



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

FABRICIA CORREIA DE AZEVEDO

IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO
TRANSGÊNERO DE UM AMBULATÓRIO EM SERGIPE

LAGARTO-SE

2025

FABRICIA CORERIA DE AZEVEDO

IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO
TRANSGÊNERO DE UM AMBULATÓRIO EM SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Coordenação do Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
– Campus Professor Antônio Garcia Filho,
como requisito básico para a conclusão do
curso de Medicina.

Orientador: Msc. José Milton Alves dos
Santos Júnior

LAGARTO-SE

2025

FABRICIA CORREIA DE AZEVEDO

**IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO
TRANSGÊNERO DE UM AMBULATÓRIO EM SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Coordenação do Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
– Campus Professor Antônio Garcia Filho,
como requisito básico para a conclusão do
curso de Medicina.

Orientador: Msc. José Milton Alves dos
Santos Júnior

Lagarto/SE, 04 de outubro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profº José Milton Alves dos Santos

1º Examinador

2º Examinador

[illegible]

RESUMO

INTRODUÇÃO: As pessoas transgênero são aquelas que experimentam a discordância entre sua identidade de gênero e o sexo biológico atribuído a eles ao nascimento. Como resultado do contexto social de constante vivência de estresse psicológico e vulnerabilidade, observa-se maiores taxas de depressão, ansiedade e suicídio na população transgênero quando comparados a população cisgênero. Por outro lado, diversos estudos associam a hormonização a melhores desfechos nos domínios psicológico, social, familiar e sexual nessa população. **OBJETIVO:** Descrever epidemiologicamente e determinar a prevalência de depressão e ansiedade na população transgênero de um ambulatório Trans em Sergipe antes e depois do processo de hormonização. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo transversal e descritivo realizado no Ambulatório Trans, na cidade de Lagarto-SE, utilizando-se de um questionário sociodemográfico próprio e de duas escalas de domínio público para autoavaliação de sintomas depressivos (HAM-D) e ansiosos (HADS). A amostra foi constituída por usuários maiores de 18 anos atendidos pelo Ambulatório Trans e os dados obtidos foram testados pelo teste t de Student para comparar os resultados das escalas e o teste qui-quadrado de independência para investigar fatores associados ao uso de hormônios. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 50 indivíduos. Desses, 25 faziam uso de hormônios como método de afirmação de gênero e 25 não os utilizavam. 66% (n=33) tinham entre 18-28 anos, 58% (n=29) eram do sexo feminino, 64% (n=32) possuía renda de até 1 salário mínimo, 46% (n=23) declararam-se pardos(as), 58% (n=29) negou o uso de substância lícitas ou ilícitas, 64% (n=32) faz uso contínuo de medicações, 58% (n=29) tem algum diagnóstico psiquiátrico e 80% faz acompanhamento psicoterapêutico. Na análise estatística, não houve diferenças estatisticamente significativas nos escores de sintomas ansiosos (HADS; $p=0,214$) e depressivos (HAM-D; $p=0,797$) antes e após a hormonização. Na avaliação comparativa das variáveis, apenas a presença de diagnóstico psiquiátrico prévio exibiu aumento significativo após a hormonização ($p=0,021$). **CONCLUSÃO:** Essa pesquisa contribui para o fortalecimento da escassa literatura brasileira sobre essa temática. Os achados desse estudo evidenciam a complexidade das relações entre saúde mental e a hormonização como processo de afirmação de gênero na população transgênero, sendo o primeiro a investigar essa associação em um cenário nacional. Apesar de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas nas escalas entre os grupos com e sem o uso de hormônios, foi possível identificar uma elevada prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva em ambos, fator que reforça a vulnerabilidade psicossocial dessa população.

Palavras-Chave: pessoas transgênero; depressão; transtornos de ansiedade

ABSTRACT

INTRODUCTION: Transgender people are those who experience a mismatch between their gender identity and the biological sex assigned to them at birth. As a result of the social context of constant psychological stress and vulnerability, higher rates of depression, anxiety, and suicide are observed in the transgender population when compared to the cisgender population. On the other hand, several studies associate hormone therapy with better outcomes in psychological, social, familiar, and sexual domains within this population.

OBJECTIVE: To describe epidemiologically and to determine the prevalence of depression and anxiety in the transgender population of a Trans outpatient clinic in Sergipe, before and after the hormone therapy process.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive cross-sectional study carried out at the Trans Outpatient Clinic in the city of Lagarto-SE, using sociodemographic questionnaires authored by the researchers and two scales validated in the public domain for self-assessment of depressive (HAM-D) and anxiety (HADS) symptoms.

The population consisted of users over 18 years or older who was attended at the Trans Outpatient Clinic. Data obtained were analyzed using the Student's t-test to compare scale results and the chi-square test of independence to investigate factors associated with hormone use.

RESULTS: A total of 50 individuals were interviewed. Of these, 25 used hormones as a method of gender affirmation and 25 did not. 66% (n=33) were between 18–28 years old, 58% (n=29) were female, 64% (n=32) had an income of up to one minimum wage, 46% (n=23) self-identified as pardos(as), 58% (n=29) denied the use of legal or illegal substances, 64% (n=32) used continuous medication, 58% (n=29) had a psychiatric diagnosis, and 80% were undergoing psychotherapeutic follow-up.

Statistical analysis revealed no statistically significant differences in anxiety (HADS; $p=0.214$) or depressive (HAM-D; $p=0.797$) symptom scores before and after hormone therapy.

In the comparative evaluation of variables, only the presence of a previous psychiatric diagnosis showed a significant increase after hormone therapy ($p=0.021$).

CONCLUSION: This research contributes to strengthening the scarce Brazilian literature on this topic. The findings of this study highlight the complexity of the relationships between mental health and hormone therapy as a process of gender affirmation in the transgender population, being the first to investigate this association in a national context. Although no statistically significant differences were observed in the scales between groups with and without hormone use, a high prevalence of anxiety and depressive symptoms was identified in both, reinforcing the psychosocial vulnerability of this population.

Key words: transgender people; depression; anxiety disorders

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos das pessoas transgênero entrevistadas.....	24
Tabela 2 – Distribuição das medidas de tendência central da pontuação obtida nas escalas HADS e HAM-D.....	25
Tabela 3 – Análise estatística das escalas e das variáveis categóricas.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Sexualidade, Gênero e Identidade de Gênero.....	12
3.2 Violência de Gênero	12
3.3 Morbidade Psiquiátrica da população transgênero	13
3.4 Depressão e Ansiedade.....	14
3.5 Afirmação de Gênero	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1 Tipo de Estudo.....	18
4.2 Local e Período da Pesquisa	18
4.3 População e Amostra	18
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	18
4.5 Coleta e Análise de Dados.....	18
4.6 Garantias Éticas aos Participante.....	20
4.7 Riscos	20
4.8 Benefícios	22
4.9 Cálculo amostral	21
4.10 Critérios de Encerramento ou Suspensão	21
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO	26
7 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico	39
ANEXO A – Escala de autoavaliação para sintomas ansiosos (HADS) e depressivos (HAM-D).....	40
ANEXO B - Parecer do CEP	44

1 INTRODUÇÃO

As pessoas transgênero (também chamadas de pessoas trans) são aquelas que experimentam um grau de incongruência de gênero, isto é, uma discordância entre sua identidade ou expressão de gênero e o sexo biológico atribuído a eles ao nascimento (WINTER *et al.*, 2016). Embora faltem dados precisos sobre o tamanho da população transgênero globalmente, as estimativas sugerem uma prevalência de identidade transgênero de 0,3% a 0,5%. Apesar do pequeno número, as pessoas transgênero são uma população sobrecarregada por indicadores de saúde substancialmente adversos. Hipotetiza-se que as iniquidades em saúde para esses indivíduos sejam multifatoriais com riscos que incluem a marginalização social e econômica sistemática, a patologização, o estigma, a discriminação e a violência, que ocorrem dentro e fora dos ambientes de saúde (REISNER *et al.*, 2016).

