

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**MARIA RITA LERRI**

**Vivências de pessoas transexuais - compreendendo suas histórias**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

**MARIA RITA LERRI**

**Vivências de pessoas transexuais - compreendendo suas histórias**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para a obtenção do título de Doutora em Ciências  
Médicas

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia

Orientadora: Dra. Lúcia Alves da Silva Lara

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

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

### FICHA CATALOGRÁFICA

Leiri, Maria Rita.  
Vivências de pessoas transexuais - compreendendo suas histórias. Ribeirão Preto, 2019.  
100 p.: il; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Ginecologia e Obstetrícia.  
Orientadora: Lara, Lúcia Alves da Silva.

1. Transexualidade – 2. Sexualidade – 3. Incongruência de Gênero – 4. Tratamento hormonal – 5. Tratamento cirúrgico

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Maria Rita Leri

Título: Vivências de pessoas transexuais - compreendendo suas histórias

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas.

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

### Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof (a). Dr (a). \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

“Amar e mudar as coisas me interessa mais”  
(Belchior)

**DEDICATÓRIA**

---

## DEDICATÓRIA

À vovó Idalina, parte essencial de mim!

Ao Gabriel, meu sobrinho e afilhado, por me mostrar o Sol e um amor que transborda!

Aos meus pais Terezinha e José Roberto, por terem me ensinado a não ter medo do dia!

À Carol, minha irmã! Pedaco do meu coração que está a andar pelo mundo! Que possamos sempre dividir conquistas pela vida afora.

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

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

**AGRADECIMENTOS**

---

## AGRADECIMENTOS

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

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

À banca, por compartilharem comigo seus saberes.

Aos professores Dr. Francisco José Cândido dos Reis e Dra. Adriana Peterson Mariano, pela participação no exame de qualificação, que com seus olhares apurados e sensíveis puderam ler aquilo que eu ainda não conseguia ler.

Aos meus companheiros do “grupo das segundas-feiras”, do querido AESH: Thiago Apolinário, Júlia Kefalas Troncon, Sílvio Antônio Franceschini e Lúcia Alves S. Lara pelos momentos preciosos de diálogo sobre a arte de viver e ajudar o próximo.

À CAPES pelo financiamento para a realização deste trabalho.

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

À Deus!

“Recria tua vida, sempre, sempre.

Remove pedras e planta roseiras e faz doces.

Recomeça”

(Cora Coralina)



## RESUMO

LERRI, Maria Rita. **Vivências de pessoas transexuais - compreendendo suas histórias.** 2019. 100p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A transexualidade é caracterizada pelo sentimento de pertença ao gênero oposto ao designado no nascimento. O objetivo desta pesquisa foi conhecer/compreender as vivências das pessoas transexuais atendidas no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do HCFMRP-USP em relação à transexualidade. Para este estudo foram alocados 20 pessoas transexuais, sendo 03 homens trans e 17 mulheres trans. Os critérios de inclusão foram pacientes transexuais e os de exclusão foram pacientes que apresentaram algum tipo de deficiência mental/cognitiva observada pelo pesquisador ou relatada pelo mesmo que impossibilitasse a realização da entrevista. A avaliação psíquica foi realizada mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada e a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) – HAD). Para acessar as vivências dos participantes foi realizada uma entrevista para levantamento de dados referentes à infância, adolescência, vida adulta, ao sentimento em relação a sua identidade de gênero, entre outros aspectos tendo como elemento disparador a pergunta: Como foi sua vivência em relação a transexualidade? A análise qualitativa foi realizada através da análise do conteúdo proposto por BARDIN e o HAD foi avaliado de acordo com os critérios definidos pelos seus próprios autores. Resultados: quatro categorias foram obtidas: categoria 1: Infância e primeira percepção da transexualidade: as principais respostas referem-se a jogos infantis, confusão relacionada a vestimentas e aos órgãos sexuais. Na categoria 2: Adolescência e percepção das mudanças corporais: as respostas referem-se ao início do tratamento hormonal sem prescrição médica, ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários e à não aceitação da família. Na categoria 3: A fase adulta e as dificuldades encontradas na vivência da transexualidade: encontramos relatos de sintomas de ansiedade e depressão, tentativas de suicídio e automutilação, conflitos familiares e dificuldade em entrar no mercado de trabalho formal. Na categoria 4: Tratamento hormonal e cirúrgico como possibilidade de viver plenamente: as respostas foram relacionadas às transformações corporais, incluindo a cirurgia, sendo de extrema relevância em relação aos planos que eles fazem para o futuro, seja no trabalho, na família ou na vida amorosa. O propósito deste estudo foi buscar a compreensão mais aprofundada e efetiva das vivências da transexualidade durante o período do desenvolvimento. No que tange a infância, percebeu-se que as pessoas trans já experienciam sua identidade de gênero diferente do sexo biológico. Já no período da adolescência, o início da puberdade e a explosão do desenvolvimento dos caracteres sexuais podem trazer grande angústia durante este período com importante dificuldade de ajustamento entre corpo e identidade. A vida adulta vem carregada de desejos e sonhos de uma vida digna com direito a trabalho formal e atenção integral de saúde. Os resultados mostram as consequências negativas da intolerância social diante da não-normatividade de gênero. Além disso, as principais descobertas relacionadas às experiências trans na infância e adolescência sugerem que uma atenção especial deve ser dedicada a esse período nos serviços de atenção à saúde. O debate sobre as necessidades de pessoas transexuais deve ser melhorado e as políticas públicas de saúde devem ser sistematicamente implementadas no Brasil.

Palavras-chave: transexualidade, sexualidade, tratamento hormonal, tratamento cirúrgico, medicina sexual

**ABSTRACT**

---

## ABSTRACT

LERRI, Maria Rita. **Transsexual people's experiences - understanding their stories**, 2019. 100p. Thesis (doctorate degree) - Graduate Program in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Transsexuality is characterized by the feeling of belonging to the gender opposite to that designated at birth. The objective of this research was to know / understand the experiences of transsexual people attended at the Ambulatory of Studies on Human Sexuality (AESH) of HCFMRP-USP in relation to transsexuality. For this study 20 transsexual people were allocated, being 03 trans men and 17 trans women. The inclusion criteria were transsexual patients and those of exclusion were patients who presented some type of mental / cognitive deficiency observed by the researcher or reported by the same that made the interview impossible. The psychic evaluation was performed through the application of a semi-structured interview and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). To access the experiences of the participants, an interview was conducted to collect data on childhood, adolescence, adult life, feelings about their gender identity, among other aspects. The question was: How was their experience in relation to transsexuality? The qualitative analysis was performed through the analysis of the content proposed by BARDIN and the HAD was evaluated according to the criteria defined by its own authors. Results: four categories were obtained: category 1: Childhood and first perception of transsexuality: the main answers refer to children's games, confusion related to clothing and sexual organs. In category 2: Adolescence and perception of the corporal changes: the answers refer to the beginning of the hormonal treatment without medical prescription, to the appearance of the secondary sexual characters and the non acceptance of the family. In category 3: Adulthood and the difficulties encountered in the experience of transsexuality: we found reports of anxiety and depression symptoms, suicide attempts and self-mutilation, family conflicts and difficulty entering the formal job market. In category 4: Hormonal and surgical treatment as a possibility to live fully: the answers were related to the corporal transformations, including the surgery, being extremely relevant in relation to the plans that they make for the future, be it at work, in the family or in life loving. The purpose of this study was to seek a deeper and more effective understanding of the experiences of transsexuality during the period of development. As far as childhood is concerned, it has been noticed that trans people already experience their gender identity different from biological sex. Already in adolescence, the onset of puberty and the explosion of the development of the sexual characters can bring great anguish during this period with important difficulty of adjustment between body and identity. Adult life comes loaded with desires and dreams of a dignified life with the right to formal work and integral health care. The results show the negative consequences of social intolerance towards gender non-normativity. In addition, major findings related to trans experiences in childhood and adolescence suggest that special attention should be devoted to this period in health care services. The debate about the needs of transgender people needs to be improved and public health policies should be systematically implemented in Brazil.

Keywords: transsexuality, sexuality, hormonal treatment, surgical treatment, sexual medicine



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	49
Tabela 2.....	50
Tabela 3.....	51

## **LISTA DE QUADROS**

---

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Subcategorias das repostas relacionadas à infância e ao início do entendimento da identidade de gênero.....	52
Quadro 2. Subcategorias das repostas relacionadas à adolescência e a percepção das mudanças corporais: a necessidade de mudanças na aparência e de assumir-se perante família e sociedade.....	57
Quadro 3. Subcategorias das repostas relacionadas à fase adulta e a percepção das dificuldades encontradas na vivência da transexualidade.....	62
Quadro 4. Subcategorias das repostas relacionadas ao tratamento hormonal e cirúrgico como possibilidade de viver plenamente.....	70

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESH – Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana

CID – Classificação Internacional das Doenças

CFM – Conselho Federal de Medicina

DG – Disforia de Gênero

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease*

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HBIGDA – Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin

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

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e travestis

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIG – Transtorno de Identidade de Gênero

WPATH – *World Professional Association for Transgender Health*



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	24
1.1.	A construção da sexualidade: algumas definições.....	27
1.2.	Transexualidade: infância, adolescência e idade adulta .....	28
1.3.	Prevalência da transexualidade .....	31
1.4.	Fundamento biopsíquico da transexualidade .....	32
1.5.	Assistência à população trans .....	33
2.	JUSTIFICATIVA.....	36
3.	OBJETIVOS.....	38
4.	PRESSUPOSTOS.....	40
5.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
5.1.	Caracterização do estudo.....	42
5.2.	Cenário do estudo.....	42
5.3.	Sujeitos da pesquisa.....	43
5.4.	Instrumentos para coleta de dados .....	44
5.5.	Coleta de dados .....	44
5.6.	Armazenamento dos dados .....	45
5.7.	Análise dos dados .....	45
5.8.	Aspectos éticos.....	46
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1.	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	49
6.2.	Análise Qualitativa.....	51
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
	ANEXOS.....	94
	ANEXO A – Aceite do Comitê de Ética.....	94
	ANEXO B – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD).....	95
	APÊNDICES.....	98
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi-estruturado.....	100



## 1. INTRODUÇÃO

A transexualidade é caracterizada por uma forte e persistente identificação com o gênero oposto ao sexo designado ao nascimento, o que gera um desconforto com o próprio sexo biológico (APA, 2013). A transexualidade pode ser denominada por vários termos, sendo que alguns, remetem a patologização das pessoas que se identificam com esta condição (ASKEVIS-LEHERPEUX et al., 2019). Atualmente, a Classificação Internacional das Doenças (CID-11) traz a terminologia Incongruência de Gênero (IG), que tem sido utilizada para as pessoas que evidenciam uma incongruência entre o seu sexo anatômico e sua identidade de gênero (WINTER, De CUYPERE et al., 2016). No entanto, para se chegar a um consenso sobre a melhor maneira de olhar para a transexualidade e assim, compreendê-la, muitos foram os termos utilizados pelos manuais que garantiam e garantem o acesso dessas pessoas aos cuidados de saúde.

O termo transexual apareceu na literatura em 1923 (COHEN-KETTENIS & GOOREN, 1999) e só em 1949 foi associado à condição em que o indivíduo deseja a mudança do sexo e, por isso, considerado patológico, o que resultou na denominação de “*psychopathia transsexualis*” (psicopatia transexual). Essa terminologia foi aplicada e divulgada por Harry Benjamin (VIEIRA, 2004; ABDO, 2012).

JOHN MONEY, em 1955, trabalhou em suas primeiras teses sobre gênero, defendendo a importância da cultura na definição da pessoa em pertencer a um ou outro gênero, colocando em dúvida um possível determinismo biológico. O termo Síndrome da disforia de gênero foi utilizado para designar a presença de um transtorno de gênero até o ano de 1973, quando a psiquiatria adotou então, oficialmente, o termo Transtorno de Identidade de Gênero.

Em 1966, com a publicação do livro intitulado *The transsexual phenomenon*, de autoria do médico Harry Benjamin, a transexualidade tornou-se uma condição reconhecida (ABDO, 2012). Ele registrou sua experiência com pessoas transexuais e muito contribuiu para a compreensão desse fenômeno (COHEN-KETTENIS & GOOREN, 1999). Em homenagem à sua grande contribuição para o tema, a organização internacional de profissionais que cuida dos interesses das pessoas transexuais passou a chamar-se Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin - HBIGDA (ASSOCIATIONS, 1990).

Em 2008, a HBIGDA mudou seu nome oficialmente para *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* (WPATH, 2012). Composta por diversos profissionais da área da saúde como endocrinologia, psiquiatria, cirurgia, psicologia, direito,

serviço social, sociologia, antropologia, fonoaudiologia e sexologia. A WPATH desenvolveu e publicou as primeiras diretrizes de Cuidados para Transtornos de Identidade de Gênero em 1979, resultante do consenso sobre a gestão psiquiátrica, psicológica, médica e cirúrgica de transtornos de identidade de gênero. A última versão das diretrizes está disponível desde 2012 e tem se tornado um importante norteador no que diz respeito à atenção a população transexual (WPATH, 2012).

Em maio de 2013, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) substituiu o termo Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), anteriormente encontrada no DSM-IV, por Disforia de Gênero (DG) (HEYLENS *et al.*, 2014; APA, 2013)). No conceito de DG, o sexo anatômico da pessoa não coincide com sua identidade de gênero, se configurando assim uma incongruência, sendo caracterizada por grande angústia e insatisfação em relação ao sexo e ao corpo (MACDONALD *et al.*, 2016).

Há um debate atual sobre a incongruência de gênero ser um diagnóstico psiquiátrico e se a angústia é inerente à condição. Há uma discussão sobre a terminologia mais adequada para esta condição que não deve remeter a um estado patológico, sendo preciso entender que muitas vezes a angústia não é só causada pela condição, mas pela resposta da sociedade e da família diante desta (De VRIES *et al.*, 2016; ASKEVIS-LEHERPEUX *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, tem havido uma discussão veemente entre os profissionais, ativistas trans e grupos de direitos humanos relativos à reforma ou remoção de diagnósticos (trans) de gênero a partir dos sistemas diagnósticos em saúde mental (KAMENS, 2011). No geral, diagnósticos em saúde mental que são específicos para transexuais têm sido criticados em grande parte porque aumentam o estigma em uma população que já é particularmente estigmatizada (DRESCHER, 2009).

Várias mudanças relativas à revisão dos diagnósticos (trans) de gênero dentro da CID foram feitas (WPATH, 2012; TGEU, 2013). Estas incluem duas mudanças principais: a mudança do diagnóstico de transexualismo da CID-10 para incongruência de gênero (IG) na CID-11, que ainda não está vigente no Brasil; a mudança para um capítulo denominado “Condição relativa à Saúde Sexual” saindo do capítulo “Perturbações mentais e do comportamento” (MOLEIRO & PINTO, 2015).

As características da transexualidade parecem ter início na infância, e podem se confirmar ou não na adolescência (LOBATO *et al.*, 2001). Muitas vezes as pessoas transexuais irão manifestar o desejo de submeter ao tratamento hormonal e, às vezes, cirúrgico, para adequar o seu fenótipo à sua identidade de gênero (COHEN-KETTENIS & GOOREN, 1999). Embora a transexualidade possa ser observada já na infância (OLSON &

SCHRAGER et al., 2015), cerca de 15% das crianças que apresentam tais características serão trans na vida adulta (STEENSMA & BIEMOND et al., 2011).

Para amenizar o impacto causado pelas mudanças físicas que surgem na adolescência, recomenda-se o bloqueio do eixo hipotálamo-hipofisário (EHH) a partir do estágio 2 de Turner (HEMBRE & COHEN-KETTENIS et al., 2017), período de início do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Este recurso tem sido um avanço no cuidado a essa população pois possibilita a parada do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários entre 12 e 16 anos e a iniciação do tratamento hormonal a partir dos 16 a 18 anos (COHEN-KETTENIS & DELEMARRE-VAN de WAAL et al., 2008), com a possibilidade de resultados estéticos mais favoráveis. No entanto, o bloqueio hipotálamo-hipofisário não é autorizado no Brasil.

A transexualidade é, com frequência, associada a alterações emocionais, ansiedade e depressão e altas taxas de tentativas de suicídio, devido as adversidades encontradas pelas pessoas trans (OLSON & SCHRAGER et al., 2015; LERRI et al., 2017; ASKEVIS-LEHERPEUX et al., 2019). Estes agravos podem ser reduzidos ou mesmos solucionados com a hormonioterapia que propicia as modificações fenotípicas adequadas para cada gênero. No homem trans a testosterona promove o aumento da massa muscular, o crescimento da barba, o engrossamento da voz e cessação da menstruação e, na mulher trans, o estrogênio promove a redistribuição de gordura, afinamento dos pelos e aumento das mamas (MACDONALD *et al.*, 2016); HEMBREE, COHEN-KETTENIS et al. 2017). A melhora da qualidade de vida de pessoas trans aumenta conforme o resultado do tratamento hormonal vai atingindo as expectativas de fenótipos desejadas (WHITE HUGHTO & REISNER, 2016).

