palma Sircili.

Descritores: 1. Mulheres transgênero 2. Disforia
de gênero 3. Cirurgia de readequação sexual
4. Depressão 5. Ansiedade 6. Ideação suicida

USP/FM/DBD-302/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

A minha mãe Julia Ribas de Oliveira Tassi, com quem aprendo a importância do cuidado e do afeto para a construção de um mundo esperançoso. A meu pai Samuel Ely Reinaldo Tassi, com quem aprendo a importância da crítica e da inquietação política para a construção de um mundo mais justo.

A meu companheiro Gean Oliveira Gonçalves, exímio estudioso da alteridade, com quem aprendo a importância da empatia para a construção de um mundo mais sensível.

Aos meus irmãos Bruno Ribas Tassi e Patrícia Tassi, com quem aprendo que o amor é transformador e constrói um mundo de compreensões.

Aos meus sobrinhos Melissa Tassi, Igor Tassi e Zoey Tassi. Que a ciência construa um mundo em que as complexidades da vida se tornem acalanto na busca por sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha orientadora Dra. Maria Helena Palma Sircili, por todo o acolhimento, parceria, intensa dedicação e compreensão no desenvolvimento desta pesquisa.

As psicólogas Mr. Elisa Del Rosario Ugarte Verduguez e Dra. Marlene Inacio, pelo apoio neste estudo e aprendizado no atendimento à população de pessoas transgênero e com diversidade de gênero.

A Profa. Dra. Sorahia Domenice, pelas contribuições em minha qualificação, por toda a colaboração durante os ambulatórios na Divisão de Endocrinologia e Metabologia e pelo acompanhamento sensível a construção deste estudo.

Ao Dr. Giancarlo Spizirri, por sua participação em minha banca de qualificação e pelas reflexões sobre esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Francisco Tibor Dénes pelas contribuições em minha qualificação e pelos apontamentos metodológicos sobre este estudo.

A Profa. Dra. Elaine Frade, pela colaboração durante a coleta de dados e valiosas instruções.

Ao Dr. Marcelo Praxedes Monteiro Filho, colega de orientação, pela partilha e colaboração neste estudo.

A professora Dra. Luciani Carvalho pelas valiosas considerações metodológicas e estatísticas que fundamentaram o andamento desta pesquisa.

A Profa. Dra. Berenice Mendonça, pelos imprescindíveis apontamentos sobre a trajetória desta pesquisa.

A Elisa Cruz, por toda a gentileza e disponibilidade na secretaria de pós graduação do Programa de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Dra. Rosa Maria Marcuso, por todo o apoio e auxílio durante a análise estatística.

Ao Murilo Scórcio, grande amigo, que me ensina todas as vezes sobre como é a vida de ser uma pessoa transgênero para além dos consultórios do hospital. Que os

orixás lhe abençoem e te garantam um “odú” cheio de saúde e prosperidade.
“Motumbá, axé”!

A Tariana Brocardo Machado, grande amiga e cientista, por sempre acreditar no meu potencial como pesquisador e na crença por este estudo para a construção de conhecimento acerca da saúde de pessoas transgênero.

A Fernando Dantas, grande amigo, pela alegria e entusiasmo pela ciência desde os primeiros anos escolares.

As psicólogas Sansorai de Oliveira e Gisele Dantas, grandes amigas, por toda a trajetória compartilhada na atuação da psicologia que promova a autonomia dos sujeitos.

Aos amigos Giselle Mourão, Fábio Batista, Ana Carolina Nucci, Ana Carolina Lacerda, Luana Peixoto, Beatriz Siquera, Gabriela Couto, Lucas Palermo, Fernanda Tavares, Renan Chimatti, Glauber Coimbra, Carmem Dalila Ferrari e Carlos Oscar Garcia. Aos amigos que são minha segunda família. Obrigado por todos os momentos de alegria e boa mesa, “*mangia che te fa bene*”!

A todos os funcionários da Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento e Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial a Roseli Zamboni, por todo o apoio técnico e gentileza.

A todas as participantes deste estudo, por compartilharem suas histórias de vida, medos e esperanças, tristezas e alegrias, por confiarem na pesquisa científica para a construção de um mundo mais justo para as pessoas transgênero.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – Associação americana de psiquiatria

WPATH – world professional association for transgender health's

TDG – Transgênero e diversidade de gênero

OMS – Organização mundial da saúde

DSM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

DSM 5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5ª edição

CID – Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde

CID 11 – 11ª Edição da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde

CID HA60 – Incongruência de gênero em adolescentes e na idade adulta;

CID HA61 – Incongruência de gênero na infância

GF – Genitoplastia feminizante

CFM – Conselho federal de medicina

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis

CID 6A70 - Transtorno depressivo de episódio único

CID 6A71 - Transtorno depressivo recorrente

CID 6A72 - Transtorno distímico

CID 6A7Y - Outros transtornos depressivos especificados

CID 6B00 – Transtorno de ansiedade generalizada

CID 6B01 – Transtorno de pânico

CID 6B02 – Agorafobia

CID 6B04 – Transtorno de ansiedade social

CID 6B05 – Transtorno de ansiedade de separação

CID 6B06 – Mutismo seletivo

LGBTQIAPN+ – Lesbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer, intersexo, assexual, pansexual, não binário

LISTA DE FIGURAS

- Figura 5.1 – Gráfico do tempo de espera para realização da GF nos grupos 1 e 2 63
- Figura 5.2 – Gráfico do tempo de espera para realização da GF e intensidade de sintomas de ansiedade avaliados pelo BAI 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 – Categorização de intensidade de sintomas de depressão do Inventário de Depressão de Beck II (BDI II)	49
Tabela 4.2 – Categorização de intensidade de sintomas de ansiedade do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	51
Tabela 5.1 – Faixa etária dos grupos 1 e 2	54
Tabela 5.2 – Exercício de atividade laboral nos grupos 1 e 2	54
Tabela 5.3 – Modalidade de vínculo empregatício nos grupos 1 e 2	55
Tabela 5.4 – Abrangência de campos profissionais	56
Tabela 5.5 – Evasão escolar nos grupos 1 e 2	56
Tabela 5.6 – Permanência em relacionamento afetivo sexual e auto descrição do relacionamento nos grupos 1 e 2	57
Tabela 5.7 – Faixa etária das primeiras vivências públicas como pessoa transgênero	58
Tabela 5.8 – Faixas etárias da primeira procura por atendimento especializado em função da experiência de disforia de gênero	58
Tabela 5.9 – Seguimento psicoterapêutico nos grupos 1 e 2	59
Tabela 5.10 – Participantes com diagnóstico psiquiátrico nos grupos 1 e 2	60
Tabela 5.11 – Diagnóstico psiquiátrico e prescrição psicofarmacológica nos grupos 1 e 2	60
Tabela 5.12 – Patologias nos grupos 1 e 2	61
Tabela 5.13 – Frequência de uso de álcool nos grupos 1 e 2	62
Tabela 5.14 – Tipos de procedimentos cirúrgicos com fins de afirmação de gênero e outros procedimentos nos grupos 1 e 2	64

Tabela 5.15 – Resultados do BDI II da amostra geral por grupos	66
Tabela 5.16 – Resultados do BDI II da amostra sem presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos	66
Tabela 5.17 – Resultados do BDI II da amostra com presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos	67
Tabela 5.18 – Sintomas de depressão avaliados pelo BDI II com significância estatística na amostra geral nos grupos 1 e 2	68
Tabela 5.19 – Sintomas de depressão avaliados pelo BDI II na amostra sem a presença de participantes com diagnóstico psiquiátrico nos grupos 1 e 2	68
Tabela 5.20 – Intensidade de sintomas de depressão avaliados pelo BDI II associados com a atividade laboral	69
Tabela 5.21 – Presença e ausência de sintomas de depressão avaliados pelo BDI II relacionados a dados sociodemográficos e clínicos	70
Tabela 5.22 – Resultados do BDI II da amostra geral por grupos	71
Tabela 5.23 – Resultados do BAI da amostra sem presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos	71
Tabela 5.24 – Resultados do BAI da amostra com a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos	72
Tabela 5.25 – Atividade laboral e relacionamento afetivo sexual nos grupos 1 e 2 relacionados a presença de sintomas de ansiedade	73
Tabela 5.26 – Presença e ausência de sintomas de depressão avaliados pelo BDI II relacionados a dados sociodemográficos e clínicos	74

RESUMO

Tassi FB. *Sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero durante o processo de transição e submetidas a genitoplastia feminizante* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: a presença de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida são amplamente descritos na literatura em pessoas transgênero que apresentam disforia de gênero. A disforia de gênero é uma categoria clínica que indica a existência de sofrimento relacionado à incongruência da identidade e/ou expressão de gênero com o gênero atribuído socialmente ao sexo de nascimento do indivíduo. A condição de disforia tem como consequência a busca por mudanças corporais obtidas por hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, tal como a Genitoplastia Feminizante (GF) em mulheres transgênero. **Objetivo:** o estudo investigou a presença de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero, que apresentem disforia de gênero e estão aguardando a realização de GF ou já realizaram o procedimento. **Casuística e Método:** 38 mulheres transgênero participaram do estudo. Realizou-se entrevista semiestruturada com levantamento de dados sociodemográficos e de saúde e aplicação dos questionários Inventário de Depressão de Beck II, Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Ideação Suicida de Beck. Definiu-se dois grupos para a casuística: Grupo 1 (n=22) – submetidas a GF; Grupo 2 (n=16) – aguardando a realização da GF. A idade das participantes variou de 21 a 64 anos, com a média etária de 42,07 anos. **Resultados:** a presença de sintomas de depressão leves a graves é de 13,6% no Grupo 1 e de 37,5% no Grupo 2 ($p=0,096$); de sintomas de ansiedade leves a moderados é de 9% no Grupo 1 e de 25% no Grupo 2 ($p=0,394$) e ideação suicida foi observada em 9,1% no Grupo 1 e 12,5% no Grupo 2 ($p=0,735$). O desemprego foi de 9,1% no Grupo 1 e 31,3% no Grupo 2 ($p=0,082$) e o relacionamento afetivo-sexual foi presente em 50% do Grupo 1 e 31,3% do Grupo 2 ($p=0,248$). A realização atual de psicoterapia é referida por todas as participantes do Grupo 2 e por 59,1% do Grupo 1 ($p=0,003$). **Conclusão:** as participantes do Grupo 1 apresentaram diminuição de sintomas de depressão e ansiedade em comparação com as do Grupo 2, porém sem significância estatística. Sintomas característicos de depressão como tristeza, agitação, falta de energia, cansaço e falta de interesse por sexo apresentaram maiores diferenças estatísticas entre os grupos, com números maiores entre as participantes que não realizaram a GF. Salienta-se o efeito benéfico da GF concernente a redução destes sintomas. Outros sintomas de depressão e ansiedade também estão relacionados à exclusão do mercado de trabalho, evasão escolar, ausência de relacionamento afetivo-sexual e segmento psicoterapêutico, evidenciando-se a importância do atendimento multiprofissional em saúde e ações afirmativas aos direitos de pessoas transgênero.

Descritores: mulheres transgênero, disforia de gênero, cirurgia de afirmação de gênero, depressão, ansiedade e ideação suicida.

ABSTRACT

Tassi FB. *Symptoms of depression, anxiety and suicidal ideation in transgender women during the gender reassignment process and undergoing feminizing genitoplasty* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

Introduction: the presence of symptoms of depression, anxiety and suicidal ideation are widely described in the literature in transgender people who have gender dysphoria. Gender dysphoria is characterized by clinically distress due to the incongruence between assigned gender at birth and experienced gender. This condition leads to gender confirmation therapies as sex hormone therapy and gender confirmation surgeries, such as Feminizing Genitoplasty (FG) in transgender women. **Objective:** the study investigated the presence of symptoms of depression, anxiety and suicidal ideation in transgender women, who have gender dysphoria, and are in transitioning process. **Subjects and Methods:** 38 transgender women participated in the study. A semi-structured interview was carried out with a survey of sociodemographic and health data and the application of the Beck Depression Inventory II, Beck Anxiety Inventory and Beck Suicidal Ideation Scale questionnaires. Two groups were defined: Group 1 (n=22) – submitted to FG; Group 2 (n=16) – waiting for FG. The age of the participants ranged from 21 to 64 years old, with a mean age of 42.07 years old. **Results:** the presence of mild to severe depression symptoms is 13.6% in Group 1 and 37.5% in Group 2 ($p=0.096$). Mild to moderate anxiety symptoms was present 9% in Group 1 and 25% in Group 2 ($p=0.394$). Suicidal ideation was observed in 9.1% in Group 1 and 12.5% in Group 2 ($p=0.735$). Unemployment was 9.1% in Group 1 and 31.3% in Group 2 ($p=0.082$). Relationship was present in 50% of Group 1 and 31.3% of Group 2 ($p=0.248$). Current use of psychotherapy was reported by all participants in Group 2 and by 59.1% in Group 1 ($p=0.003$). **Conclusion:** Participants in Group 1 showed a decrease in symptoms of depression and anxiety compared to those of Group 2, but no significant statistical difference was observed. Characteristic symptoms of depression such as sadness, agitation, lack of energy, tiredness and lack of interest in sex showed greater statistical differences between groups, with higher numbers among participants who did not undergo FG. The beneficial effect of GF concerning the reduction of these symptoms is highlighted. Other symptoms of depression and anxiety are also related to exclusion from the labor market, school dropout, absence of an affective-sexual relationship and psychotherapeutic segment, highlighting the importance of multidisciplinary health care and affirmative actions for the rights of transgender people.

Descriptors: transgender women, gender dysphoria, gender affirmation surgery, depression, anxiety and suicidal ideation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Proporção populacional	18
1.2 Disforia, incongruência de gênero e sistemas de classificação diagnóstica	18
1.3 Hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero	21
1.4 Vulnerabilidades, exclusão socioeconômica e contextos de saúde da população transgênero	23
1.5 Depressão	26
1.5 Ansiedade	30
1.6 Ideação suicida	34
1.7 Depressão, ansiedade e ideação suicida em contextos de saúde de pessoas transgênero	36
1.8 Equipe multidisciplinar, atuação da psicologia e cuidados éticos	37
1.9 Avaliação psicológica: singularidades para além do gênero	38
1.10 Entrevista psicológica e questionários de avaliação de psicológica	40
2 JUSTIFICATIVA	42
3 OBJETIVO	43
3.1 Objetivos específicos	43
4 METÓDO	44
4.1 Critérios de inclusão	44
4.2 Questões éticas	45
4.3 Metodologia	46
4.4 Coleta de dados	46
4.5 Local	46
4.6 Entrevista semiestruturada	46
4.7 Questionários	48
4.7.1 Inventário de depressão de Beck 2ª edição (BDI II)	48
4.7.2 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	50
4.7.3 Escala de suicídio de Beck (BSI)	51
4.8 Análise estatística	52
5 RESULTADOS	54
5.1 Dados sociodemográficos	54
5.2 Dados clínicos	57
5.3 Questionários de Beck	65
5.3.1 Inventário de depressão de Beck 2ª edição (BDI II)	66

5.3.2 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)	70
5.4 Escala de ideação suicida de Beck (BSI)	75
6 DISCUSSÃO	76
7 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	85
ANEXO A	85
ANEXO B	87
ANEXO C.....	91
ANEXO D.....	93
ANEXO E	95
ANEXO F	99
ANEXO G.....	101

1 INTRODUÇÃO

O termo **Transgênero** se refere a indivíduos que apresentam incongruência na auto percepção identitária ou em sua expressão de gênero relacionada ao gênero socialmente atribuído ao sexo de seu nascimento¹. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) utiliza o termo para se referir, em amplo espectro, às pessoas que se identificam com um gênero diferente daquele designado ao seu nascimento, seja de forma transitória ou persistente. A identificação de um indivíduo como homem e mulher ou com outra categoria de gênero que discorde da binaridade masculino/feminina se denomina Identidade de Gênero. Os indivíduos que têm sua identidade de gênero congruente com o gênero socialmente atribuído ao sexo de seu nascimento são denominados Cisgênero².

O conceito de **Gênero** ressurte notoriamente como categoria social pelo movimento e teorias feministas a partir da segunda guerra mundial. As diferenças entre ser homem e mulher ou não pertencer a essa binaridade são, sob o viés do construto de gênero, marcadas por fatores culturais e pelo desempenho social dos indivíduos em seus contextos de inserção. No decorrer do século vinte a filosofia e as ciências se debruçaram sobre o tema no intuito de compreender o papel do ideário de gênero para as relações sociais e processos identitários³.

A existência de indivíduos que vivem sob o prisma da variabilidade de gênero é descrita desde a antiguidade. A mitologia greco-romana possui em seu escopo narrativo variadas representações de figuras divinas e humanas que variam binariamente de gênero ou que deambulam sem se encaixar em um gênero específico. Para além dos mitos, também foi registrada historicamente a existência de pessoas reais que experimentaram a variação de gênero em diferentes círculos sociais durante a antiguidade, idade média e idade moderna⁴.

A World Professional Association for Transgender Health's (WPATH) utiliza o termo **Transgênero e Diversidade de Gênero (TDG)** como um arcabouço mais amplo e abrangente ao discorrer sobre indivíduos com identidades ou expressões de gênero que se diferenciam do gênero socialmente associado ao sexo atribuído em seu nascimento. A abrangência do termo TDG surge como resposta às demandas provenientes das pluralidades de gênero existentes no mundo, considerando experiências identitárias transgênero binárias ou

discordantes do binômio feminina-masculino⁵.

A existência de indivíduos que não se identificam como masculinos ou femininos, que se identificam com os dois gêneros concomitantemente ou que acolham o gênero socialmente atribuído em seu nascimento de forma disruptiva às expectativas sociais esperadas com relação ao binômio sexo – gênero são exemplos da diversidade de identidades e expressões de gênero compreendidas pelo termo TDG. Experiências diversas de gênero em contextos culturais específicos como as expressões travesti na América Latina, fa'afafine nas Ilhas Samoa e hijra na Índia, são compreendidas pelo mesmo termo⁵.

1.1 Proporção populacional

Atualmente os dados relacionados ao tamanho da população de pessoas transgênero utilizam os termos “número” ou “proporção” ao discorrer acerca do tamanho absoluto e relativo desta população. O detrimento dos termos “prevalência” e “incidência” ocorreu por estes reforçarem a convicção patologizante desta população⁵.

Números indicam a proporção de 0,1 a 2% de pessoas transgêneros na população mundial⁶. No Brasil cerca de 2% da população apresenta algum tipo de diversidade de gênero, sendo de 0,69% de pessoas transgênero. Na população brasileira de pessoas transgênero, 85% dos homens transgênero e 50% das mulheres transgênero relatam a experiência disfórica de gênero, ou seja, vivenciam em alguma intensidade o sofrimento relacionado às características corporais⁷.