No Brasil, a violência contra pessoas transexuais atinge números preocupantes, já que, segundo o levantamento realizado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) em 2022, 131 pessoas trans foram assassinadas, sendo o país com mais morte de pessoas travestis e transexuais no mundo pelo 14º ano consecutivo (ANTRA, 2023). Diante desse cenário, todos esses fatores empenham uma significativa sinergia na gênese de transtornos psiquiátricos, visto a influência do ambiente socioeconômico e cultural nesse processo. Como resultado do contexto social de constante vivência de estresse psicológico e vulnerabilidade, observa-se maiores taxas de depressão, ansiedade e suicídio na população transgênero quando comparados a população cisgênero (CRUZ *et al.*, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que, em escala global, 4,4% da população sofre de transtorno depressivo e 3,6% de transtorno de ansiedade, indicando uma tendência crescente desses problemas. O Brasil ocupa a quarta posição entre os países da América Latina com o maior aumento anual de suicídios, sendo o segundo em números absolutos na região das Américas. Os transtornos mentais são de grande importância devido aos efeitos diretos negativos que causam, além dos impactos significativos na qualidade de vida e saúde das pessoas afetadas. Existem evidências de que o adoecimento mental está relacionado ao aumento na frequência e na gravidade de outras doenças crônicas (ARAÚJO; TORRENTE, 2023). Apesar de não haver dados divulgados pela OMS específicos à população transgênero em relação a questões de saúde mental, diversas pesquisas internacionais chamam a atenção para os altos índices de sintomatologia e agravos à saúde mental de pessoas transgênero. Uma delas aponta que jovens transgêneros têm uma prevalência mais alta de depressão em comparação com a população em geral (ALVARES *et al.*, 2022). Também, estudos recentes

sugerem que aproximadamente 40% ou mais das pessoas transgênero já tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida (REIS *et al.*, 2021).

Por outro lado, a hormonização é uma intervenção de saúde que pode ser utilizada por pessoas transgênero, como um modo de afirmação e reconhecimento pela sociedade de acordo com o gênero com o qual se identificaram (BRASIL, 2015). Ela é uma das diversas formas de afirmação de gênero e diversos estudos associam a hormonização a melhores desfechos nos domínios psicológico, social, familiar e sexual de indivíduos transgênero, além de reduzir a disforia de gênero, definida como angústia que se origina da diferença entre o sexo biológico e o gênero autorreferido (MURAD *et al.*, 2010).

Desse modo, buscando contribuir com as discussões sobre a temática em um aspecto nacional, o presente estudo tem como objetivo descrever os aspectos sociodemográficos e determinar a prevalência de depressão e ansiedade na população transgênero de um ambulatório Trans em Sergipe antes e depois do processo de hormonização. Isso porque, segundo uma revisão integrativa de literatura (2022) sobre saúde mental de pessoas transgênero, evidencia-se um número maior de estudos internacionais sobre o tema, sendo de suma relevância que o cenário científico brasileiro possa contribuir para o aprofundamento da compressão dessas questões e suas particularidades. Assim, será possível caracterizar o perfil psiquiátrico da população transgênero brasileira, a fim de incentivar a criação de estratégias interventivas que atendam às subjetividades dessa população e garantam acesso à saúde de forma igualitária e universal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Determinar a prevalência de depressão e ansiedade na população estudada antes e depois da hormonização.

2.2 Específicos

Descrever o perfil epidemiológico da amostra estudada durante o período de estudo;
Relacionar os fatores epidemiológicos com a saúde mental da amostra estudada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sexualidade, Gênero e Identidade de Gênero

A OMS define sexualidade como um aspecto central do ser humano ao longo de toda a sua vida, que abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas, uma vez que é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, históricos e espirituais (MAIA; MEDEIROS; FERREIRA, 2018).

O gênero foi incluído no conceito amplo de sexualidade com mais intensidade a partir da década de 1980, estimulado pelos movimentos sociais feministas. Para as ciências sociais e humanas, o conceito de gênero se refere à construção social e histórica que fundamenta a distinção e a relação entre o feminino e o masculino (FARIA *et al.*, 2016). Assim, a palavra gênero expandiu a possibilidade dos papéis sociais e a aplicabilidade na relação entre a expressão de gênero feminino e masculino, reforçando a subjetividade de cada ser humano na maneira de expressar sua sexualidade (CAMARGO; SAMPAIO NETO, 2018).

Nesse sentido, o termo identidade de gênero faz referência a como nos reconhecemos dentro dos padrões de gênero construídos socialmente, sendo então uma experiência individual (VENTRIGLIO; BHUGRA, 2019). São chamadas de cisgênero as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento. As pessoas transgênero ou não-cisgênero são todas aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascer. Esse é um grupo diverso e inclui as mulheres transgêneros, os homens transgêneros, as travestis e os não-binários. A "travesti" refere-se a uma construção identitária feminina característica do Brasil e da América Latina, que carrega um forte significado político de luta e resistência em um contexto histórico e cultural de marginalização dessas pessoas. A distinção entre mulher trans e travesti não deve ser baseada em critérios biomédicos, mas sim respeitando a autoidentificação individual. Já os não binários são aqueles que não se identificam com as definições de gênero binárias (feminino e masculino) e inclui os indivíduos que tem um gênero em constante mudança, ou múltiplos gêneros concomitantes (p. ex: gênero fluido, gênero neutro, entre outros) (BRASIL, 2023).

3.2 Violência de Gênero

O processo de reconhecimento da transexualidade, considerando a autoaceitação e a

aceitação social, provoca no indivíduo um profundo sofrimento psíquico, que, além disso, também vivencia o estigma e o preconceito (DE MELO *et al.*, 2023). Estudos comunitários existentes encontraram taxas elevadas de discriminação, violência e vitimização em pessoas transgêneros em comparação com pessoas cisgêneros. De fato, evidências indicam que entre 50-90% dos indivíduos transgêneros enfrentarão assédio verbal ou desrespeito relacionado à sua identidade de gênero ao longo da vida, e pelo menos 25% sofrerão agressão física ou violência devido à sua identidade de gênero percebida (NEWCOMB *et al.*, 2020). Considerando que as pessoas transgênero não estão enquadradas na lógica cisnormativa de construção da identidade e dos corpos, suas vidas em sociedade são consideradas indignas de serem vividas. Portanto, tornam-se alvos de intolerância, repúdio e insultos, expostas a constante humilhação, violência física, falta de amparo e proteção social, aumentando sua vulnerabilidade psicossocial e impactando na saúde mental dessa população (SANTOS *et al.*, 2023).

3.3 Morbidade Psiquiátrica da população transgênero

Diante desse contexto, altas taxas de doenças psiquiátricas são observadas em indivíduos transgênero. A evidência mais robusta está em nossa compreensão de como o estigma, a exclusão social e a violência contribuem negativamente para os resultados de saúde mental dessas pessoas (KATTARI *et al.*, 2020). Também, a disforia de gênero, sofrimento clinicamente significativo experimentado quando a aparência física e/ou sexo biológico é incongruente com a identidade de gênero, tem sido hipotetizada como relacionada às elevadas taxas de doença mental nessa população (CHODZEN *et al.*, 2019).

Segundo uma revisão sistemática que reuniu 38 pesquisas sobre saúde mental e disforia de gênero (2016), diversos estudos apontaram a depressão e a ansiedade como as principais afecções psiquiátricas diagnosticadas na população transgênero. Outras doenças psiquiátricas, tal qual a esquizofrenia e o transtorno bipolar, não são mais frequentemente encontradas na população transgênero em comparação com a população geral. Além disso, a maioria das pesquisas indicaram não haver diferença entre os gêneros, exceto por um estudo, o qual mostrou que as mulheres transgênero são mais suscetíveis a desenvolver doenças psiquiátricas em comparação a homens transgênero (DHEJNE *et al.*, 2016).