A transformação social das pessoas trans engloba a mudança do nome, a escolha do vestuário, as mudanças no fenótipo e os procedimentos cirúrgicos (KOH, 2012). Para aqueles que desejaram o tratamento cirúrgico, mais de 90% referiu satisfação e melhora da qualidade de vida após a cirurgia, apresentando baixas taxas de arrependimento (PAPADOPULOS, LELLE et al. 2017).

A diversidade sexual tem adquirido muita visibilidade nos últimos anos, devido à regulamentação de programas de assistência às pessoas transexuais em serviços públicos de saúde, além de trazer à tona questões éticas e legais no que diz respeito à cirurgia de redesignação sexual. A partir do século XX a sociedade tem passado por muitas transformações importantes no que se refere à sexualidade e ao gênero. Tornou-se possível observar outras maneiras de viver o gênero fora do referencial binário masculino e feminino (PINTO & BRUNS, 2003). No Brasil, o tema tem se tornado mais visível nos últimos anos e,

para conhecer melhor o fenômeno da transexualidade, apresentamos a seguir um pouco sobre a construção da identidade sexual e algumas de suas definições; a prevalência; possíveis fundamentos que buscam compreender a origem do fenômeno; uma breve contextualização da vivência da transexualidade na infância, adolescência e vida adulta e os impactos da discriminação na sua saúde mental, perpassando pela assistência à população trans e algumas intervenções possíveis para a melhoria da qualidade de vida desta população.

### **1.1. A construção da identidade sexual: algumas definições**

Para a compreensão da transexualidade torna-se necessário contextualizar e elucidar alguns termos como sexo, identidade de gênero e orientação sexual que tem gerado confusões no que se refere ao entendimento da transexualidade.

O sexo compreende o sexo cromossômico, gonadal e genital. É o que a pessoa é biologicamente e se reporta às características anatômicas (presença do pênis, das mamas, partes do cérebro) e a fisiologia (esteróides sexuais), sendo essencialmente constante, evoluindo através dos períodos da vida (MONEY, 1994). O sexo biológico refere-se, portanto, aos órgãos reprodutivos.

A identidade de gênero diz respeito ao nosso senso interior de ser "homem" ou "mulher". É o modo como nos identificamos independente do sexo biológico (ATKINSON & RUSSELL, 2015). Se uma pessoa se identifica com seu sexo de nascimento, é dito que esta é uma pessoa cisgênera; se, ao contrário, uma pessoa não se identifica com seu sexo de nascimento, é chamada de pessoa transexual. No contexto da saúde, utilizamos o termo mulher trans para designar a pessoa que nasceu com sexo masculino mas sua identidade de gênero é feminina e, homem trans, para a pessoa que nasceu com o sexo feminino mas tem a identidade de gênero masculina.

A expressão de gênero é a forma como expressamos nosso gênero e isto é definido pela cultura e pela sociedade (ATKINSON & RUSSELL, 2015).

STOLLER (1973) salienta ainda que todo indivíduo é dotado de um núcleo de identidade de gênero, um conjunto de convicções pelas quais se considera o que é masculino ou feminino. Este núcleo se constrói na socialização do indivíduo, a partir do momento em que se designa o bebê como sendo menina ou menino. Isto acontece quando se confere um nome à criança e esta passa a ser tratada, então, como um menino ou uma menina. A partir deste momento, socialmente se espera que a criança apresente comportamentos condizentes a ele. A maioria das pessoas tem concordância entre o sexo designado ao nascimento e a sua

identidade de gênero, no entanto, alguns têm um estado desarmônico entre eles o que leva a uma angústia predominante denominada na literatura como transexualidade (MOLEIRO & PINTO, 2015).

A orientação sexual refere-se ao desejo de intimidade de uma pessoa. Pode se dar com outra do mesmo sexo, como os homossexuais; com pessoas do sexo oposto, como no caso de heterossexuais e pessoas que se relacionam com ambos os sexos, no caso dos bissexuais. Orientação sexual refere-se a quem se está sexualmente e afetivamente atraído e pode haver uma variedade de modos de vivê-la (APA, 2013).

### **1.2. Transexualidade: infância, adolescência e idade adulta**

As características referentes a transexualidade podem ter início na infância, e podem se confirmar ou não na adolescência (LOBATO *et al.*, 2001). A percepção da criança de pertencer ao gênero feminino ou masculino ocorre de forma gradual. Aproximadamente 6% dos meninos e 12% das meninas resistem ao estereótipo imposto socialmente para usarem vestimentas “adequadas” ao sexo biológico, bem como as brincadeiras e os comportamentos tidos como pertencentes a um gênero específico (STEENSMA *et al.*, 2013). Um estudo realizado em 2011 evidenciou que apenas 15% das crianças que manifestam características de IG na infância serão adultos transexuais (STEENSMA *et al.*, 2011).

No entanto, nos dias atuais, é possível observar um número maior de crianças que tem passado por uma "transição social", ou seja, elas estão se apresentando à sociedade de acordo com sua identidade de gênero expressada, e não pelo gênero designado ao nascimento, o que envolve a mudança nos pronomes utilizados para descrevê-la, bem como o seu nome e (tipicamente), sua expressão de gênero, como o comprimento dos cabelos e a escolha de suas roupas (OLSON *et al.*, 2015).

Um estudo holandês realizado com crianças e adolescentes mostrou que as idades de 10 a 13 anos parecem ser cruciais para o desenvolvimento da identidade de gênero. A experiência da puberdade com suas mudanças físicas, os primeiros sentimentos afetivos e as mudanças nas relações sociais de gênero, que acontecem nessa época, foram considerados fatores importantes para a consolidação da identidade de gênero (De VRIES *et al.*, 2016).

Apesar de muita discussão sobre este tema, e do aumento de casos de crianças com aparente IG (STEENSMA & COHEN-KETTENIS, 2011), ainda há poucos estudos sobre a saúde mental das crianças transexuais que fazem essa transição social. Porém os estudos existentes, feitos com adolescentes e adultos transexuais, evidenciam taxas elevadas de

ansiedade, depressão e tendências suicidas (ALMEIDA *et al.*, 2009; TERADA *et al.*, 2011; LERRI & LARA, 2015). Estas taxas elevadas de psicopatologia são, provavelmente, o resultado de anos de preconceito, discriminação e estigma (ZUCKER, 2005; CLEMENTS-NOLLE *et al.*, 2006; HILL *et al.*, 2010; BOCKTING *et al.*, 2013); além do conflito entre a aparência e afirmação da identidade de gênero (GROSSMAN & D'AUGELLI, 2007); da rejeição geral por pessoas em seus ambientes sociais, incluindo a própria família (KOKEN *et al.*, 2009; RUSSELL *et al.*, 2011). Outros estudos confirmam estes resultados, embora a gravidade da psicopatologia varie, os problemas emocionais como depressão e ansiedade são frequentemente relatados (DI CEGLIE *et al.*, 2002; De VRIES *et al.*, 2011; SKAGERBERG *et al.*, 2013; LERRI & LARA, 2015; OLSON *et al.*, 2015).

Em dois estudos de revisão realizados no Reino Unido e nos EUA, mais de metade dos adolescentes acompanhados (124 e 97 casos, respectivamente) sofria de depressão (DI CEGLIE *et al.*, 2002; SPACK *et al.*, 2012). Já uma pesquisa canadense encontrou uma prevalência de 35% de depressão entre adolescentes transexuais, semelhante aos adolescentes americanos (OLSON *et al.*, 2015). Em uma coorte realizada com 105 adolescentes holandeses transexuais, a taxa de transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos de humor, foi 32,4% (De VRIES *et al.*, 2011). Estes resultados desfavoráveis da saúde mental dos adolescentes transexuais, advém do ostracismo social e da vitimização que sofrem (MCGUIRE *et al.*, 2010; TOOMEY *et al.*, 2010; WALLIEN *et al.*, 2010; BAAMS *et al.*, 2013).

Há evidências crescentes de que o apoio social melhora a saúde mental de adolescentes e adultos transexuais (SIMONS *et al.*, 2013; BAUER *et al.*, 2015; OLSON *et al.*, 2015). Estudos evidenciam que as crianças cujas identidades de gênero foram afirmadas e apoiadas pela família tiveram relativamente uma melhor saúde mental, apresentando assim taxas reduzidas de ansiedade e depressão em comparação com os relatados em outros estudos realizados em clínicas onde não havia esse apoio por parte dos pais (COHEN-KETTENIS *et al.*, 2003; HILL *et al.*, 2010; OLSON *et al.*, 2015).

Adolescentes transexuais geralmente apresentam um forte desejo de realizar mudanças corporais, na medida que as suas características sexuais secundárias começam a se desenvolver. Sendo assim, a disponibilidade da supressão da puberdade mudou substancialmente o manejo clínico atual (COHEN-KETTENIS *et al.*, 2008) de jovens transexuais e pode ser uma das causas do aumento acentuado dos encaminhamentos aos serviços de saúde especializados (De VRIES e COHEN-KETTENIS, 2012). Esta tendência tem sido observada na Europa e na América do Norte (AITKEN *et al.*, 2015).

Conseqüentemente, os profissionais de saúde mental têm sido confrontados com mais frequência com crianças e adolescentes transexuais (De VRIES *et al.*, 2016).

Sendo assim, medidas preventivas para reduzir os danos à saúde mental e geral da pessoa trans precisam ser implementadas, para fomentar a aceitação da diversidade, como forma de reduzir a psicopatologia em crianças e adolescentes transexuais (SHIFFMAN *et al.*, 2016). Especialmente as pessoas que trabalham com esta população devem estar cientes do fato de que crianças e adolescentes transexuais são um grupo vulnerável que merecem melhor atenção dos serviços de saúde (De VRIES *et al.*, 2016).

Na vida adulta, as pessoas trans ainda sofrem outras formas de discriminação, estigma, exclusão social - incluindo abusos físicos, psicológicos, perseguição e alienação econômica (BOSTWICK *et al.*, 2014). Além disso, estes podem ocorrer em diversas áreas, como no emprego, dificultando a entrada destas pessoas no mercado formal de trabalho; na educação, impedindo, muitas vezes, que possam terminar seus estudos básicos e/ou que cheguem a cursar uma universidade; nos cuidados de saúde, sendo muitas vezes desrespeitados em hospitais pelos próprios profissionais de saúde; no contexto das relações interpessoais significativas, incluindo a família (MILBURN *et al.*, 2006; FEINSTEIN *et al.*, 2014; MOLEIRO & PINTO, 2015). Assim, estudos sugerem que essas experiências de discriminação e estigmatização para com as pessoas transexuais podem causar um maior risco de sofrimento mental na idade adulta (COCHRAN *et al.*, 2003; MEYER, 2003; COCHRAN & MAYS, 2009; SHILO, 2014).

Transtorno de estresse pós-traumático, transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, abuso de substâncias, bem como os distúrbios alimentares são frequentemente diagnosticados em adultos transexuais (KING *et al.*, 2008; VOCKS *et al.*, 2009). Ao mesmo tempo, os dados sobre ideação suicida e tentativas entre esta população também são alarmantes (MUSTANSKI & LIU, 2013; LERRI & LARA, 2015). Os dados de MAGUEN & SHIPHERD (2010) evidenciaram taxas de tentativas de suicídio de 40% nos homens trans e de 20% em mulheres transexuais. Um estudo, utilizando uma amostra de 500 mulheres transexuais, demonstrou que metade dos participantes tinha ideação suicida, cerca de 30% já havia tentado o suicídio, e 35% tinha planejado fazê-lo (NUTTBROCK *et al.*, 2010). Um estudo brasileiro, realizado com homens e mulheres transexuais também evidenciou altos escores compatíveis com risco para depressão (98%) e ansiedade (82%), além de alarmantes taxas de tentativas de suicídio, sendo que 72% dos participantes referiu pelo menos uma tentativa de suicídio, e quando questionados sobre qual a motivação para a tentativa, estes alegaram como o mais importante, a discriminação (LERRI *et al.*, 2017).

No entanto, a relação entre a transexualidade e a melhor qualidade de vida destas pessoas pode ser mediada por diversas variáveis, incluindo o apoio social e familiar, baixa transfobia, as expectativas de aceitação versus rejeição, o contato com outras pessoas trans, acesso aos serviços de saúde, entre outros (MEYER, 2003; SHILO, 2014; SNAPP *et al.*, 2015).

### **1.3. Prevalência da transexualidade**

Os dados da prevalência da transexualidade podem trazer números incertos, já que não foram coletados sistematicamente em censos ou estatísticas, e os dados de pesquisas com base nesta população podem estar subestimados e imprecisos. Os primeiros estudos na década de 1960 mostram taxas de prevalência de 1/100 mil homens e de 1/400 mil mulheres (SØRENSEN & HERTOFT, 1980). Estudos mais atuais mostram uma prevalência estimada em cerca de 1 pessoa trans para 30.000 habitantes, sendo de 1 mulher trans em 11.900 homens e 1 homem trans em 30.400 mulheres (MEYER, 2004; SELVAGGI & BELLRINGER, 2011). Uma metanálise sobre estudos de prevalência dos últimos 50 anos, realizado por ARCELUS *et al.* (2015), mostrou uma prevalência geral de 4,6 pessoas transexuais para 100.000 indivíduos, sendo 6,8 homens trans para mulheres e 2,6 de mulheres para homens. Vale lembrar que as pessoas transexuais podem estar mais invisíveis que outros grupos. Uma estimativa sugere que 1,4 milhões de pessoas (0,6% dos adultos) nos EUA se identificam como transexuais definidas como pessoas cuja identidade de gênero atual é algo diferente do designado ao nascimento (MCFARLAND *et al.*, 2017). Estudos europeus (HOENIG & KENNA, 1973; ROSS *et al.*, 1981; TSOI, 1988; GÓMEZ-GIL *et al.*, 2012) evidenciam que a prevalência de mulher trans é 2 a 3 vezes maior o que do homem trans.

Na maioria dos países europeus, a incidência tem sido estimada entre 0,14 e 0,26 para cada 100.000 habitantes, embora atinja valores de 0,58 na Austrália e de 1,58 em Singapura (HEYLENS *et al.*, 2014). O número de pessoas transexuais registradas desde 1996 que vivia na Catalunha foi de 161 (113 transexuais femininos e 48 transexuais masculinos). Com base nesses dados, a prevalência de transexuais nesta população foi de 1/21.031 homens e 1/48.096 mulheres com uma razão sexual de prevalência de 2,6 para mulher transexual (GÓMEZ-GIL *et al.*, 2012). Os dados de prevalência para a província de Barcelona foram de 1/18.152 homens e 1/39.473 mulheres (GÓMEZ-GIL *et al.*, 2012). Em um estudo realizado no Irã (AHMADZAD-ASLL *et al.*, 2011), com 281 indivíduos transexuais, a prevalência de mulheres transexuais foi calculada em uma relação de 1:145.000 e de homens trans em uma

frequência de 1:136.000, e a razão sexual de transexuais femininos para masculinos foi 0.96:1.

A discrepância observada entre as estimativas pode originar-se de alguns fatores como as diferentes características transculturais, falta de critérios para estabelecer o diagnóstico, metodologia inadequada dos estudos e pela escassez de serviços especializados o que contribui para a heterogeneidade dos dados de prevalência (LOBATO *et al.*, 2009; KALTIALA-HEINO, TYÖLÄJÄRVI & LINDBERG, 2019; GIOVANARDI *et al.*, 2019).

#### **1.4. Fundamento biopsíquico da transexualidade**

A transexualidade pode ser considerada um fenômeno complexo que tem motivado pesquisadores do mundo todo a buscar esclarecer e entender suas possíveis origens. Estudos evidenciam que a testosterona tem grande influência na organização do cérebro no sentido masculino (HEYLENS *et al.*, 2012) e que o cérebro feminino apresenta diferenças estruturais marcantes pela ação de moléculas específicas, sendo a paxilina envolvida no processo de feminilização. Existem teorias ou hipóteses sobre possíveis fatores psíquicos e comportamentais (COHEN-KETTENIS & GOOREN, 1999) envolvidos nesta condição, mas parece haver associação com a exposição pré-natal aos esteroides sexuais (AUYEUNG *et al.*, 2009; AUYEUNG *et al.*, 2012; AUYEUNG *et al.*, 2013).

A hipótese neuroendócrina tem origem nas alterações encontradas nas estruturas dos centros de identidade sexual, no hipotálamo, durante o desenvolvimento embrionário (KNEZEVIH *et al.*, 2012). Vale aqui destacar que a testosterona tem uma ação pré-natal crucial para a masculinização do cérebro, determinando o comportamento sexual masculino (AUYEUNG *et al.*, 2009). O polimorfismo dos receptores androgênicos ou a insensibilidade desses receptores aos androgênios responderia pelo insucesso do efeito masculinizante da testosterona (KNEZEVICH *et al.*, 2012).

A concentração de testosterona no sangue e líquido amniótico de mães com crianças masculinas parece ter correlação com a identidade de gênero da criança (AUYEUNG *et al.*, 2009). Por outro lado, o estímulo que recebem para que tenham hábitos condizentes com o seu sexo de nascimento parece não ser tão importante, uma vez que meninas com hiperplasia adrenal congênita mantêm a preferência por brinquedos masculinos, mesmo quando são estimuladas a utilizarem brinquedos femininos (NORDENSTROM *et al.*, 2002; PASTERSKI *et al.*, 2005).