1.2 Disforia, incongruência de gênero e sistemas de classificação diagnóstica

Com o advento da psiquiatria moderna, sobretudo no século 19, as variabilidades de gênero se tornam [temática de interesse](#) à medicina e outras ciências da saúde. Neste ínterim as identidades ou expressões diversas de gênero foram consideradas transtornos ou distúrbios, sendo muitas vezes classificadas desta forma juntamente às orientações sexuais ábsonas ao ideário de normalidade sexual compartilhado pela comunidade científica da época. Durante o século XX a diferenciação de gênero e sexo se torna mais clara, porém a compreensão científica acerca das identidades e expressões de pessoas transgênero continua sendo concebida na qualidade de transtornos ou distúrbios⁴.

A partir das décadas de oitenta e noventa do século XX a **Associação Americana de Psiquiatria (APA)** e a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** inserem as pessoas transgênero em seus principais sistemas de classificação diagnóstica, o **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM)** e a **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID)**, respectivamente. A 3ª edição do DSM e a 10ª edição do CID utilizaram da classificação **Transexualismo** para se referir categoricamente às pessoas transgênero. A 4ª edição do DSM utilizou a classificação **Transtorno de identidade de gênero** ao se referir a esta mesma população. A delegação de pessoas transgênero à conjunção patologizante é compartilhada pelos três sistemas de classificação diagnóstica mencionados⁴.

A **5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM 5)** deslocou as pessoas transgênero da condição inerentemente diagnóstica, obliterando a transexualidade da categoria de transtorno psiquiátrico. A classificação diagnóstica utilizada no DSM 5, cunhada por **Disforia de gênero**, refere-se especificamente ao sofrimento relacionado à incongruência entre a experiência ou expressão de gênero **e o sexo atribuído ao nascimento do indivíduo**. O diagnóstico de disforia de gênero é particularmente clínico e não é intrínseco a todas as pessoas transgênero. Evidencia-se, portanto, que esta nosologia discorre sobre um fenômeno clinicamente relacionado a um sofrimento humano e não sobre a identidade de um indivíduo por si próprio².

Os critérios diagnósticos de disforia de gênero consideram que a experiência acentuada de incongruência de gênero deve ter duração mínima de seis meses e apresentar significativo prejuízo às funções sociais, profissionais e de outros domínios da vida do indivíduo. O DSM 5 distingue a vivência da disforia de gênero em crianças *versus* adolescentes e adultos para desígnio dos critérios classificatórios no tocante a expressão disforia de gênero. Em crianças a expressão deste tipo de disforia é menos propensa quanto menor a idade e se intensifica com a aproximação da puberdade, sendo habitualmente relacionada aos comportamentos que se fundamentam nos marcadores diferenciais de gênero na infância. A experimentação da disforia na infância normalmente é menos relacionada ao sexo somático. O sofrimento característico da disforia de gênero em crianças tende a ser menor quando estão inseridas em ambientes sociais que

apoiam o desejo em se expressar de outro gênero e maior quando indivíduos de sua convivência insistam à criança que esta pertença ao gênero associado ao seu sexo designado².

Em adolescentes e adultos a disforia de gênero correntemente apresenta distinta associação com o sexo somático. Habitualmente a disforia de gênero em adolescentes tende a se intensificar com a iminência e/ou presença das características sexuais secundárias em desenvolvimento. Adultos que experienciam disforia de gênero frequentemente apresentam o desejo de se livrar das suas características físicas sexuais primárias e secundárias e/ou adquirir determinadas características sexuais socialmente atribuídas a outro gênero. Comumente estes indivíduos se sentem mais confortáveis quando abordados pelo gênero experimentado e sofrem quando reportados pelo gênero atribuído ao sexo designado de nascimento. A sensação de pertencimento e possuir sentimentos predicados a outro gênero também são critérios descritos pelo DSM 5 como características da disforia de gênero².

O diagnóstico diferencial deve considerar que nem todos os indivíduos transgênero ou que vivem sob a diversidade de gênero apresentam disforia. A vivência e identificação destoante dos papéis socialmente atribuídos ao ideário de masculino e feminino ou a outros gêneros não acarretam necessariamente sofrimento clínico, tampouco indicam consubstancialmente a demanda individual por atendimento especializado ou a procura por procedimentos de afirmação de gênero. Atenta-se ao diagnóstico diferencial também a presença de transtorno dismórfico corporal, esquizofrenia e outras condições clínicas².

O transtorno dismórfico corporal é caracterizado pelo desejo do indivíduo de alterar ou remover especificamente alguma parte de seu corpo percebida, particularmente, como anormalmente formada. Esta condição habitualmente não está associada às questões de sofrimento relacionadas ao gênero designado, todavia existem indivíduos, em menor número, que apresentam critérios diagnósticos tanto para transtorno dismórfico corporal quanto para disforia de gênero. Na ausência de sintomas psicóticos em quadros de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, a persistência de incongruência de gênero possibilita o diagnóstico concomitante de disforia de gênero².

A 11ª edição da **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID11)** também promoveu mudanças categóricas relacionadas às vivências transgênero quando comparadas com as classificações de sua edição anterior, referindo-se como **Incongruência de gênero** o sofrimento persistente relacionado à divergência entre o gênero experienciado e o sexo atribuído de nascimento. Esta classificação é concernente ao eixo descritivo de condições relacionadas à saúde sexual⁸.

A classificação de incongruência de gênero é dividida em⁸:

- **CID HA60** – Incongruência de gênero em adolescentes e na idade adulta;
- **CID HA61** – Incongruência de gênero na infância.

Assim como no DSM 5, a CID 11 retirou as experiências transgênero da categoria de transtorno mental. Evidencia-se também a compreensão pela CID 11 que as diversas experiências de gênero ou a inaceitabilidade de pertencimento ao binômio masculino – feminino não se caracterizam necessariamente como condição diagnóstica, reiterando-se assim que nem todas as pessoas transgênero demandam por atendimento em saúde em decorrência de suas experiências ou identidades de gênero⁸.

Como as classificações de disforia e incongruência de gênero são categorias clínicas que discorrem sobre uma modalidade específica de sofrimento, a psicoterapia se apresenta como uma estratégia de abordagem em saúde com resultados benéficos condizente à relação do indivíduo com o seu sofrimento. Uma parcela de indivíduos que sofrem com disforia de gênero também buscam modificações corporais por meio de hormonioterapia e cirurgias de afirmação de gênero, como a **Genitoplastia Feminizante (GF)**^{5,9}.

1.3 Hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero

A avaliação do indivíduo com disforia de gênero e que requisite o acesso a hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero inicialmente deve ser realizada por médico psiquiatra integrante da equipe multiprofissional. O médico psiquiatra deve avaliar a presença e grau de intensidade da disforia de gênero, indicar os tratamentos adequados e acompanhar de forma periódica e

sequencial a evolução da pessoa em atendimento juntamente aos outros profissionais que compõem a equipe¹⁰.

Segundo recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM), a hormonioterapia cruzada em indivíduos adultos deve ser prescrita por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista. A finalidade da hormonioterapia é de reduzir os níveis hormonais endógenos do sexo biológico e induzir características sexuais secundárias compatíveis à identidade e/ou expressão de gênero do indivíduo. Antiandrogênicos são utilizados para atenuar o crescimento de pelos e ereções espontâneas em mulheres transgênero. Os hormônios indicados são a testosterona para homens transgênero e estrógeno para mulheres transgênero¹⁰.

A GF, como um dos procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, foi regulamentada no Brasil em 1997 através da Resolução nº 1.482 do CFM, que delimitava a cirurgia de caráter experimental a mulheres transgênero acima de 21 anos de idade¹¹. Todavia no ano de 2020 se torna válida a aplicação da resolução 2.265 de vinte e dois de setembro de 2019 do CFM, [sendo a realização da GF permitida a partir dos 18 anos](#)¹⁰. A primeira GF realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) foi realizada no ano de 1999 pela técnica de inversão peniana, ainda em caráter experimental. Posteriormente, no ano de 2010, o CFM publicou a resolução nº 1.955/2010 especificando a GF como tratamento a indivíduos com disforia de gênero, não mais em caráter experimental¹².

A GF contempla a retirada dos corpos cavernosos do pênis, a retirada das gônadas (orquiectomia bilateral), a neoclitoroplastia, neovaginoplastia e vulvoplastia. Devem ser avaliadas as condições anatômicas da pele e prepúcio para o planejamento adequado da técnica cirúrgica. Também deve se considerar a disponibilidade de tecidos saudáveis e deve se realizar a depilação definitiva da pele da haste peniana durante o planejamento cirúrgico. O procedimento se mostra benéfico clinicamente aos indivíduos que demandam por esta cirurgia. É consenso que os resultados da GF oferecem bem-estar subjetivo, percepções positivas acerca da estética corporal e benefícios à atividade sexual. A GF promove o alívio da disforia, assim como promove maior conforto em lugares como consultórios médicos, piscinas e ginásios esportivos¹⁰.

Durante o tempo de espera pela GF, observa-se que as pacientes apresentam sinais de ansiedade e estresse, sendo este contexto explicado em decorrência das incertezas com relação à própria cirurgia e as futuras mudanças corporais. Segundo recomendações da WPATH⁵, durante o processo psicoterapêutico de pessoas que irão ser submetidas à GF, é função do profissional em saúde mental, que integre à equipe multidisciplinar, abordar em caráter psicoeducativo as questões relacionadas às mudanças corporais posteriores à realização da GF e o período pós-cirúrgico, sendo este último caracterizado por dietas restritivas e repouso físico absoluto¹³. É comum nos contextos clínicos que indivíduos com disforia de gênero e que buscam a realização da GF demonstram desconhecimento acerca da anatomia e fisiologia do próprio corpo posteriormente aos procedimentos cirúrgicos e do período pós-operatório¹⁴.

Outros procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero para mulheres transgênero regulamentados no Brasil são o implante próteses mamárias, harmonização facial e cirurgia para retirada da cartilagem cricóide (pomo de Adão). Os procedimentos descritos, assim como a GF, não são desejados por todas as pessoas transgênero e com diversidade de gênero, sendo assim a equipe multidisciplinar deve abordar estas estratégias a partir dos processos de auto determinação do indivíduo presentes em seu [Projeto terapêutico singular](#)¹⁰.

1.4 Vulnerabilidades, exclusão socioeconômica e contextos de saúde da população transgênero

As vulnerabilidades e a exclusão socioeconômica oriundas da estigmatização sofridas por pessoas transgênero ou que vivem sob a diversidade de gênero são vividas por esta população sob um contexto estrutural¹⁵. O sofrimento promovido por mecanismos sociais excludentes pode agravar a sensação de incongruência de gênero, acarretando processos subjetivos de acúmulo de angústias e sensações de inaceitabilidade social. Estes mesmos processos excludentes também podem promover sofrimento à parcela da população transgênero que não atende aos critérios nosológicos de incongruências e/ou disforia de gênero¹⁶.

Pessoas transgênero enfrentam o crescimento vertiginoso da violência e discriminação em diferentes contextos e realidades sociais. Mulheres transgênero estão mais vulneráveis a esta realidade, principalmente quando há coexistência entre

estigmatização racial e de gênero. As discriminações sofridas por esta população podem se expressar de formas variadas e repercutir negativamente sobre suas vidas¹⁷.

O Brasil se configura como um país com altas taxas de evasão escolar, desemprego e acometimento de violências às pessoas transgênero¹⁸. Delimita-se também que esta população vive sob circunstâncias socialmente desiguais no país, sendo acometida de prejuízos e impasses no seu acesso ao sistema de garantia de direitos assegurado pelo Estado brasileiro¹⁹. O Brasil, de acordo com o observatório internacional que monitora o assassinato de pessoas transgêneras em sessenta e cinco países, é o país com o maior índice de homicídios desta população²⁰. A população transgênero também apresenta características específicas no sistema carcerário brasileiro sendo alvo de violências quanto às suas identificações e acesso à tratamento humanizado neste contexto²¹.

A discriminação no ambiente de trabalho como demissões infundadas, negativas de promoção de cargo e a não contratação para postos de trabalho é relatada por uma parcela significativa desta população. A insegurança habitacional também faz parte de sua realidade, sendo vultosos os relatos de negativas em contratos de alugueis ou outros acessos à moradia em função de sua identidade de gênero. Ademais são aludidas experiências de assédio frequentes a pessoas transgênero em abrigos e moradias sociais²².

A exclusão escolar é recorrentemente concernente à trajetória de vida da população transgênero. A discriminação e o assédio no ambiente escolar e acadêmico, promovidos tanto por profissionais da educação quanto por outros educandos, é relatada por insigne parcela desta população, sendo o bullying presente na realidade de muitos estudantes transgênero. O bullying se afigura diretamente como um dos principais motivadores da evasão escolar destes estudantes e, quando associado a outros fatores estigmatizantes, intensifica os processos excludentes relacionados a evasiva de estudantes transgêneros de ambientes educacionais¹⁸.

O prejuízo no acesso a direitos como trabalho, habitação e educação impactam diretamente nos contextos de saúde destas pessoas por produzir desigualdades sociais nímias. Contextos socialmente excludentes estão intimamente relacionados a maior prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)²³, transtornos psiquiátricos²⁴ e suicídio²⁵.

A prevalência de HIV e outras ISTs é maior na população transgênero em comparação com as pessoas cisgênero. As vulnerabilidades associadas à estigmatização e marginalização socioeconômica dessa população produzem contextos de maior risco relacionados às infecções sexuais, com maior impacto em mulheres transgênero. Precedentes como o uso de álcool e outras drogas, a delegação social destas pessoas ao trabalho sexual e o dificultoso acesso à serviços de saúde que acolham adequadamente às demandas específicas de pessoas transgênero se configuram como indicativos inextricáveis à maior prevalência destes quadros²³.

As experiências oriundas da estigmatização e exclusão social são produtoras de sintomatologias em saúde mental, sobretudo em situações de abandono e rompimento de vínculos. Indicadores apontam a intensa presença de ambientes familiares agressivos e hostis com pessoas transgênero, acarretando, em muitas das vezes, a expulsão destes indivíduos do seu núcleo familiar e a saída precoce de seus locais de origem²⁶.

A prevalência de transtornos psiquiátricos é maior na população transgênero se comparada com a população cisgênero. A maior prevalência de transtornos de humor e ansiedade, transtornos alimentares e a presença de ideação e comportamentos suicidas na população transgênero é uma realidade axiomática acerca dos cenários em saúde mental destes indivíduos²⁷.

As psicoterapias, hormonioterapia e a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, quando demandados pelo indivíduo, tendem a diminuir a percepção particular do sofrimento oriundo dos processos de exclusão social e estigmatização. Todavia, esta questão fomenta a reflexão acerca das dinâmicas intersubjetivas relacionadas a disforia em si. O acesso a dispositivos afirmativos de gênero em saúde por si só não se configura como a resolução de problemáticas relacionadas à violação de direitos de pessoas transgênero⁵. A realidade social permeada pela **transfobia** se entranha em diversos campos e domínios na vida de pessoas transgênero. Reitera-se a importância do acesso à saúde neste contexto, todavia, outras ações afirmativas também são indispensáveis ao **sistema de garantia de direitos** às pessoas transgênero²⁸.

1.5 Depressão

A **depressão** atualmente é uma das doenças de maior acometimento da população mundial. Segundo dados da OMS de 2008 a depressão foi classificada como a terceira doença de maior presença populacional e há projeções que esta ocupe o primeiro lugar em 2030. A prevalência mundial de quadros depressivos possui variações em diferentes países, todavia é considerada a probabilidade de que 6% da população geral seja acometida pela doença²⁹. Em decorrência das repercussões funcionais para os indivíduos e o aumento da prevalência desta doença, o impacto dos transtornos depressivos para a saúde coletiva e saúde pública se configura como um dos maiores desafios para a pesquisa científica em saúde mental³⁰.

O aparecimento da doença é mais comum durante a adolescência se estendendo até os 40 anos, porém 40% das pessoas que sofrem com episódios de depressão maior apresentam os sintomas antes dos 20 anos, com o pico de prevalência dos sintomas entre os 20 e 30 anos. A prevalência da doença é duas vezes maior em pessoas do sexo feminino em comparação as pessoas do sexo masculino na população geral em função de fatores biológicos e psicossociais. A presença da doença possui números parecidos em países com realidades socioeconômicas diferentes, evidenciando assim que episódios depressivos são vivenciados em função de fatores com complexidades maiores que somente os econômicos²⁹.

Apesar do curso e progressão da doença ser gradual e episódica na maior parte da população afetada, a imprevisibilidade da duração, número de episódios e padrões em seu acometimento indica que o curso da doença é variável, podendo ter início abrupto e recorrência episódica, tornando-se em alguns casos crônica ([Distímia](#)). As probabilidades de recorrência do quadro aumentam conforme a repetição episódica, sendo o controle da doença mais dificultoso em casos com o início dos sintomas em idade mais avançada^{29,30}.

O DSM V² e o CID 11⁸ são os principais manuais de classificação utilizados no processo diagnóstico da depressão. A utilização destes manuais deve ser concomitante à prática clínica atentamente baseada na história de vida do indivíduo e nas normas culturais compartilhadas por este, levando em consideração situações de crise pelo qual o indivíduo possa estar passando – como processos de luto, perdas

financeiras, desastres naturais, doença médica grave –. Para além do uso dos manuais também é indicado para o processo diagnóstico a utilização de escalas de avaliação dos sintomas com finalidades de triagem e investigação de intensidade.

O DSM V categoriza diferentes transtornos depressivos, como²:

- transtorno disruptivo do humor,
- transtorno depressivo maior;
- transtorno depressivo persistente (distímia);
- transtorno disfórico pré-menstrual;
- transtorno depressivo induzido por substância/medicamento;
- transtorno depressivo devido a outra condição médica;
- outro transtorno depressivo especificado;
- transtorno depressivo não especificado.

As características comuns entre estas categorias diagnósticas é a presença de humor triste, vazio ou irritável, com a presença de alterações somáticas e cognitivas que promovem alterações na capacidade de funcionamento dos indivíduos. A duração, momento e etiologias presumidas são os aspectos que diferenciam estas categorias, sendo o transtorno depressivo maior – e seus episódios com menor ou maior intensidade, únicos ou repetitivos – o de maior prevalência na população entre as categorias diagnósticas².