Em particular, a prevalência de ansiedade e depressão na comunidade transgênero como um todo tem sido consistentemente alta. Por exemplo, em um estudo feito nos EUA, 44,1% de 1093 pessoas trans tinham depressão clínica. Assim como a depressão, altas taxas de ansiedade

também têm sido descritas entre indivíduos transgênero. Uma revisão sistemática recente foi publicada explorando a prevalência de sintomas e transtornos de ansiedade na população transgênero, baseando-se em dados de 17 estudos transversais e 8 longitudinais. A prevalência de transtornos de ansiedade variou de 17% a 68%, com os transtornos de ansiedade mais comumente relatados incluindo fobias específicas, fobias sociais, transtornos de pânico e transtornos obsessivo-compulsivos. Além disso, estudos têm mostrado taxas mais altas de ansiedade entre pessoas transgênero em comparação com pessoas cisgênero. Entre uma amostra de 592 pessoas transgênero, 68,8% tinham possíveis transtornos de ansiedade, em comparação com 32,8% de controles cisgênero pareados (KATTARI *et al.*, 2020).

3.4 Depressão e Ansiedade

A depressão, também chamada de transtorno depressivo maior (TDM) ou depressão unipolar, é uma síndrome clínica bastante comum (MAIA *et al.*, 2021). De acordo com a OMS, 4,4% da população adulta mundial padece de depressão, o que representa cerca 280 milhões de pessoas, destacando-se o Brasil com prevalência de 5,8%, maior taxa da América Latina (SILVA *et al.*, 2021). Sua evolução para o suicídio é responsável por 700 mil mortes ao ano, sendo esta a quarta principal causa de óbito na faixa etária de 15-29 anos, além de representar importante causa de diversos níveis de incapacidades. A etiologia dos transtornos depressivos é complexa e multifatorial, na qual os fatores sociais apresentam destaque importante, sobretudo devido a existência de minorias com maior vulnerabilidade e suscetibilidade, como por exemplo, a comunidade de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros, queer, intersexo, assexuais e outros (LGBTQUIA+) (CRUZ *et al.*, 2023). Desse modo, estudos mostram que os estressores de minoria de gênero, como a discriminação e o preconceito, são fatores de risco para depressão e para comportamentos suicidas recorrentes e autodestrutivos, como automutilação, devido a interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos (SILVA *et al.*, 2021).

Os principais sinais e sintomas dessa doença são humor deprimido, descrito como irritado, desesperançoso ou melancólico; anedonia ou perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas; alterações de apetite para mais ou para menos, com consequente ganho ou perda de peso; fadiga e cansaço; alterações no sono; e retardo ou agitação psicomotora (MAIA *et al.*, 2021).

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do transtorno depressivo maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas)
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em 1 mês) ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente)
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas)
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaniaco.

FONTE: adaptado do DSM-5, 2014.

Já os transtornos ansiosos são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes na população geral e estão associados com intenso sofrimento subjetivo e prejuízo funcional (BRITO; BERNIK, 2021). A partir de dados de um levantamento sobre depressão em 2016, feito pela OMS, observou-se que 264 milhões de pessoas sofrem com algum transtorno de ansiedade. Ademais, estima-se que no Brasil mais de 9% dos indivíduos possuem alguma forma patológica de ansiedade, representando uma prevalência três vezes maior que a mundial (CRUZ *et al.*, 2023).

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define os transtornos de ansiedade como todos aqueles que compartilham características de medo e preocupação excessivos, cuja duração e frequência são desproporcionais à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os “nervos à flor da pele”, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensação de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (BRITO; BERNIK, 2021).

Os transtornos de ansiedade, classificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), compreendem os transtornos fóbicos, incluindo a agorafobia com ou sem transtorno de pânico, fobia social e fobias específicas, além de outros transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno de pânico, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e ansiedade e depressão mistas. Na atual edição do DSM-5, o transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo também são classificados como transtornos de ansiedade (STRÖHLE; GENSICHEN; DOMSCHKE, 2018). O TAG, em específico, é uma condição psiquiátrica grave e frequente, com uma prevalência ao longo da vida entre 4,5 a 12%, sendo um dos transtornos mentais mais comuns nos serviços de cuidados primários. Ele apresenta alto risco de cronicidade e alta porcentagem de comorbidade com depressão e outros transtornos de ansiedade (ZUARDI, 2017).

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (como desempenho escolar ou profissional).
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos seguintes 6 sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: apenas um item é exigido para crianças 1. Inquietação ou sensação de estar com os “nervos à flor da pele” 2. Fatigabilidade 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensação de “branco” na mente 4. Irritabilidade 5. Tensão muscular 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono ou sono insatisfatório e inquieto)
D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamentos) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.

FONTE: adaptado do DSM-5, 2014.

3.5 Afirmação de Gênero

Alternativamente, a afirmação de gênero está associada a resultados positivos para a saúde mental de população transgênero. A afirmação de gênero é um processo dinâmico pelo qual um indivíduo afirma seu gênero, seja por meio de processos sociais (p. ex: mudanças de nome e uso de pronomes) e médicos (p. ex: hormônios e cirurgias). As formas sociais de afirmação de gênero são muitas vezes as primeiras e, as vezes, as únicas formas de afirmação de gênero, engajados por essas pessoas, e vários estudos têm ligados experiências sociais de afirmação de gênero à saúde mental positiva em diversas populações transgênero (HUGHTON *et al.*, 2020). Tomados em conjunto, esses achados podem refletir, pelo menos em parte, a noção de que ser visto como um eu autêntico, isto é, gênero identificado, é catártico, e a visibilidade resultante permite a possibilidade de apoio, aceitação ou validação por si mesmo e pelos outros (ERICH *et al.*, 2008). Por exemplo, um estudo holandês aponta para o impacto positivo de um protocolo que incorpora supressão da puberdade, hormônios sexuais cruzados e cirurgia de redesignação de gênero no funcionamento psicológico e bem-estar de 55 indivíduos transgêneros que iniciaram suas intervenções na adolescência (OLSON *et al.*, 2015).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional aprovado em CEP UFS/HUL Lag sob CAAE 82362924.0.0000.0217.

4.2 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Sergipe campus Professor Antônio Garcia Filho, especificamente no Ambulatório Trans, na cidade de Lagarto-SE, durante o período de Janeiro a Agosto de 2025 (totalizando 08 meses).

O Ambulatório Trans é o único do estado de Sergipe a oferecer atendimento ambulatorial a pessoas transgênero. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e algumas especialidades médicas, como endocrinologia, ginecologia e psiquiatria.

4.3 População e Amostra

A população foi constituída por todos os usuários transgêneros com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos no Ambulatório Trans.

A amostra foi composta por 25 indivíduos que ainda não realizaram a hormonização e 25 indivíduos que já tinham realizado esse processo.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa homens e mulheres transgêneros com idade igual ou superior a 18 anos, com ou sem tratamento hormonal, atendidos por qualquer uma das especialidades oferecidas pelo Ambulatório Trans. Excluimos da pesquisa todos os usuários que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada da seguinte forma: durante o tempo de espera dos usuários do Ambulatório Trans para o atendimento, o pesquisador ou pessoa por ele delegada se identificou e apresentou a pesquisa. Depois, foi realizado o convite para participação do

estudo, com entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, dos questionários em papel impresso. Inicialmente, foi aplicado um questionário autoral para coletar características sociodemográfica desses participantes (Apêndice A). As variáveis incluem idade, gênero autorreferido, cor de pele autorreferida (branco; pardo; amarelo; preto; indígena), renda (declarada e classificada de acordo com o salário mínimo vigente à época < R\$1412 ou > R\$1412). Também, foram solicitados dados sobre os antecedentes pessoais desses indivíduos, como uso atual de hormônios para afirmação de gênero; uso de substâncias (álcool e outras drogas); presença de diagnóstico psiquiátrico; medicações em uso e se está em tratamento psiquiátrico atualmente. Após esse momento, foram aplicadas a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), as quais são instrumentos para autoavaliação de sintomas depressivos e ansiosos.