Quanto ao processo genético, um estudo avaliou transexuais femininas e evidenciou o cariótipo 46 XY em 97,96% da amostra, e não evidenciou nenhum dado cromossômico específico associado a transexualidade (FERNANDEZ *et al.*, 2014). A prevalência de aneuploidia na amostra foi de 2,04%, ligeiramente maior do que na população geral. Análises moleculares mostraram não haver diferença significativa na distribuição de alelos ou genótipos dos genes analisados. Não se observou alterações morfológicas nos receptores hormonais (estrogênicos e androgênicos) nas mulheres transexuais (FERNANDEZ *et al.*, 2014).

A visão psicanalítica reporta à identificação com a figura materna superprotetora, na presença da imagem paterna neutra ou ausente em homens trans, ou a identificação com a imagem paterna (pais machistas e violentos) em mulheres trans (GREEN, 2010). Recentemente, autores começam a dar maior ênfase ao estudo da transexualidade (KOSOVSKI, 2016) porém, não existem estudos comprovando que a gênese desta condição possa estar associada ao tipo de educação que a criança recebe de seus pais ou cuidadores, ou do ambiente em que vive.

## **1.5. Assistência à população trans**

### **1.5.1. Intervenções Psicológicas**

As metas do acompanhamento psicológico visam dar suporte as pessoas trans para lidar com as possíveis implicações emocionais e sociais, como o isolamento social, ansiedade e depressão que estas pessoas estão sujeitas (BAAMS *et al.*, 2013). As intervenções psicológicas devem ser indicadas em qualquer momento do processo transexualizador, além de ser necessário um suporte psicológico também para os pais, que sentem dificuldade em lidar com a transexualidade de seus filhos, em especial quando são crianças, podendo, se não negar essa condição, temer reações negativas da sociedade – estas precisam então de aconselhamento, informações e apoio (TOOMEY *et al.*, 2010; BAAMS *et al.*, 2013).

Durante todo o processo psicoterapêutico é necessário atentar para possíveis problemas psiquiátricos coexistentes com a condição trans e que, preferencialmente, precisam ser tratados antes que seja iniciado o processo transexualizador, a fim de permitir que a pessoa dê seu consentimento livre e esclarecido para que seja prescrita a terapia hormonal e encaminhamentos para realização de procedimentos cirúrgicos (ZUCKER *et al.*, 2012; SKAGERBERG *et al.*, 2013).

No caso de adolescentes transexuais que começam a ter tratamento médico para supressão da puberdade, os riscos e benefícios a curto e longo prazo, precisam ser discutidos repetidamente durante os atendimentos. Esses jovens também podem precisar de terapia de apoio ou aconselhamento se a transição for acompanhada por experiências adversas (SHIELDS *et al.*, 2013; OLSON *et al.*, 2015).

O seguimento regular com um profissional de saúde mental durante todo o processo é importante para uma preparação adequada às etapas de tratamento, como hormônios e cirurgia. Expectativas de transição irrealistas devem ser colocadas em perspectiva e discutidas adequadamente (De VRIES, *et al.*, 2016).

### **1.5.2. Intervenções farmacológicas e cirúrgicas**

A modalidade de tratamento hormonal para a pessoa trans no Brasil difere de outros países porque aqui, não é permitido realizar o bloqueio puberal pelo SUS como ocorre em outras partes do mundo (ASKEVIS-LEHERPEUX *et al.*, 2019). Segundo a nossa legislação (BRASIL, 2008) o tratamento hormonal pode ser oferecido a partir dos 18 anos de idade e a cirurgia só pode ser realizada a partir dos 21 anos. Vale aqui pontuar que a cirurgia para a mulher trans é irreversível e pode apresentar complicações.

O processo transexualizador masculinizante pode incluir hormonioterapia, mastectomia, histerectomia/ooforectomia, colpectomia e faloplastia. Já a feminização envolve a hormonioterapia, genitoplastia feminina (orquiectomia, penectomia, neovagina) e prótese mamária (De VRIES *et al.*, 2016).

Assim configura-se a assistência oferecida às pessoas transexuais no Brasil.



## 2. JUSTIFICATIVA

No Brasil e em todo o mundo há evidente necessidade de ampliar o conhecimento sobre a transexualidade, a fim de nortear os profissionais de saúde a melhor assistência a esta população. A pesquisa qualitativa, que inclui a análise de conteúdo, é uma prática pouco comum em pesquisas do campo médico e, aqui, visa auxiliar a medicina e outras especialidades, na melhor compreensão das necessidades pessoais das pessoas transexuais tornando possível a aplicação de um tipo de tratamento mais eficaz e humanizado. No Brasil, a escassez de estudos qualitativos sobre a população em questão é uma condição que dificulta o oferecimento de uma assistência holística. O presente estudo visa perguntar às pessoas transexuais sobre suas experiências e vivências ao invés de apenas analisá-las, o que as torna sujeitos de seu discurso.

Na descoberta e vivência de sua identidade de gênero, as pessoas transexuais percorrem caminhos que envolvem aceitação própria, a vivência com seus familiares, a vivência em instituições de saúde. Estas vivências na infância, adolescência e idade adulta, na maior parte das vezes não são exercidas de forma digna e integral, o que contribui para o aumento dos agravos à saúde das pessoas trans.

Diante do contexto nacional e internacional percebe-se evidente necessidade de ampliar o conhecimento sobre as vivências da transexualidade, seja para uma melhor aceitação e compreensão da pessoa transexual em relação a si mesma, a melhor aceitação da família, da sociedade e, primordialmente, para que os profissionais de saúde possam oferecer uma melhor assistência a esta população. Os resultados do presente estudo contribuem para aprimorar o conhecimento neste tema com vistas a melhorar a qualidade de vida da população trans.



### **3. OBJETIVOS**

Conhecer/compreender como são as vivências das pessoas transexuais desde a primeira percepção da identidade de gênero.



#### **4. PRESSUPOSTOS**

As condições sociais, emocionais e físicas das pessoas transexuais são aspectos importantes na vivência da transexualidade. No enfrentamento dessas condições, essas pessoas percorrem caminhos que envolvem a interação de processos psicológicos e sociais, como as relações familiares, relações de trabalho, relações institucionais, que podem ser fatores de risco ou de proteção durante suas vidas, desde a infância até a vida adulta.

Na busca para acessar sua integralidade, essas pessoas se orientam através de suas necessidades, sendo que estas precisam ser apreendidas pelas instituições de saúde, pelas instituições familiares e sociais, para possibilitar uma melhor qualidade de vida a estas pessoas durante todo o percurso de vida.



## **5. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1. Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com 20 pessoas transexuais, em seguimento no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana, do Setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP (AESH-HCFMRP-USP), que oferece assistência multidisciplinar às pessoas trans.

A avaliação qualitativa foi realizada através de uma entrevista, que aconteceu em uma sala reservada no AESH, sendo esta gravada, e posteriormente transcrita na íntegra. A pesquisa qualitativa está relacionada a questões particulares “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (MINAYO; DESLANDES; ROMEU, 2008, p. 21). Segundo MINAYO (2008), o método qualitativo “se aplica às percepções e às opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, e de como constroem seus artefatos e a si mesmos” (MINAYO, 2008, p. 57). Neste sentido, o método qualitativo é uma abordagem pertinente porque traduz as visões de mundo que os sujeitos sociais constroem e compreendem sobre determinados aspectos da realidade experienciada e vivenciada. Assim, esse estudo buscou compreender, por meio da abordagem qualitativa, as percepções de pessoas transexuais sobre sua vivência da transexualidade, desde a infância até o presente momento de suas vidas, identificando os momentos marcantes deste processo.

### **5.2. Cenário do estudo**

A pesquisa foi realizada no AESH-HCFMRP-USP, que encontra-se inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), em nível terciário e oferece acompanhamento interdisciplinar para pessoas que buscam o processo transexualizador.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada para o atendimento psicológico. A assistência às pessoas transexuais no AESH-HCFMRP-USP teve início em dezembro de 2012 seguindo um protocolo específico que consta de assistência clínica e psicológica. O serviço ainda não disponibiliza a cirurgia de transgenitalização por limitações técnicas. No início de 2013 o serviço foi formalizado e é composto por uma equipe que inclui ginecologistas, psiquiatra e psicólogos que atuam de forma interdisciplinar, no sentido de fornecer assistência psíquica e biológica (terapia hormonal). Formalmente, este programa estabelece um protocolo de assistência a transexuais baseado nos critérios definidos pelo Conselho Federal de

Medicina (CFM) seguindo as diretrizes da Portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde. De acordo com este protocolo, o usuário com demanda espontânea ou que seja referenciado para o tratamento passa, primeiramente, por uma avaliação clínica com um médico residente de Ginecologia e Obstetrícia (GO) e, em seguida, pela avaliação psicológica e psiquiátrica. Passada esta etapa de avaliação, o usuário passa a ser atendido pela psicologia e é periodicamente avaliado pelo médico residente de GO para avaliação clínica e laboratorial, e para avaliação/adequação da terapia hormonal. Após o período mínimo de dois anos avalia-se a possibilidade de realização da cirurgia de redesignação sexual e os usuários são encaminhados para o Hospital das Clínicas de São Paulo para a realização da mesma.

### **5.3. Sujeitos da pesquisa**

Foram convidadas a participar deste estudo as pessoas transexuais em seguimento no AESH que se encontravam na sala de espera da instituição aguardando atendimento médico. Os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A) sobre os objetivos da pesquisa, sendo assegurados que a não participação não comprometeria seu acompanhamento no serviço.

Considerando os aspectos da escolha metodológica e das características da temática em questão, o recorte da definição amostral do estudo se deu pelo critério de saturação dos dados, no qual a coleta de dados é interrompida quando as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentam, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA *et al.*, 2008). Assim, a coleta se extingue quando ocorre a reincidência das informações e os novos dados não significam um aprofundamento na compreensão do fenômeno estudado (TURATO, 2003; FONTANELLA *et al.*, 2011). Vinte pessoas transexuais participaram deste estudo.

#### **5.3.1. Critérios de inclusão:**

Pessoas que se autoreconheciam como pertencentes ao gênero oposto ao designado ao nascimento, com idade  $\geq 18$  anos.

#### **5.3.2. Critérios de exclusão:**

Sujeitos que apresentaram algum tipo de dificuldade de compreensão e/ou comunicação observada pela pesquisadora (M.R.L.) ou relatada pelo mesmo que impossibilitasse a realização da entrevista e aqueles com diagnóstico de transtorno mental grave.

## **5.4. Instrumentos para coleta de dados**

### **5.4.1. Entrevista Semiestruturada (Apêndice B)**

A entrevista buscou explorar a vivência da transexualidade, suas dificuldades, o percurso percorrido até o momento da procura pelo serviço de saúde; as expectativas em relação ao futuro no que diz respeito ao início de tratamento. Foi possível investigar sobre a vida afetiva, familiar, amorosa, social e laboral.

Diante da opção pelo método qualitativo, a técnica da entrevista torna-se essencial, pois é um instrumento que facilita a apreensão de fenômenos, elementos de identificação e de construção da pessoa entrevistada (TURATO, 2003). A entrevista representa uma das estratégias para a investigação de concepções, crenças, valores e atitudes dos participantes (MINAYO, 2008).

A entrevista semiestruturada se caracteriza pela definição prévia de tópicos a serem abordados, porém com flexibilidade para sua aplicação, exclusão e inclusão de novos tópicos, conforme o encaminhar da entrevista (MINAYO, 2008). No presente estudo, abordou-se os sentimentos relacionados a identidade de gênero desde a infância. Além de abordar a dinâmica familiar, o desenvolvimento e histórico da busca pelo tratamento para a transição, a fim de ampliar os conhecimentos acerca das experiências da pessoa transexual ao longo de seu desenvolvimento e acessar as repercussões emocionais desta vivência.

### **5.4.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo B)**

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

## **5.5. Coleta de dados**

A coleta de dados se deu entre julho de 2013 a agosto de 2015. Todas as entrevistas

foram realizadas pela mesma pesquisadora (M.R.L.) em uma sala reservada do AESH e foram realizadas mediante aplicação de uma entrevista semi-estruturada com dados sócio-demográficos, (idade, estado civil, ocupação, escolaridade, etc) e a aplicação do HAD. Para o acesso à vivência das pessoas trans, utilizou-se como elemento disparador a pergunta: Como foi sua descoberta em relação a transexualidade? As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes. A técnica de gravação permitiu o registro de forma fidedigna, o que é crucial para uma boa compreensão do grupo em estudo (MINAYO, 2008).

Para manter o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, estes foram identificados com nomes fictícios.

### **5.6. Armazenamento dos dados**

Cada participante recebeu um nome fictício, preservando seu anonimato. Após a gravação das entrevistas, feita com um software de gravação (*Smart Voice Recorder, versão 1.6.12, Califórnia, Estados Unidos*), foi realizada a transcrição das mesmas em um software para documentos (*Microsoft Word for Mac 2011, Microsoft Corporation, Estados Unidos*). Após, um outro programa foi utilizado para analisar a parte transcrita das entrevistas (*MaxQDA, VERBI Software, Berlim, Alemanha*).

### **5.7. Análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* de análise. Em seguida, cada uma das entrevistas foi lida – com o objetivo de apreender os significados e sentidos trazidos pelos entrevistados. Nesta etapa foram destacadas as ideias e frases significativas, obtendo-se assim as categorias temáticas.

Posteriormente, os dados foram analisados através da modalidade de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977). Esta análise de conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real (TONG *et al.*, 2007). Ela permite a inferência de conhecimentos, por meio de procedimentos especializados e científicos, apresentando rigor científico no campo das ciências sociais (MINAYO, 2007; BARDIN, 2009).

Segundo BARDIN (2009), a análise de conteúdo se organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente

dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento do primeiro contato com os documentos da coleta de dados e seus conteúdos, momento em que se começa a conhecer e a se familiarizar com o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses, com base nos objetivos do estudo; (d) determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise, neste momento é possível organizar o material de acordo com os conteúdos similares (BARDIN, 2009).

A segunda fase se constitui pela exploração do material, que consiste na definição das categorias e subcategorias. Esta fase é marcada pela leitura exaustiva do material, a fim de que sejam definidas as categorias. O critério utilizado para elaboração das mesmas é semântico, podendo ser uma palavra ou um tema. Nesse momento o texto é desmembrado, sendo classificado em categorias. As categorias, são classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2009). Nessa fase se dá a definição das categorias temáticas do estudo. Os significados que os participantes atribuíram às suas vivências desde a infância, passando pela adolescência e pela vida adulta tornaram-se claros neste momento da análise.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais (BARDIN, 2009). Chega-se à interpretação quando se realiza a síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos e as inferências realizadas.

O instrumento de avaliação psicológica (HAD) foi avaliado de acordo com os critérios e recomendações definidos pelos seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira.

## **5.8. Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ofício n. 4301/2012 – Processo HCRP n. 13.120/2012) (Anexo A), todos as pessoas transexuais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); foi respeitado o critério de inclusão e exclusão para a participação na pesquisa tendo-se total sigilo da identidade de cada sujeito, sendo que no trabalho foram utilizados apenas nomes fictícios para a possível publicação.

As atividades práticas deste projeto foram pautadas segundo as normas éticas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com Ser Humano (Brasil, 1996).



## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Caracterização dos sujeitos do estudo

Vinte pessoas transexuais com idade média de 26,5 (18 – 37) anos participaram deste estudo (não houve exclusão de participantes), sendo 9 (45%) participantes solteiros, 6 (30%) casados e 5 (25%) estavam namorando, 17 (85%) exerciam atividade remunerada e 3 (15%) estavam desempregados. Em relação à escolaridade, 1 (5%) tinha o ensino fundamental incompleto, 5 (25%) tinham ensino médio incompleto, 11 (55%) completaram o ensino médio, 1 (5%) tinha ensino superior incompleto e 2 (10%) completaram o ensino superior. A renda mensal média dos participantes (baseada no salário mínimo de R \$ 937,00) foi de 1,68 salários.

A Tabela 1 apresenta os dados individuais sobre escolaridade, profissão, renda mensal e estado civil.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=20)

No.	Nome fictício	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda Mensal*	Estado civil
1	Ariadne	21	Médio completo	Oper. de Telemarketing	1	Solteiro
2	Ártemis	29	Médio completo	Profissional do Sexo	3,7	Solteiro
3	Tália	18	Médio incompleto	Profissional do Sexo	1,6	Solteiro
4	Dice	22	Médio incompleto	Cabeleireira	1,1	Solteiro
5	Éris	26	Médio completo	Aux. Administrativa	1	Solteiro
6	Eurídice	27	Médio completo	Cabeleireira	1,6	Solteiro
7	Hebe	18	Superior incompleto	Desempregada	0	Namoro
8	Hermes	27	Médio incompleto	Cuidador	1	Casado
9	Hemera	30	Médio completo	Cabeleireira	2,6	Casado
10	Hera	29	Médio incompleto	Cabeleireira	2,1	Namoro
11	Íris	23	Médio completo	Oper. de Telemarketing	1	Namoro
12	Nice	25	Médio completo	Desempregada	0	Solteiro
13	Hefesto	37	Médio completo	Cozinheiro	2,1	Casado
14	Aurora	34	Médio completo	Cabeleireira	1,2	Casado
15	Diana	23	Superior	Residente	3,1	Namoro
16	Juno	23	Médio completo	Serviços gerais	1	Namoro
17	Minerva	19	Fund. Completo	Profissional do Sexo	3,2	Solteiro
18	Apolo	30	Curso técnico	Téc. em Enfermagem	3,2	Casado
19	Vênus	26	Médio completo	Desempregada	0	Solteiro
20	Vitória	34	Superior	Enfermeira	3,2	Casado

N= número de participantes; \*Renda mensal, base - salário mínimo com valor de referência de R\$937,00 Lei no. Lei nº 13.152/2015 – decreto no. 8.166 – de 01 de janeiro de 2017

A Tabela 2 discrimina a idade da primeira relação sexual, que variou entre 08 e 21 anos. No que se refere a quantidade de parceiros, 11 (55%) tiveram até 20 parceiros ao longo da vida e 09 (45%) relataram mais que 21 parceiros. No que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, 03 contraíram sífilis e 01 HIV.