Os dois principais critérios diagnósticos de transtorno depressivo maior são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer. Além destes critérios a presença de ganho ou perda de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retração psicomotora, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes sobre morte como ideação, planejamento estratégico ou tentativa suicida, também são sintomas recorrentemente presentes do transtorno. [O acometimento de humor deprimido e / ou a diminuição de prazer ou interesse por pelo menos duas semanas, com presença destes sintomas pela maior parte do dia, é basilar ao diagnóstico. Também deve se considerar para este mesmo processo](#) que o indivíduo experimente durante este tempo pelo menos mais quatro dos sintomas descritos. As consequências funcionais relacionadas ao transtorno podem ser leves ou com maior intensidade, impactando diretamente na capacidade do indivíduo em se implicar em processos de auto cuidados básicos.

Pessoas acometidas pelo transtorno são propensas a sofrer com dores e com a diminuição de funções físicas e psicossociais².

O diagnóstico deve se ater a diferenciar certas especificidades da depressão quando relacionadas a outras condições como, por exemplo, o luto. No luto o indivíduo experimenta afetivamente a sensação de esvaziamento e perda com potencial diminuição progressiva destas sensações relacionadas a morte de um indivíduo ou rompimento / finalização de algum processo pessoal relevante para si, enquanto o humor deprimido é caracterizado pela ausência de elementos externos que promovam a sensação de tristeza com vivências prolongadas e maior experimentação de desvalia, ruminções autocríticas, infelicidade e angústias generalizadas².

Os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior não devem incluir sintomas relacionados intrinsecamente a outras condições médicas ou provocados pelo uso de substâncias/medicações. O diagnóstico diferencial deve levar em consideração a exclusão de quadros como os de episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos, transtorno de humor devido a outra condição médica, transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicações, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação com humor deprimido. As comorbidades psiquiátricas com maior frequência concomitantes ao transtorno depressivo maior são os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo – compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de personalidade borderline².

O transtorno depressivo persistente corresponde a um quadro com sintomas semelhantes à do transtorno depressivo maior, porém com a persistência sintomática de pelo menos dois anos ou mais. Este quadro também é caracterizado pela presença de prejuízo funcional do sujeito acometido pela doença e sua prevalência é menor na população geral, porém com início mais precoce dos sintomas que persistem de forma insidiosa, com intervalos de diminuição sintomática menores de dois meses².

O processo diagnóstico de transtorno depressivo persistente deve levar em consideração a presença de humor deprimido e de dois ou mais sintomas também presentes no diagnóstico de transtorno depressivo maior pelo período mínimo de dois anos. O diagnóstico diferencial deve considerar a exclusão de quadros como os de transtorno depressivo maior – este processo diferencial possui especificidades em

função da semelhança e possível relação gradual entre os quadros –, transtornos psicóticos, transtorno depressivo ou bipolar e transtorno relacionado a outra condição médica, transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância ou medicamento e transtornos de personalidade. Indivíduos acometidos por transtorno depressivo persistente apresentam maiores chances de outras comorbidades psiquiátricas se comparados com indivíduos acometidos por transtorno depressivo maior, com ênfase em particular para os transtornos de ansiedade e de uso de substâncias².

O CID 11 classifica os transtornos depressivos como uma das categorias diagnósticas pertencentes aos transtornos de humor, que são atinentes ao eixo descritor de transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Este eixo do manual diagnóstico discorre sobre síndromes com significativo impacto clínico nos processos cognitivos, reguladores da emoção e comportamentais com repercussões disfuncionais nos âmbitos psicológicos, biológicos e do desenvolvimento relacionados a prejuízos em diversos âmbitos na vida dos indivíduos⁸.

A categoria de transtornos de humor se refere aos transtornos bipolares e transtornos depressivos. Para a distinção destes quadros a categoria se baseia na identificação de episódios de humor, que são nosologias comportamentais que fornecem os componentes fundamentais para o processo diagnóstico, sendo assim estes episódios não se constituem entidades diagnósticas independentes. Para o CID 11 os transtornos depressivos são, portanto, classificados a partir do agrupamento, intensidade e padrão ao longo do tempo de episódios depressivos. As classificações da depressão pela categoria transtornos de humor são⁸:

- CID 6A70: transtorno depressivo de episódio único;
- CID 6A71: transtorno depressivo recorrente;
- CID 6A72: transtorno distímico;
- CID 6A7Y: outros transtornos depressivos especificados.

Também na CID 11 os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de humor depressivo, perda de interesse e/ou prazer e prejuízos no funcionamento do indivíduo nos âmbitos cognitivos e/ou comportamentais. A diferenciação entre transtorno depressivo de episódio único (6A70) e transtorno

depressivo recorrente (6A71) se dá na identificação dos processos de repetição dos episódios depressivos⁸.

As duas principais práticas em saúde utilizadas no tratamento dos transtornos depressivos são as psicoterapias e psicofarmacoterapia (antidepressivos), sendo indicada as suas utilizações conjuntas em quadros com episódios graves²⁹. Antecedente ao tratamento é necessário que seja investigado, e posteriormente cessado, o uso de substâncias/medicamentos que rebaixem o humor, além de se abordar os contextos de uso abusivo/disfuncional de álcool e outras substâncias, prática de exercícios físicos, hábitos alimentares, entre outras informações relacionadas ao estilo de vida³⁰.

A oferta de psicoterapias se mostra diversa, como as de base cognitivas, comportamentais, interpessoais, psicodinâmicas/psicanalíticas, entre outras. Não há distinção acerca da superioridade de alguma modalidade psicoterapêutica no tocante ao processo de tratamento desde que [este](#) compartilhe o cuidado genuíno e considerações positivas no processo de acompanhamento como elemento primordial na relação entre psicoterapeuta e indivíduo atendido^{29,30}

O tratamento conjunto de psicoterapias e psicofarmacoterapia em casos graves de depressão regularmente produz efeitos benéficos com a diminuição ou remissão dos sintomas mais incapacitantes da doença. Em casos de intensa resistência ou ausência de respostas benéficas frente a esta proposição terapêutica podem ser indicados tratamentos aliados como a eletroconvulsoterapia, infusão de cetamina e estimulação magnética transcraniana³⁰.

1.5 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade, assim como os transtornos depressivos, configuram-se como uma das desordens psiquiátricas de maior prevalência mundial, tendo sido classificados pela Organização Mundial da Saúde como a nona causa de incapacidade em saúde com o acometimento de 3,3 % [da população](#)³¹. A prevalência de transtornos de ansiedade é duas vezes maior no sexo feminino em comparação ao sexo masculino².

A **ansiedade** e sentimentos correlatos, como o **medo**, são mecanismos cognitivos e comportamentais essenciais para processos adaptativos e de

sobrevivência dos indivíduos. São normativas à subjetividade humana sensações de ansiedade durante o desenvolvimento na infância e adolescência e sua continuidade na vida adulta. A distinção entre a ansiedade normativa e os transtornos de ansiedade é complexa e exige o exercício clínico apurado no reconhecimento das distinções como a gravidade, duração e persistência de experiências ansiosas. A avaliação categórica da presença de sofrimento e prejuízos funcionais ao indivíduo são essenciais para a classificação dos transtornos de ansiedade³¹.

O DSM 5² e o CID 11⁸ classificam os transtornos de ansiedade com bases na descrição e categorização de sintomas característicos e semelhantes. O aspecto da desproporcionalidade das experiências de medo e ansiedade frente a um estímulo é basilar a ambos os manuais. Ressalta-se que, assim como em outras desordens psiquiátricas de intensa prevalência na população, os sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade não são patognomônicos³¹.

A APA² descreve que o medo é caracterizado como uma resposta do indivíduo a iminência de uma ameaça real ou percebida e a ansiedade é caracterizada como uma resposta provocada pela antecipação de uma ameaça futura. Ambas as sensações podem se sobrepor ou se diferenciar de acordo com a realidade do indivíduo, contudo o medo é normalmente associado a excitação autonômica periódica relacionada às habilidades de luta e/ou fuga e a ansiedade à tensão muscular e vigilância relacionadas a antecipação de um perigo percebido.

O DSM 5 classifica os transtornos de ansiedade nas seguintes categorias²:

- transtorno de ansiedade de separação;
- mutismo seletivo;
- fobia específica;
- transtorno de ansiedade social (fobia social);
- transtorno de pânico;
- agorafobia;
- transtorno de ansiedade generalizada;
- transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento;
- transtorno de ansiedade devido a outra condição médica;
- outro transtorno de ansiedade especificado;
- transtorno de ansiedade não especificado.

As diferenças categóricas entre os transtornos de ansiedade se amparam nas situações e objetos indutores de medo, ansiedade e na ideação cognitiva relacionada. Apesar da alta comorbidade entre si, os critérios diagnósticos para avaliação destes quadros devem considerar atentamente as contingências comportamentais antecedentes e o conjunto de pensamentos associados ao medo ou à ansiedade. Habitualmente sua persistência é de minimamente seis meses com possibilidades de maior duração. Os critérios avaliadores de durabilidade devem considerar a possibilidade de flexibilização na persistência dos sintomas, sendo habitualmente a sua presença mais breve em crianças, por exemplo em quadros de transtorno de ansiedade de separação durante a infância².

O mutismo seletivo é associado a situações em que o indivíduo se sente com medo ou ansioso frente à solicitação ou necessidade de se pronunciar/verbalizar publicamente em contextos em que se sente exposto. A fobia social está relacionada ao medo exacerbado do indivíduo durante processos de socialização e as fobias específicas normalmente se expressam pela associação do medo exacerbado como reação a um objeto ou contexto específico (por exemplo o medo de determinados animais, personagens, entre outros)².

O transtorno de pânico é caracterizado por recorrentes e inesperados ataques de pânico. O ataque de pânico se configura como um estado do indivíduo de acometimento abrupto intenso de medo ou desconforto, com alcance rápido de pico (minutos), com sintomas como taquicardia, sudorese, tremores físicos, falta de ar, desconforto abdominal e/ou torácico, tontura, parestesias, desrealização (sensação de irrealidade) e/ou despersonalização (sensação de auto distanciamento) e os medos específicos de perda de controle, perda da sanidade e/ou de morrer².

O transtorno de ansiedade generalizada se caracteriza pela ocorrência por pelo menos seis meses, com repetições diárias, das sensações de ansiedade e preocupação excessiva relacionadas a atividades ou eventos relevantes às expectativas pessoais do indivíduo. Considera-se típico deste transtorno a dificuldade de controlar essas sensações e a coexistência da ansiedade com sintomas como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e alterações do sono. Somatizações como diarreia, sudorese e náuseas também podem se apresentar em indivíduos que sofrem com este transtorno².

Indivíduos acometidos pelo transtorno de ansiedade generalizada normalmente apresentam os primeiros sintomas na vida adulta e, em muitos casos, convivem com a doença durante toda vida, tornando-se assim complexa a distinção da ansiedade enquanto condição clínica ou característica temperamental do indivíduo. A persistência do transtorno promove prejuízos funcionais relevantes à qualidade de vida a quem convive com esta condição².

As experiências de medo e/ou ansiedade provocadas em contextos de uso de substâncias e/ou medicamentos é particular ao diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, assim como as experiências de medo e/ou ansiedade caracterizadas como reações aos contextos de outros diagnósticos médicos, tratamento médico (clínico e cirúrgico) e agravamento de quadros de saúde são particulares ao transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. Ambas as duas condições citadas devem ser consideradas como elementos para o diagnóstico diferencial dos outros transtornos de ansiedade².

A CID 11 ordena a classificação diagnóstica dos transtornos de ansiedade pela categoria transtornos relacionados à ansiedade e ao medo, sendo assim como os transtornos depressivos pertencentes ao eixo descritor de transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Distingue-se, neste caso, ansiedade e medo como reações naturais do funcionamento individual em contraponto a categorização clínica. As classificações diagnósticas são⁸:

- CID 6B00 – transtorno de ansiedade generalizada;
- CID 6B01 – transtorno de pânico;
- CID 6B02 – agorafobia;
- CID 6B04 – transtorno de ansiedade social;
- CID 6B05 – transtorno de ansiedade de separação;
- CID 6B06 – mutismo seletivo.

A CID 11 também se assemelha ao DSM 5 ao associar a ansiedade e o medo excessivo e desproporcional sentido pelo indivíduo frente a antecipação percebida de uma ameaça e a reação iminente a uma ameaça percebida no presente, respectivamente, aos transtornos relacionados à ansiedade e ao medo. É evidenciado o significativo prejuízo funcional em diversos domínios da vida dos indivíduos acometidos por algum destes transtornos^{8,32}.

A CID 11 ordena em seu escopo classificatório os transtornos de ansiedade induzidos por substâncias organizando os códigos de classificação sobre os critérios de identificação da substância utilizada em outras categorias nosológicas, descrevendo as peculiaridades clínicas relacionadas às reações de ansiedade produzidas pelo uso de diferentes drogas. As experiências de ansiedade também estão relacionadas à classificação diagnóstica de Hipocondria (CID 6B23). A síndrome de ansiedade secundária (6E63) é caracterizada pela presença proeminente de sintomas de ansiedade promovida por alguma condição fisiopatológica em que se exclui a relação deste quadro com algum transtorno mental e/ou comportamental, quadro de delírio ou com transtorno de ajustamento².

Assim como nos transtornos depressivos, as psicoterapias e psicofarmacoterapias são os tratamentos mais efetivos na produção de efeitos benéficos às pessoas acometidas por transtornos de ansiedade. Estudos que descrevem a prescrição de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) conjugados à psicoterapia tem mostrado resultados positivos no tratamento dos transtornos de ansiedade³².

1.6 Ideação suicida

A ideação suicida, assim como os casos de suicídio, são um dos maiores desafios à saúde na contemporaneidade. A OMS relatou o suicídio de 804,000 pessoas em todo o mundo no ano de 2012. Tanto a ideação suicida, o comportamento/tentativa de suicídio e o suicídio em si possuem características específicas de acordo com os contextos culturais e socioeconômicos das populações³³.

A ideação suicida está relacionada a aos pensamentos, considerações e planejamento pessoal de condutas suicidas. Ampara-se em demandas autodestrutivas do indivíduo que podem discorrer sobre ações desesperadas frente ao prejuízo pessoal da capacidade de acessar escolhas diferentes para lidar com o próprio sofrimento. Considera-se também que a ideação suicida está associada a processos psicológicos que inviabilizam o sujeito de elaborar a experiência de sentimentos e desejos desagradáveis ou aterrorizantes. O desejo pela morte, como a solução para o sofrimento, é basilar para a estrutura da ideação suicida³⁴.

A diminuição da esperança, enquanto constructo cognitivo comportamental, está intimamente relacionada à ideação suicida. Compreende-se que a diminuição da capacidade de projetar aspirações e desejos pessoais em situações futuras de forma positiva e a perda de prazer relacionada aos processos de desenvolvimento do indivíduo contribuem para a intensidade da ideação suicida³⁴.

O DSM 5² associa a ideação suicida enquanto um dos sintomas mais prevalentes em diversos transtornos psiquiátricos. Os transtornos depressivos, por exemplo, muitas vezes apresentam a ideação suicida como um dos sintomas mais presentes e preocupantes na organização do quadro psiquiátrico. Sobretudo, em transtornos depressivos recorrentes, a ideação suicida aparece como um dos sintomas mais presentes relacionados à diminuição da capacidade de sentir prazer e a persistência do humor deprimido. O DSM 5 também associa a ideação suicida a outros transtornos psiquiátricos ou condições de saúde quando há a experiência de intenso sofrimento relacionada ao prejuízo de prospecção de futuro ou a necessidade desesperada de lidar com o próprio sofrimento promovido por outros sintomas.

A CID 11⁸ também associa a ideação suicida a outros transtornos psiquiátricos ou condições de saúde. A ideação suicida pode se relacionar a presença de [transtornos](#) de humor, transtornos obsessivos compulsivos e distúrbios associados ao sofrimento de autopercepção do corpo.

A ideação suicida em transtornos psicóticos é descrita em ambos os manuais em contextos específicos, não sendo uma característica comum nestes contextos. As condutas suicidas podem estar relacionadas à sintomas psicóticos, dissociações ou outras experiências de desorganização da percepção da realidade ambiental, da personalidade, entre outros fatores³⁴.

A abordagem em saúde ao indivíduo com ideação suicida deve preconizar o atendimento psiquiátrico e psicológico como forma de intervenção, tanto em nível ambulatorial ou de observação em enfermaria. Em diversas situações com presença de ideação suicida a rede familiar e social do indivíduo deve ser acionada para melhor administração dos contextos de vigilância e controle no acesso do indivíduo a condições ou objetos que possibilitem a auto agressão ou consumação da conduta suicida, por exemplo o acesso a armas de fogo, objetos perfurantes e substâncias que promovam intoxicações fatais³³.

1.7 Depressão, ansiedade e ideação suicida em contextos de saúde de pessoas transgênero

A população de pessoas transgênero apresenta maior prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida quando comparada com pessoas cisgênero²⁷, todavia é necessário ressaltar que os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e ideação suicida não são uma desordem psiquiátrica inerente à saúde desta população⁵. A multifatorialidade dos transtornos depressivos, a diversidade individual de intensidade dos sintomas e a variabilidade no curso e progressão da doença por si só evidencia que o acometimento da depressão, ansiedade e ideação suicida e as experiências de gênero não possuem uma relação intrínseca do ponto de vista clínico³⁵.

As associações entre a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade e as experiências de sofrimento vividas por pessoas transgênero devem levar em consideração as complexidades relacionadas às histórias de vida do indivíduo³⁶. Mesmo as vivências disfóricas de gênero que possuam contornos mais subjetivos não são essencialistas, reiterando-se assim que pessoas transgênero não sofrem necessariamente com desordens psiquiátricas⁵.

Entretanto, os números relacionados a prevalência de depressão e ansiedade são maiores em pessoas transgêneros. Fatores associados à transfobia estrutural como a delegação desta população à vulnerabilidade social por meio do estigma e exclusão se configuram como os principais preditores da prevalência de depressão em pessoas transgêneros³⁷.

As violências sofridas por pessoas transgênero são demarcadores indubitáveis à percepção de si e do mundo para estes indivíduos. Agressões físicas e psicológicas assentadas ao repertório de vida promovem a intensificação dos sentimentos de tristeza e pessimismo, alterando potencialmente a capacidade destas pessoas em sentir prazer e na manutenção de sua [autoestima](#). Com a diminuição destas funcionalidades podem se exacerbar comportamentos como agitação ou fadiga, irritabilidade e choro recorrente. Contextos de violência possuem, portanto, relação direta com a maior presença de sintomas depressivos na população de pessoas transgênero²⁷.

Os contextos de violência relacionados à prevalência de depressão e ansiedade possuem configurações diferentes ao se levar em consideração as interseccionalidades alusivas a outros processos socialmente excludentes, como o racismo e a xenofobia. Pessoas transgênero que sofrem com outros estigmas podem acumular em seu repertório subjetivo a sensação de desamparo, sentindo-se desta forma com escolhas limitadas ao acessar as suas habilidades interpessoais favorecendo a intensificação de humor deprimido³⁸.