A HAM-D tem como objetivo identificar a gravidade dos sintomas depressivos e é composta por 17 itens, sendo atribuídos escores a cada item da escala individualmente, podendo este variar de um valor mínimo de zero até dois ou quatro, dependendo do item em questão (GALLUCCI *et al.*, 2001). A soma total dos escores de todos os itens pode variar de zero até 52. Não há na literatura pontos de corte determinados pelo autor da escala, aceitando-se na prática clínica, escores acima de 25 pontos caracteriza pacientes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e entre 7-17 pontos, pacientes com depressão leve. A escala é de domínio público e sua versão traduzida é amplamente utilizada no Brasil (FREIRE *et al.*, 2014).

A HADS tem como objetivo detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos (CORNIA; SILVEIRA, 2021). Esse instrumento contém 14 questões divididas em duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada, totalizando cerca de quatro minutos para seu preenchimento total. Nesse estudo será utilizada a subescala para ansiedade, cuja pontuação global varia de 0 a 21 pontos (BOTEGA *et al.*, 1995). Cada item é respondido em uma escala tipo Likert de quatro itens, cujas variáveis vão de 0 (ponto mínimo) a 3 (ponto máximo). Os pontos de corte são: < 8 pontos, sem ansiedade; 8-10 pontos, ansiedade leve; 11-14 pontos ansiedade moderada e 15-21 pontos, ansiedade grave. A escala é de domínio público e apresenta boa sensibilidade (70,8% a 80,6%) e especificidade (69,6% a 90,9%) quando comparada à Escala de Ansiedade de Beck (EAB) e à Escala de Depressão de Beck (EDB), ambas consideradas padrão-ouro (CORNIA; SILVEIRA, 2021).

Os dados foram organizados e analisados, respectivamente, utilizando os programas

Microsoft Excel (versão 16.0) e Jamovi (versão 2.6.44.0). As variáveis quantitativas foram exibidas em média e desvio-padrão. O teste t de Student foi aplicado para comparar a pontuação individual em cada uma das escalas, com o objetivo de investigar o quanto essas somatórias eram diferentes entre quem utiliza ou não hormônios como método de afirmação de gênero. Realizou-se, ainda, o teste de qui-quadrado de independência entre as variáveis categóricas, a fim de investigar possíveis fatores associados ao uso de hormônios. O nível de significância estatística estipulado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4.6 Garantias Éticas aos Participante

Os participantes da pesquisa não foram identificados de nenhuma maneira. Nesse sentido, seus dados foram mantidos de forma sigilosa e somente utilizados para os fins descritos no esboço dessa pesquisa. O estudo visa cumprir com as resoluções nº466/12, de 12 de dezembro de 2012 e nº510/16, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/1997, 251/1997, 292/1999, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005).

Os pesquisadores informaram aos participantes sobre todos os aspectos pertinentes ao estudo, incluindo as informações como a aprovação pelo CEP, em linguagem simples e objetiva para fácil compreensão.

Antes da entrevista, o TCLE foi assinado, com o preenchimento do nome do participante, e datado pelo mesmo e pela pessoa que conduziu a discussão do termo de consentimento livre e esclarecido. Uma cópia do TCLE assinado e datado foi fornecida ao participante.

4.7 Riscos

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Os riscos da presente pesquisa foram mínimos, podendo ser de caráter psíquico (o constrangimento em responder perguntas pessoais e alterações na autoestima provocadas pela evocação de memória ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva), físico (o cansaço de responder o questionário) e socioculturais (vergonha ou medo de ser discriminado por amigos, familiares ou conhecidos que tenham conhecimento das suas respostas e/ou seu diagnóstico). Os riscos físicos e psíquicos foram minimizados com a aplicação breve dos questionários em ambientes calmos, respeitando a devida privacidade e

a vontade do usuário, uma vez que caso o mesmo desejasse interromper a sua participação a qualquer momento, sua vontade seria cumprida sem nenhuma penalidade. Além disso, os pesquisadores eram habilitados ao método de coleta dos dados, sendo capazes de identificar sinais não verbais (por exemplo: cruzar os braços e desviar o olhar) e verbais de desconforto. Quanto aos riscos de caráter socioculturais, os pesquisadores comprometeram-se a preservar a confidencialidade dos dados obtidos, usando-os apenas para a execução do presente projeto, a fim de garantir a não estigmatização e a não utilização das informações em prejuízo dos participantes.

4.8 Benefícios

Os resultados da pesquisa indicam o perfil epidemiológico e algumas características clínicas dos usuários do Ambulatório Trans da cidade de Lagarto. Esses dados poderão ser utilizados para compreender melhor as especificidades vividas por esses usuários, bem como auxiliarão no planejamento de políticas públicas para a saúde mental da população transgênero no estado de Sergipe.

Para os envolvidos na pesquisa, não houve recompensa financeira.

4.9 Cálculo amostral

O cálculo amostral com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% foi aplicado estimando-se um número de 150 usuários ativos no ambulatório durante o período de criação desse projeto. Esse cálculo foi realizado através do software de domínio público chamado Epi Info versão 7, o qual foi criado pelo Centers for Disease Control and Prevention. Dessa maneira, 50 é o número representativo de usuários que participarão desse estudo.

4.10 Critérios de Encerramento ou Suspensão

A pesquisa poderá ser suspensa ou interrompida nas seguintes situações: não atingir um qualitativo substancial para realização do estudo; o Ambulatório Trans encerrar suas atividades; e identificação de dano não previsto anteriormente para os usuários envolvidos na pesquisa. Em caso de suspensão ou encerramento, o CEP UFS Lag/HUL será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa.

5 RESULTADOS

O presente estudo teve a contribuição de 50 usuários que frequentaram, no mínimo uma vez, o ambulatório trans. Desses, 25 faziam uso de hormônios como método de afirmação de gênero e 25 não os utilizavam.

Dentre aqueles que não usavam hormônios, 52% (n=13) se identificaram com o gênero feminino e 48% (n=12) com o masculino (tabela 1). Nenhum se reconheceu como não-binário. Além disso, percebemos uma amostra jovem, pois compreende 68% (n=17) de usuários com idade entre 18 e 29 anos, enquanto 24% (n=6) tinham entre 30 e 39 anos e 8% (n=2) tinham mais que 40 anos. Quanto à raça autorreferida, temos uma maioria de pardos(as) com 48% (n=12), seguido de 40% (n=10) brancos(as) e 12% (n=3) pretos(as). Em relação a renda familiar mensal, a maioria 68% (n=17) tinham até um salário-mínimo vigente ao ano de 2024. Sobre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas, 60% (n=15) referiu não consumir, porém, dentre aqueles que utilizavam, os entorpecentes mais citados foram: álcool (n=8), maconha (n=4) e cigarro (n=3), sendo comum o uso concomitante dessas substâncias. Foi evidenciado que 60% (n=15) dos entrevistados não possui diagnóstico psiquiátrico atual. Entre os que apresentam, 32% (n=8) tem algum transtorno de ansiedade, 24% (n=6) Transtorno Depressivo Maior, 16% (n=4) Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e 20% (n=5) apresentam outras condições, como a Esquizofrenia e o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Foi identificado que 28% (n=7) dos usuários tinham duas ou mais dessas doenças. Também, 60% (n=15) deles relataram fazer acompanhamento terapêutico com o psicólogo (n=10) e/ou com o psiquiatra (n=11). No que se refere ao uso diário de medicação, 60% (n=15) confirmaram, sendo os psicotrópicos e os anti-hipertensivos as classes mais mencionadas.