**Tabela 2:** Caracterização relativa a aspectos da sexualidade e clínicos das participantes (n=20).

No.	Nome fictício	Idade da sexarca	Nº de parceiros	Com quem teve a primeira relação sexual	Infecções sexualmente transmissíveis
1	Ariadne	16	20	Amigo	Não
2	Ártemis	10	200	Tio	HIV
3	Tália	15	300	Conhecido	Não
4	Dice	12	6	Amigo	Sífilis
5	Éris	16	6	Primo	Não
6	Eurídice	20	20	Amigo	Sífilis
7	Hebe	15	8	Namorado	Não
8	Hermes	9	3	Vizinha	Não
9	Hemera	18	100	Conhecido	Não
10	Hera	17	150	Conhecido	Não
11	Íris	14	6	Amigo	Não
12	Nice	10	150	Conhecido	Não
13	Hefesto	8	30	Conhecido	Não
14	Aurora	14	3	Colega	Não
15	Diana	21	2	Namorado	Não
16	Juno	12	3	Amigo	Não
17	Minerva	15	200	Cliente	Não
18	Apolo	17	3	Namorada	Não
19	Vênus	16	50	Amigo	Não
20	Vitória	14	300	Primo	Sífilis

N = número de participantes

No que se refere aos aspectos emocionais dos participantes, 18 (90%) relataram uma ou mais tentativas de suicídio durante a vida. Oito (44,5%) tentaram entre 15 e 19 anos. Dez (55,5%) deles tentaram com 20 anos ou mais. Na análise do HAD foi possível observar que 20 (100%) dos participantes apresentaram risco para ansiedade e 17 (85%) apresentaram risco para depressão.

**Tabela 3:** Características relacionadas ao aspecto emocional dos participantes (n= 20).

No.	Nome fictício	Tentativa de suicídio	Idade da tentativa (em anos)	HAD	
				Ansiedade	Depressão
1	Ariadne	Sim	18	16	13
2	Ártemis	Sim	17	17	10
3	Tália	Sim	14	17	11
4	Dice	Sim	19	19	13
5	Éris	Sim	22	14	12
6	Eurídice	Sim	22	15	9
7	Hebe	Não	0	19	14
8	Hermes	Sim	26	19	13
9	Hemera	Não	0	15	7
10	Hera	Sim	15	19	12
11	Íris	Sim	22	19	13
12	Nice	Sim	24	21	20
13	Hefesto	Sim	36	9	6
14	Aurora	Sim	33	17	13
15	Diana	Sim	15	21	6
16	Juno	Sim	17	18	13
17	Minerva	Sim	14	20	14
18	Apolo	Sim	25	20	20
19	Vênus	Sim	25	21	19
20	Vitória	Sim	30	14	13

N= Número de participantes; HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (sem risco para ansiedade, 0 a 8; com risco para ansiedade  $\geq 9$ / sem risco para depressão, 0 a 8; com risco para depressão  $\geq 9$ )

## 6.2. Análise Qualitativa

Em resposta à pergunta da pesquisa “Como foi sua descoberta em relação a transexualidade?”, a análise das questões permitiu depreender quatro categorias, analisadas à luz das teorias que discorrem sobre a temática deste estudo:

1. A infância e o início do entendimento da identidade de gênero.
2. A adolescência e a percepção das mudanças corporais: a necessidade de mudança na aparência e de assumir-se perante a família e sociedade.
3. A fase adulta e a percepção das dificuldades encontradas na vivência da transexualidade.
4. Tratamento hormonal e cirúrgico: a percepção destes como possibilidade de viver plenamente.

Essas categorias refletiram a percepção das pessoas transexuais participantes sobre a

vivência da transexualidade desde sua infância. Esses conteúdos foram divididos em mais subcategorias, listados a seguir:

**CATEGORIA 1 – A infância e a primeira percepção da transexualidade: o início do entendimento da sua identidade de gênero.**

A primeira parte da entrevista com o participante era sobre o momento da percepção ou entendimento de que a sua identidade de gênero vivida não era a mesma que lhe havia sido designada ao nascimento. As principais respostas relacionam-se a brincadeiras infantis, observação de outras crianças, confusão relacionada aos órgãos sexuais - referem ter percebido a diferença da sua genitália quando se comparavam com outras crianças - e vestimentas.

Quadro 1. Subcategorias das respostas relacionadas a infância e ao início do entendimento da sua identidade de gênero

---

1. Diferença observada entre os corpos
2. Brincadeiras infantis
3. Imposição familiar e proibição de viver o gênero com o qual se identifica

---

Na primeira parte da entrevista emergiram conteúdos sobre o momento da percepção e entendimento de que a identidade de gênero vivida não era congruente com a designada ao nascimento. As participantes referem ter percebido a diferença da sua genitália quando se comparavam com outras crianças, como podemos observar na fala de Hefesto:

*“Então... é... Eu acho que eu comecei a perceber desde cedo... Só que você não tinha aquela instrução... e como eu estava dizendo desde criança, eu queria ter alguma coisa no lugar... sabe! Do genital... eu sempre achei que tava faltando... catava os gravetinhos das árvores para colocar no lugar, sabe?! Às vezes apanhava da minha mãe, da minha avó por causa disso, entendeu?!” (Hefesto, Homem Trans, 37 anos)*

A fala de Éris traz questionamentos feitos desde a infância, quando se comparava com outras meninas no colégio.

*“... Bom, é assim né... desde criança a gente já percebe alguma coisa diferente da gente, né... os meninos gostam de meninas... você tenta gostar de menina também, mas não consegue entendeu?! Mas isso é desde pequenininha, entendeu?! Aos seis, sete*

*anos de idade você percebe que é diferente dos meninos... você só não conta pra ninguém porque tem medo... medo dos colegas... da família... desde pequenininha é assim mesmo... com o passar do tempo... você vê que tem diferença... por quê? Porque eu via a diferença das amiguinhas, como se vestiam, o cabelo... então eu não era como elas?!” (Éris, mulher trans, 26 anos)*

Diana demonstra de forma enfática a certeza de que sua identidade de gênero era incongruente com seu sexo biológico. Pensava que todas as meninas tinham um pênis, já que ela possuía um – até o momento que compreendeu que alguma coisa era diferente do que acreditava – percebeu que não era uma menina como pensava. Traz também em sua fala a lembrança de momentos difíceis que ficaram marcados:

*“Foi na infância... olha, desde que eu me entendo por gente... eu era criança, [...] as pessoas falam assim... “nossa mas como você pode lembrar?” Porque marca... a criança na infância às vezes não lembra muito das coisas felizes... mas lembra das coisas que tiveram um significado pesado na vida sabe... quando você passa por uma coisa muito pesada, muito marcante na vida parece que fica pra sempre... me lembro de achar que todas as meninas tinham aquilo [pênis] no meio das pernas, como eu... até que vi uma coleguinha e percebi que ela não tinha... comecei a ver que tinha algo diferente comigo...” (Diana, mulher trans, 23 anos)*

Essas falas vão de acordo com o que é proposto por LOBATO et al. (2001) de que as características da transexualidade podem ter início na infância. É importante ressaltar que, embora as características transexuais possam ser observadas na infância (Olson, Schrager et al. 2015), apenas cerca de 15% das crianças que apresentam tais características serão trans na vida adulta (Steensma, Biemond et al. 2011; ASKEVIS-LEHERPEUX et al., 2019).

Na subcategoria 2, brincadeiras infantis, as principais respostas relacionam-se a escolha das brincadeiras e a observação de outras crianças, e o dilema relacionado aos órgãos sexuais e vestimentas. Há percepção clara das diferenças entre meninos e meninas nas brincadeiras escolhidas.

Hebe fala sobre não ter a compreensão, muitas vezes imposta pela sociedade, de que algumas brincadeiras são de meninos e outras de meninas:

*“... desde quando eu comecei a me entender e me perceber como gente... quando as*

*peessoas diziam coisas e brincadeiras de meninos e coisas de meninas, eu pensava: vou lá com as de meninas... porque eu era uma menina... é muito estranho isso porque você não tem essa noção da sociedade de pênis e vagina... não é nada disso... tem a ver com seu interior... sua mente... em como você pensa...” (Hebe, mulher trans, 18 anos)*

Nice também reforça a vivência da imposição social de ter que brincar com determinado grupo, mesmo não se identificando com ele. Fala sobre o tratamento recebido de acordo com algumas normas sociais que determinam o que é de menino e o que é de menina:

*“... sempre que ia brincar, brincava com brincadeira de meninas... eu tinha uma amiga na época e a gente sempre brincava de casinha... isso eu já tinha uns seis anos... eu lembro como se fosse ontem... não consigo esquecer... foi tudo muito traumatizante... isso até hoje me atormenta... essas lembranças da infância... quando eu ia brincar com meninos e eu via que só tinha meninos... assim como futebol, carrinho essas coisas... eu não gostava... não pelo carrinho sabe... mas acho que pela representação que aquilo tinha, entende? Como que eu vou brincar disso? Só que às vezes meu pai obrigava a ficar brincando com eles... mas eu ficava brincando de princesa... (Nice, mulher trans, 25 anos)*

No senso comum, sexo é sinônimo de gênero, o que acaba ditando o modo como as crianças são educadas e como devem se comportar (BICALHO, 2013). O brincar é importante pois é durante as brincadeiras que se constitui o processo de desenvolvimento psicológico e, também, a maneira como as crianças se apropriam de sua cultura, incluindo a maneira de viver e expressar o gênero (CRAVO, 2006). Além disso, quando brincam, também são capazes de vivenciar seus conflitos que não podem, muitas vezes e por motivos diversos, serem expressados (BICALHO, 2013)

Em nossa sociedade, as crianças entram em contato com brinquedos e brincadeiras que estão repletos de simbologias e intenções (FINCO, 2010). Sendo assim, é comum observarmos que brincadeiras são organizadas e brinquedos selecionados de modo que se pressupõe que meninos e meninas têm comportamentos e atitudes diferentes, baseados, muitas vezes, na diferença física entre eles (PONTES, 2003). Diante disso, crianças são estimuladas a brincar com crianças do mesmo sexo e as que escolhem brinquedos ou atividades atribuídas ao sexo oposto, tendem a sofrer algum tipo de discriminação. Observa-se

que essas crianças, muitas vezes estão inseridas em ambientes sociais onde se predomina a visão de que a identidade de gênero é algo fixo e imutável (GOMES, 2005).

É importante respeitar a subjetividade das crianças e manter o prazer e a satisfação destas nas atividades lúdicas, já que durante as brincadeiras as crianças podem expressar sentimentos, emoções e desejos. Assim pode ser mais efetivo o desenvolvimento da empatia e a percepção da diversidade humana, incluindo as muitas formas de viver o gênero (BICALHO, 2013).

Na subcategoria 3, imposição familiar e proibição de viver o gênero com o qual se identifica, alguns participantes relatam ter percebido o desconforto dos seus familiares com os papéis de gênero vividos por eles nas brincadeiras, na escolha das vestimentas, no estilo do cabelo e dos brinquedos. Uma participante relata seu martírio quando ia comprar brinquedos com o pai, que não respeitava seus desejos:

*“... eu lembro que com três anos meu pai foi comprar um chinelo e aí tinha o das princesas e eu queria esse que era rosa... aí meu pai falou... “Não, mas esse é de menina, eu vou comprar esse azul”... e eu falei... “mas eu sou uma menina, pai... eu quero rosa...”. Daí ele me deu um tapa (pausa)... fiquei doente por causa disso... a minha mãe tentou convencer o [meu] pai de comprar e ele comprou... mas ele ficava bravo comigo... depois disso, uma outra vez, fomos ao mercado... e ele queria me dar uma carreta e eu não queria uma carreta... queria uma boneca... era uma boneca de plástico daquelas antigas ainda... eu chorei... chorei... não me deu... me deu a carreta e eu quebrei a carreta... de raiva... esses são os fatos marcantes de quando eu tinha essa idade... mas foi vindo né... eu sempre pensava... mas eu sou uma menina, porque que eu tenho isso?... porque que todo mundo me chama de menino??... eu não sabia a diferença... pra mim, meninas tinham o órgão sexual como o meu... mas as pessoas diziam “você é menino... você é menino”... e eu não entendia... eu sou uma menina... (Diana, mulher trans, 23 anos)*

Juno demonstra em sua fala, a imposição vinda da família, do que poderia fazer e expressar como menino, e o que deveria esconder, pois era proibido, já que eram expressões tidas como sendo pertencentes ao gênero feminino:

*“... minha família toda já tinha percebido que tinha alguma coisa diferente... então até hoje, depois que eu me assumi, eles comentam que já percebiam [...] mas eles não*

*deixavam eu me vestir de mulher quando era criança... eles não deixavam... eu apanhava, eu apanhava do meu pai quando a minha vó deixava [me vestir de mulher] ... eu brincava de maquiagem, minha vó usava maquiagem e aí foi quando aconteceu que o meu pai chegou e viu e falou (pausa) aí falou “Ah, então é isso que você vem fazer aqui?!”... daí ele me bateu, entendeu?... falou que eu era homem, que homem não usava maquiagem, (emoção) mas depois daquilo eu fiquei com medo, sabe?, medo de assumir, eu me retraí um pouquinho, eu fui obrigada a ter uma vida de menino até poder me assumir mesmo” (Juno, mulher trans 23 anos)*

Hemera conta sobre os sentimentos de tristeza experimentados quando não lhe era permitido expressar sua real identidade de gênero, que se manifestava em expressões como deixar os cabelos crescerem:

*“... tinha que me vestir de menino... eu conseguia deixar o cabelo crescer um pouquinho mas aí todo mundo falava pro meu pai... “nossa, sua filha é tão bonita!”... aí ele fazia eu cortar o cabelo... e eu ficava tão feliz com o cabelo grande... quando ele me fazia cortar o cabelo ou não me deixava brincar eu ficava deprimida... era como se não me deixassem viver... (Hemera, mulher trans, 30 anos)*

É sabido que os pais são os principais modelos do que é ser menino e menina, sendo eles os que mostram como expressar os estereótipos ligados à expressão de gênero. Os pais exercerão influência e possivelmente irão estimular alguns estereótipos ligados à expressão de gênero. Isso pode aparecer quando os pais decidem como as crianças devem se comportar, com quem, como e ainda, com o quê, devem brincar, baseados neste modelo do que é de menino e o que é de menina (BICALHO, 2013). Assim, a criança vai aprendendo a forma como deve se comportar no meio social e o que as pessoas ao seu redor esperam. Entretanto, mesmo assim, esta criança vai construir sua identidade de gênero em conformidade ou em desacordo com esses padrões impostos pela sociedade e pela família (BICALHO, 2013).

## **CATEGORIA 2 – A adolescência e a percepção das mudanças corporais: o surgimento da necessidade de mudança na aparência e de assumir-se perante a família e sociedade**

Emergiram 5 subcategorias de respostas relacionadas a esta categoria com falas sobre o início do tratamento hormonal sem prescrição médica, os sintomas de ansiedade e depressão frente a discriminação familiar e social, o dilema do aparecimento dos caracteres sexuais

secundários incongruentes com a identidade de gênero e a não aceitação familiar.