O sentimento de solidão e vazio existencial são característicos dos transtornos depressivos, muitas vezes relacionada a presença de ideação suicida, aludindo assim a associação entre a diminuição das funções de sociabilidade com a intensificação do humor deprimido e prejuízos funcionais para a experiência de esperança³⁹. A exclusão social experimentada por pessoas transgênero está diretamente relacionada à perda de interesse por si e pelos outros⁴⁰.

1.8 Equipe multidisciplinar, atuação da psicologia e cuidados éticos

As diretrizes nacionais da Assistência às pessoas trans foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 457/2008⁴¹, sendo estas diretrizes revistas e ampliadas posteriormente pela Portaria nº 2803/2013⁴². Esta segunda portaria delimita as estratégias de cuidado na atenção à população de pessoas transexuais transgênero, da atenção básica à atenção especializada. Dentre as estratégias definidas pela portaria se encontram a realização de ações em interlocução em saúde que integrem a assistência em ambientes de urgência, hospitalares e especializados com a atenção básica de saúde

Ressalta-se que esta mesma regulamentação contempla o profissional de psicologia como parte da equipe multidisciplinar em função do acompanhamento terapêutico a esta população considerando os aspectos psíquicos, sociais e médicos - biológicos⁴². O CFM, por meio das resoluções 1.482 de 1997¹¹ e 1.995 de 2010¹² também preconiza que [este profissional deve](#) fazer parte da equipe multidisciplinar que [acompanha](#) pessoas transgênero que procurem por serviços de referência.

Ao profissional de psicologia é necessário escuta e disponibilidade às singularidades, configurando-se como uma prática que esteja consonante às extensas, complexas e múltiplas experiências de gênero⁴³. O profissional de

psicologia deve se ater às questões psicológicas durante o atendimento à população de pessoas transgênero, ressaltando que este profissional não deve se ater somente ao olhar biológico.

O Conselho Federal de Psicologia evidencia que a autodeterminação se configura como um processo condizente ao exercício da autonomia de cada sujeito acerca das experiências individuais de gênero. Ao psicólogo é requisitado que respeite o nome social desta população, assim como não deve exercer qualquer atividade que favoreça a discriminação, o preconceito, a estigmatização e violência a estas pessoas⁴⁴.

A psicologia, enquanto saber e prática profissional, está relacionada aos princípios básicos da seguridade dos Direitos Humanos. Ao profissional psicólogo, em âmbito nacional, é regulamentado que deva alinhar sua prática à promoção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos e suas coletividades, assim como contribuir para o processo de eliminação de qualquer espécie de crueldade, discriminação, exploração, violência, negligência e/ou opressão. Também lhe é requisitado, no sentido ético, que analise de forma crítica e histórica em sua prática a realidade social em seu contexto de inserção⁴⁵.

1.9 Avaliação psicológica: singularidades para além do gênero

Frente a todas as recomendações descritas, questiona-se: qual o papel do profissional de psicologia quando estas modificações corporais são requisitadas pelo indivíduo? Quando o indivíduo procura centros de referência com a demanda de modificar o seu corpo, qual deve ser a prática do profissional de psicologia? Mesmo quando requisitado pelo indivíduo o acesso a dispositivos de afirmação de gênero, o profissional deve se ater que a assistência psicológica a pessoas transexuais, travestis e com outras vivências trans preconiza o acolhimento e apoio em promoção de qualidade de vida^{43,44}, portanto, o profissional deve fomentar o protagonismo e autonomia desta população no processo de acesso a estes procedimentos.

A atuação da psicologia não é o de um mero instrumento de avaliação que decidirá quem deve ou não deve realizar um procedimento cirúrgico ou iniciar terapia hormonal. Tão pouco deve se ater às interpretações das experiências de

gênero como verdadeiras ou falsas, válidas ou inválidas. O profissional deve se ater às recomendações e resoluções nacionais no exercício da sua prática, mesmo que institucionais e protocolares, quanto às orientações éticas no cuidado às pessoas transgênero^{43,44}.

O profissional deve se ater a recomendação de que o paciente deve ter crítica e compreensão acerca das informações e desdobramentos de suas escolhas e decisões durante o processo de transição. Alguns dos procedimentos, como as cirurgias de afirmação de gênero, são irreversíveis e impactarão na vida sexual do paciente, nas suas relações, entre outros aspectos, assim como esta crítica deve se estender às modificações corporais produzidas pela hormonioterapia^{43,44}. A assistência psicológica também deve ater às informações sobre as questões em direito reprodutivo e familiar, transfobia, entre outras demandas e problemáticas sociais que atravessam as vivências de pessoas transgêneros.

Apesar da possibilidade da observação clínica da existência concomitante de disforia de gênero e transtornos psicóticos apontada pelo DSM 5², o CFM não indica o acesso aos dispositivos de afirmação de gênero a pessoas com transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves e transtornos do desenvolvimento graves¹⁰.

Com relação ao atendimento a crianças e adolescentes transgêneros a orientação adequada à família é essencial, embasada em conhecimento científico e ancorada pelas orientações dos conselhos profissionais^{43,44}. O acolhimento e esclarecimento aos pais é fundamental para a promoção de um ambiente cuidadoso e que fomente o desenvolvimento saudável da criança ou adolescente em questão.

A assistência a esta população se configura no ensejo da escuta atenta às demandas individuais do sujeito, esteja em processo de avaliação para posteriores procedimentos de modificação corporal ou não. Valorizar as experiências individuais em seus significados e produções de sentido preconizando as trajetórias do sujeito em experimentação de gênero é um dos possíveis desdobramentos do processo de assistência psicológica, porém, a leitura das singularidades deve compreender que o sujeito é composto por vivências das mais variadas, não somente as de gênero. Compreende-se, portanto, que o papel do psicólogo não é

o de afirmar, converter ou questionar a autodenominação do indivíduo quanto ao seu gênero experienciado, mas sim o de promover saúde ao escutar integralmente, com repertório e apropriação ética, as individualidades e suas histórias⁴⁴.

A escuta integral, sensível aos questionamentos e reflexões acerca das possibilidades de experimentação de gênero do indivíduo, é o principal instrumento de trabalho do profissional de psicologia inserido em equipe multidisciplinar que atende à população de pessoas transgênero. A prática profissional deve ser consonante às recomendações jurídicas e técnicas previstas pelas principais instituições reguladoras relacionadas às políticas públicas de saúde de pessoas LGBTQIAPN+ e à rede suplementar em saúde^{43,44}.

A abordagem à singularidade humana, no encontro entre paciente e profissional, fomenta e valoriza a autonomia e emancipação do indivíduo em seus percursos e trajetórias de vida. O respeito a autodenominação e as experiências individuais de gênero promovem saúde e qualidade de vida como direitos a esta população que historicamente lhe é vedada o acesso pleno ao cuidado de suas demandas e particularidades.

1.10 Entrevista psicológica e questionários de avaliação de psicológica

A avaliação psicológica se configura como um importante instrumento para a construção de um projeto terapêutico singular que aborde de forma efetiva as demandas dos indivíduos atendidos⁴⁶. Como já descrito, a escuta empática e humanizada deve ser essencial aos protocolos de atendimento às populações marginalizadas e excluídas socialmente, neste caso, enfatiza-se a promoção desta escuta às pessoas transgênero⁴³.

Todavia, quais são os instrumentos possíveis de utilização, neste contexto, que promovam a escuta atenta às particularidades do indivíduo, mas que também proporcionem a objetividade e fidedignidade para a construção do saber científico? Frente a este cenário, a utilização de entrevistas estruturadas, semiestruturadas e abertas se configura como uma das estratégias de escuta no atendimento em saúde mental e como uma rica ferramenta para a equipe multidisciplinar de referência da paciente⁴⁶.

Além das entrevistas, a utilização de instrumentos psicométricos também se

configura como uma estratégia importante para a construção de saberes e leituras clínicas do indivíduo e suas necessidades. O uso de escalas, questionários e *checklists* associado às entrevistas é uma das ferramentas do profissional em saúde mental para a efetivação da leitura objetiva de indicativos em saúde que passam pelo campo da subjetividade. Sendo assim é recomendado que a utilização de questionários e outros instrumentos psicométricos seja coexistente à prática de entrevistas sensíveis que possibilitem o acolhimento e a construção de um lugar seguro para que o indivíduo que esteja em processo de avaliação psicológica se sinta confortável ao entrar em contato com sua história de vida⁴⁷.

Existe no Brasil uma gama diversa de questionários e escalas, de caráter psicométrico, enquanto instrumentos de avaliação psicológica. Estes questionários possuem os mais variados objetivos, formas de aplicação e diferenças metodológicas. O uso destes questionários em ambientes clínicos se dá mediante validação posterior a estudos científicos que investigam, na população nacional, a aplicabilidade e fidedignidade destes instrumentos⁴⁷.

Acerca dos indicativos de depressão, ansiedade, sentimentos de desesperança e ideação suicida, as Escalas Beck são questionários que visam avaliar a presença de indicadores de sintomas de adoecimento psicológico. Estas escalas tem por objetivo avaliar as experiências do indivíduo relacionadas aos construtos de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida⁴⁸.

2 JUSTIFICATIVA

Compreende-se que atualmente a produção de pesquisa acerca da saúde mental de pessoas transgênero que apresentam ou apresentaram disforia de gênero e que acessaram ou acessam procedimentos cirúrgicos com fins de afirmação de gênero é reduzida em função da pouca quantidade de centros especializados em saúde desta população no país.

Também tendo em vista que no Brasil existem poucos estudos que avaliam e descrevem a presença de sintomas de ansiedade, de depressão, ideação suicida ou outras comorbidades psiquiátricas que interfiram negativamente durante o processo de acompanhamento de pacientes transexuais, a investigação e descrição destes sintomas se configura como uma importante estratégia na promoção de saúde e qualidade de vida a esta população.

A relevância do estudo também se dá em função das características específicas da população pertencente à amostra, sendo esta caracterizada por estar em atendimento assistencial em serviço de saúde de alta complexidade e acompanhada por equipe de saúde multidisciplinar em longo segmento.

3 OBJETIVO

Investigar a presença de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero que estão em preparo ou que realizaram procedimento cirúrgico de [Genitoplastia Feminizante](#) (GF).

3.1 Objetivos específicos

- [Avaliar se há diferença na presença de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida](#) nos diferentes períodos de tratamento de cada grupo (pré-operatório e pós-operatório).
- [Avaliar se dados sociodemográficos e clínicos estiveram associados à presença de sintomas de depressão e ansiedade.](#)
- [Avaliar se o tempo de espera para a realização da GF tem correlação com a presença de sintomas de depressão e ansiedade.](#)

4 METÓDO

A casuística do estudo consta de 38 mulheres transgênero (*n*38) que participam do programa de atendimento e acompanhamento de pessoas transgênero no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Anexo A) O convite à participação do estudo foi realizado pelo pesquisador durante os atendimentos ambulatoriais por equipe multiprofissional na Divisão de Clínica Urológica do HC FMUSP e na Divisão de Endocrinologia e Metabologia do HC FMUSP. As participantes deste estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e responderam a uma entrevista psicológica semiestruturada e três questionários de avaliação psicológica. As participantes foram informadas do direito de se recusar em participar do estudo e de requisitar a retirada de seus dados da amostra quando o quiserem, sendo fornecidos telefones e e-mails para casos de desistência na participação da pesquisa. A amostra do estudo se deu por conveniência.

Para melhor condução na descrição e análise dos resultados em consonância aos objetivos do estudo, dividiu-se a amostra em dois grupos:

- Grupo 1: composto por mulheres transgênero atendidas no HC FMUSP que se submeteram à realização de procedimento cirúrgico de GF Este grupo é formado por 22 participantes (*n*22).
- Grupo 2: composto por mulheres transgênero atendidas no HC FMUSP e que se encontram em preparo/espera para realização de procedimento cirúrgico de GF. Este grupo é formado por 16 participantes (*n*16).
- as participantes com diagnóstico psiquiátrico tiveram seus dados analisados separadamente nos resultados gerais da intensidade de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida para a investigação mais adequada destes aspectos

4.1 Critérios de inclusão

Os critérios para inclusão das participantes de ambos os grupos são:

- estar em acompanhamento por equipe multiprofissional do HC FMUSP em atualidade à coleta de dados

- ser maior de 18 anos¹

Os critérios específicos de inclusão para as participantes do Grupo 1 são:

- ter apresentado ou apresentar indicativos clínicos de disforia de gênero^{2*}
- ter realizado o procedimento cirúrgico de GF no HC FMUSP

Os critérios específicos de inclusão para as participantes do Grupo 2 são:

- Apresentar indicativos clínicos de disforia de gênero
- relatar o desejo de se submeter ao procedimento cirúrgico de GF

4.2 Questões éticas

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP). Também foi aprovado por anuência da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HC FMUSP e possui anuência para coleta de dados das participantes atendidas em ambiente ambulatorial pela disciplina de endocrinologia e metabologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). (Anexo C)

Considerou-se a possibilidade mínima de desconforto psicológico durante a participação do estudo. As participantes foram informadas que, caso desejem, a coleta de dados poderia ser paralisada imediatamente e seus dados retirados da pesquisa. Também foram informadas que em contextos de sinalização da necessidade de atendimento psicoterapêutico o pesquisador faria a mediação necessária com o profissional de psicologia de referência da participante.

O estudo não forneceu subsídios financeiros para as participantes. Informou-se a todas as participantes que não haveria prejuízo ou descontinuidade do atendimento multiprofissional no HC FMUSP em caso de negativa na participação da coleta de dados ou de expressão do desejo de retirada de seus dados do estudo.

¹este critério de inclusão é consonante à idade mínima para realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero determinada pela portaria nº 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina

^{2*} delimita-se neste critério de inclusão os tempos verbais diferentes para as palavras *apresentaram* e/ou *apresentam* em decorrência do fato de que o procedimento cirúrgico de genitoplastia feminizante pode se configurar como um atenuante na presença de indicativos clínicos de disforia de gênero

4.3 Metodologia

A metodologia utilizada no estudo é exploratória, com análises qualitativas e quantitativas. As análises qualitativas se debruçam com ênfase em investigar os dados colhidos provenientes da entrevista psicológica semiestruturada por intermédio de registros que visam se atentar de forma objetiva e categórica sobre os aspectos com características subjetivas da história de vida dos sujeitos de pesquisa. As análises quantitativas tem o enfoque em tratar os dados colhidos por meio dos questionários aplicados e suas correlações estatísticas com as categorizações produzidas pela análise qualitativa. O delineamento do estudo é do tipo transversal e não experimental em decorrência de não haver seguimento no tempo de acompanhamento dos sujeitos de pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2020 a abril de 2023. Enfatiza-se que toda a coleta de dados foi realizada presencialmente, em função dos aspectos éticos relacionados à realização da entrevista psicológica semiestruturada e aplicação dos questionários, durante a Pandemia de COVID 19, portanto houve relativo prejuízo na regularidade dos processos de coleta de dados.

4.5 Local

A coleta de dados ocorreu em salas/consultórios pertencentes aos ambulatórios da Divisão de Clínica Urológica do HCFMUSP e da Divisão de Endocrinologia e Metabologia do HCFMUSP. Em ambos os espaços, por seu caráter privativo, garantiu-se o conforto adequado para as participantes do estudo.

4.6 Entrevista semiestruturada

A entrevista psicológica semiestruturada fornece ao pesquisador a possibilidade de se ater objetivamente à coleta de dados, porém preservando certas flexibilidades necessárias à escuta empática no exercício da avaliação psicológica⁴⁶. Foram elegidas perguntas acerca da história de vida das participantes em sua integralidade, porém sem perder o foco de evidenciar objetivamente de forma categórica os processos subjetivos relacionados às experiências tocantes a identidade de gênero, vivências disfóricas de gênero, histórico de acompanhamento

em saúde e repercussões em saúde mental durante o seu acompanhamento psicoterapêutico, psiquiátrico, clínico e cirúrgico (Anexo D).

A coleta de dados sociodemográficos priorizou os seguintes aspectos durante as entrevistas:

- idade;
- localidade de residência;
- formação acadêmica;
- vínculo empregatício;
- profissão auto referida;
- situação conjugal.

Acerca do acompanhamento em saúde foi solicitado às pacientes que relatassem:

- Idade de percepção da experiência de disforia de gênero
- Idade do início do processo de transição de gênero (primeiras vivências públicas com características do gênero feminino – como a utilização de vestimentas, acessórios e penteados socialmente atribuídos ao gênero feminino, a utilização do nome social, a auto referência e a solicitação de ser interpelada pelo gênero feminino)
- idade de procura por atendimento especializado em função das experiências disfóricas de gênero
- idade de início e quantidade de anos em psicoterapia;
- idade de início e quantidade de anos em acompanhamento psiquiátrico, caso o fizeram ou façam;
- diagnóstico psiquiátrico, caso o possua;
- prescrição psicofarmacológica, caso esteja em uso de medicação;
- idade de início e quantidade de anos de hormonioterapia;
- prescrição hormonal atual;
- uso de álcool, nicotina ou outras substâncias;
- presença de patologias físicas;
- realização de GF e outros procedimentos cirúrgicos com fins de afirmação de gênero;

- para as pacientes do Grupo 1 foi questionado se tiveram complicações pós cirúrgicas e/ou a necessidade de se submeter a outros procedimentos corretivos;
- auto percepção das participantes sobre possuir apoio e suporte social que ofereça cuidado e acolhimento durante a recuperação do procedimento cirúrgico de GF.

4.7 Questionários

Os questionários utilizados no estudo foram o Inventário de Depressão de Beck II (BDI II)⁴⁹, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)²¹ e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)⁴⁸. A aplicação dos questionários se deu posteriormente à realização da entrevista e se optou pela aplicação oral dos três instrumentos de avaliação psicológica. Nos resultados, a depender da tabela, optou-se pela utilização da nomenclatura “sem sintomas” como sinônimo à classificação “sintomas mínimos” e da nomenclatura “com sintomas” como sinônimo às classificações “sintomas leves, moderados e graves”

4.7.1 Inventário de depressão de Beck 2ª edição (BDI II)

O Inventário de Depressão Beck II – 2ª edição (BDI II) é um questionário composto por 21 itens que tem por objetivo avaliar a intensidade de sintomas de depressão. A aplicação deste instrumento de avaliação pode ser realizada em indivíduos a partir dos 13 anos de idade. O BDI II foi desenvolvido para substituir a sua primeira versão, o Inventário de Depressão de Beck I – 1ª edição, em função das atualizações dos sintomas de depressão. O desenvolvimento deste questionário foi baseado na frequência de sintomas auto relatados por pessoas com diagnóstico psiquiátrico de depressão⁴⁹ (Anexo E).