Já entre os usuários que usavam hormônios, 64% (n=16) se identificaram com o gênero feminino e 28% (n=7) com o masculino. Nesse grupo, também percebemos uma amostra jovem, já que 64% (n=16) dos entrevistados tem idade entre 18 e 29 anos, 28% (n=7) entre 30 e 39 anos e 8% (n=2) mais que 40 anos. Em relação à raça autorreferida, houve uma maioria de pardos(as) e de brancos(as), ambos com 44% (n=11), seguido de 8% (n=2) de amarelos(as). Quanto à renda familiar mensal, 60% (n=15) referiu ter até um salário-mínimo. Sobre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas, 56% (n=14) referiu não consumir, porém, entre aqueles que utilizavam, os entorpecentes citados foram: álcool (n=10), maconha (n=2) e cocaína (n=1). Apenas dois usuários referiram usar mais de uma dessas substâncias. Foi evidenciado que 76% (n=19) dos entrevistados possui algum diagnóstico psiquiátrico, sendo 48% (n=12) algum transtorno de ansiedade, 36% (n=9) o Transtorno Depressivo Maior, 20% (n=5) TDAH e 32%

(n=8) apresentam outras condições, como a Esquizofrenia, o TEA e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Desses, 36% (n=9) tinham dois ou mais diagnósticos concomitantes. Além disso, 64% (n=16) deles relataram fazer acompanhamento terapêutico com o psicólogo (n=3) e/ou com o psiquiatra (n=16). No que se refere ao uso diário de medicação, 68% (n=17) confirmaram, sendo os psicotrópicos a única classe mencionada.

Tabela 1: Distribuição dos dados sociodemográficos das pessoas transgênero entrevistadas.

	SEM HORMÔNIO (n=25)		COM HORMÔNIO (n=25)	
	n	%	n	%
Gênero				
Masculino	12	48	9	36
Feminino	13	52	16	64
Faixa etária				
18 a 29 anos	17	68	16	64
30-39 anos	6	24	7	28
40-50 anos	1	4	2	8
> 50 anos	1	4	0	0
Raça Autorreferida				
Branco (a)	10	40	11	44
Preto (a)	3	12	1	4
Pardo (a)	12	48	11	44
Amarelo (a)	0	0	2	8
Indígena	0	0	0	0
Renda familiar mensal				
Até um salário-mínimo	17	68	15	60
> que um salário-mínimo	8	32	10	40
Uso de substâncias				
Sim	10	40	11	44
Não	15	60	14	56
Diagnóstico psiquiátrico atual				
Possui	10	40	19	76
Não possui	15	60	6	24
Uso diário de medicações				
Sim	15	60	17	68
Não	10	40	8	32
Acompanhamento terapêutico				
Sim	15	60	16	64
Não	10	40	9	36

Fontes: Próprios autores, 2025.

De forma geral, 76% (n=19) do grupo de pacientes com hormonização e 60% (n=15) do grupo sem hormonização apresentaram sintomas ansiosos (HADS >8 pontos). Para os sintomas depressivos (HAM-D > 7 pontos), o padrão foi equivalente, pois 84% (n=21) de ambos os grupos apresentaram essa sintomatologia. A tabela 2 expõe a disposição da pontuação obtida nas escalas que mensuram a intensidade de sintomas ansiosos e depressivos, respectivamente HADS e HAM-D. No grupo de usuários que não realizavam hormonização, a HADS obteve escore médio de 9,4 e a HAM-D de 13,48. Os entrevistados que já utilizavam hormônios apresentaram pontuação média de 11,16 na HADS e 14 na HAM-D. Portanto, observamos menor média e desvio padrão em ambas as escalas no grupo dos usuários que não faziam uso de hormônio.

Tabela 2: Distribuição das medidas de tendência central da pontuação obtida nas escalas HADS e HAM-D.

	SEM HORMÔNIO (n=25)		COM HORMÔNIO (n=25)	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Escala HADS	9,4	5,25	11,16	4,39
Escala HAM-D	13,48	7,26	14	6,54

Fonte: Próprios autores, 2025.

Na análise dos desfechos avaliados, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas nos escores de sintomas ansiosos (HADS; $p = 0,214$) e depressivos (HAM-D; $p = 0,797$) antes e após o início da hormonização, conforme mostrado na tabela 3. Da mesma forma, não foram identificadas diferenças significativas quanto à renda ($p = 0,769$) e ao uso de medicação psiquiátrica ($p = 0,769$) entre os dois momentos, sugerindo ausência de relação entre essas variáveis. Contudo, a presença de diagnóstico psiquiátrico apresentou aumento significativo após a hormonização ($p = 0,021$), sugerindo um impacto negativo desse processo na diminuição de diagnósticos formais ao longo do acompanhamento.

Tabela 3: Análise estatística das escalas e das variáveis categóricas.

	χ^2 ^a	P ^b
HADS ¹		0.214
HAM-D ¹		0.797

Renda > que 1 salário-mínimo²	0,347	0,556
Diagnóstico psiquiátrico prévio²	6,65	0,010*
Uso contínuo de medicações²	0,347	0,556

Fonte: Próprios autores, 2025.

^a χ^2 : qui-quadrado. ^bP-valor: significância estatística se $p < 0,05$. ¹Teste t de Student. ²Teste de Qui-quadrado de independência.

6 DISCUSSÃO

Os valores obtidos revelam que a maioria dos entrevistados são do gênero feminino, tem menos de 30 anos, são pardos (as), com renda menor ou igual a um salário-mínimo, não utilizam substâncias lícitas ou ilícitas e fazem tratamento de saúde mental. Em um estudo realizado no Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana da Universidade de São Paulo (USP), por *Terri et al.* (2017), a amostra é constituída de 82% de mulheres transgênero, com idade média de 25,5 anos, 68% são brancos, 54% utilizavam drogas lícitas ou ilícitas e 36% fazem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Em *Hughto et al.* (2020), 81,3% eram do gênero masculino, com idade média de 33 anos e 75,3% eram brancos(as). Esses dados evidenciam a heterogeneidade das variáveis sociodemográficas e clínicas dos estudos, resultado da pluralidade da amostra e dos objetivos de cada pesquisa.

A idade dos entrevistados nessa pesquisa indica uma preponderância da população jovem, entre 18-30 anos, que condiz com outros estudos brasileiros. Em Recife (PE), Santos e Melo (2022) aponta que 66% dos usuários eram do gênero feminino, 65% tinham entre 18-30 anos, 70% eram pretos(as) ou pardos(as) e 44% recebem até 1 salário-mínimo. Em São Luís (MA), Cruz *et al.* (2023), apresenta 76,1% são homens trans com idade de 18-30 anos, 54,3% são pardos, 58,7% recebem até um salário-mínimo. A maior procura pelos serviços de saúde do processo transexualizador nessa faixa etária pode estar relacionado ao desejo de antecipar o processo de transição de gênero, a fim de interromper o desenvolvimento das características do sexo biológico e, consequentemente, evitar disforia de gênero (YADEGARFARD; HO; BAHRAMABADIAN, 2013).

No que diz respeito à renda, os usuários predominantemente possuíam até um salário-mínimo. Esse dado pode estar associado à estigmatização e o preconceito sofridos por essa população nos ambientes familiar, acadêmico e social, resultando em evasão escolar e em desqualificação profissional. No mercado de trabalho formal, a discriminação manifesta-se pela dificuldade de acesso ao mercado formal e ascensão profissional (LICCIARDI; WAITMANN; DE OLIVEIRA, 2015). Em uma pesquisa realizada na região da Baixada Santista em SP, Barroso *et al.* (2024), mostra que 32,5% dos entrevistados não tinham renda e 31,2% recebiam até um salário-mínimo.