Quadro 2. Subcategorias das respostas relacionadas à adolescência, e a percepção das mudanças corporais: a necessidade de mudança na aparência e de assumir-se perante a família e sociedade

- 
1. Início de tratamento hormonal sem prescrição médica
  2. Sintomas de ansiedade e depressão frente a vivência trans
  3. Aparecimento dos caracteres secundários
  4. O momento de assumir-se
  5. Vivências de transfobia
- 

Na subcategoria 1, os participantes verbalizaram sobre o momento em que iniciaram o tratamento hormonal, em sua maioria, sem prescrição médica, fazendo uso indiscriminado de hormônios, desconhecendo os efeitos adversos e o impacto na saúde. A aquisição dos hormônios ocorria de forma clandestina, como podemos observar na fala de Hermes:

*“... Aí na época, o que [foi] que eu consegui?! Na clandestinidade as injeções, entendeu?! Então eu tomo desde a adolescência... não era com frequência! Tipo assim... eu conseguia 5, 6 ampolas, daí tomava... daí ficava quase um ano sem conseguir... então nunca foi contínuo... só depois... há 5 anos, eu acredito... não... 8 anos... tem sido contínuo o tratamento com as injeções, entendeu?!” (Hermes, homem trans, 27 anos)*

Aurora também teve acesso aos hormônios através de uma amiga:

*“... daí tem uma amiga minha que nasceu com aquela hiperplasia (intersexuais,) daí ela tomava antiandrogênio, aí eu disse pra ela que eu me sentia uma mulher e ela falou: “eu sei como você é... sei o que você passa”, porque ela também passava muito preconceito e ela começou a me dar uns comprimidos e eu tomei e comecei a sentir a mudança... (Aurora, mulher trans, 34 anos)*

Diana conseguiu os hormônios pelo intermédio de travestis que trabalhavam na noite:

*“... Aí foi quando eu comecei a tomar injeção de anticoncepcional... comecei a estudar sobre hormônios... aí conheci uma travesti que fazia programa e ela começou*

*a falar que gostava do órgão e que usava e eu comecei a pensar... “que nojo!” Pedi ajuda... e comecei com as pessoas comprando pra mim, me ajudando, aí fui me desenvolvendo normal como uma menina...” (Diana, mulher trans, 23 anos)*

Uma pesquisa realizada na PUC do Rio Grande do Sul, com 626 pessoas trans, mostrou uma situação preocupante: das mulheres trans que participaram do estudo, 66,3% não consultaram um profissional de saúde para iniciar a terapia hormonal. Das 291 mulheres que responderam, 39,2% compraram hormônios pela internet e 27,1% tiveram acesso através de amigos ou conhecidos. É sabido que a utilização de hormônios sem acompanhamento especializado pode trazer problemas graves de saúde, como problemas cardíacos, cardiovasculares, ósseos, entre outros (COSTA et. Al, 2018).

Na subcategoria 2, sintomas de ansiedade e depressão frente a vivência trans, os participantes relataram a dificuldade de socialização e sintomas de ansiedade e depressão vivenciados. Apolo conta como foi mudando durante o processo, envolvendo principalmente a aparência:

*“... daí o que que aconteceu?! Com o tempo, entendeu, eu fui travando, me escondendo dentro de casa, dentro de casa... tive depressão... eu não queria me socializar com aquela aparência que eu não... que não enquadrava na minha cabeça...” (Apolo, homem trans, 30 anos)*

Vênus se questiona sobre a transexualidade ser vista como um distúrbio:

*“... e a gente tem direito a viver como qualquer um... não somos menos por isso... tem tantos outros problemas que as pessoas respeitam, tratam bem... por que esse não pode ser igual? Por que quando é a sexualidade tem que ser errado? Se é um problema? Eu sou insegura desde a adolescência... sou ansiosa, sabe?... Sempre foi e é muito triste e difícil... me sinto deprimida... tenho autoestima baixa... é muito muito difícil” (Vênus, mulher trans, 26 anos)*

As pessoas trans são, muitas vezes, vítimas de discriminação e de violência, o que induz à depressão severa, pensamentos de morte (BAZARGAN & GALVAN, 2012; ASKEVIS-LEHERPEUX et al., 2019) e tentativas de suicídio. Um estudo conduzido em diferentes países europeus mostrou que 38% das pessoas transexuais apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, uma taxa muito mais alta que a apresentada pela população geral

(HEYLENS et al., 2014; KALTIALA-HEINO et al., 2019). Um estudo realizado por nosso grupo corrobora estes achados ao verificar que a depressão foi encontrada em 98% e a ansiedade em 82% das pessoas trans assistidas na nossa instituição (LERRI & LARA, 2015). Mas, a prevalência de depressão nesta população é expressiva em todo o mundo. Em dois estudos de revisão realizados no Reino Unido e nos EUA, mais da metade dos adolescentes acompanhados sofria de depressão (Di Ceglie et al. 2002; SPACK et al., 2012). Uma pesquisa canadense encontrou uma prevalência de 35% de depressão entre adolescentes transexuais (OLSON et al., 2015). Em um estudo de coorte, realizado na Holanda, com 105 adolescentes transexuais evidenciou que 32,4% destes possuía algum transtorno de humor (de VRIES et al., 2011).

Na subcategoria 3, aparecimento dos caracteres secundários, apareceram relatos marcantes sobre a mudança do corpo e como este foi um momento crucial de muito sofrimento, como relatado abaixo por Hefesto:

*“... daí eu fui crescendo né... aí você vai crescendo e começa a crescer (aponta as mamas)... aí você não quer colocar camiseta, você não pode... aí tem outro problema entendeu?! Eu nunca me vi como mulher, entendeu?! Me vi sempre como homem! Eu nunca aceitei o que via no espelho...” (Hefesto, homem trans, 37 anos)*

Íris fala de todo sofrimento vivido diante da possibilidade de uma ereção, e da mesma ser vista como algo impensável:

*“... comecei a perceber que o corpo estava mudando... já tinha consciência da mudança que estava por vir... e eu não queria aquilo de jeito nenhum... eu nem tinha tido uma ereção ainda... mas não podia imaginar isso acontecendo comigo... de jeito nenhum...” (Íris, mulher trans, 23 anos)*

As vivências trazidas nas falas destes participantes estão de acordo com um estudo realizado na Holanda, com crianças e adolescentes, que mostrou que as idades entre 10 e 13 anos parecem ser cruciais para o desenvolvimento da identidade de gênero. A experiência da puberdade com suas mudanças físicas, os primeiros sentimentos afetivos e as mudanças nas relações sociais de gênero que acontecem nessa época foram considerados fatores importantes para a consolidação da identidade de gênero (De VRIES & KLINK et al. 2016; KALTIALA-HEINO et al., 2019). Com a exuberância dos caracteres sexuais secundários, acentua-se as

vivências de transfobia, manifestada por frequentes agressões, já que a manifestação destes caracteres é incongruente com a identidade de gênero (CASSAL & BICALLHO, 2011).

Na subcategoria 4, o momento de assumir-se, os participantes falaram sobre suas vivências diante da tomada de consciência e a possível decisão, após o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, de assumirem a sua identidade de gênero perante a família e a sociedade.

Hefesto traz a urgência em assumir-se após o surgimento dos caracteres secundários e o sentimento de liberdade em não precisar mais negar quem era verdadeiramente:

*“Olha, pra mim foi como se abrisse a gaiola... porque hoje eu sou o que eu sou! Entendeu?! Hoje eu não tenho vergonha de sair de casa como era na adolescência... hoje eu converso com qualquer pessoa... sem aquela neura [do tipo] “vão achar que eu sou isso, vão achar que eu sou aquilo”, como era na adolescência... não... eu sou o que eu sou! O que eu sou aqui dentro da minha cabeça você tá vendo aqui fora de mim agora, entendeu?! E outra, é tão interessante... que a gente vê a limitação das pessoas nisso... as pessoas realmente compram o que vêem... entendeu?”(Hefesto, homem trans, 37 anos)*

Eurídice também decidiu contar para sua família sobre identificar-se com gênero feminino:

*“... Eu me vesti como menino até os 13 anos... depois decidi que não dava mais... e contei pra minha família...” (Eurídice, mulher trans, 27 anos)*

Os participantes trazem aqui a importância de compartilhar com suas famílias sua descoberta, e esperam a aceitação familiar para poderem viver de forma integral sua identidade de gênero. Os resultados de um estudo realizado por LERRI et al. (2017) mostraram a importância da rede de apoio familiar para que pessoas trans lidem com as várias dificuldades enfrentadas durante o período de descoberta e transição. Um estudo anterior relatou que 41% dos participantes que não receberam apoio familiar tentaram suicídio (MOODY & SMITH, 2013). Um estudo realizado por GROSSMAN & D’AUGELLI (2007) mostrou que pessoas trans rejeitadas por suas famílias apresentam um risco 8 vezes maior de tentar suicídio do que os que tiveram apoio familiar.

Na subcategoria 5, vivências de transfobia, emergiram falas sobre as vivências, após as mudanças do corpo, relacionadas a discriminação, rejeição social e violência.

Tália se lembra de momentos em que sofreu discriminação e episódios de violência no ambiente escolar:

*“... meu seio cresceu um pouco... agora, imagine eu vestida de homem... cabelo comprido... com o seio aparecendo um negocinho assim... na escola eu era foco de perseguição danada... (pausa-emoção) era uma perseguição violenta, sabe?... até as meninas me perseguiram... alguns diziam que eu tinha um problema... é desumano isso, sabe?.” (Tália, mulher trans, 18 anos)*

Diana traz para sua fala os momentos de xingamentos na escola e das vivências de violência em outros espaços:

*“... tinham alguns garotos que conversavam comigo, até... mas a maioria das meninas eram muito cruéis... me chamavam de travequinho... “Ah, ela se acha a mulher”... os meninos gritavam “Ah, essa salada tem salsicha”... coisas assim... ficavam me perseguindo... eu ia no recreio e ficava aquela rodinha em volta, gritando e falando e eu assim, sabe? Olhava pra baixo mas (pausa) dentro da escola não chegava à agressão física... fora já tentaram... corri muito já (choro)... Às vezes algumas pessoas vinham me defender... eles diziam... “Ah, você gosta de veado...” (Diana, mulher trans, 23 anos)*

A fala de Vênus também vem carregada de muito sofrimento:

*“... é muito sofrimento... muito sofrimento... muito preconceito... eu te garanto... preconceito dói... dói mais que um tapa na cara... bem mais porque um tapa incha e fica vermelho na hora... mas as palavras não... elas ficam... todo dia é uma facada todo dia é uma facada... desde a adolescência... fica uma ferida aberta... você chega em casa... desde o tempo da escola... fecha os olhos e pensa... nossa olha como foi meu dia... tudo que passei... quanta maldade... as pessoas são cruéis...” (Vênus, mulher trans, 26 anos)*

Um estudo brasileiro mostrou que 88,5% dos participantes relataram que se sentiram discriminados pela sociedade em geral, por suas famílias, em seus locais de trabalho e nas instituições de saúde (LERRI et al., 2017).

O fato de não haver um reconhecimento genuíno da transexualidade, como podemos observar nas falas dos participantes, parece impedir que essas pessoas adentrem alguns ambientes, como instituições públicas, instituições de saúde, ambientes escolares, etc, e vivam de forma efetiva suas potencialidades. E isto se torna uma barreira ainda maior quando pensamos no segmento escolar. Este ambiente tende a ser muito traumático para a pessoas trans, pois se sua identidade não é reconhecida, eles começam a enfrentar dificuldades como o uso do banheiro de acordo com sua identidade de gênero, o uso do seu nome social, a participação nos jogos e brincadeiras, entre outros. No mais, ainda podemos falar sobre as agressões físicas, sexuais e outras situações impostas por outros estudantes à pessoas trans (NATAL-NETO, 2016).

### **CATEGORIA 3 – A fase adulta e a percepção das dificuldades encontradas na vivência da transexualidade**

Desta categoria emergiram 5 subcategorias onde o sofrimento psíquico manifestou-se de diversas formas. Todos os participantes relataram fortes sentimentos de angústia e tristeza no enfrentamento de diversas situações ao longo de suas vidas, principalmente para adentrar o mercado formal de trabalho. Muitos relataram sintomas graves de depressão que os levaram a tentativas de suicídio, também ao desejo de automutilação e desejo de extirpar o próprio pênis. Relataram suas vivências com suas famílias bem como os conflitos decorrentes da transexualidade.

Quadro 3. Subcategorias das respostas relacionadas à fase adulta e a percepção das dificuldades encontradas na vivência da transexualidade

- 
1. A não aceitação familiar
  2. A não aceitação do corpo
  3. Percepção da vivência das tentativas de suicídio
  4. Dificuldade em adentrar no mercado de trabalho formal
  5. Dificuldades nas relações afetivas
- 

Na subcategoria 1, ficaram claras as agressões psicológicas, verbais e físicas enfrentadas, bem como a dificuldade em serem aceitos por suas famílias.

Íris traz em sua fala os momentos em que era rejeitada por sua mãe bem como os momentos em que sofria com o pai violento e suas fantasias relacionadas à transexualidade:

*“minha mãe nunca me aceitou... ela não me aceita... ela sempre disse que eu era a ovelha negra da família, que eu não sou filha dela, sempre me chamando pelo nome do RG... Ela falava que não era obrigada a cuidar de mim, que eu não ia mais morar na casa dela... quando vinha parente em casa ela não me apresentava... falava que não era filha dela... minha mãe sempre me rejeitou [...] meu pai é pior ainda... ele não fala comigo... eu não me lembro muito assim de coisas do meu pai... ele me batia me acusando... achando que eu ia pegar AIDS e passar para eles... não usavam meu copo, não compartilhavam talheres, tinham medo (choro) aí quando eu comecei a ter mais força pra ser quem eu sou minha mãe me expulsou de casa” (Íris, mulher trans, 23 anos)*

Nice nos conta a dificuldade de seus pais compreenderem a condição trans e de a aceitarem:

*“... minha mãe diz... mas você é homem eu te fiz homem eu te criei homem... meus pais não aceitam até hoje...” (Nice, mulher trans, 25 anos)*

Há evidências crescentes de que o apoio social melhora a saúde mental de adolescentes e adultos transexuais (SIMONS, SCHRAGER et al. 2013, BAUER, SCHEIM et al. 2015, OLSON, DURWOOD et al. 2015). As crianças cujas identidades de gênero foram afirmadas e apoiadas pela família, apresentam melhores condições de saúde mental, com menores taxas de ansiedade e depressão se comparadas às que não recebem apoio dos pais (COHEN-KETTENIS, OWEN et al. 2003, HILL & MENVIELLE et al. 2010). Ao contrário, as crianças e adultos trans que não recebem este tipo de apoio familiar apresentam mais transtornos mentais (OLSON, DURWOOD et al. 2015).

No âmbito da saúde, se sentem desrespeitados em hospitais e, no contexto das relações interpessoais se sentem excluídos até mesmo pela família (MILBURN, AYALA et al. 2006, FEINSTEIN, WADSWORTH et al. 2014, MOLEIRO & PINTO 2015), o que aumenta o sofrimento na idade adulta (COCHRAN, SULLIVAN et al. 2003, MEYER 2003, COCHRAN & MAYS 2009, SHILO, 2014).

O apoio social e familiar, a redução da transfobia, as expectativas de aceitação, o contato com outras pessoas trans, o acesso aos serviços de saúde, entre outros podem melhorar a qualidade de vida da pessoa trans (MEYER 2003, SHILO 2014, SNAPP, WATSON et al. 2015). O suporte social oferecido por amigos e familiares parece ser um

importante fator de proteção para pessoas transexuais. Um estudo realizado com 113 pessoas trans mostrou que ter o apoio de amigos e da família está associado a um menor risco de tentativa de suicídio (MOODY, 2017; WHEELER, 2019).

A subcategoria 2, a não aceitação do corpo, depreendeu o sofrimento dos participantes em relação ao seu corpo, tão estranho a eles, que não se reconhecem em nenhum momento. Pode-se verificar esse estranhamento nas falas a seguir.

A participante Ariadne conta que, antes da cirurgia, tinha dificuldade até mesmo para fazer a higiene de seu órgão genital:

*“... Antes da cirurgia tinha muito medo de alguém me ver pelada, sabe?... hoje [meu medo] é de alguém descobrir e não entender e não aceitar... era muito difícil antes, sabe, pra fazer a higiene... sentava para fazer xixi e nem olhava... fechava os olhos... pra tomar banho segurava o órgão com uma mão e lavava o cabelo com a outra só pra nem olhar... nunca fiquei sem roupa... nunca... para não correr o risco de ver...”*  
(Ariadne, mulher trans, 21 anos)

A participante a seguir utiliza a palavra “nojo” para se referir ao órgão genital:

*“... a genitália não está de acordo com a cabeça, com a alma, com a essência... tanto que quando eu era criança pra mim eu era uma menina normal... não sabia que meninas tinham vagina... achava que tinham o outro... depois que fui entender que não estava certo... e aí começa todo o sofrimento... de nojo sabe...”* (Ártemis, mulher trans, 29 anos)

A participante Hebe traz a necessidade da cirurgia relacionada ao desempenho sexual:

*“... com o tempo fui percebendo que odiava aquilo que tenho entre as pernas... eu via que quando eu tinha relação sexual com uma pessoa... eu via que eu não me sentia bem... e isso me incomoda muito até hoje... e isso vive me lembrando que tem algo de errado com o meu corpo... algo que eu preciso muito mudar... eu seria muito mais feliz se fizesse a cirurgia... Eu não utilizo meu órgão... jamais... inclusive eu nem tenho e nunca tive orgasmo...”* (Hebe, mulher trans, 18 anos)

No estudo de ASKEVIS-LEHERPEUX et al. (2019), todos os participantes relataram desconforto com vários aspectos de seus corpos e o desejo de realizar mudanças para adequar seu corpo à sua identidade de gênero.

Na subcategoria 3, percepção da vivência das tentativas de suicídio, os participantes falaram sobre as tentativas de suicídio e sobre a vivência da perda de sentido da própria vida, tendo estes encontrado no suicídio (tentativa) a única saída para seu sofrimento.