O questionário pode ser preenchido de forma auto aplicada ou por aplicação oral. No formato de auto aplicação é solicitado que o respondente leia atentamente os enunciados e preencha as questões da folha de resposta do questionário levando em consideração que as perguntas se referem sobre como o indivíduo está se sentindo nas últimas duas semanas. Já o formato de aplicação oral exige que o aplicador leia com clareza os enunciados, explique atentamente que as perguntas se referem sobre como o indivíduo está se sentindo nos últimos quinze dias e entregue uma cópia da folha de resposta do questionário para que o respondente possa acompanhar junto com o aplicador a leitura das questões⁴⁹.

Os 21 itens do questionário possuem 4 respostas diferentes de acordo com a gravidade do sintoma interpelado, sendo as respostas categorizadas de 0 a 3. A pontuação do questionário é realizada pela soma dos valores totais provenientes das respostas. O escore mínimo é de 0 pontos e o máximo de 63 pontos. A interpretação dos resultados é realizada com base nas categorias de pontuações apresentadas na tabela abaixo⁴⁹ (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 - Categorização de intensidade de sintomas de depressão do Inventário de Depressão de Beck II (BDI II)

Pontuação total	Intensidade dos sintomas
0 – 13 pontos	Mínimo
14 – 19 pontos	Leve
20 – 28 pontos	Moderado
29 – 63 pontos	Grave

Os sintomas característicos de depressão avaliados pelo questionário são⁴⁹:

1. Tristeza
2. Pessimismo
3. Fracassos passados
4. Perda de prazer
5. Sentimentos de culpa
6. Sentimentos de punição
7. Autoestima
8. Autocritica
9. Pensamentos ou desejo suicida
10. Choro
11. Agitação
12. Perda de interesse
13. Indecisão
14. Desvalorização
15. Falta de energia
16. Alterações no padrão de sono
17. Irritabilidade

18. Alterações de apetite
19. Dificuldades de concentração
20. Cansaço ou fadiga
21. Perda de interesse por sexo

4.7.2 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade Beck (BAI) é um questionário composto também por 21 itens, porém com o objetivo de avaliar a intensidade de sintomas de ansiedade. A aplicação deste instrumento de avaliação pode ser realizada em indivíduos a partir dos 17 anos de idade. O desenvolvimento deste questionário foi baseado na frequência de sintomas auto relatados por pessoas com diagnósticos psiquiátricos diversos, porém sua aplicação também é possível de ser realizada, cautelosamente, com a população em geral⁴⁸. (Anexo F)

As possibilidades de preenchimento deste questionário também são as de auto aplicação e aplicação oral, sendo suas metodologias de aplicação parecidas com a do BDI II, ou seja, são importantes a leitura e compreensão atentas por parte dos respondentes e aplicadores. A diferença mais marcante na aplicação do BDI II para o BAI é que este questionário avalia a presença dos sintomas de ansiedade a partir da autopercepção do respondente nos últimos 7 dias⁴⁸.

Os 21 itens do questionário também possuem 4 respostas que discorrem sobre a gravidade dos sintomas de ansiedade, todavia a forma de responder o instrumento é diferente. As respostas disponíveis são⁴⁸:

- Absolutamente não (0 pontos)
- Levemente – Não me incomodou muito (1 ponto)
- Moderadamente – Foi muito desagradável, mas pude suportar (2 pontos)
- Gravemente – Dificilmente pude suportar (3 pontos)

Assim como no BDI II, a pontuação do questionário é realizada pela soma dos valores totais provenientes das respostas. O escore também é de no mínimo 0 pontos e o máximo de 63 pontos. A interpretação dos resultados é realizada com base nas categorias de pontuações apresentadas na tabela abaixo⁴⁸. (Tabela 4.2)

Tabela 4.2 - Categorização de intensidade de sintomas de ansiedade do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Pontuação total	Intensidade dos sintomas
0 – 10 pontos	Mínimo
11 – 19 pontos	Leve
20 – 30 pontos	Moderado
21 – 63 pontos	Grave

O BAI possui 4 agrupamentos de subescalas de sintomas, sendo estas⁴⁸:

- Subescala neurofisiológica: compreende os sintomas dormência ou formigamento, tremores nas pernas, atordoado ou tonto, sem equilíbrio, tremores nas mãos, trêmulo e sensação de desmaio
- Subescala subjetiva: compreende os sintomas: incapaz de relaxar, medo de que aconteça o pior, aterrorizado, nervoso, medo de perder o controle e assustado
- Subescala de pânico: palpitação ou aceleração do coração, sensação de sufocação, dificuldade de respirar e medo de morrer
- Subescala autonômica: sensação de calor, indigestão ou desconforto no abdômen, rosto afogueado e suor (não devido ao calor)

4.7.3 Escala de suicídio de Beck (BSI)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) é um instrumento de avaliação psicológica que investiga a presença de ideação suicida. Assim como os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, o BSI também é composto por 21 questões, porém possui características específicas com relação a sua aplicação e interpretação dos resultados em função da complexidade clínica do fenômeno ideário suicida⁴⁸. (Anexo G)

Todas as 21 questões possuem três respostas possíveis, com pontuação de 0 a 2. As cinco primeiras questões do BSI têm como objetivo o rastreio da presença de ideação suicida, dependendo desse resultado a aplicação do restante do instrumento. As três primeiras questões avaliam o desejo de viver, o desejo de

morrer e as crenças relacionadas às razões para viver ou morrer. As questões 4 e 5 investigam a existência de ideários relacionados a tentativas ativas e passivas de suicídio, respectivamente. Caso o respondente pontue com zero às questões 4 e 5, orienta-se que se suspenda o processo de respostas entre as questões 6 a 19. Já em caso de pontuação nestas questões a orientação é de que o instrumento seja aplicado em sua integralidade, das questões 1 a 19. As questões 20 e 21 são respondidas ao final do questionário, seja ele aplicado integralmente ou parcialmente. As duas últimas perguntas investigam tentativas de suicídio e, em caso de confirmação, a intensidade destas. As questões 20 e 21, por seu caráter informativo, não são incluídas no escore final⁴⁸.

Nos casos em que os indivíduos pontuem nas questões 4 e 5 e conseqüentemente completem o questionário, a avaliação da gravidade de ideação suicida se dá pela soma total das respostas. Não há recomendação de corte específico para categorização de pontuação neste instrumento⁴⁸.

O BSI deve ser interpretado sob os aspectos de identificar a presença ou não de ideação suicida e a intensidade desta presença em cada indivíduo avaliado. A intensidade é interpretada por fatores como⁴⁸:

- auto percepção de razões para morrer;
- intencionalidade suicida;
- planejamento detalhado;
- projeção de método para atividade suicida;
- admissão de ideário e planejamento suicida.

A criação deste instrumento foi desenvolvida baseada em amostragens com indivíduos adultos em atendimento ambulatorial ou em contexto de internação por demanda psiquiátrica, sendo assim não se indica a aplicação do BSI em populações de adolescentes⁴⁸.

4.8 Análise estatística

Os resultados obtidos foram tabulados em planilha do Excel e exportados para o SPSS 29, tratados por meio de estatística descritiva com cálculos de percentuais, médias, frequências e apresentados em forma de tabelas, seguidos de discussão dos dados obtidos.

Na comparação entre os grupos de mulheres transgênero que estão em preparo ou que realizaram procedimento cirúrgico de GF se aplicou o teste do Qui-quadrado, não-paramétrico U de Man-Whitney e a correlação de Spearman, com o propósito de descobrir a força de relacionamento da depressão e da ansiedade. Nas correlações de Spearman usamos a seguinte classificação: 0 – 0,299: desprezível; 0,3 – 0,499: fraca; 0,5 – 0,699: moderada; 0,7 – 0,899: forte; 0,9 – 1: muito forte. Utilizou-se um intervalo de confiança de 95% (IC 95%), sendo o nível de significância alfa de 0,05 para considerações estatísticas significativas.

5 RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos

A idade das participantes variou de 21 a 64 anos, com a média etária de 42,07 anos. A média etária do Grupo 1 foi de 47,31 e a média etária do Grupo 2 foi de 37,62. (Tabela 5.1)

Tabela 5.1 - Faixa etária dos grupos 1 e 2

Faixa etária	Grupo 1	Grupo 2	Total
	(n=22)	(n=16)	(n=38)
Jovem adulto: 18 – 39 anos	3	10	13
Meia idade: 40 – 60 anos	17	6	23
Idoso: 60 anos ou mais	2	-----	3

Dentre as 38 participantes, 36 são moradoras do Estado de São Paulo e 2 moradoras do Estado de Minas Gerais, sendo estas 2 participantes pertencentes do Grupo 1. Das 36 moradoras do Estado de São Paulo, 17 moram na cidade de São Paulo e 19 participantes moram em outras cidades do estado.

A permanência em alguma atividade laboral é relatada por 81,6% das participantes. Observou-se números maiores de empregabilidade no Grupo 1 em comparação com o Grupo 2. (Tabela 5.2)

Tabela 5.2 - Exercício de atividade laboral nos grupos 1 e 2

Categoria	Grupo 1	Grupo 2	Total
	(n=22)	(n=16)	(n=38)
Atividade laboral	<u>20 (90,9%)</u>	<u>11 (68,8%)</u>	<u>31 (81,6%)</u>
			<u><i>p=0,082</i></u>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

As participantes que se declararam desempregadas relataram que atualmente recebem suporte financeiro de familiares, parceiros ou amigos. A amostra de participantes que exercem atividade laboral apresentou diferentes modalidades de vínculo empregatício. (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Modalidade de vínculo empregatício nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=20)	Grupo 2 (n=11)	Total (n=31)
Vínculo empregatício				
	Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)	3 (15,0%)	5 (45,4%)	8 (25,8%)
	Autônomas	12 (60,0%)	3 (27,3%)	15 (48,4%)
	Informal	2 (10,0%)	1 (9,1%)	3 (9,7%)
	Contrato temporário	-----	2 (18,2%)	2 (6,4%)
	Aposentada	3 (15,0%)	-----	3 (9,7%)

As profissões auto referidas pelas participantes, mesmo que se encontrem desempregadas ou aposentadas, são de diversas áreas. Foi solicitado às participantes que declarassem de forma abrangente o seu campo profissional. (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 – Abrangência de campos profissionais

Campo profissional	Total (n=38)
Beleza e estética	11
Saúde	6
Administração de empresas e organizações	5
Atendimento ao público	5
Bares e restaurantes/Gastronomia	3
Manutenção e limpeza	3
Profissional do sexo	2
Artes plásticas/Artesanato	2
Agricultura	1

As participantes apresentaram diferentes graus em suas formações educacionais. A evasão escolar foi relatada por 15,8% das participantes. (Tabela 5.5)

Tabela 5.5 – Evasão escolar nos grupos 1 e 2

Categoria	Grupo 1 (n=22)	Grupo 2 (n=16)	Total (n=38)
Evasão escolar	<u>5 (22,7%)</u>	<u>1 (6,3%)</u>	<u>6 (15,8%)</u>
			<u><i>p=0,169</i></u>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

A conclusão do Ensino Médio foi realizada por 9 participantes, todas pertencentes ao Grupo 1, e a conclusão da Graduação foi realizada por 5

participantes, sendo 2 pertencentes ao Grupo 1 e 3 ao Grupo 2. A graduação foi paralisada por 11 participantes do Grupo 1 e por 6 participantes do Grupo 2.

As participantes descreveram pertencer a diversas modalidades de relacionamento afetivo – sexual. Somente 1 participante relatou ser viúva, porém com manutenção de relacionamento atual com novo parceiro. (Tabela 5.6)

Tabela 5.6 – Permanência em relacionamento afetivo sexual e auto descrição do relacionamento nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=22)	Grupo 2 (n=16)	Total (n=38)
Relacionamento afetivo sexual		<u>11 (50,0%)</u>	<u>5 (31,3%)</u>	<u>16 (42,1%)</u>
				<u>p=0,248</u>
Modalidade de relacionamento				
	Solteiras	11 (50,0%)	11 (68,8%)	22 (57,9%)
	Casadas	4 (18,2%)	1 (6,3%)	5 (13,2%)
	União estável	4 (18,2%)	3 (18,8%)	7 (18,4%)
	Namorando	2 (9,1%)	1 (6,3%)	3 (7,9%)
	Viúva	1 (4,5%)	-----	1 (2,6%)
				<u>p=0,665</u>

* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

5.2 Dados clínicos

As primeiras experiências de sofrimento relacionadas à incongruência de gênero relatadas pelas participantes ocorreram durante a infância e/ou adolescência, com a idade mínima de 03 anos e máxima de 17 anos. A média etária da autopercepção de disforia de gênero é de 8,4 anos.

O início do processo de transição de gênero caracterizado pelas primeiras vivências públicas com características do gênero feminino – como a utilização de vestimentas, acessórios e penteados socialmente atribuídos ao gênero feminino, a utilização do nome social, a auto referência e a solicitação de ser interpelada pelo gênero feminino – ocorreram com a idade mínima de 09 anos e máxima de 53. A média etária do início destas vivências é de 18,9 anos. (Tabela 5.7)

Tabela 5.7 - Faixa etária das primeiras vivências públicas como pessoa transgênero

Categoria	Variável	Total
(n=38)		
Início do processo de transição de gênero		
	Infância/Adolescência	28 (73,7%)
	Adulta	10 (26,3%)

A idade de procura por atendimento especializado em saúde em decorrência da experiência disfórica de gênero ocorreu com a idade mínima de 10 anos e máxima de 52, com a média etária de 24,3 anos. Considerou-se neste aspecto a idade da primeira procura por atendimento pelas participantes, seja em outros serviços de saúde – como atenção básica de saúde e hospitais regionais – com posterior encaminhamento para o HC FMUSP, ou pela procura direta do HC FMUSP. (Tabela 5.8)

Tabela 5.8 - Faixas etárias da primeira procura por atendimento especializado em função da experiência de disforia de gênero

Categoria	Variável	Total
(n=38)		
Procura por atendimento especializado em saúde		
	Infância/Adolescência	6 (15,8%)
	Adulta	32 (84,2%)

O acompanhamento atual em psicoterapia é realizado por 29 participantes. Encontram-se no seguimento atual 13 participantes pertencentes ao Grupo 1 e todas as 16 pertencentes ao Grupo 2. Durante o ápice da pandemia de COVID 19 as participantes que se encontram em seguimento psicoterapêutico atual foram atendidas por meio de vídeo chamada pelos profissionais referenciados. Após o retorno gradual de atendimentos não emergenciais com a diminuição de casos por SARS-CoV-2 os atendimentos em psicoterapia foram retornando à modalidade presencial. A média de anos de psicoterapia realizada pelas participantes em seguimento atual é de 8,62 anos, sendo de 10,46 anos no Grupo 1 e de 7,12 anos no Grupo 2.

Todas as 9 participantes que não estão em acompanhamento psicoterapêutico pertencem ao Grupo 1. A média de anos de psicoterapia realizada por estas participantes foi de 10,7 anos. (Tabela 5.9)

Tabela 5.9 - Seguimento psicoterapêutico nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=22)	Grupo 2 (n=16)	Total (n=38)
Seguimento psicoterapêutico				
	Sim	13 (59,1%)	16 (100,0%)	29 (76,3%)
				<i>p=0,003</i>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

O acompanhamento atual em psiquiatria é realizado por 8 participantes, sendo 5 pertencentes ao Grupo 1 e 3 do Grupo 2. Todas as participantes em seguimento psiquiátrico possuem diagnóstico e estão sob prescrição de psicofármaco. Os diagnósticos psiquiátricos apresentados são os de transtorno depressivo recorrente (**CID 6^a71**), transtorno de ansiedade generalizada (**CID 6B00**) e transtorno bipolar tipo 1 (**CID 6^a60**). A média de anos em acompanhamento psiquiátrico destas participantes é de 7,62 anos, sendo a do Grupo 1 de 8,40 anos e do Grupo 2 de 6,33 anos. (Tabela 5.10) (Tabela 5.11)

Tabela 5.10 – Participantes com diagnóstico psiquiátrico nos grupos 1 e 2

Categoria	Grupo 1	Grupo 2	Total
	(n=22)	(n=16)	(n=38)
Diagnóstico psiquiátrico	<u>5 (22,7%)</u>	<u>3 (18,8%)</u>	<u>8 (21,1%)</u>
	-	-	<u>p=0,767</u>

* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

Tabela 5.11 - Diagnóstico psiquiátrico e prescrição psicofarmacológica nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1	Grupo 2	Total
		(n=5)	(n=3)	(n=8)
Diagnóstico				
	Transtorno depressivo recorrente	5 (100,0%)	-----	5 (62,5%)
	Transtorno de ansiedade generalizada	-----	2 (66,7%)	2 (25,0%)
	Transtorno bipolar tipo 1	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
Psicofármaco				
	Antidepressivo	3 (60,0%)	1 (33,3%)	4 (50,0%)
	Antidepressivo Indutor de sono hipnótico	1 (20,0%)	-----	1 (12,5%)
	Antipsicótico Estabilizador de humor	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
	Benzodiazepínico	1 (20,0%)	1 (33,3%)	2 (25%)

Na mostra deste estudo todas as atendidas estão em hormonioterapia, tanto as pertencentes ao Grupo 1 quanto do Grupo 2. A média de anos em hormonioterapia das participantes é de 12,15 anos. O uso de estrógeno é relatado pelas 22 participantes do Grupo 1. Em função da submissão ao procedimento cirúrgico de GF, estas participantes cessam o uso de bloqueador de testosterona após o procedimento. Duas participantes do Grupo 2 relataram fazer uso de estrógeno não associado ao uso de bloqueador de testosterona. No Grupo 2 foi relatado o uso de estrógeno e bloqueador de testosterona por 14 participantes.