Quanto ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, a maioria dos entrevistados negou utilizá-las. Apesar de ser um resultado positivo, ele diverge do que tem sido descrito na literatura. Uma pesquisa realizada em três cidades de Goiás, expõe as altas taxas de uso de

álcool entre mulheres trans em comparação as outras minorias sexuais. Na Califórnia, um estudo identificou que a prevalência do uso de substâncias entre jovens transgênero foi quatro vezes superior à observada entre estudantes cisgênero (Magalhães *et al.*, 2024).

Foi identificado que a maior parte da amostra geral possuía sintomatologia ansiosa e depressiva. Tal dado está em concordância com os estudos. Em Heylens *et al.* (2014), pesquisa realizada em quatro países europeus, foi identificado que 38% das pessoas transgênero apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, percentual significativamente mais elevado quando comparado à população geral. Fato também salientado em Bouman *et al.* (2016), estudo comparativo realizado na Inglaterra, em que as pessoas transgênero tinham cerca de três vezes mais risco de apresentar distúrbios ansiosos quando comparados a população geral controle. Essa tendência ao adoecimento mental pode ser explicada pela Teoria psicopatológica do Estresse de Minorias desenvolvida por Meyer (2003), em que grupos estigmatizados estão mais suscetíveis a fatores estressantes, como um contexto social hostil e desigual, os quais potencializam o surgimento de doença mental e prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (Paveltchuk; Borsa, 2020).

Nesse estudo, não houve diferenças significativas na pontuação obtida nas escalas HADS e HAM-D entre os grupos de usuários que utilizam ou não hormônios como método de afirmação de gênero. Essa informação diverge com a nossa hipótese inicial de que a hormonização atuaria como fator de proteção para a saúde mental dessa população. No estudo de Gómez-Gil *et al.* (2011), foi aplicada a escala HADS em 200 indivíduos transgênero de Barcelona divididos em dois grupos (com e sem hormonização). Entre os participantes, 61% dos que não utilizavam hormônios apresentaram sintomas de ansiedade, em contraste com 33% daqueles que realizava hormonização. Esses dados demonstram que os usuários em hormonização apresentaram escores significativamente mais baixos na subescala de ansiedade quando comparados àqueles que ainda não haviam iniciado esse processo. Em Azeem *et al.* (2019), foi aplicada a escala HAM-D em 156 pessoas transgênero, das quais 63,5% apresentaram sintomas de depressão, sendo a presença de ideação suicida e o uso de substância ilícitas fatores fortemente associados.

Na avaliação comparativa das variáveis entre os usuários com ou sem hormonização, identificou-se que apenas diagnóstico psiquiátrico prévio apresentou associação significativa ($p < 0,05$), ou seja, indivíduos que utilizam hormônios apresentam maior prevalência de diagnósticos psiquiátricos em comparação aos que não utilizam. Esse dado contrapõe a

literatura, já que alguns estudos mostram que a hormonização é um fator protetor para a saúde mental nessa população. Um estudo prospectivo revela que a proporção de indivíduos transgênero apresentando sintomas de depressão diminuiu de 42% para 22% ao longo de 12 meses de tratamento (Baker *et al.*, 2021). Colizzi *et al.* (2020), relata reduções significativas nos sintomas de saúde mental, com os sintomas ansiosos reduzindo de 50% para 17% após o início do uso de hormônios. Em uma pesquisa longitudinal e prospectiva realizada na Inglaterra, embora tenha sido encontrada redução nos sintomas depressivos em indivíduos transgênero após 18 meses do início da hormonização, não foi encontrada redução estatística para os sintomas ansiosos. Além disso, uma proporção significativa de participantes ainda apresentava, após a hormonização, transtornos depressivos e/ou ansiosos, sendo significativamente mais altos do que os relatados na população geral (Aldridge *et al.*, 2021). Dessa forma, o uso de hormônios como estratégia de afirmação de gênero torna-se um componente fundamental do cuidado em saúde, contribuindo de maneira significativa para a promoção do bem-estar físico e psicológico desses indivíduos.

Esse estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Os achados não podem ser generalizados, uma vez que a amostra utilizada é relativamente pequena e representa uma parcela restrita de um estado brasileiro. Além disso, existe a possibilidade de viés decorrente da sub ou superestimação da sintomatologia por parte dos participantes nos questionários de autoaplicação. Nesse sentido, é essencial a realização de novas pesquisas com delineamento prospectivo e longitudinal, bem como uma amostra mais ampla, a fim de aprofundar a compreensão acerca dos problemas de saúde mental e de seus determinantes nessa população de alto risco.

7 CONCLUSÃO

No geral, essa pesquisa contribui para o fortalecimento da escassa literatura brasileira sobre essa temática. Os achados desse estudo evidenciam a complexidade das relações entre saúde mental e a hormonização como processo de afirmação de gênero na população transgênero, sendo o primeiro a investigar essa associação em um cenário nacional. Apesar de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas nas escalas entre os grupos com e sem o uso de hormônios, foi possível identificar uma elevada prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva em ambos, fator que reforça a vulnerabilidade psicossocial dessa população. A associação significativa entre o uso de hormônios e a presença de diagnóstico psiquiátrico prévio sugere a necessidade de acompanhamento contínuo e integral em saúde mental para além do processo de hormonização, reconhecendo as singularidades e demandas específicas desses indivíduos, a fim de promover não apenas o cuidado clínico, mas também a redução de iniquidades sociais e a garantia dos direitos fundamentais da população transgênero.

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, Z. *et al.* Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: a prospective cohort study. *Andrology*, v. 9, n. 6, p. 1808–1816, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/andr.12990>. Acesso em: 20 setembro 2025.

ALVARES, J. *et al.* Saúde mental de pessoas transgênero: revisão integrativa de literatura. *PSI UNISC*, v. 6, n. 2, p. 139-157, 2022. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/17227>. Acesso em: 20 maio 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília: Distrito Drag, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>. Acesso em: 30 maio 2024.

ARAÚJO, T. M.; TORRENTE, M. O. N. Mental health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 1, e2023098, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742023000100902>. Acesso em: 20 setembro 2025.

AZEEM, R.; ZUBAIR, U. B.; JALIL, A.; KAMAL, A.; NIZAMI, A.; MINHAS, F. Prevalence of suicide ideation and its relationship with depression among transgender population. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, v. 29, n. 4, p. 349–352, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2019.04.349>. Acesso em: 20 setembro 2025.

BAKER, K. E. *et al.* Terapia hormonal, saúde mental e qualidade de vida entre pessoas transgênero: uma revisão sistemática. *Journal of the Endocrine Society*, v. 5, n. 4, bvab011, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7894249/>. Acesso em: 30 maio 2024.

BARROSO, B. I. L. *et al.* Mapping of the trans population in the Baixada Santista region, Brazil, 2023: a descriptive study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 33, n. spe1, p.

e2024409, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024000100003>. Acesso em: 25 setembro 2025.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Acesso em: 25 setembro 2025.

BOUMAN, W. P. *et al.* Transgender and anxiety: a comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, v. 18, n. 1, p. 16–26, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>. Acesso em: 25 setembro 2025.

BRASIL. *Hormonização para pessoas trans, travestis e não binárias na atenção primária à saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 30 maio 2024.

BRITO, A. F. M.; BERNIK, M. A. Transtornos de ansiedade. In: LIMA, A. B. D. *et al.* *Clínica psiquiátrica: guia prático*. 2. ed. Tamboré: Manole, 2021. p. 216-232.

CAMARGO, S. A. P.; SAMPAIO NETO, L. F. Sexualidade e gênero. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 19, n. 4, p. 165–166, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i4a1>. Acesso em: 23 agosto 2025.

CHODZEN, G. *et al.* Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*, v. 64, n. 4, p. 467–471, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528476/>. Acesso em: 20 maio 2024.

COLIZZI, M. *et al.* Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, v. 39, n. 1, p. 65-73, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>. Acesso em: 23 setembro 2025.