A participante Diana conta que além da tentativa de cortar os pulsos, tentou também cortar seu órgão genital:

*“... Foi nessa época que eu tentei o suicídio... tentei me cortar, sabe?... tanto lá (genital) quanto os pulsos... cheguei a começar a cortar o órgão mas acabei desmaiando antes de terminar... daí meu pai me achou... foi quando ele percebeu que eu realmente estava sofrendo e que eu realmente era uma menina... depois disso ele viu que meu sofrimento vinha de dentro mesmo... que meu sentimento era real... e aí ele começou a mudar muito comigo... mas ele começou a ver e achar que eu era um menino que tinha um problema... aí começou a me ver como doente... aí parou de implicar tanto...”* (Diana, mulher trans, 23 anos)

Vênus nos mostra a falta de oportunidade de adentrar nos estudos, de conseguir um trabalho, de ter um relacionamento e como essa falta a fez perder o sentido em estar viva:

*“... poxa eu já tenho 26 anos... não tenho faculdade... não tenho um diploma... não tenho nada... fisicamente eu não sou do jeito que eu esperava... então tem hora que penso... meu Deus... melhor é a morte... pra que ficar sofrendo... pra que ficar se torturando... sabe... (emoção)... quando eu fecho os olhos... nossa.. eu sou a menina mais linda do mundo... aí quando eu abro os olhos eu vejo que não é bem isso... e eu tenho tantos sonhos... e eu nem saio mais de casa... por isso já tentei me matar... cortei os pulsos... é muito difícil... eu não tenho vida... não me sinto bem comigo mesma... minha vida não me ajuda em nada... minha aparência não me ajuda em nada... qual é o problema? O tempo vai passando vai passando e eu vou ficando uma pessoa isolada... triste... quando eu fecho os olhos e penso no meu futuro é tudo maravilhoso... mas quando eu abro e vejo a realidade cruel que vivo vejo que talvez eu nunca consiga realizar meus sonhos...”* (Vênus, mulher trans, 26 anos)

As formas de enfrentamento variam desde as tentativas de suicídio ao apelo a Deus para se livrar do sofrimento:

*“... já nem sei mais o que penso... nem sei mais o que quero... nem sei mais o que vou conseguir... as vezes eu falo pra Deus... ai meu Deus me leva que é melhor... me leva porque é muito sofrimento... não consigo ter um relacionamento... não consigo fazer uma faculdade... não consigo trabalho... as vezes vivo com 50 reais no mês... então fico deprimida... caio de cama... quero morrer... só o que sobra as vezes no fim do dia é o desejo de morrer... viver pra que... numa sociedade que nunca vai me aceitar...”*  
(Íris, mulher trans, 23 anos)

Um estudo realizado nos Estados Unidos (RYAN et al., 2009) mostrou que pessoas transexuais têm um risco 4 vezes maior de tentar o suicídio do que pessoas que se identificam com gênero de nascimento (cisgêneras) ou heterossexuais (PEREZ-BRUMER et al., 2015).

No estudo de LERRI et al. (2017), 72% dos participantes relataram uma ou mais tentativas de suicídio, e quando questionados sobre qual a motivação para a tentativa, o principal fator citado foi a discriminação. Em geral, a taxa de tentativa de suicídio é 20 vezes maior entre adultos transexuais do que entre a população em geral (BLOSNICH et al., 2018). Além disso, maiores níveis de vivências de episódios de transfobia foram significativamente associadas ao aumento das chances de tentativa de suicídio ao longo da vida (PEREZ-BRUMER et al., 2013).

Pessoas transexuais são vítimas de discriminação e violência, mesmo em países desenvolvidos, e isso pode levar a depressão grave, pensamentos de morte e tentativas de suicídio (MOODY & SMITH, 2017). Um estudo realizado em diferentes países mostrou que 38% dos indivíduos transexuais apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, taxa muito maior que a população geral (HEYLENS, et al., 2014). Um achado importante do presente estudo de LERRI et al. (2017) é que viver com um parceiro ou ser casado foi um fator de proteção contra a depressão. Isto confirma a importância de uma relação afetiva para o apoio emocional das pessoas transexuais, como discutido anteriormente (KRAEMER et al., 2010).

São muitos os agravos da saúde física e mental da população trans devido a discriminação, estigma e exclusão social, bem como abusos físicos e psicológicos, perseguição a que estão expostos, dificuldades em adentrar o mercado de trabalho formal (BOSTWICK & BOYD et al. 2014) e terminar a formação acadêmica.

Os transtornos de estresse pós-traumático, transtorno depressivo maior, ansiedade generalizada, distúrbios alimentares, e abuso de substâncias são frequentemente diagnosticados em adultos transexuais (KING & SEMLYEN et al. 2008; VOCKS & STAHN et al., 2009). Também são alarmantes os dados sobre ideação e tentativas de suicídio nesta população (MUSTANSKI & LIU, 2013; LERRI & LARA, 2015).

Os dados de MAGUEN & SHIPHERD (2010) evidenciaram taxas de tentativas de suicídio de 40% nos homens trans e de 20% em mulheres transexuais. Um estudo realizado com 500 mulheres transexuais, demonstrou que metade das participantes apresentava ideação suicida, 30% já havia tentado o suicídio pelo menos uma vez e 35% tinha planejado fazê-lo (NUTTBROCK et al. 2010).

Na subcategoria 4, dificuldade em adentrar o mercado de trabalho formal, podemos compreender a dificuldade enfrentada para conseguir um trabalho formal, bem como a opção única de ter que assumir trabalhos indesejados e diferentes da sua formação por dificuldade de inserção no mercado de trabalho, como se observa na maioria das falas dos participantes.

Hefesto conta como mudava sempre de trabalho por não poder mostrar os documentos:

*“Eu fico 3 meses em cada emprego... quando o chefe diz pra trazer os documentos para registrar eu vou embora... Eu acabo perdendo várias oportunidades de empregos bons... eu já deveria estar estabilizado na vida, entendeu?! Porque eu tenho metas, né?...” (Hefesto, homem trans, 37 anos)*

Vênus fala sobre a dificuldade em encontrar oportunidades de emprego formal, mesmo possuindo um bom currículo:

*“... eu nunca tive oportunidade de emprego... só tive um emprego na minha vida... que foi em salão de cabeleireiro... porque você chega numa empresa e deixa seu currículo... eu tenho inglês, eu tenho isso, tenho aquilo... e o que acontece quando eles veem uma aparência feminina e uma ficha masculina? Ah tá bom a gente entra em contato... gostamos de você a gente entra em contato... e nunca mais... aí depois que você procura a rua tá errada... dizem olha lá a vagabunda... prostituta.... se não fosse minha mãe eu seria mais uma na rua... porque a pessoa te vê na rua e pensa olha lá a vagabunda... não quer trabalhar... só que ninguém te dá uma chance... uma oportunidade... então é muito difícil...” (Vênus, mulher trans, 26 anos)*

É preciso pensar ainda que, quando a pessoas trans consegue adentrar o mercado de trabalho, ela também pode enfrentar algumas dificuldades. A discriminação percebida no local de trabalho tem sido associada a uma menor satisfação e a um maior sofrimento psicológico, sintomas depressivos e problemas relacionados à saúde. Além disso, as percepções de climas favoráveis no trabalho, por esta população, têm sido associadas a uma maior satisfação com a vida em geral. Também o abuso sofrido por colegas de trabalho tem sido associado a um maior nível de estresse (BREWSTER, et al., 2012).

Alguns dos poucos estudos que buscaram compreender a dificuldade desta população neste âmbito, mostraram que ambientes de trabalho formal podem ser insalubres para as pessoas trans, o que pode dissuadi-las deste ambiente, obrigando-as a buscar formas paralelas para garantirem sua sobrevivência (ANDERSON et al., 2001; CHUNG, 2001; CROTEOU, et al., 2008; BREWSTER, et al., 2012). Um estudo qualitativo realizado por BUDGE et al. (2010) mostrou experiências de assédio e discriminação no ambiente de trabalho, sendo que metade dos participantes relataram experiências de ameaças físicas, abusos emocionais ou, ainda, foram demitidas por serem pessoas trans. Estas pessoas também perceberam pressão para se adequar a apresentações normativas de gênero, como vestir-se de acordo com sexo biológico, comportar-se e apresentar-se como tal (SCHILT, 2006; SCHILT & CONNELL, 2007).

Acredita-se que a identidade estigmatizada da pessoa trans esteja associada a resultados psicossociais negativos, incluindo a perda do emprego; rejeição por amigos, familiares e colegas de trabalho, entre outros (SELVIDGE et al., 2008; BATTLE & LEMELLE, 2002; GREENE, 2000). Infelizmente a literatura recente relacionada à vida laboral das pessoas trans são escassas, bem como estratégias para que consigam adentrar no mercado de trabalho e exerçam suas profissões de forma efetiva, sem precisarem se submeter a toda sorte de trabalho para sobreviverem.

A subcategoria 5, dificuldades nas relações afetivas, depreendeu as dificuldades vivenciadas na vida adulta pelas pessoas trans, relacionada às relações afetivas e momentos difíceis vivenciados com parceiros, como podemos observar na fala de Dice:

*“... eu namorei dois garotos... só que não tinha relação sexual... eles acabaram saindo com outras garotas cis também... acho que eles queriam provar pra eles mesmos que podiam sair com meninas ‘de verdade’ né... porque as pessoas ficam em cima... tiram sarro sim...” (Dice, mulher trans, 22 anos)*

Tália e Diana falam de seus namoros e das dificuldades encontradas ao comunicarem que são mulheres trans:

*“... agora não tô namorando... há uns dois meses eu namorei um garoto que conheci na faculdade, mas a gente acabou separando... eu contei pra ele sobre minha condição... ele entrou em choque... ficou transtornado... e sumiu” (Tália, mulher trans, 18 anos)*

*“eu conheci alguém... a gente começou a se paquerar, a conversar e a sair... e foi indo e eu não falei da minha condição... só que a semana passada a gente tava na casa dele e a gente começou a se pegar e... aconteceu... e eu ainda não tinha transado depois da cirurgia... aí a gente transou... foi normal... mas depois comecei a me sentir mal, muito mal por não ter contado nada sabe... ele insistiu para saber se estava tudo bem... daí eu falei... daí ele ficou chocado parado olhando assim... não brigou comigo não.. disse que me entendia... falou que se ele fosse eu também não contaria... disse que eu fui muito corajosa... ele disse que não ia dizer que iria ficar comigo e nem que não iria... mas que estava gostando de mim... eu fiquei muito mal com tudo isso porque tem sempre alguma coisa que parece que está sendo escondida... é muito difícil... ele disse que ele tinha me conhecido como uma garota... que pensava como garota... falava como garota... era uma garota... só que (pausa-emoção) ‘você é XY’... é isso... ele disse que sabe do assunto... que entende, já que é médico... mas... nunca pensou que iria encontrar uma... ele começou a chorar... disse que gostava de mim mas que a cabeça dele estava a mil... to com medo de perder ele (choro)...” (Diana, mulher trans, 24 anos)*

Um achado importante do estudo realizado por LERRI et al. (2017) foi que viver com um parceiro ou ser casado foi um fator de proteção contra a depressão. Isso confirma a importância de um relacionamento afetivo para o apoio emocional dos transexuais (STEINER & BERNSTEIN, 1981; KRAEMER et al., 2010).

#### **CATEGORIA 4 – O tratamento hormonal e cirúrgico como possibilidade de viver plenamente.**

Emergiram 3 subcategorias das respostas relacionadas ao tratamento hormonal e

cirúrgico como possibilidade de viver plenamente. A demanda principal dos participantes quando chegam ao Serviço de Saúde é a adequação de seu fenótipo à sua identidade de gênero. Além do tratamento hormonal, quando há demanda para a adequação genital, a cirurgia tem extrema relevância no que diz respeito aos planos que os participantes fazem para o futuro, seja no trabalho, na família ou na vida amorosa. As falas indicam que o tratamento pode diminuir os constrangimentos enfrentados, promovendo um melhor desempenho social, laboral, afetivo e proporcionando um melhor exercício de cidadania, além de possibilitar um acesso mais fácil ao emprego formal, aos serviços de saúde, a formação de uma família, entre outros direitos.

Foi possível observar que os participantes chegam ao Serviço de Saúde com a certeza de pertencerem ao gênero oposto ao que foi designado a eles no nascimento. O processo transexualizador por intervenção médica compreende a hormonioterapia e a cirurgia de genital para adequação da genitália, e a mastectomia para o homem trans (BRASIL, 2008). Porém, existem aqueles que só desejam o tratamento parcial com hormonioterapia. Além disto, há a demanda para a mudança de nome no registro civil.

Ao longo das entrevistas foi possível observar que em relação a demanda para adequação corporal, a cirurgia tem extrema relevância no que diz respeito aos planos que os participantes fazem para o futuro.

Abaixo, alguns significados atribuídos ao processo de mudança e adequação sexual.

Quadro 4. Subcategorias das respostas relacionadas ao tratamento hormonal e cirúrgico, como possibilidade de viver plenamente

- 
1. A espera do tratamento para iniciar planos de futuro
  2. O serviço de saúde e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans
  3. Novos horizontes
- 

Na subcategoria 1, a espera do tratamento para iniciar planos de futuro, emergiram falas sobre a possibilidade de realizar os planos apenas após o início do tratamento, seja hormonal ou cirúrgico, como se a vida não pudesse acontecer plenamente antes disto. Os participantes falaram sobre a necessidade de usar aparatos que disfarçam seus caracteres e as dificuldades enfrentadas pelo uso, o que muitas vezes também impacta na busca pelo emprego ou até mesmo, em manter-se em um.

Apolo traz essa vivência em sua fala:

*“... eu deixo de socializar... eu deixo de viver... isso me constrange... porque eu não posso frequentar clube... eu não posso fazer nada... eu não posso tomar uma chuva sem camisa... eu coloco a roupa... tenho que por um colete... a sensação térmica vai para 40 graus... eu não vejo a hora de chegar em casa do trabalho e poder tirar a roupa... então tudo eu faço querendo ir embora pra casa (pausa) porque eu vou chegar lá e vou ter o conforto de arrancar uma coisa que me aperta... me machuca... sabe... que me incomoda o tempo todo... sabe uma coisa que te incomoda o tempo todo?! Que tá te machucando... te apertando! (Apolo, homem trans, 30 anos)*

O participante Hermes deposita esperança na mastectomia para conseguir um trabalho:

*“... Eu vi com o advogado pra poder fazer a cirurgia mais rápido... tá tudo encaminhando... agora vai depender do processo... do trâmite de tudo isso... é questão de tempo... mas eu tenho pressa... vou levar esse laudo para fazer a mastectomia... o juiz e o advogado, eles pedem esse laudo de vocês porque isso tem muito peso... eles questionam muito isso de a pessoa não voltar atrás em sua decisão... Eu... se eu pudesse voltar atrás, eu voltava lá no céu... porque sei que foi de onde eu vim e... (pausa) vinha de outro jeito... porque eu acho que era o único lugar em que podia ter consertado alguma coisa... a não ser a cirurgia...” (Hermes, homem trans, 27 anos)*

Hefesto traz a cirurgia como a possibilidade de ter uma vida totalmente diferente:

*“... Depois dessa cirurgia eu sou o cara mais feliz do mundo! Ai eu até caso (emoção)... como eu vou colocar uma roupa toda chique?... não tem jeito! É complicado... pra você ter uma noção, eu compro roupa pra usar agora e pra usar depois da cirurgia... porque camiseta branca não posso usar... só posso usar roupa escura... é complicado e triste! Depois disso (cirurgia) eu sou o cara mais realizado do mundo... vida 100% normal... porque fora isso eu não tenho dúvida a respeito de nada... eu não tenho dúvida!” (Hefesto, homem trans, 37 anos)*

Já as participantes abaixo colocam na cirurgia toda expectativa em conseguirem um relacionamento amoroso:

*“... Mas eu acho que por enquanto... assim como eu estou [ainda com pênis e sem silicone nas mamas]... vai ser difícil arrumar um namorado... Pra eles é complicado...*

*eu até entendo! Por isso que eu falo... vou primeiro fazer o tratamento... direitinho... fazer a cirurgia no rosto... quero colocar a prótese de silicone... quero fazer a cirurgia de troca de sexo... aí depois eu penso nisso! No momento... eu vou me preocupar mais comigo agora... na mudança mesmo... se eu quiser ficar com alguém eu fico, entendeu?!!! Relacionamento sério por enquanto não rola!” (Éris, mulher trans, 26 anos)*

*“... neste um ano de tratamento já estou super feminina, o rosto quero mexer mas não tanto assim... só pra ficar mais feminina mesmo... mais delicada.. porque algumas pessoas ainda me chamam pelo nome masculino... acho que com mais essa mudança isso deve acabar de vez...” (Vitória, mulher trans, 34 anos)*

Aradne fala sobre a possibilidade de não ter mais prazer nas relações sexuais após a cirurgia:

*“... muitas pessoas acham que somos loucas por querermos fazer a cirurgia... dizem que não vamos mais gozar... essas coisas... eu sei que não é verdade... mas se fosse não faria diferença na minha decisão... eu preciso retirar isso [órgão genital] de mim... tem pessoas religiosas que dizem que se eu fizer isso vou viver pra sempre em pecado... mas eu sempre penso... chegando lá em cima serei eu com Deus... e aí eu me explico certinho pra Ele...” (Ariadne, mulher trans, 21 anos)*

Vênus traz o desejo de se casar, formar uma família e de fazer uma faculdade, e vê na cirurgia a única forma desses desejos se tornarem possíveis:

*“... eu tenho tantos sonhos... sonho em casar... construir uma família... só que esse sonho depende de uma cirurgia... de uma nova documentação... eu quero ter uma vida normal... como qualquer outra pessoa... quero trabalhar... casar... ter filhos... quero poder ir ao clube... eu amo piscina... mas eu não vou... não posso... eu não saio de casa... é muito difícil... o único lugar que vou é aqui... agora ir a uma festa... namorar... não consigo... me acho horrível... como coloco um biquíni... tem que esconder o órgão... não tenho peito... é uma coisa reta... então eu não to tendo vida... não me sinto bem comigo mesma... minha aparência não me ajuda em nada... seu tivesse operado... eu estaria trabalhando teria feito faculdade... talvezpudesse realizar meus sonhos...” (Vênus, mulher trans, 26 anos)*

A cirurgia para adequação do fenótipo é um fator que melhora a condição emocional das pessoas transexuais, (LEINUNG, 2013) sendo, muitas vezes, uma etapa fundamental para que esta se sinta satisfeita. A qualidade da vida sexual também apresenta melhora significativa após o tratamento completo, impactando positivamente na autoestima e na resposta sexual. Após a cirurgia, as pessoas transexuais experimentam mais orgasmos e demonstram maior comprometimento com a busca do prazer sexual (DE CUYPERE et al., 2005). Um estudo anterior realizado com 118 transexuais mostrou um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão antes do início do tratamento, quando comparado aos 12 meses após o tratamento (COLIZZI, et al., 2014). Em geral, as pessoas trans que recebem tratamento adequado relatam menos sofrimento psicológico, sendo, a perspectiva de uma cirurgia iminente, um fator que pode reduzir as altas taxas de ansiedade e depressão (HEYLENS et al., 2014).