Acerca das patologias referidas pelas participantes, 12 delas relataram sofrer de alguma doença atual em tratamento. (Tabela 5.12)

Tabela 5.12 - Patologias nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=8)	Grupo 2 (n=4)	Total (n=12)
	Patologia			
	Hipertensão	4 (50,0%)	-----	4 (33,3%)
	Hipertensão e diabetes mellitus tipo 2	-----	1 (20,0%)	1 (8,3%)
	Diabetes mellitus tipo 2	-----	1 (20,0%)	1 (8,3%)
	Diabetes mellitus tipo 2 e doença cardíaca	1 (12,5%)	-----	1 (8,3%)
	Câncer	1 (12,5%)	-----	1 (8,3%)
	Câncer e alteração de função da tireoide	-----	1 (20,0%)	1 (8,3%)
	Doença dermatológica	-----	1 (20,0%)	1 (8,3%)
	Doença dermatológica, doença ortopédica e doença respiratória	1 (12,5%)	-----	1 (8,3%)
	Doença ortopédica	1 (12,5%)	-----	1 (8,3%)

A presença de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) foi relatada por 10 participantes. No Grupo 1 relataram 5 participantes viver com vírus da imunodeficiência humana (HIV). Todas as que vivem com HIV descreveram estar em acompanhamento clínico adequado, sendo que 1 participante que vive com HIV relatou cura de um quadro de hepatite B. Também no Grupo 1 foram confirmadas a cura de 1 quadro de sífilis e controle de 1 quadro de HPV por pacientes que não vivem com HIV. No Grupo 2 houve a confirmação por 3 participantes da cura de 2 quadros de sífilis e 1 quadro de HPV.

Sobre o contexto de uso de álcool e outras substâncias 19 participantes relataram fazer uso de álcool, sendo 9 delas pertencentes ao Grupo 1 e 10 pertencentes ao Grupo 2. (Tabela 5.13)

Tabela 5.13 - Frequência de uso de álcool nos grupos 1 e 2

Categoria	Grupo 1	Grupo 2	Total
	(n=22)	(n=16)	(n=38)
Uso de álcool	<u>9 (40,9%)</u>	<u>10 (62,5%)</u>	<u>19 (50,0%)</u>
			<u>p=0,189</u>

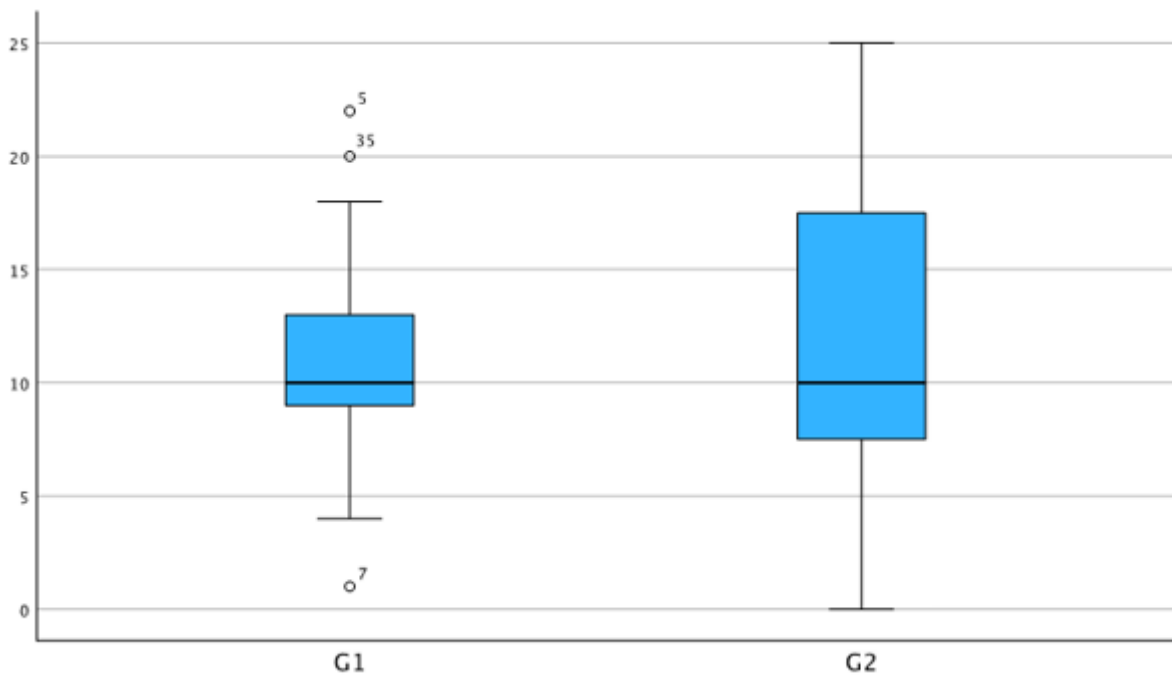
* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

O uso de nicotina foi relatado por 4 participantes, sendo 2 pertencentes ao Grupo 1 e 2 do Grupo 2. Nenhuma participante do estudo relatou uso atual de substâncias ilícitas.

A média do tempo de espera para realização da GF foi de 11,2 anos, com mediana de 10,0 anos. A média do G1 de espera para a realização da GF foi de 10,5

anos, com intervalo de confiança com limite inferior de 8,5 anos e superior de 12,7 anos. O tempo mínimo de espera foi de 1 ano e o máximo de 22 anos ($p=0,491$). A média do G2 de espera para a realização da GF foi de 12,9 anos, com intervalo de confiança com limite inferior de 8,5 anos e superior de 15,9 anos. O tempo mínimo de espera foi de 0 anos e o máximo de 25 anos ($p=0,564$). (Figura 5.1)

Figura 5.1 – Gráfico do tempo de espera para realização da GF nos grupos 1 e 2



* diferença significativa ($p<0,05$; Teste Mann-Whitney)

O implante de prótese mamária foi o mais citado durante as entrevistas, sendo realizado por 24 participantes. Algumas das participantes realizaram outros procedimentos cirúrgicos com fins de afirmação de gênero, como feminização facial e implante de prótese nas nádegas e quadril. Também foram relatadas a execução de outros procedimentos cirúrgicos em função de quadros de saúde não associados aos dispositivos de afirmação de gênero. A tabela 11 apresenta por grupos os tipos de procedimentos ao qual as participantes foram submetidas. (Tabela 5.14)

Tabela 5.14 - Tipos de procedimentos cirúrgicos com fins de afirmação de gênero e outros procedimentos nos grupos 1 e 2

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=22)	Grupo 2 (n=16)	Total (n=38)
Cirurgias de afirmação de gênero				
	Implante de prótese mamária	9 (40,9%)	7 (43,8%)	16 (42,1%)
	Implante de prótese mamária e feminização facial	1 (4,6%)	-----	1 (2,6 %)
	Implante de prótese mamária e outros procedimentos sem fins de afirmação de gênero	4 (18,1%)	2 (12,6%)	6 (15, 8%)
	Implante de prótese mamária, implante de prótese em nádegas e quadril, feminização facial e outros procedimentos cirúrgicos sem fins de afirmação de gênero	1 (4,6%)	-----	1 (2,6%)
	Feminização facial	3 (13,6)	1 (6,2%)	4 (10,6%)
	Feminização facial e outros procedimentos cirúrgicos sem fins de afirmação de gênero	-----	1 (6,2%)	1 (2,6%)
Outros procedimentos				
	Somente procedimentos cirúrgicos sem fins de afirmação de gênero	1 (4,6%)	4 (25,0%)	5 (13,2%)
	Retirada de silicone industrial	1 (4,6%)	-----	1 (2,6%)
	Não submissão a procedimentos cirúrgicos	2 (9,0%)	1 (6,2%)	3 (7, 9%)

Das 22 participantes que se submeteram ao procedimento cirúrgico de genitoplastia feminizante, 11 relataram ter vivenciado algum quadro de saúde em função de complicações pós cirúrgicas. As complicações relatadas foram:

- infecção sítio cirúrgico;
- sangramento;
- abscesso;
- prolapso do canal vaginal;

- prolapso da glânde;
- prolapso de vagina;
- lesão de uretra;
- lesão de reto;
- estenose de meato uretral;
- estenose de canal vaginal;
- fístula retovaginal;
- perda parcial de neovagina;
- perda total da neovagina.

Reabordagens cirúrgicas foram necessárias em 11 participantes, sendo que 7 destas necessitaram realizar mais de uma reabordagem. A presença de complicações ou reabordagens cirúrgicas não teve associação significativa nesta amostra com sintomas de depressão ou ansiedade ([BDI II: \$p=0,096\$; BAI: \$p=0,349\$](#))

Quando questionadas na entrevista sobre a auto percepção acerca do apoio e suporte social condizente à experiência de cuidados referenciados por familiares, parceiros e amigos, somente 1 participante afirmou não possuir nenhum vínculo pessoal que possa oferecer este tipo de cuidado. Esta participante relatou em sua entrevista a experiência intensa de solidão, com o rompimento de seus vínculos familiares e dificuldade atual na manutenção de vínculos afetivos com amigos ou parceiros. As demais 37 participantes do estudo declararam se sentir acolhidas e possuir vínculos afetivos atuais que promovam um ambiente de cuidado. As 22 participantes do estudo pertencentes ao Grupo 1 relataram que o cuidado ofertado pelo seu suporte social foi importante no tocante ao processo de recuperação do procedimento cirúrgico de GF. As 15 participantes do Grupo 2 que afirmaram possuir este mesmo suporte consideraram importante a presença das pessoas que pertencem a seu repertório de vínculos afetivos para o processo de cuidado posterior à realização do procedimento cirúrgico.

5.3 Questionários de Beck

A aplicação integral, na modalidade oral, do Inventário de Depressão de Beck II (BDI II) e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi realizada por todas as 38

participantes. A aplicação integral da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) foi realizada por 1 participante do Grupo 1 e 2 do Grupo 2.

5.3.1 Inventário de depressão de Beck 2ª edição (BDI II)

Os resultados obtidos pela aplicação do BDI II foram divididos pela amostra geral (n=38) e pela amostra sem a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico (n=30). (Tabela 5.15) (Tabela 5.16)

Tabela 5.15 - Resultados do BDI II da amostra geral por grupos

Categoria	Variável	Grupo 1	Grupo 2	Total
		(n=22)	(n=16)	(n=38)
BDI II	Sintomas			
	Mínimo	19 (86,4%)	10 (62,5%)	29 (76,3%)
	Leve	-----	4 (25,0%)	4 (10,5%)
	Moderado	2 (9,1%)	1 (6,3%)	3 (7,9%)
	Grave	1 (4,5%)	1 (6,3%)	2 (5,3%)
				<i>p=0,096</i>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

Tabela 5.16 - Resultados do BDI II da amostra sem presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos

Categoria	Variável	Grupo 1	Grupo 2	Total
		(n=17)	(n=13)	(n=30)
BDI II	Sintomas			
	Mínimo	16 (94,1%)	10 (76,5%)	26 (86,7%)
	Leve	-----	3 (23,1%)	3 (10,0%)
	Moderado	1 (5,9%)	-----	1 (3,3%)
	Grave	-----	-----	-----
				<i>p=0,085</i>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

Não houve diferença estatística entre os grupos na amostra geral e na amostra sem a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, no entanto se observa a presença maior de sintomas de depressão no Grupo 2 em comparação ao Grupo 1 em ambas as amostras. Reitera-se que a categoria de sintomas mínimos não indica a presença clínica de depressão.

A amostra com diagnóstico psiquiátrico (n=8) apresentou maior presença de sintomas de depressão (leve, moderado ou grave), com intensidade maior no Grupo 2. (Tabela 5.17)

Tabela 5.17 - Resultados do BDI II da amostra com presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=5)	Grupo 2 (n=3)	Total (n=8)
Diagnóstico psiquiátrico	Sintomas			
	Transtorno depressivo recorrente			
	Mínimo	3 (60,0%)	-----	3 (37,5%)
	Leve	-----	-----	-----
	Moderado	1 (20,0%)	-----	1 (12,5%)
	Grave	1 (20,0%)	-----	1 (12,5%)
	Transtorno de ansiedade generalizada			
	Leve	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
	Moderado	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
	Transtorno bipolar tipo 1			
Grave	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)	

Os sintomas de depressão avaliados pelo BDI II que apresentaram significância estatística na amostra geral (n=38) foram agitação e perda de interesse por sexo. Os sintomas com significância estatística na amostra sem a presença de

participantes com diagnóstico psiquiátrico foram tristeza, falta de energia, cansaço ou fadiga e perda de interesse por sexo. (Tabela 5.18) (Tabela 5.19)

Tabela 5.18 - Sintomas de depressão avaliados pelo BDI II com significância estatística na amostra geral nos grupos 1 e 2.

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=22)	Grupo 2 (n=16)	Total (n=38)
Sintomas de depressão				
	Agitação	<u>3 (13,6%)</u>	<u>8 (50,0%)</u>	<u>11 (28,9%)</u> <u>p=0,015</u>
	Perda de interesse por sexo	<u>11 (50,0%)</u>	<u>13 (81,3%)</u>	<u>24 (63,2%)</u> <u>p=0,049</u>

* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

Tabela 5.19 - Sintomas de depressão avaliados pelo BDI II na amostra sem a presença de participantes com diagnóstico psiquiátrico nos grupos 1 e 2.

Categoria	Variável	Grupo 1 (n=17)	Grupo 2 (n=13)	Total (n=30)
Sintomas de depressão				
	Tristeza	<u>-----</u>	<u>3 (23,1%)</u>	<u>3 (10,0%)</u> <u>p=0,037</u>
	Falta de energia	<u>5 (29,4%)</u>	<u>9 (69,2%)</u>	<u>14 (46,7%)</u> <u>p=0,030</u>
	Cansaço ou fadiga	<u>4 (23,5%)</u>	<u>8 (61,5%)</u>	<u>12 (40,0%)</u> <u>p=0,035</u>
	Perda de interesse por sexo	<u>7 (41,2%)</u>	<u>11 (84,6%)</u>	<u>18 (60,0%)</u> <u>p=0,016</u>

* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

A associação estatística mais significativa entre a presença geral de sintomas de depressão com dados sociodemográficos ou informações em saúde por grupos foi com o exercício de atividade laboral. (Tabela 5.20)

Tabela 5.20 – Intensidade de sintomas de depressão avaliados pelo BDI II associados com a atividade laboral

Categoria	Variável	Sem sintomas de depressão	Com sintomas de depressão	Total
Atividade laboral				
Total (n=38)		<u>27 (93,1%)</u>	<u>4 (44,4%)</u>	<u>31 (81,6%)</u> <u>p=0,001</u>
Grupo 1 (n=22)		<u>18 (94,7%)</u>	<u>2 (66,7%)</u>	<u>20 (90,9%)</u> <u>p=0,116</u>
Grupo 2 (=16)		<u>9 (90,0%)</u>	<u>2 (33,3%)</u>	<u>11 (68,8%)</u> <u>p=0,018</u>

* diferença significativa (p<0,05; Teste Qui Quadrado)

As associações estatísticas significativas dos sintomas depressivos avaliados pelo BDIII apresentaram relações entre atividade laboral com os sintomas de tristeza, perda de prazer, pensamentos ou desejos suicidas e choro e a presença de relacionamento afetivo sexual apresentou relações com os sintomas de falta de energia e perda de interesse por sexo. As participantes em psicoterapia apresentaram números maiores de cansaço ou fadiga e perda de interesse por sexo. (Tabela 5.21)

Tabela 5.21 - Presença e ausência de sintomas de depressão avaliados pelo BDI II relacionados a dados sociodemográficos e clínicos

Categoria\Variável	Sintoma	Presença
BDI II		
Atividade laboral	Tristeza	<u>3 (9,7%)</u> <u>p=0,003</u>
	Perda de prazer	<u>9 (29,0%)</u> <u>p=0,036</u>
	Pensamentos ou desejos suicidas	<u>1 (3,2%)</u> <u>p=0,002</u>
	Choro	<u>6 (19,4%)</u> <u>p=0,040</u>
Relacionamento afetivo sexual	Falta de energia	<u>6 (37,5%)</u> <u>p=0,030</u>
	Perda de interesse por sexo	<u>7 (43,8%)</u> <u>p=0,034</u>
Em psicoterapia	Cansaço ou fadiga	<u>18 (62,1%)</u> <u>p=0,036</u>
	Perda de interesse por sexo	<u>21 (72,4%)</u> <u>p=0,034</u>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

5.3.2 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Os resultados obtidos pela aplicação do BAI também foram divididos pela amostra geral (n=38) e pela amostra sem a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico (n=30). (Tabela 5.22) (Tabela 5.23)

Tabela 5.22 - Resultados do BAI da amostra geral por grupos

Categoria	Variável	Grupo 1	Grupo 2	Total
		(n=22)	(n=16)	(n=38)
BAI	Sintomas			
	Mínimo	20 (90,9%)	12 (75,0%)	32 (84,2%)
	Leve	1 (4,5%)	3 (18,8%)	4 (10,5%)
	Moderado	1 (4,5%)	1 (6,3%)	2 (5,3%)
				<i>p=0,349</i>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

Tabela 5.23 - Resultados do BAI da amostra sem presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos

Categoria	Variável	Grupo 1	Grupo 2	Total
		(n=17)	(n=13)	(n=30)
BAI	Sintomas			
	Mínimo	16 (94,1%)	11 (84,6%)	27 (90,0%)
	Leve	1 (5,9%)	2 (15,4%)	3 (10,5%)

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

Assim como no BDI, não houve diferença estatística nos resultados entre os grupos na amostra geral e na amostra sem a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, no entanto se observa a presença maior de sintomas de ansiedade no Grupo 2 em comparação ao Grupo 1 em ambas as amostras. Reitera-se que a categoria de sintomas mínimos não indica a presença relevante de ansiedade.