CORNIA, L. L. S.; SILVEIRA, I. G. L. Avaliação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em estudantes de Medicina de uma Universidade do Maranhão, Brasil. In: CIÊNCIAS DA SAÚDE: desafios, perspectivas e possibilidades. São Paulo: Editora Científica Digital, 2021. v. 2, n. 7, p. 71-101.

CRUZ, P. N. *et al.* Depressão em indivíduos transgêneros atendidos em um hospital universitário. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, n. 5, p. 2612–2629, 2023. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9855>. Acesso em: 22 maio 2024.

DE MELO, R. A. *et al.* Situações de vulnerabilidade vivenciadas por pessoas transexuais. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 12, p. e5109, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5109>. Acesso em: 23 setembro 2025.

DHEJNE, C. *et al.* Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. International Review of Psychiatry, v. 28, n. 1, p. 44-57, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>. Acesso em: 23 setembro 2025.

ERICH, S. *et al.* Family relationships and their correlations with transsexual well-being. Journal of GLBT Family Studies, v. 4, n. 4, p. 419–432, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15504280802126141>. Acesso em: 23 setembro 2025.

FARIA, A. H. *et al.* Reflexões introdutórias sobre o conceito de gênero: feminino e masculino. Travessias, v. 9, n. 2, p. e11450, 2016. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/11450>. Acesso em: 16 maio 2024.

FREIRE, M. Á. *et al.* Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000036>. Acesso em: 15 maio 2024.

GALLUCCI, N. J. *et al.* Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. Revista da Faculdade de Ciências Médicas, v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001.

GÓMEZ-GIL, E. *et al.* Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. Psychoneuroendocrinology, v. 37, n. 5, p. 662-670, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>.

HEYLEN, G. *et al.* Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, v. 204, n. 2, p. 151-156, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>. Acesso em: 16 agosto 2025.

HUGHTO, J. M. W. *et al.* Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*, v. 49, p. 2635-2647, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01746-1>. Acesso em: 16 agosto 2025.

KATTARI, S. K. *et al.* Differential experiences of mental health among trans/gender diverse adults in Michigan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186591>. Acesso em: 29 agosto 2025.

LERRI, M. R. *et al.* Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, n. 10, p. 545–551, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604467>. Acesso em: 29 agosto 2025.

LICCIARDI, N.; WAITMANN, G.; OLIVEIRA, M. H. M. A discriminação de mulheres travestis e transexuais no mercado de trabalho. *Revista Científica Hermes*, n. 14, p. 201-218, 2015.

MAGALHÃES, L. S. *et al.* Alarming patterns of moderate and high-risk alcohol use among transgender women in Goiás, Central Brazil. *Frontiers in public health*, 12, 1333767, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38420026/>. Acesso em: 29 setembro 2025.

MAIA, A. L. M. M.; MEDEIROS, I.; FERREIRA, D. G. Sexualidade: uma nova área de conhecimento. *Saúde & Conhecimento – Jornal de Medicina Univag*, v. 2, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/view/1065>. Acesso em: 16 maio 2024.

MAIA, E. B. *et al.* Depressão e distímia. In: LIMA, A. B. D. *et al.* *Clínica psiquiátrica: guia prático*. 2. ed. Tamboré: Manole, 2021. p. 216-232.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956539/>. Acesso em: 29 setembro 2025.

MURAD, M. H. *et al.* Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, v. 72, n. 2, p. 214–231, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>. Acesso em: 29 setembro 2025.

NEWCOMB, M. E. *et al.* High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, v. 49, n. 2, p. 645-659, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>. Acesso em: 29 setembro 2025.

OLSON, J. *et al.* Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, v. 57, n. 4, p. 374-380, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>. Acesso em: 27 setembro 2025.

PAVELTCHUK, F. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Revista da SPAGESP*, v. 21, n. 2, p. 41-54, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n2/v21n2a04.pdf>. Acesso em: 27 setembro 2025.

REIS, A. *et al.* Estudo transversal sobre saúde mental e suicídio entre mulheres trans em São Paulo, Brasil. *BMC Psychiatry*, v. 21, n. 557, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03600-0>. Acesso em: 28 setembro 2025.

REISNER, S. L. *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 412–436, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X). Acesso em: 28 setembro 2025.

SANTOS, E. J. V.; MELO, C. P. L. Characterization and access to health care in a reference service for the transsexualization process in SUS. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e13411527902, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27902>. Acesso em: 28 setembro 2025.

SANTOS, M. A. *et al.* Impacto psicossocial da pandemia de COVID-19 na saúde mental de pessoas transexuais e travestis: revisão integrativa. *Psico-USF*, v. 28, n. 3, p. 579-598, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280312>. Acesso em: 28 setembro 2024.

SILVA, R. R. *et al.* Minority gender stress and its effects on mental health as a risk factor for depression in transgender persons: literature review. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e51610313693, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13693>. Acesso em: 28 setembro 2025.

STRÖHLE, A.; GENSICHEN, J.; DOMSCHKE, K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl International*, v. 155, n. 37, p. 611-620, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>. Acesso em: 28 setembro 2024.

VENTRIGLIO, A.; BHUGRA, D. Sexuality in the 21st century: sexual fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, v. 29, n. 1, p. 30–34, 2019. Disponível em: <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/834-1903-v29n1-p30>. Acesso em: 16 maio 2024.

WINTER, S. *et al.* Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 390–400, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8). Acesso em: 25 setembro 2024.

YADEGARFARD, M.; HO, R.; BAHRAMABADIAN, F. Influences on loneliness, depression, sexual-risk behaviour and suicidal ideation among Thai transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, v. 15, n. 6, p. 726-737, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.785022>. Acesso em: 28 setembro 2025.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 50, supl. 1, p. 51–55, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127538>. Acesso em: 25 maio 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é “IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO DE UM AMBULATÓRIO EM SERGIPE”. O objetivo desta pesquisa é: Descrever a prevalência de depressão e ansiedade na população estudada antes e depois da hormonização. O (a) pesquisador(a) responsável por essa pesquisa é José Milton Alves dos Santos Júnior, ele é professor, do campus de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. O participante não será identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Para isso, os questionários serão identificados por números.

As informações serão obtidas da seguinte forma: Serão convidados todos os usuários atendidos no ambulatório trans, que estiverem aguardando atendimento na sala de espera, independente de qual for a especialidade. O questionário possui duas partes: a primeira é constituída de perguntas com informações sociodemográficas, como idade, renda, gênero e cor de pele autorreferidos, uso de substância, medicações em uso e presença de diagnóstico psiquiátrico atual. Na segunda seção serão aplicadas a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). A HAM-D tem como objetivo identificar a gravidade dos sintomas depressivos e é composta por 21 itens, sendo atribuídos escores a cada item da escala individualmente, podendo este variar de um valor mínimo de zero até dois ou quatro, dependendo do item em questão. A HADS tem como objetivo detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. Esse instrumento contém 14 questões divididas em duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada, totalizando cerca de quatro minutos para seu preenchimento total. Nesse estudo será utilizada a subescala para ansiedade, cuja pontuação global varia de 0 a 21 pontos. É importante ressaltar que de acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS o armazenamento das gravações não poderão ser feito em hd virtuais ou “nuvens”, devendo ser armazenados em mídias físicas (HD e/ou externo ou pen drives).

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes dela. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Sua participação envolve os seguintes riscos de caráter psíquico (o constrangimento em responder perguntas pessoais e alterações na autoestima provocadas pela evocação de memória ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva), físico (o cansaço de responder o questionário) e socioculturais (vergonha ou medo de ser discriminado por amigos, familiares ou conhecidos que tenham conhecimento das suas respostas e/ou seu diagnóstico). Os riscos físicos e psíquicos poderão ser minimizados com a aplicação breve dos questionários em ambientes calmos, respeitando a devida privacidade e a vontade do usuário, uma vez que caso o mesmo deseje interromper a sua participação a qualquer momento, sua vontade será cumprida sem nenhuma penalidade. Além disso, os pesquisadores serão habilitados ao método de coleta dos dados, sendo capazes de identificar sinais não verbais (por exemplo: cruzar os braços e desviar o olhar) e verbais de desconforto. Quanto aos riscos de caráter socioculturais, os pesquisadores comprometem-se a preservar a confidencialidade dos

dados obtidos, usando-os apenas para a execução do presente projeto, a fim de garantir a não estigmatização e a não utilização das informações em prejuízo dos participantes.

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador através do(s) telefone(s) (79) 3632-2080/3632-2130, pelo e-mail medicinamilton@academico.ufs.br e endereço Cidade Universitária Professor Antônio Garcia Filho, Av. Gov. Marcelo Déda, nº 13, Centro, Lagarto/SE, - CEP 49.400-000.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br.

No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante²

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome

do

Pesquisador: _____

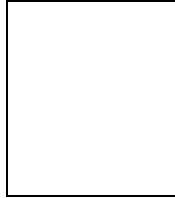
Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): _____

Assinatura: _____

Local/data: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico**QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE PESSOAS TRANSGÊNERO****SECÇÃO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Idade: _____ anos.

Gênero autorreferido: _____

Raça/cor autorreferida:

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

Renda familiar mensal:

☐ Até 1 salário mínimo (R\$ 1.412,00)☐ Maior que à um salário mínimo (acima de R\$ 1.412,00)

Atualmente, você faz uso de hormônios como método de afirmação de gênero?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Atualmente, você faz uso de alguma substância lícita ou ilícita?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Atualmente, você possui algum diagnóstico psiquiátrico?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Faz uso diário de alguma medicação?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Atualmente, você faz algum tratamento psiquiátrico?

☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

ANEXO A – Escalas de autoavaliação para sintomas ansiosos (HADS) e depressivos (HAM-D)

SECÇÃO 2 – ESCALA HADS

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

- | | |
|---|--|
| 1. Eu me sinto tensa(o): | ☐ Poucas vezes[2] |
| ☐ A maior parte do tempo[3] | ☐ Nunca[3] |
| ☐ Boa parte do tempo[2] | |
| ☐ De vez em quando[1] | 5. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: |
| ☐ Nunca[0] | ☐ Nunca[0] |
| 2. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: | ☐ De vez em quando[1] |
| ☐ Sim, de jeito muito forte [3] | ☐ Muitas vezes[2] |
| ☐ Sim, mas não tão forte [2] | ☐ Quase sempre[3] |
| ☐ Um pouco, mas não me preocupa [1] | 6. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum: |
| ☐ Não sinto nada disso[0] | ☐ Sim, demais[3] |
| 3. Estou com a cabeça cheia de preocupações: | ☐ Bastante[2] |
| ☐ A maior parte do tempo[3] | ☐ Um pouco[1] |
| ☐ Boa parte do tempo[2] | ☐ Não me sinto assim[0] |
| ☐ De vez em quando[1] | 7. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: |
| ☐ Raramente[0] | ☐ A quase todo momento[3] |
| 4. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: | ☐ Várias vezes[2] |
| ☐ Sim, quase sempre[0] | ☐ De vez em quando[1] |
| ☐ Muitas vezes[1] | ☐ Não senti isso[0] |

ESCORE TOTAL: _____

SECÇÃO 3 – ESCALA HAMILTON

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão. Os itens em negrito deverão ser marcados de acordo com a avaliação observacional do entrevistador.

1. HUMOR DEPRESSIVO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- () Ausente[0]
- () Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado[1]
- () Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras[2]
- () Comunica os sentimentos com a expressão facial, postura, voz e tendência ao choro[3]
- () Comunica quase exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal[4]

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- () Ausentes[0]
- () Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros[1]
- () Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações[2]
- () A doença atual é uma punição. Delírio de culpa[3]
- () Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras[4]

3. SUICÍDIO

- () Ausente[0]
- () Sente que a vida não vale a pena[1]
- () Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte[2]
- () Idéias ou gestos suicidas[3]
- () Tentativa de suicídio[4]

4. INSÔNIA INICIAL

- () Sem dificuldade[0]
- () Tem alguma dificuldade ocasional, ou seja, mais que meia hora[1]

- () Queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites[2]

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- () Sem dificuldade[0]
- () Queixa-se de agitação e perturbação durante a noite[1]
- () Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para necessidades fisiológicas)[2]

6. INSÔNIA TARDIA

- () Sem dificuldade[0]
- () Acorda de madrugada, mas volta a dormir[1]
- () Não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite[2]

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- () Sem dificuldade[0]
- () Sentimento de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionado às atividades, trabalho ou passatempos[1]
- () Perda de interesse por atividades, passatempos ou trabalho – sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades[2]
- () Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade[3]
- () Parou de trabalhar devido à doença atual[4]

8. RETARDO (lentificação do pensamento e da fala; dificuldade de concentração)

- () Pensamento e fala normais[0]
- () Lentificação discreta durante a entrevista[1]
- () Lentificação óbvia durante a

entrevista[2]

- () Entrevista difícil[3]
- () Estupor completo[4]

9. AGITAÇÃO

- () Nenhuma[0]
- () Inquietação[1]
- () Mexe as mãos ou os cabelos, etc[2]
- () Movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista[3]
- () Retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios[4]

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- () Sem dificuldade[0]
- () Tensão e irritabilidade subjetivas[1]
- () Preocupa-se com trivialidades[2]
- () Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala[3]
- () Expressa medo sem ser perguntado[4]

11. ANSIEDADE SOMÁTICA (boca seca, diarreia, cólicas, palpitações, cefaléia, sudorese, etc)

- () Ausente[0]
- () Triviais, relatados apenas quando questionados[1]
- () Leve, não são incapacitantes[2]
- () Moderada, prejudicam o funcionamento normal[3]
- () Grave, incapacitantes ou ataques de pânico quase diariamente[4]

12. SINTOMAS SOMÁTICOS - GASTROINTESTINAIS

- () Normal[0]
- () Perda do apetite, mas alimenta-se

voluntariamente; sensações de peso no abdome[1]

- () Dificuldade de comer se não insistirem[2]

13. SINTOMAS SOMÁTICOS - GERAIS

- () Nenhum[0]
- () Peso nos membros, costas ou cabeça; dores nas costas, cabeça ou muscular. Perda de energia e cansaço[1]
- () Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido[2]

14. SINTOMAS GENITAIS (como perda de libido, distúrbios menstruais)

- () Ausentes[0]
- () Leves: desempenho sexual prejudicado; perda de libido[1]
- () Graves: perda completa do interesse sexual[2]

15. HIPOCONDRIA

- () Ausente[0]
- () Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)[1]
- () Preocupação com a saúde[2]
- () Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc[3]
- () Delírios hipocondríacos[4]

16. PERDA DE PESO

- () Sem perda de peso[0]
- () Perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo[1]
- () Perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais[2]

17. CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

- ☐ Reconhece que está deprimido OU não está deprimido no momento[0]
- ☐ Reconhece a doença mas atribui sua causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, etc[1]
- ☐ Nega estar doente[2]

ESCORE TOTAL: _____

ANEXO B – Parecer do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA HORMONIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO DE UM AMBULATÓRIO EM SERGIPE

Pesquisador: José Milton Alves dos Santos Júnior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82362924.0.0000.0217

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.173.229

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UFS-Lag/HUL n: 0057/2024

Projeto de TCC

Orientador: José Milton Alves dos Santos Júnior

Projeto vinculado ao Departamento Medicina

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_informações_básicas_do_projeto_2363336.pdf e Projeto_Brochura_cep.docx> postado em 27/09/2024).

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP UFS Lag/HUL, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar a emissão de seu parecer final.

Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c. desenvolver o projeto conforme delineado; d. elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e. apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g. encaminhar os

Endereço: Avenida Governador Marcelo Dêda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br