A subcategoria 2, o serviço de saúde e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans, nos apresenta a dificuldade enfrentada pelas pessoas trans em encontrar tratamento integral no sistema único de saúde, e o descaso do governo com as políticas públicas de cuidado à saúde das pessoas trans.

Diana traz uma questão importante relacionada ao início dos cuidados em saúde acontecerem ainda na infância:

*“... tem que ter mais lugares que olhem por nós porque tem muita gente que precisa... a gente precisa de tratamento... as pessoas falam que é um gasto inútil... mas se a gente tivesse um tratamento desde criança como acontece em outros lugares do mundo... teria menos gasto também... a criança ia ser tratada com hormônio e depois quando ficasse adulta ia fazer só a cirurgia na genitália e pronto! Hoje aqui no Brasil é muito descaso... somos tratados como subumanos... quando chega os 18 anos, temos que correr atrás de tudo... aí fica totalmente caro porque tem que pagar a cirurgia do seio... da genitália... do rosto... aí pode dar errado... ainda tem que viver com esse estigma... então o tratamento tem que começar na infância... pelo menos, o hormonal e o psicológico... porque as marcas podem ser irreparáveis!” (Diana, mulher trans, 23 anos)*

A respeito da colocação de Diana, a WPATH propõe, como parte do processo transexualizador, a possibilidade de realização da supressão da puberdade, que deve acontecer

a partir do estágio 2 de Tanner. O objetivo desta supressão no sexo masculino (mulher trans) seria bloquear as mudanças na voz, o aumento da massa muscular e o aparecimento dos pelos faciais e, no sexo feminino (homem trans), o objetivo seria bloquear o desenvolvimento mamário e a menstruação (WPATH, 2012; LOBATO et al., 2016; GIOVANARDI, 2019). Mas, no Brasil, este procedimento ainda não é permitido. Sendo assim, quando as pessoas trans iniciam sua transição no nosso país, elas já desenvolveram tais características, tidas como o momento mais difícil vivenciado por eles.

Vênus traz o momento em que se sentiu humilhada durante atendimento médico:

*“... é difícil você ter um psicológico e o físico não ajudar... eu não me vejo bonita... não me vejo feminina... por dentro eu me vejo a mulher mais linda do mundo... a alma... o pensamento... mas por fora estou bem longe da realidade... bem longe... você tá precisando de ajuda e muitas vezes vira chacota... até os médicos também fazem pouco caso... outro dia tava falando com a médica sobre a aparência do meu rosto e ela falou tapa com maquiagem... se eu quisesse dica de maquiagem eu ia no salão... se eu pudesse tapar com maquiagem todo meu problema seria bem mais fácil... as vezes os médicos tem um ar de deboche... muitas pessoas param de se tratar por causa disso... se sente ainda mais humilhada... quem garante que quando saem e fecham a porta não estão rindo da gente? É muita coisa na nossa cabeça... muito sofrimento...”*  
(Vênus, mulher trans, 26 anos)

Um estudo realizado no Brasil em 2018, evidenciou algumas razões para que pessoas transexuais não busquem especialistas em saúde, 43,2% dos participantes disseram que evitam os serviços apenas por serem pessoas transexuais, o que por si só já tornava esta busca aversiva, 58,7% dos participantes relataram experiências onde foram vítimas de discriminação ocorridas durante um atendimento em saúde, deixando assim de frequentar o mesmo serviço quando precisaram – a mesma pesquisa mostra que este número cai para 17,8% quando as pessoas trans entrevistadas não sofreram nenhum tipo de discriminação (COSTA, et al., 2018).

Hebe traz em sua fala a necessidade urgente de mais serviços de saúde para agilizar o tratamento:

*“... eu não tenho muitos medos... eu me sinto ansiosa... muito... mas sei o que quero pra mim... o que preciso pra ser um pouco mais feliz... é importante que as pessoas entendam que precisamos ter um corpo que corresponda com nossa mente... com nossa alma... isso não é estética... se preciso colocar silicone... fazer uma vagina... isso não é capricho... não é (emoção)... é necessidade... e a gente precisa disso aqui em Ribeirão... a gente precisa que esse serviço de saúde nos proporcione essa qualidade de vida... como a gente pode esperar mais de 20 anos para fazer uma cirurgia... muitas de nós já vai ter morrido... ou já terão se matado...” (Hebe, mulher trans, 18 anos)*

*“... a gente nunca consegue nada fácil... é tudo sempre muito difícil... a vida toda... e o tratamento é muito demorado também pra quem não tem dinheiro pra pagar o tratamento... isso é muito doloroso também... toda a espera por um tratamento que pode melhorar sua qualidade de vida...” (Ariadne, mulher trans, 21 anos)*

Os resultados desfavoráveis da saúde mental das pessoas transexuais, advém do ostracismo social e da vitimização que sofrem (McGUIRE, ANDERSON et al. 2010, TOOMEY, RYAN et al. 2010, WALLIEN, VEENSTRA et al. 2010, BAAMS, BEEK et al. 2013). Sendo assim, medidas preventivas para reduzir este tipo de dano precisam ser implementadas, para fomentar a aceitação da diversidade, como forma de reduzir possíveis danos na saúde mental de crianças, adolescentes e adultos transexuais (SHIFFMAN, VANDERLAAN et al. 2016). Especialmente as pessoas que trabalham com esta população devem estar cientes do fato de que pessoas transexuais são um grupo vulnerável que merecem melhor atenção dos serviços de saúde (de VRIES, STEENSMA et al. 2016; MILLER & DAVIDSON, 2019).

Na subcategoria 3, novos horizontes, emergiram falas que abarcaram os desejos e planos para o futuro. Isto ficou evidente na fala de Íris:

*“... Eu quero fazer faculdade... a gente tem direito a fazer faculdade né... eu estava fazendo técnico em administração... aí eu terminei... depois fiz curso técnico de cabeleireira né... aí pensei... agora tenho que fazer uma faculdade... fui falar com minha chefe... falei no RH tudo certinho... mas como eles sabem já meu caso... que quero fazer a cirurgia essas coisas... então espera... faz depois de arrumar tudo isso... documentação... essas coisas... então penso... vou fazer a cirurgia e entrar pra*

*faculdade... nunca é tarde pra estudar! Depois que terminei o 3º. [ano do ensino médio] fiz esses cursos né... eu nunca fico parada...” (Íris, mulher trans, 23 anos)*

Juno espera por um futuro onde as pessoas trans sejam respeitadas e tratadas com dignidade, onde possam trabalhar formalmente, ter acesso a um bom serviço de saúde:

*“... eu só espero que a gente seja bem tratada um dia... em todos os lugares... eu quero chegar em qualquer lugar e ser chamada pelo meu nome social... quero ter um emprego digno... um atendimento de saúde respeitoso... espero que a gente caminhe para um futuro melhor...” (Juno, mulher trans, 23 anos)*

As falas dos participantes vão de encontro a um estudo realizado por COSTA et al. (2018) que evidenciou que das 58,7% pessoas transexuais que sofreram discriminação durante um atendimento em saúde, a maioria referiu que o profissional de saúde não possuía conhecimento suficiente para prestar atendimento, não utilizou o nome social e as ridicularizaram durante o atendimento.

Esse é um dado importante visto que estas pessoas já encontram dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde, seja por problemas financeiros ou por dificuldade do próprio SUS e de suas políticas para esta população (COSTA, et. Al, 2018).

Íris traz o desejo de menos preconceito, de que as pessoas adquiram mais entendimento sobre a transexualidade:

*“... o que eu espero de verdade é que no futuro... as pessoas estereotipem menos... que categorizem menos... que entendam que somos pessoas normais... não é doença... não é safadeza... eu sou uma mulher normal... espero que a sociedade veja como sou uma mulher normal... a única doença mesmo é a genitália que não pertence a esse corpo... não bate o físico com o psíquico... espero que tenhamos paz e felicidade... se a sociedade fizesse o mínimo disso... nós teríamos mais respeito e já seria bem melhor...” (Íris, mulher trans, 23 anos)*

Alguns estudos tem evidenciado que o apoio social e familiar, a redução da transfobia, as expectativas de aceitação, o contato com outras pessoas trans, o acesso aos serviços de saúde de forma integral, entre outros, podem melhorar a qualidade de vida da pessoa trans (MEYER, 2003; SHILO, 2014, SNAPP & WATSON et al. 2015).



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste estudo foi buscar a compreensão mais aprofundada e efetiva das vivências da transexualidade durante o período do desenvolvimento. No que tange a infância, percebeu-se que as pessoas trans já experienciam sua identidade de gênero diferente do sexo biológico. Já, na adolescência, o início da puberdade e o início do desenvolvimento dos caracteres sexuais são causas de intensa angústia durante este período, e concorre para a dificuldade de ajustamento do adolescente transexual. As principais vivências relacionadas às experiências trans na infância e adolescência sugerem que uma atenção especial deve ser dedicada a esse período nos serviços de atenção à saúde. Em relação à vida adulta, esta vem carregada de desejos e sonhos de uma vida digna, com direito a trabalho formal e atenção de saúde integral.

Com estes achados, fica evidente a necessidade de uma abordagem específica para pessoas trans, que possa atender a demanda apresentada desde a infância, com atendimento psicossocial e médico, abarcando a família e a escola, até o início da transição e decisão de cirurgias e tratamento hormonal. Diante dos altos índices de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio nesta população há uma real necessidade de atendimento interdisciplinar para a promoção de uma boa qualidade de vida destas pessoas.

Quanto à vivência em relação ao atendimento em saúde e a busca por atenção integral e de qualidade neste contexto, pode-se perceber que nosso país ainda está muito longe de oferecer um atendimento digno e eficaz, seja no oferecimento de técnicas e serviços, seja pelo próprio recurso humano disponível nas instituições de saúde. É de grande importância que as políticas públicas sejam mais inclusivas e que a formação dos profissionais de saúde abarquem o tema transexualidade. As questões psíquicas e físicas devem ser validadas e cuidadas pelos profissionais de saúde.

Este estudo demonstrou também a importância da aceitação familiar e do efetivo atendimento em saúde como fatores de proteção para potencializar a vida das pessoas trans.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C. H. N. **Sexualidade Humana e seus transtornos**. São Paulo: Casa Editora, 2012.
- AHMADZAD-ASLL, M.; AL., E. **The epidemiology od transsexualism in Iran**. Iran: Tehran University of Medical Sciences, Tehran Institute of Psychiatry jan. 2011.
- AITKEN, M. et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. **J Sex Med.** v. 12, p. 756–763 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25612159>>.
- ALMEIDA, J. et al. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. **J Youth Adolesc**, v. 38, n. 7, p. 1001-14, Aug 2009. ISSN 0047-2891.
- APA, A. P. A. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Press 2013.
- ASSOCIATION, T. A. P. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 5th Edition**, American Psychiatric Association, 2013.
- ASKEVIS-LEHERPEUX, Françoise et Al; Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. **European Psychiatry**, Vol. 59, Pages 8-14, 2019. Disponível em: [https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(19\)30059-8/abstract](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(19)30059-8/abstract)
- ASSOCIATIONS, H. B. I. G. D.; HBIGDA. **The Standards of care for Gender Identity Disorders**: Fifth version of the Standards of care since the original 1979 document 1990.
- ATKINSON, S. R.; RUSSELL, D. Gender dysphoria. **Focus Mental illness**, v. 44, n. 11, p. 792-796, 2015. Disponível em: < <http://www.racgp.org.au/afp/2015/november/gender-dysphoria> >.
- AUYEUNG, B. et al. Prenatal versus postnatal sex steroid hormone effects on autistic traits in children at 18 to 24 months of age. **Mol Autism**, v. 3, n. 1, p. 17, 2012. ISSN 2040-2392. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23231861> >.
- \_\_\_\_\_. Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys. **Psychol Sci**, v. 20, n. 2, p. 144-8, Feb 2009. ISSN 1467-9280. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19175758> >.

AUYEUNG, B.; LOMBARDO, M. V.; BARON-COHEN, S. Prenatal and postnatal hormone effects on the human brain and cognition. **Pflugers Arch**, v. 465, n. 5, p. 557-71, May 2013. ISSN 1432-2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588379> >.

BAAMS, L. et al. Gender nonconformity, perceived stigmatization, and psychological well-being in Dutch sexual minority youth and young adults: a mediation analysis. **Arch Sex Behav.**, v. 42, p. 765–776, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23358856> >.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1977.

\_\_\_\_\_. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 2009.

BAUER, G. et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada **BMC Public Health**, v. 15, p. 525, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26032733> >.

BAZARGAN, M & GALVAN, F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. **BMC Public Health**, 12:663, 2012. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-663>

BICALHO, Chaiton Washington Cardoso. Brincadeiras infantis e suas implicações na construção de identidades de gênero. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, p.41-49, 2013. Disponível em: <http://www.smp.org.br/arquivos/site/revista-medica/artigo6-23.pdf>

BLOSNICH, JR et Al. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. **Am J Public Health**, 103(10), 27–32, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23947310>

BOCKTING, W. et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. **Am J Public Health** v. 103 n. 5, p. 943-951 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488522> >.

BOSTWICK, W. et al. Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. **Am. J. Orthopsychiatry** v. 84 n. 1, p. 35–45 2014. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/record/2014-06035-006> >.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 - Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS. 2008. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457\\_19\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html) >.

BREWSTER, Melanie; VELEZ, Brandon; LEHIGH, Cirleen; MORADI, Bonnie Moradi.

Transgender Individuals' Workplace Experiences: The Applicability of Sexual Minority Measures and Models. **Journal of Counseling Psychology**, Vol. 59, No. 1, 60–70, 2012. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/51603124\\_Transgender\\_Individuals'\\_Workplace\\_Experiences\\_The\\_Applicability\\_of\\_Sexual\\_Minority\\_Measures\\_and\\_Models](https://www.researchgate.net/publication/51603124_Transgender_Individuals'_Workplace_Experiences_The_Applicability_of_Sexual_Minority_Measures_and_Models)

CHUNG, WC; De VRIES, GJ; SWAAB, DF. Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. **J Neurosci**. 22:1027-33, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11826131>

CLEMENTS-NOLLE, K.; MARX, R.; KATZ, M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. **J Homosex** . v. 51, n. 3, p. 53–69 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17135115> >.

COCHRAN , S.; MAYS , V. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 118, n. 3, p. 647–658 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19685960> >.

COCHRAN , S.; SULLIVAN , J.; MAYS , V. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n. 1, p. 53–61, 2003. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12602425> >.

COHEN-KETTENIS et al. Adolescents with gender dysphoria. **Clinical Endocrinology & Metabolism** v. 29, n. 3, p. 485–495 2015. Disponível em: < [http://www.bprcem.com/article/S1521-690X\(15\)00016-0/abstract](http://www.bprcem.com/article/S1521-690X(15)00016-0/abstract) >.

COHEN-KETTENIS, P.; DELEMARRE-VAN DE WAAL, H.; GOOREN, L. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. **J Sex Med** . , v. 5, p. 1892–1897, 2008. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18564158> >.

COHEN-KETTENIS, P. et al. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. **J Abnorm Child Psychol** . v. 31 n. 1, p. 41–53 2003 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597698> >.

COHEN-KETTENIS, P. T.; GOOREN, L. J. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. **J Psychosom Res**, v. 46, n. 4, p. 315-33, Apr 1999. ISSN 0022-3999. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10340231> >.

COHEN-KETTENIS, P. T. et al. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. **Arch Sex Behav**, v. 40, n. 4, p. 843-7, Aug 2011. ISSN 0004-0002.

COLIZZI, M; COSTA, R; TODARELLO, O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. **Psychoneuroendocrinology**, 39:65–73, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24275005>

COLIZZI, M. Attachment styles in transsexual patients and clinical and nonclinical control groups: a response. **J Sex Med**, 11:1094-5, 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/sexual-medicine/jsmed/2014/04/000/attachment-styles-transsexual-patients-clinical/30/01222926>

CRAVO, A.C.D.A., FAGUNDES, T.C.P.C. Brincadeiras infantis e construção das identidades de gênero [tese]. Salvador (Br): Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia; 2006.

DE CUYPERE, G; T'SJOEN, G; BEERTEN, R, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. **Arch Sex Behav**, 34(06):679–690, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16362252>

DE VRIES, A.; COHEN-KETTENIS, P. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. **J Homosex.**, v. 59 p. 301–320, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455322> >.

DE VRIES, A. et al. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, p. 1195–1202, 2011 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671938> >.

DE VRIES, A.; KLINK, D.; COHEN-KETTENIS, P. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. **Pediatr Clin North Am.**, v. 63, n. 6, p. 1121-1135 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27865337> >.

DE VRIES, A. et al. Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 579-88, 2016 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26373289> >.

DE VRIES, A. L. C.; KLINK, D.; COHEN-KETTENIS, P. T. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. **Pediatr Clin N Am** v. Volume 63, n. Issue 6, p. 1121-1135 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.011> >.

DI CEGLIE, D. et al. Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics. **Int J**

**Transgenderism** v. 6, n. 1, 2002. Disponível em: < [http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01\\_01.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_01.htm) >.

DRESCHER, J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality. Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. **Arch. Sex. Behav.**, v. 39, n. 4, p. 427–460 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838785> >.

FEINSTEIN, B. et al. Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men?. **Prof. Psychol. Res. Pract.**, v. 45, n. 4, p. 239–246, 2014. Disponível em: < <http://doi.apa.org/fulltext/2014-32671-004.html> >.

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

FINCO, D. Brincadeiras, invenções e transgressões de gênero na educação infantil. **Rev Mult Leituras**, v. 3(1), p.119-34, 2010.

FONTANELLA, B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública** v. 27, n. 2, p. 388–394, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf> >.

FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27 2008 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf> >.

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

GOMES, R.F.F. & CUNHA, B.B. Infância e diversidade: um estudo sobre significações de gênero no brincar[tese]. Assis: Mestrado em Psicologia e Sociedade São Paulo (Br) Universidade Estadual Paulista; 2005.

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

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

GOOREN, LJG; GILTAY, EJ. Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females. **The journal of sexual medicine**, v. 5, p.765-76, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17971101>

HEMBREE, WC, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. **J Clin Endocrinol Metab.** v.94, p.3132-54, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>

HEMBREE, W. C., P. T. et al. An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. **J Sex Marital Ther**, v. 36(1), p.6–23, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29320642>

HEYLENS, G; ELAUT, E; KREUKELS, BP, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. **Br J Psychiatry**, 204(02):151–156, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23869030>

HEYLENS, G. et al. Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature. **J Sex Med.**, v. 9 p. 751–7, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146048> >.

HEYLENS, G; VERROKEN, C; DE COCK, S; et al. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. **J Sex Med**, 11(01):119–126, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24344788>

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

HILL, D. et al. An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. **J Sex Marital Ther** . , v. 36, n. 1, p. 6–23 2010 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063232> >.

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

KALTIALA-HEINO, Riittakerttu; TYOLAJARVI, Marja; LINDBERG, Nina. Sexual experiences of clinically referred adolescents with features of gender dysphoria. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 24(2) 365–378, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359104519827069>

KAMENS, S. On the proposed sexual and gender identity diagnoses for dsm-5: history and controversies. **Hum. Psychol**, v. 39, p. 7–59 2011. Disponível em: < <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08873267.2011.539935?scroll=top&needAccess=true> >.

KING, M. et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry**, v. 18 n. 8, p. 70, 2008. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18706118> >.

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

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

KOKEN, J.; BIMBI, D.; PARSONS, J. Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color. **J Fam Psychol** ., v. 23, n. 6, p. 853–860 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20001144> >.

KOSOVSKI, G. F. Lacan e o transexual de Stoller. **Trivium - Estudos Interdisciplinares**, v. 8, n. 2, p. 133-142, 2016 Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-48912016000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912016000200004) >.

KRAEMER, B; HOBI, S; RUFER, M, et al. Partner relationship and sexuality of female-to-male transsexuals. **Psychother Psychosom Med Psychol**, 60(01):25–30, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230802156236>

LEINUNG, MC; URIZAR, MF; PATEL, N; SOOD, SC. Endocrine treatment of transsexual persons: extensive personal experience. **Endocr Pract**, 19(04):644–650, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23512380>

LERRI, MR; ROMAO A; SANTOS, MAD; GIAMI, A. et al. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, 39:545-51, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/rbgo/item/108-revista-brasileira-de-ginecologia-e-obstetricia-2017-vol-39-n-2>

LERRI, M.; LARA, L. **Caracterização de pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero**. 2015. 100 (Mestrado). Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

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

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

MACDONALD, T. et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, p. 106, 2016. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867534/pdf/12884\\_2016\\_Article\\_907.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867534/pdf/12884_2016_Article_907.pdf)>.

MAGUEN, S.; SHIPHERD, J. Suicide risk among transgender individuals. **Psychol. Sex.**, v. 1, p. 34-43, 2010. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19419891003634430>>.

MCFARLAND, W.; WILSON, E.; FISHER RAYMOND, H. How Many Transgender Men Are There in San Francisco?. **J Urban Health**, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11524-017-0150-5>>.

MCGUIRE, J. et al. School climate for transgender youth: a mixed method investigation of student experiences and school responses. **J Youth Adolesc.**, v. 39, n. 10, p. 1175-1188, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20428933>>.

MEYER, I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual. (issues)and research evidence. **Psychol. Bull.**, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956539>>.

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

MILBURN, N. et al. Discrimination and exiting homelessness among homeless adolescents. **Cultur. Divers Ethn. Minor Psychol.**, v. 12 n. 4, p. 658-672, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376834/>>.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** São Paulo: 2007.

MOLEIRO, C.; PINTO, N. Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1511, 2015 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4589638/>>.

MONEY, J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. **J Sex Marital Ther**, v. 20, n. 3, p. 163-77, Fall 1994. ISSN 0092-623X (Print)

0092-623X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996589> >.

MOODY, C & SMITH, NG. Suicide protective factors among trans adults. **Arch Sex Behav**, 42(05):739–752, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722435/>

MUSTANSKI, B.; LIU, R. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Arch. Sex. Behav.** , v. 42 n. 3, p. 437–448 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054258> >.

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

NUTTBROCK, L. et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. **J. Sex Res.**, v. 47 n. 1, p. 12–23, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19568976> >.

OLSON, J. et al. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. **J Adolesc Health**, v. 57, n. 4, p. 374-80, 2015 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208863> >.

OLSON, K. R. et al. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. **PEDIATRICS** v. 137, n. 3, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771131/> >.

PAPADOPULOS, N. A., J. D. et al. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery." **J Sex Med**, v.14(5), p.721-730, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28366591>

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

PERES-BRUMER, A., HATZENBUEHLER, ML., OLDENBURG, CE., BOCKTING, W. Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. **Behav Med**, 41(03):164–171 29, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287284>

PINTO, M. J. C.; BRUNS, M. A. D. T. **Vivência Transexual: O corpo desvela seu drama**. Campinas: Átomo, 2003.

PONTES, F.A.R. & MAGALHÃES, C.M.C.A. Transmissão da cultura da brincadeira: algumas possibilidades de investigação. **Psicol Reflex Crít**, v. 16(1):120, 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01079722003000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01079722003000100012&script=sci_abstract&tlng=pt)

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

RUSSELL, S. et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: implications for young adult health and adjustment. **J Sch Health** . , v. 81, n. 5, p. 223–230 2011 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517860> >.

RYAN, C; HUEBNER, D, DIAZ, RM., SANCHEZ, J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, 123(01):346–352, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117902>

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

SHIELDS, J. et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 2, p. 248-50 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332492> >.

SHIFFMAN, M. et al. Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: A comparison with clinical and nonclinical controls. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity** v. 3 n. 1, p. 27-36, 2016. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/record/2015-55234-001> >.

SHILO, G. The Impact of Minority Stressors on the Mental and Physical Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths and Young Adults. **Health Soc. Work** v. 39 n. 3, p. 161–171, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25095629> >.

SIMONS, L. et al. Parental support and mental health among transgender adolescents. **J Adolesc Health**, v. 53, n. 6, p. 791–793 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24012067> >.

SKAGERBERG, E.; DAVIDSON, S.; CARMICHAEL, P. Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. **Int J Transgenderism**, v. 14, n. 3, p. 105–112 2013. Disponível em:

< <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2013.822340> >.

SMITH, YL, et al. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. **Psychological medicine**, v.35, p. 89-99, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842032>

SNAPP, S. et al. Social support networks for lgbt young adults: low cost strategies for positive adjustment. **Fam. Relations** v. 64 p. 420–430, 2015. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/fare.12124/full> >.

SPACK, N. et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. **Pediatrics**, v. 129, p. 418–425, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22351896> >.

STEENSMA, T.; COHEN-KETTENIS, P. Gender transitioning before puberty? **Arch Sex Behav** ., v. 40, n. 4, p. 640–650, 2011. Disponível em:

< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771131/> >.

STOLLER, R. **Splitting: A case of Female Masculinity**. New York: Quadrangle: 395 p p. 1973.

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

TERADA, S. et al. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. **Psychiatry Res** . v. 190, n. 1 p. 159–162 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21612827> >.

TGEU. TGEU's Position on the Revision of the ICD -10, 2013.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937> >.

TOOMEY, R. et al. Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. **Dev Psychol.** , v. 46, n. 6, p. 1580–1589, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20822214> >.

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

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

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

VOCKS, S. et al. Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. **Arch. Sex. Behav.**, v. 38 n. 3, p. 364–377, 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19030979> >.

WALLIEN, M. et al. Peer group status of gender dysphoric children: a sociometric study. **Arch Sex Behav.**, v. 39, n. 2, p. 553–560, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639403> >.

WEELER, Nicola; LANGTON, Trilby; LIDSTER, Elizabeth, DALLOS, Rudi. Understanding more about how young people make sense of their siblings changing gender identity: How this might affect their relationships with their gender-diverse siblings and their experiences, **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 24(2) 258–276, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359104519830155>.

WHITE HUGHTO, J. M. & REISNER, S. L. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. **Transgend Health**, v.1(1), p.21-31, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27595141>

WINTER, S., et al. The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. **Arch Sex Behav**, v.45(7), p.1605-1614, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/312142488\\_ICD11\\_and\\_Gender\\_Incongruence\\_Language\\_is\\_Important](https://www.researchgate.net/publication/312142488_ICD11_and_Gender_Incongruence_Language_is_Important)

WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non-Conforming People. v. 7th Version, 2012. Disponível em: < <http://www.wpath.org/> >.

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

ZUCKER, K. Gender identity disorder in children and adolescents. **Rev Clin Psychol** ., v. 1, p. 467–492 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716096> >.

ZUCKER, K.; BRADLEY, S.; OWEN-ANDERSON, A. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. **J Sex Marital Ther** v. 38, n. 2, p. 151–89, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22390530>>.



## ANEXOS

## ANEXO A - Aceite Comitê de Ética



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



FMRP-USP  
RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 05 de dezembro de 2012

Ofício nº 4301/2012  
CEP/MGV

**PROCESSO HCRP nº 13120/2012**

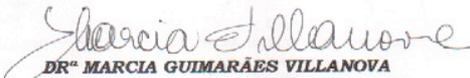
**Prezada Pesquisadora,**

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

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

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

Atenciosamente.



**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora  
**MARIA RITA LERRI**  
Depto. de Ginecologia e Obstetria

---

Campus Universitário – Monte Alegre  
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP  
FWA-00002733, IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4  
(016) 3602-2228  
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

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

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

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- 1-A Eu me sinto tenso e contraído:
- ( ) A maior parte do tempo
  - ( ) Boa parte do tempo
  - ( ) De vez em quando
  - ( ) Nunca
- 2-D E ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
- ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
  - ( ) Não tanto quanto antes
  - ( ) Só um pouco
  - ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- 3-A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
- ( ) Sim, e de um jeito muito forte
  - ( ) Sim, mas não tão forte
  - ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
  - ( ) Não sinto nada disso
- 4-D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
- ( ) Do mesmo jeito que antes
  - ( ) Atualmente um pouco menos
  - ( ) Atualmente bem menos
  - ( ) Não consigo mais
- 5-A Estou com a cabeça cheia de preocupações:
- ( ) A maior parte do tempo
  - ( ) Boa parte do tempo
  - ( ) De vez em quando
  - ( ) Raramente
- 6-D Eu me sinto alegre:
- ( ) Nunca
  - ( ) Poucas vezes
  - ( ) Muitas vezes
  - ( ) A maior parte do tempo
- 7-A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado
- ( ) Sim, quase sempre
  - ( ) Muitas vezes
  - ( ) Poucas vezes
  - ( ) Nunca
- 8-D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- Quase sempre  
 Muitas vezes  
 De vez em quando  
 Nunca
- 9-A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
 Nunca  
 De vez em quando  
 Muitas vezes  
 Quase sempre
- 10-D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 Completamente  
 Não estou mais me cuidando como eu deveria  
 Talvez não tanto quanto antes  
 Me cuido do mesmo jeito que antes
- 11-A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 Sim, demais  
 Bastante  
 Um pouco  
 Não me sinto assim
- 12-D Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:  
 Do mesmo jeito que antes  
 Um pouco menos do que antes  
 Bem menos do que antes  
 Quase nunca
- 13-A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 A quase todo momento  
 Várias vezes  
 De vez em quando  
 Não sinto isso
- 14-D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:  
 Sempre  
 Várias vezes  
 Poucas vez  
 Quase nunca

A----- D-----



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.



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

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

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Pesquisadores envolvidos: Maria Rita Leri, Lúcia Alves da Silva Lara, Adriana Peterson Mariano Salata Romão, Sara Veloso Lara, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva  
Este texto é direcionado aos pacientes acompanhados no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH).

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

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

Esta pesquisa tem benefícios já que o Brasil é um país que ainda tem pequena experiência sobre o tratamento dos transexuais. A literatura não mostra como devemos caracterizar adequadamente os pacientes transexuais que precisam da cirurgia de mudança de sexo. Isto porque alguns pacientes nem sempre tem a certeza de que realmente querem fazer a cirurgia. Desta forma, este trabalho contribuirá para que os verdadeiros anseios dos transexuais sejam conhecidos dos profissionais que prestam assistência a eles.

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

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

São meus direitos:

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

Você receberá uma cópia deste documento assinada pelo pesquisador

\_\_\_\_\_  
 Nome do(a) voluntário(a)                      Assinatura do(a) voluntário(a)                      data

\_\_\_\_\_  
 Nome do pesquisador                      Assinatura do pesquisador                      data

**Pesquisadora responsável:** Maria Rita Leri – CRP: 06/99631

Telefone para Contato: (016) 3602-2311

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

Comitê de Ética em Pesquisa – 3602-2228

Versão 2

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista - Caracterização Sócio Demográfica

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Etnia: Branca ( ) Mulata ( ) Negra ( ) Oriental ( )  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro que mora: \_\_\_\_\_ UBS origem: \_\_\_\_\_  
 Tipo de relacionamento: Namoro ( ) Casamento ( ) União Estável ( ) Solteiro(a) ( )

Escolaridade:  
 Fundamental incompleto ( ) Médio incompleto ( ) Superior incompleto ( )  
 Fundamental completo ( ) Médio completo ( ) Superior completo ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_ SM: \_\_\_\_\_ Menor que 1 SM ( ) 1 a 2 SM ( )  
 3 a 4 SM ( ) 5 a 6 SM ( ) Maior que 6 SM ( )

Com remuneração ( ) Sem Remuneração ( )

Motivo:

Mora com: ( ) Companheiro ( ) Pais ( ) Irmãos ( ) Amigos (as) ( ) Filhos  
 Tipo de moradia: ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Própria ( ) Financiada ( ) Outros

Você segue alguma religião? Qual?

Você já usou/usa substâncias (álcool, tabaco ou outras drogas ilícitas)? Sim ( ) Não ( )

Quais:

Uso de hormônios além dos indicados ( ) sim ( ) não

Quais?

Já tomou algum hormônio antes? Qual?

Número de parceiros:

Doenças sexualmente transmissíveis? Qual (is):

Idade da primeira experiência sexual – com quem?

Sente-se discriminada(o)?

Tentativas de Suicídio: Sim ( ) Não ( )

Quando?

Porque?

Que tipo de tratamento fez/faz? Psicológico( ) Psiquiátrico( ) Neurológico( ) Nenhum( )

Você toma ou tomou alguma medicação?

Quais?

Com que frequência?

### Pergunta disparadora

Como foi sua descoberta em relação à transexualidade?