A amostra com diagnóstico psiquiátrico ($n=8$) apresentou menor presença de sintomas de ansiedade no Grupo 1 e maior presença sintomática no Grupo 2. (Tabela 5.24)

Tabela 5.24 - Resultados do BAI da amostra com a presença de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico por grupos

Categoria	Variável	Sintomas	Grupo 1 (n=5)	Grupo 2 (n=3)	Total (n=8)
BAI	Diagnóstico psiquiátrico	Transtorno depressivo recorrente			
		Mínimo	4 (80,0%)	-----	4 (50,0%)
		Leve	-----	-----	-----
		Moderado	1 (20,0%)	-----	1 (12,5%)
	Transtorno de ansiedade generalizada	Mínimo	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
		Leve	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
		Moderado	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)
	Transtorno bipolar tipo 1	Moderado	-----	1 (33,3%)	1 (12,5%)

As associações estatísticas mais significativas entre a presença geral de sintomas de ansiedade com dados sociodemográficos ou informações em saúde por grupos foi com o exercício de atividade laboral e permanência em relacionamento afetivo sexual. As pacientes que não estão exercendo atividade laboral e que não se encontram em relacionamento afetivo sexual apresentam maiores números de sintomas de ansiedade. (Tabela 5.25)

Tabela 5.25 - Atividade laboral e relacionamento afetivo sexual nos grupos 1 e 2 relacionados a presença de sintomas de ansiedade

Categoria	Sem sintomas de ansiedade	Com sintomas de ansiedade	Total
Atividade laboral			
Amostra geral (n=38)	<u>28 (87,5%)</u>	<u>3 (50,0%)</u>	<u>31 (81,6%)</u> <i>p=0,030</i>
Grupo 1 (n=22)	<u>18 (90,0%)</u>	<u>2 (100,0%)</u>	<u>20 (90,9%)</u> <i>p=0,639</i>
Grupo 2 (=16)	<u>10 (83,3%)</u>	<u>1 (25,0%)</u>	<u>11 (68,8%)</u> <i>p=0,029</i>
Relacionamento afetivo sexual			
Amostra geral (n=38)	<u>16 (50,0%)</u>	-----	<u>16 (42,1%)</u> <i>p=0,023</i>
Grupo 1 (n=22)	<u>11 (55,0%)</u>	-----	<u>11 (50,0%)</u> <i>p=0,138</i>
Grupo 2 (=16)	<u>5 (41,7%)</u>	-----	<u>5 (31,5%)</u> <i>p=0,119</i>

* diferença significativa ($p < 0,05$; Teste Qui Quadrado)

As associações estatísticas significativas dos sintomas de ansiedade avaliados pelo BAI apresentaram relações entre inatividade laboral com o sintoma de medo de perder o controle e a ausência de relacionamento afetivo sexual apresentou relações com o sintoma de se sentir atordoada ou tonta. As participantes que possuem diagnóstico de alguma patologia se sentem mais aterrorizadas. (Tabela 5.26)

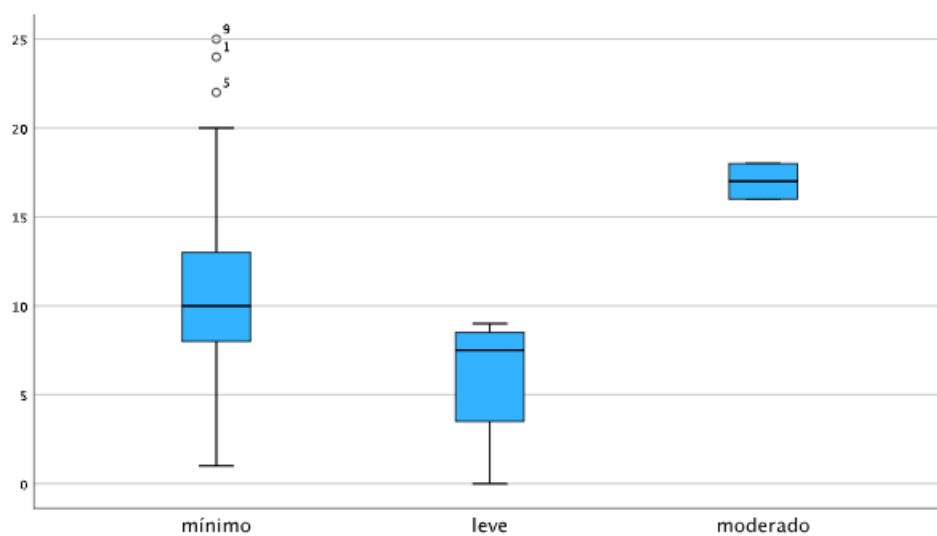
Tabela 5.26 – Presença e ausência de sintomas de [ansiedade](#) avaliados pelo [BAI](#) relacionados a dados sociodemográficos e clínicos

Variável/Categoria	Sintoma	Presença
Atividade laboral	Medo de perder o controle	<u>4 (12,9%)</u> <u>$p=0,010$</u>
Relacionamento afetivo sexual	Atordoada ou tonta	<u>-----</u> <u>$p=0,010$</u>
Patologia	Aterrorizada	<u>3 (25,0%)</u> <u>$p=0,048$</u>

* diferença significativa ($p<0,05$; Teste Qui Quadrado)

As participantes com maior tempo de espera para realização da GF apresentaram intensidade maior de sintomas leves a moderados de ansiedade ($p=0,035$). (Figura 5.2)

Figura 5.2 – Gráfico do tempo de espera para realização da GF e intensidade de sintomas de ansiedade avaliados pelo BAI



$p=0,035$

* diferença significativa ($p<0,05$; Teste Mann-Whitney)

5.4 Escala de ideação suicida de Beck (BSI)

O relato de indicativos da presença de ideação suicida foi confirmado por 4 participantes, sendo 1 pertencente ao Grupo 1 e 3 pertencentes ao Grupo 2.

A participante do Grupo 1 que confirmou a presença de ideação suicida possui diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, estando sob prescrição de antidepressivo e se encontra em psicoterapia.

Das 3 participantes do Grupo 2 que relataram a presença de ideação suicida, uma possui diagnóstico psiquiátrico de Transtorno bipolar do tipo I e a outra participante não possui diagnóstico psiquiátrico atual. Ambas as participantes se encontram em psicoterapia atual e a com diagnóstico psiquiátrico está sob prescrição de antipsicótico e estabilizador de humor.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a realização da GF tem impacto na diminuição de sintomas específicos de depressão como tristeza, agitação, perda de energia, cansaço ou fadiga e perda de interesse por sexo. Alguns destes sintomas estão intrinsecamente relacionados a auto percepção positiva do corpo e seu desempenho na sociabilidade⁵⁰. Associações entre a permanência em relacionamentos afetivo sexual e o conforto com o próprio corpo são indicativos significativos das repercussões em ganho de qualidade de vida com o acesso a procedimentos de afirmação de gênero para indivíduos com disforia⁵¹.

A presença menor dos sintomas de tristeza em indivíduos que realizaram a GF se configura como um indicativo significativo acerca dos processos de elaboração das angústias relacionadas a experiência de um corpo sentido como estranho. Para além de sentir a estranheza do próprio corpo, o apontamento constante nas relações intersubjetivas de que o corpo da pessoa transgênero é impróprio intensifica a sensação de inadequação do indivíduo. A GF e outros procedimentos afirmativos de gênero são apropriados pelo indivíduo como uma estratégia de afirmação de um corpo percebido e que apresente esperança⁵⁰.

A construção de um novo futuro a partir das transformações corporais se imprime nas projeções pessoais das participantes que realizaram a GF. As modificações dos sistemas de crenças disfuncionais a partir dos procedimentos de afirmação de gênero condizem com a perspectiva individual de conviver de forma mais confortável com o próprio gênero experienciado⁵². O ganho de energia e a intensificação da capacidade de sentir prazer estão relacionados a este novo corpo, porém também são resultantes do acesso a processos mais concisos associados a sociabilidade das participantes, como os seus relacionamentos e empregos.

As sensações de cansaço e agitação convivem lado a lado entre os indivíduos que vivem com mais intensidade a disforia de gênero. A experiência de antagonismo do sujeito com o próprio corpo se imprime na construção e manutenção de sentimentos e sensações, aparentemente, discordantes⁵⁰. O acompanhamento multiprofissional, sobretudo a psicoterapia, traz à reflexão para o indivíduo os processos internos por meio da verbalização que evidenciam os prejuízos funcionais

durante a experiência de sofrimento relacionada à incongruência vivida. Todavia, a forma como os sujeitos interpretam o mundo a sua volta e se percebem são passíveis de transformações, e mesmo com o indicativo clínico da vivência da disforia de gênero, o protagonismo sobre as próprias produções psicológicas deve ser evidenciado durante as abordagens pelo profissional de psicologia⁵¹. A autonomia é um aspecto fundamental acerca de como o indivíduo lida com o sofrimento e evidencia que os processos de escolha do sujeito são fundamentais a sua própria história.

A exclusão se imprime no corpo da pessoa com disforia, já que [as participantes](#) que ainda não realizaram a GF se encontram menos empregadas do que as que realizaram o procedimento. Pessoas transgênero com disforia que sofram com outros estigmas podem acumular em seu repertório subjetivo a sensação de desamparo, sentindo-se desta forma com escolhas limitadas ao acessar as suas habilidades interpessoais⁵², favorecendo a intensificação de humor deprimido ou o acesso desproporcional do medo e ansiedade enquanto funções adaptativas⁵³.

A conjunção de psicoterapia e hormonioterapia antecedente à realização da GF se configuram como estratégias em saúde importantes para a experiência do [sujeito](#) no condizente à vivência do gênero que este se identifica. Indivíduos que estão em psicoterapia possuem mais consciência de seus sofrimentos e acessam com mais clareza suas capacidades adaptativas que promovam transformações pessoais a partir dos processos de reconfiguração de suas crenças limitantes⁵⁰. Neste estudo as participantes submetidas a GF, em grande parte, recorrem a atividades autônomas de trabalho, aludindo assim que o bem estar físico e psíquico possibilita o acesso a capacidade criativa do sujeito. A experiência física de pertencer ao gênero de identificação promovido pela hormonioterapia e cirurgias de afirmação de gênero reverbera ao indivíduo reflexões acerca dos sentidos relacionados aos significados particulares de gênero. Os significados de gênero se entranham às vivências cotidianas da população transgênero em domínios pessoais como trabalho, educação, direitos familiares e reprodutivos, entre outras questões⁵⁴.

Todavia, a sensação de passibilidade de gênero adquirida, muitas vezes, pela realização de hormonioterapia e cirurgias de afirmação de gênero não se constituem exclusivamente como atenuante da disforia de gênero ou repercute na diminuição de

sintomas de depressão e ansiedade. As violações de direitos sofridas por pessoas transgênero são demarcadores indubitáveis à percepção de si e do mundo para estes indivíduos. Agressões físicas e psicológicas, como o “*bullying*” no ambiente escolar por exemplo, assentadas ao repertório de vida promovem a intensificação dos sentimentos de tristeza e pessimismo, alterando potencialmente a capacidade destas pessoas em sentir prazer e na manutenção de sua auto - estima. Com a diminuição destas funcionalidades podem se exacerbar comportamentos como agitação ou fadiga, irritabilidade e choro recorrente. Estratégias de cuidado em psicoterapia e o acesso a procedimentos de afirmação de gênero tem impacto positivo na relação das participantes com vivências passadas de exclusão⁵¹.

Ações afirmativas no campo dos direitos das pessoas transgênero têm relação direta com o acesso a saúde e a atuação da equipe multidisciplinar. Neste estudo se identificou que participantes mais velhas [apresentam](#) números maiores de evasão escolar. Por sua vez, participantes com [maior](#) escolaridade acessam com mais rapidez os atendimentos em psicoterapia, a hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero. Esta dinâmica ilustra claramente a necessidade de se fortalecer as interlocuções entre saúde e outras políticas públicas⁹. Além disso, o acesso humanizado à saúde é basilar à promoção de bem estar físico e psicológico a esta população, reiterando-se assim a importância do fortalecimento de serviços de saúde especializados no atendimento de pessoas transgênero.

7 CONCLUSÃO

- As participantes demonstraram menor intensidade de sintomas de depressão e ansiedade no grupo em que realizaram a GF em comparação ao grupo das participantes que não realizaram o procedimento
- [A presença de ideação suicida é associada a fatores antecedentes, não havendo neste estudo indicativos de associação direta entre a realização de procedimentos de afirmação de gênero e a presença de ideação suicida.](#)
- Houve maior número de associações estatisticamente significativas entre os sintomas de depressão com os dados sociodemográficos e clínicos em comparação com os sintomas de ansiedade
- Observou-se que as participantes apresentaram maior intensidade de sintomas leves a moderados de ansiedade quanto maior o tempo de espera para a realização da GF
- As participantes que apresentaram permanência em atividade laboral e relacionamento afetivo sexual apresentaram indicativos menores de sintomas de depressão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

1. Spizzirri G, Ankie C, Abdo CHN. Considerações Sobre o Atendimento aos Indivíduos Transgêneros. *Diagnóstico & Tratamento* . 2017;22(4):176-179. <http://www.apm.org.br/revista-rdt.aspx>
2. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5*. Vol 5. 5th ed. Artmed; 2014
3. Spizzirri G, Pereira CM de A, Abdo CHN. O termo gênero e suas contextualizações. *Diagnóstico & Tratamento*. 2014;19(1):42-44. <https://www.researchgate.net/publication/325019396>
4. Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses - a historical review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2021;23(1):44-51. doi:10.1080/19585969.2022.2042166
5. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(S1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
6. Goodman M, Adams N, Cornell T, Kreukels B, Motmans J, Coleman E. Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(2):303-321. doi:10.1016/j.ecl.2019.01.001
7. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep*. 2021;11(1). doi:10.1038/s41598-021-81411-4
8. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11TH Edition. *World Health Organization* . 2022;11(World Health Organization)
9. Fleury HJ, Abdo CHN. Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia. *Diagnóstico & Tratamento* . 2018;23(4):147-151
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265/2019. *Diário Oficial da União*
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/1997. *Diário Oficial da União*
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1.995/2010. *Diário Oficial da União*
13. Wesp LM, Deutsch MB. Hormonal and Surgical Treatment Options for Transgender Women and Transfeminine Spectrum Persons. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(1):99-111. doi:10.1016/j.psc.2016.10.006

14. Hanley K, Wittenberg H, Gurjala D, Safir MH, Chen EH. Caring for Transgender Patients: Complications of Gender-Affirming Genital Surgeries. *Ann Emerg Med.* 2021;78(3):409-415. doi:10.1016/j.annemergmed.2021.04.008
15. Price MA, Hollinsaid NL, McKetta S, Mellen EJ, Rakhilin M. Structural transphobia is associated with psychological distress and suicidality in a large national sample of transgender adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Published online May 10, 2023. doi:10.1007/s00127-023-02482-4
16. Flynn MK, Bhambhani Y. Internalized transphobia, nondisclosure of gender identity, and life satisfaction among transgender and non-binary adults: The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility. *J Contextual Behav Sci.* 2021;20:194-201. doi:10.1016/j.jcbs.2021.04.008
17. Maksut JL, Sanchez TH, Wiginton JM, et al. Gender identity and sexual behavior stigmas, severe psychological distress, and suicidality in an online sample of transgender women in the United States. *Ann Epidemiol.* 2020;52:15-22. doi:10.1016/j.annepidem.2020.07.020
18. Batista RL, Verduguez EDR, Inacio M, et al. Impact of schooling in the HIV/AIDS prevalence among brazilian transgender women. *Arch Endocrinol Metab.* 2020;64(4):369-373. doi:10.20945/2359-3997000000260
19. de Mattos Russo Rafael R, Jalil EM, Luz PM, et al. Prevalence and factors associated with suicidal behavior among trans women in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One.* 2021;16(10 October). doi:10.1371/journal.pone.0259074
20. Transgender Europe. Trans Murder Monitoring . Transgender Europe . Published November 8, 2022. <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2022/>
21. Zucchi EM, Dos Santos Barros CR, Redoschi BRL, De Deus LFA, De Sousa Mascena Veras MA. Psychological well-being among transvestites and trans women in the state of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2019;35(3). doi:10.1590/0102-311X00064618
22. Schulman JK, Erickson-Schroth L. Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women. *Psychiatric Clinics of North America.* 2017;40(2):309-319. doi:10.1016/j.psc.2017.01.011
23. Ackerley CG, Poteat T, Kelley CF. Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48(2):453-464. doi:10.1016/j.ecl.2019.02.007
24. María PO, Antonio BF, Gilberto PL, Domingo LP. A 2020 Review of Mental Health Comorbidity in Gender Dysphoric and Gender Non-Conforming

- People. *Journal of Psychiatry Treatment and Research*. 2021;3(1). doi:10.36959/784/425
25. Patten M, Carmichael H, Moore A, Velopulos C. Circumstances of Suicide Among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Individuals. *Journal of Surgical Research*. 2022;270:522-529. doi:10.1016/j.jss.2021.08.029
 26. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev*. 2018;66:24-38. doi:10.1016/j.cpr.2018.03.003
 27. Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *J Affect Disord*. 2018;235:308-315. doi:10.1016/j.jad.2018.02.051
 28. Reis A, Sperandei S, de Carvalho PGC, et al. A cross-sectional study of mental health and suicidality among trans women in São Paulo, Brazil. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1). doi:10.1186/s12888-021-03557-9
 29. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
 30. Rogan T, Wilkinson ST. The Role of Psychotherapy in the Management of Treatment-Resistant Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. Published online June 2023. doi:10.1016/j.psc.2023.02.006
 31. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *The Lancet*. 2021;397(10277):914-927. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7
 32. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022;328(24):2431-2445. doi:10.1001/jama.2022.22744
 33. Serrano CC, Dolci GF. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Med Mex*. 2021;157(5):547-552. doi:10.24875/GMM.M21000611
 34. Cramer RJ, Kaniuka AR, Yada FN, et al. An analysis of suicidal thoughts and behaviors among transgender and gender diverse adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(1):195-205. doi:10.1007/s00127-021-02115-8
 35. Pellicane MJ, Ciesla JA. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2022;91. doi:10.1016/j.cpr.2021.102113
 36. Hajek A, König HH, Buczak-Stec E, Blessmann M, Grupp K. Prevalence and Determinants of Depressive and Anxiety Symptoms among Transgender People: Results of a Survey. *Healthcare (Switzerland)*. 2023;11(5). doi:10.3390/healthcare11050705

37. Klemmer CL, Arayasirikul S, Raymond HF. Transphobia-Based Violence, Depression, and Anxiety in Transgender Women: The Role of Body Satisfaction. *J Interpers Violence*. 2021;36(5-6):2633-2655. doi:10.1177/0886260518760015
38. Abeln B, Love R. Considerations for the Care of Transgender Individuals. *Nursing Clinics of North America*. 2019;54(4):551-559. doi:10.1016/j.cnur.2019.07.005
39. Ropaj E. Hope and suicidal ideation and behaviour. *Curr Opin Psychol*. 2023;49. doi:10.1016/j.copsy.2022.101491
40. Pinna F, Paribello P, Somaini G, et al. Mental health in transgender individuals: a systematic review. *International Review of Psychiatry*. 2022;34(3-4):292-359. doi:10.1080/09540261.2022.2093629
41. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 457, de 19 de Agosto de 2008. *Diário Oficial da União*
42. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803 de 19 de Novembro de 2013. *Diário Oficial da União*
43. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Documento de Orientação CRP 06 Nº 002/2019. *Conselho Regional de Psicologia de São Paulo / 06*
44. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018. *Conselho Federal de Psicologia*
45. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo - Resolução CFP nº 010/05. *Conselho Federal de Psicologia*
46. Tavares M. A entrevista clínica . In: Cunha JA, ed. *Psicodiagnóstico V*. Vol 5. 3rd ed. Artmed; 2007:45-56
47. Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados . In: Cunha JA, ed. *Psicodiagnóstico V*. Vol 5. 3rd ed. Artmed ; 2007:158-170
48. Cunha JA. *Manual Da Versão Em Português Das Escalas Beck* . Vol 1. 21st ed. Pearson Clinical Brasil; 2017
49. Gorenstein C, Wang YP, Argimon II de L, Werlang BSG. *Manual Do Inventário de Depressão de Beck - BDI II*. Vol 1. 9th ed. Pearson Clinical Brasil ; 2011
50. Austin A, Craig SL, Alessi EJ. Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(1):141-156. doi:10.1016/j.psc.2016.10.003
51. Spencer KG, Berg DR, Bradford NJ, Vencill JA, Tellawi G, Rider GN. The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical

- work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*. 2021;58(1):37-49. doi:10.1037/pst0000363
52. Budge SL. Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*. 2013;50(3):356-359. doi:10.1037/a0032194
53. Budge SL, Guo E, Mauk E, Tebbe EA. The Development of an Observational Coding Scheme to Assess Transgender and Nonbinary Clients' Reported Minority Stress Experiences. *Psychotherapy*. 2021;58(2):288-300. doi:10.1037/pst0000368
54. Alberti M, Krüger WM, do Nascimento Almeida A, Stenzel LM. Microethnographic analysis of the (co) production of transsexuality in a clinical appointment. *Psicologia e Sociedade*. 2021;33:1-17. doi:10.1590/1807-0310/2021V33228146

ANEXOS

ANEXO A

Tabela da amostra com número de identificação, pertencimento ao Grupo 1 e Grupo 2, realização de psicoterapia, presença de diagnóstico psiquiátrico*, exercício de atividade laboral, pertencimento a relacionamento afetivo sexual, presença de sintomas de depressão e presença de sintomas de ansiedade

*TAG: transtorno de ansiedade generalizada; TDR: transtorno de ansiedade generalizada; TB1: transtorno bipolar tipo 1

Ident.	Grupo1 Grupo2	Psicoterapia	Diagn. Psiq.	Ativ. Laboral	Relac. afetivo	Sintomas Depressão	Sintomas Ansiedade
1	2	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
2	2	Sim	TAG	Não	Sim	Moderado	Mínimo
3	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
4	2	Sim	---	Não	Não	Mínimo	Mínimo
5	1	Não	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
6	2	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
7	1	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
8	1	Não	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
9	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
10	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
11	1	Sim	TDR	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
12	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
13	2	Sim	TB1	Sim	Não	Moderado	Moderado
14	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
15	2	Sim	---	Não	Não	Leve	Leve
16	1	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
17	1	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
18	1	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
19	1	Sim	---	Não	Sim	Mínimo	Mínimo
20	2	Sim	---	Sim	Sim	Leve	Mínimo
21	1	Não	TDR	Não	Não	Grave	Mínimo
22	1	Sim	---	Sim	Não	Moderado	leve
23	1	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
24	1	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
25	1	Sim	TDR	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
26	1	Não	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
27	2	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
28	1	Não	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
29	2	Sim	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
30	1	Não	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
31	1	Não	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
32	1	Sim	TDR	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
33	1	Não	---	Sim	Sim	Mínimo	Mínimo
34	1	Sim	TDR	Sim	Não	Moderado	Moderado
35	1	Sim	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo

36	2	Sim	---	Não	Não	Leve	Leve
37	1	Não	---	Sim	Não	Mínimo	Mínimo
38	2	Sim	TAG	Não	Não	Leve	leve

ANEXO B**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa:

Sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida em mulheres transgênero durante o processo de transição e submetidas a genitoplastia feminizante

Pesquisador principal:

Dra. Maria Helena Palma Sircili

Departamento/Instituto:

Divisão De Clínica Urológica, Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da Universidade de São Paulo

Convite à participação –

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida relacionados a cirurgia de feminização da genitália externa.

Justificativa e objetivos do estudo –

O motivo que nos leva a realizar este estudo é melhorar o tratamento psicológico das mulheres transexuais. A pesquisa se justifica por sermos um centro de referência na assistência às pessoas transexuais que são submetidas à cirurgia da genitália neste hospital.

O objetivo desse projeto é identificar os sintomas de ansiedade, depressão, desesperança e ideias suicidas relacionados a cirurgia de feminização da genitália externa em mulheres transexuais. Isso contribuirá no melhor atendimento psicológico das nossas pacientes e das que irão ingressar neste programa.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados –

Para ser incluída neste estudo será necessário seu consentimento para responder a questionários que serão fornecidos pelo pesquisador, sendo os enunciados lidos e as dúvidas esclarecidas.

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa –

Os questionários podem causar desconforto psicológico mínimo, caso isso ocorra durante a pesquisa, a participante pode ter atendimento que será realizado pelas psicólogas do programa.

Este estudo é confidencial e nos comprometemos com o sigilo e a privacidade de cada paciente.

Benefícios esperados para o participante –

O seu benefício ao participar desse estudo será a sua avaliação quanto a identificação dos sintomas de ansiedade, depressão, desesperança e ideias suicidas e eventualmente a orientar quanto ao tratamento psicológico.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa –

A senhora irá ter acesso a qualquer tempo, as informações sobre os questionários, os riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Estaremos a disposição para esclarecer qualquer dúvida a respeito do estudo.

A senhora terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo a continuidade da assistência.

Garantia de que o participante receberá uma via do termo de consentimento –

O termo de consentimento será feito em duas vias e cada participante ficará com uma delas.

Explicitação das garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa e explicitação da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa -

Não há compensação financeira relacionada à sua participação. Todo paciente que aceitar participar desta pesquisa receberá ressarcimento por despesas se houver a necessidade de convocação para avaliação fora da data prevista para o retorno medico/ psicológico no ambulatório. A eventual despesa será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Dra. Maria Helena Palma Sircili que pode ser encontrada no endereço: Avenida Dr. Eneas de Carvalho de Aguiar 255, sala 7123, Telefone(s) (11) 2661-8086, e-mail: mhps_msm@yahoo.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: (11)-2661-7585 - 2661-1548 - 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo: “Sintomas Ansiogênicos, Depressivos, Desesperança e Ideação Suicida em Mulheres Transexuais Relacionados à Cirurgia de Redesignação Sexual”.

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Dra. Maria Helena Palma Sircili) ou a pessoa por ela delegada (Psicólogo Fabiano Ribas Tassi) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo um via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal

Data / /

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME:.....DOC
UMENTO DE IDENTIDADE No :

SEXO : .M F DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇONo.....APTO:.....

BAIRRO:.....CIDADE.....CEP:..

.....TELEFONE: DDD (.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador, etc).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:No.....APTO:.....

BAIRRO:CIDADE:.....CEP:

.....TELEFONE: DDD(.....).....

ANEXO C



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 3.587.989

Como benefícios, este estudo permite compreender melhor a população de mulheres transexuais, cujos dados sobre os sintomas de ansiedade, depressão, sentimentos de desesperança e ideação suicida possibilitará melhor manejo psicoterapêuticos e avaliação psicológica específica desta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está escrito de forma adequada e os termos que afirmam sobre a nulidade de riscos foram editados corretamente.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado e aprovado.

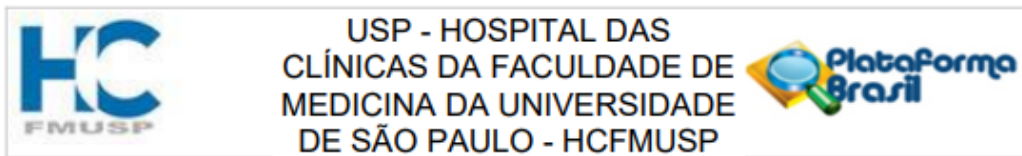
Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1237655.pdf	28/08/2019 19:21:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaassinadapesquisador.docx	28/08/2019 19:19:51	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	28/08/2019 19:19:08	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartapesquisadora.pdf	01/08/2019 20:43:24	Maria Helena PalmaSircili	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 3.587.989

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/07/2019 18:16:09	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/05/2019 15:14:15	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	27/05/2019 15:12:06	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Outros	Roteiro_de_Anamnese.docx	27/02/2019 16:34:19	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Outros	TesteBHS.pdf	27/02/2019 16:31:37	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Outros	TesteBSI.pdf	27/02/2019 16:30:58	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Outros	TesteBAI.pdf	27/02/2019 16:30:34	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Outros	TesteBDI.pdf	27/02/2019 16:30:10	Maria Helena PalmaSircili	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/02/2019 15:51:44	Maria Helena PalmaSircili	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2019

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

ANEXO D

Entrevista Semi Estruturada

1. Data de Aplicação
 2. 2. Identificação da Paciente
 3. RG – HC
 4. Contato Telefônico
 5. Data de Nascimento
 6. Profissional de Psicologia de Referência
 7. Grupo Terapêutico Pertencente
-
8. Com qual idade, aproximadamente, a senhora começou a se perceber como uma pessoa transexual?
 9. Com qual idade, aproximadamente, a senhora começou a utilizar de vestimentas femininas, utilizar seu nome social e outras formas de representação social feminina?
 10. Qual a sua situação Conjugal: Casada/ Solteira/ Namorando/ União Estável
 11. A senhora faz psicoterapia? Individual ou em grupo? Se sim, a quanto tempo está em psicoterapia?
 12. A senhora faz acompanhamento psiquiátrico? Se sim, a quanto tempo está em acompanhamento?
 13. A senhora tem algum diagnóstico psiquiátrico? Se sim, qual?
 14. A senhora faz uso de alguma medicação psiquiátrica?
-
15. Qual é a sua formação acadêmica?
 16. Qual a sua profissão atual?
 17. Qual a sua situação trabalhista atual?
-
18. Com qual idade a senhora procurou atendimento médico em decorrência da transexualidade pela primeira vez?

19. A senhora faz tratamento hormonal? Se sim, faz a quanto tempo? Se sim, quais os hormônios que a senhora faz uso atualmente?
20. Faz uso de álcool? Se sim, qual a frequência?
21. Faz uso de nicotina? Se sim, quantos cigarros fuma por dia?
22. Faz uso de alguma outra substância em contexto recreativo? Se sim, qual?
23. Faz uso de substâncias em contextos religiosos? Se sim, qual?
24. A senhora possui diagnóstico de alguma Infecção Sexualmente Transmissível? Se sim, qual?
25. A senhora possui diagnóstico de alguma doença física? Se sim, qual?
26. A senhora já se submeteu a algum procedimento cirúrgico? Se sim, qual?
27. A senhora já se submeteu a Cirurgia de Afirmação de Gênero (CGA)?
28. Se sim, a senhora teve alguma complicação pós cirúrgica ou necessitou ser submetida a procedimento posterior? A senhora considera que teve o apoio de sua rede social em seus cuidados durante o período de recuperação da CAG?
29. Se não, a senhora considera que possui o apoio de sua rede social se necessário para os seus cuidados durante o período de recuperação da CAG?

ANEXO E

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II (BDI II)

Aplicação oral

- Primeira leitura de enunciado realizada pelo pesquisador:

Este é um questionário. O questionário contém grupo de afirmações. Eu li um grupo de afirmações; em seguida, gostaria que você escolhesse uma afirmação de cada grupo que melhor descreva a forma como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

- Segunda leitura de enunciado realizado pelo pesquisador (após entrega de cópia da folha de resposta do questionário):

Aqui está uma cópia, para que você possa me acompanhar, enquanto eu leio.

- Terceira leitura de enunciado realizada pelo pesquisador (após a leitura de todas as afirmações do primeiro grupo):

Agora, qual das afirmações descreve melhor o modo como você tem se sentido durante as duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje?

Questões

1 Tristeza

0. Não me sinto triste
1. Eu me sinto triste grande parte do tempo
2. Estou triste o tempo todo
3. Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar

2 Pessimismo

0. Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro
1. Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume
2. Não espero que as coisas deem certo para mim
3. Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar

3 Fracasso passado

0. Não me sinto um (a) fracassado (a)
1. Tenho fracassado mais do que deveria
2. Quando penso no passado vejo muitos fracassos
3. Sinto que como pessoa sou um fracasso total

4 Perda de prazer

0. Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto
 1. Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir
 2. Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar
 3. Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar
-

5 Sentimentos de culpa

0. Não me sinto particularmente culpado (a)
 1. Eu me sinto culpado (a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito
 2. Eu me sinto culpado (a) a maior parte do tempo
 3. Eu me sinto culpado (a) o tempo todo
-

6 Sentimentos de punição

0. Não sinto que estou sendo punido (a)
 1. Sinto que posso ser punido (a)
 2. Eu acho que serei punido (a)
 3. Sinto que estou sendo punido (a)
-

7 Autoestima

0. Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo (a)
 1. Perdi a confiança em mim mesmo (a)
 2. Estou desapontado (a) comigo mesmo (a)
 3. Não gosto de mim
-

8 Autocrítica

0. Não me critico nem me culpo mais do que o habitual
 1. Estou sendo mais crítico (a) comigo mesmo (a) do que costumava ser
 2. Eu me critico por todos os meus erros
 3. Eu me culpo por tudo de ruim que acontece
-

9 Pensamentos ou desejos suicidas

0. Não tenho nenhum pensamento de me matar
 1. Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante
 2. Gostaria de me matar
 3. Eu me mataria se tivesse a oportunidade
-

10 Choro

0. Não choro mais do que chorava antes
1. Choro mais agora do que costumava chorar

2. Choro por qualquer coisinha
 3. Sinto vontade de chorar, mas não consigo
-

11 Agitação

0. Não me sinto mis inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes
 1. Eu me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes
 2. Eu me sinto tão inquieto (a) ou agitado (a) que é difícil ficar parado (a)
 3. Estou tão inquieto (a) ou agitado (a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa
-

12 Perda de interesse

0. Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades
 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar
 2. Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas
 3. É difícil me interessar por alguma coisa
-

13 Indecisão

0. Tomo minhas decisões tão bem quanto antes
 1. Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes
 2. Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes
 3. Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão
-

14 Desvalorização

0. Não me sinto sem valor
 1. Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes
 2. Eu me sinto com menos alo quando me comparo com outras pessoas
 3. Eu me sinto completamente sem valor
-

15 Falta de energia

0. Tenho tanta energia hoje como sempre tive
 1. Tenho menos energia do que costumava ter
 2. Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa
 3. Não tenho energia suficiente para nada
-

16 Alterações no padrão de sono

0. Não percebi nenhuma mudança no meu sono
 1. (A) Durmo um pouco mais do que o habitual / (B) Durmo um pouco menos do que o habitual
 2. (A) Durmo muito mais do que o habitual / (B) Durmo muito menos do que o habitual
 3. (A) Durmo a maior parte do dia / (B) Acordo de 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir
-

17 Irritabilidade

0. Não estou mais irritado (a) do que o habitual
 1. Estou mais irritado (a) do que o habitual
 2. Estou muito mais irritado (a) do que o habitual
 3. Fico irritado (a) o tempo todo
-

18 Alterações do apetite

0. Não percebi nenhuma mudança no meu apetite
 1. (A) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual / (B) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual
 2. (A) Meu apetite está muito menor do que antes / (B) Meu apetite está muito maior do que antes
 3. (A) Não tenho nenhum apetite / (B) Quero comer o tempo todo
-

19 Dificuldade de concentração

0. Posso me concentrar tão bem quanto antes
 1. Não posso me concentrar tão bem como habitualmente
 2. É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
 3. Eu acho que não consigo me concentrar em nada
-

20 Cansaço ou fadiga

0. Não estou mais cansado (a) ou fatigado (a) do que o habitua
 1. Fico cansado (a) ou fatigado (a) mais facilmente do que o habitual
 2. Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
 3. Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer
-

21 Perda de interesse por sexo

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1. Estou menos interessado (a) em sexo do que costumava estar
2. Estou muito menos interessado (a) em sexo agora
3. Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO F

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Aplicação oral

- Primeira leitura de enunciado realizada pelo pesquisador:

Este questionário contém 21 sintomas. Eu vou ler cada sintoma em voz alta, um por um. Depois de cada sintoma que eu ler, quero que você me diga se você não se incomodou absolutamente, se incomodou levemente, moderadamente ou gravemente por causa deste sintoma, durante a última semana, incluindo hoje. Isso inclui agora. Levemente significa que o sintoma não o incomodou muito; moderadamente significa que você ficou muito incomodado por causa do sintoma; e gravemente significa que você dificilmente podia suportar.

- Segunda leitura de enunciado realizado pelo pesquisador (após entrega de cópia da folha de resposta do questionário):

Aqui está uma cópia, para que você possa me acompanhar, enquanto eu leio.

Respostas:

0. Absolutamente não
 1. Levemente – Não me incomodou muito
 2. Moderadamente – Foi muito desagradável, mas pude suportar
 3. Gravemente – Dificilmente pude suportar
-

Lista de sintomas:

1. Dormência ou formigamento
2. Sensação de calor
3. Tremores nas pernas
4. Incapaz de relaxar
5. Medo que aconteça o pior
6. Atordoado ou tonto
7. Palpitação ou aceleração do coração
8. Sem equilíbrio
9. Aterrorizado
10. Nervoso
11. Sensação de sufocação
12. Tremores nas mãos
13. Trêmulo
14. Medo de perder o controle
15. Dificuldade de respirar
16. Medo de morrer

17. Assustado
18. Indigestão ou desconforto no abdômen
19. Sensação de desmaio
20. Rosto de afogueado
21. Suor (não devido ao calor)

ANEXO G

ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK DE BECK (BSI)

Aplicação oral

- Primeira leitura de enunciado realizada pelo pesquisador:

Este questionário contém 21 grupos de afirmações. Depois que eu ler cada grupo, quero que você me diga qual a afirmação que descreve melhor como você tem estado se sentindo durante a última semana, incluindo hoje.

- Segunda leitura de enunciado realizado pelo pesquisador (após entrega de cópia da folha de resposta do questionário):

Aqui está uma cópia para que você possa me acompanhar, enquanto eu leio. Você vai notar que, dependendo de suas respostas, eu poderei pular alguns dos grupos de afirmações. Isto é comum.

Questões

1.

0. Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte
 1. Tenho um desejo fraco de viver
 2. Não tenho desejo de viver
-

2.

0. Não tenho desejo de morrer
 1. Tenho um desejo fraco de morrer
 2. Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte
-

3.

0. Minhas razões para viver pesam mais que as minhas razões para morrer
 1. Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais
 2. Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver
-

4.

-
0. Não tenho desejo de me matar
 1. Tenho um desejo fraco de me matar
 2. Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte
-

5.

0. Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar
 1. Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso
 2. Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte
-

Caso o respondente confirme a resposta 1 ou 2 nas questões 4 e 5, leia-se as questões de 6 a 19.
Caso confirme a resposta 0 nas questões 4 e 5, pula-se para a questão 20.

20.

0. Nunca tentei suicídio
 1. Tentei suicídio uma vez
 2. Tentei suicídio duas ou mais vezes
-

Caso o respondente confirme a resposta 1 ou 2 da questão 20, leia-se a questão 21.

21.

0. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco
1. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado
2. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte