



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
APLICADAS À SAÚDE**

KAREN PRICYLA CRUZ SANTOS

**SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E RISCO DE
TRANSTORNO ALIMENTAR EM PESSOAS TRANS
ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL
ESPECIALIZADO**

**LAGARTO-SE
2026**

KAREN PRICYLA CRUZ SANTOS SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PESSOAS TRANS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADO 2026	

KAREN PRICYLA CRUZ SANTOS

**SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E RISCO
DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM PESSOAS
TRANS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO
MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientadora: Professora Dr.^a Giselle De Carvalho Brito

Coorientadora: Professora Dr.^a Heloísa Mirelle Costa Monteiro

LAGARTO-SE

2026

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Santos, Karen Pricyla Cruz.
S110s Satisfação com a imagem corporal e risco de transtorno alimentar em pessoas trans acompanhadas em um serviço multiprofissional especializado / Karen, Pricyla Cruz Santos ; orientadora Giselle De Carvalho Brito. – Lagarto, SE, 2026.
70 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

1. Insatisfação corporal. 2. Serviços de saúde para pessoas transgênero. 3. Transgênero. 4. Transtornos alimentares. I. Brito, Giselle De Carvalho, orient. II. Título.

CDU 305-055.7

KAREN PRICYLA CRUZ SANTOS

**SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E RISCO
DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM PESSOAS
TRANS ACOMPANHADAS EM UM SERVIÇO
MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Orientadora: Professora Dr.^a Giselle De Carvalho Brito

1º Examinador: Prof. Dr. Caíque Jordan Nunes Ribeiro

2º Examinador: Prof. Dr.^a Diva Aliete dos Santos Vieira

PARECER

Dedico este trabalho à minha querida mãe, por acreditar no poder da educação e em sua capacidade de transformar vidas.

AGRADECIMENTOS

Aos usuários, usuárias e profissionais que compõem o Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário de Lagarto (HUL), pelo acolhimento e apoio durante toda a pesquisa; em especial, às pessoas que prontamente dedicaram um pouco de seu tempo para participar deste estudo. Deixo aqui meus sinceros agradecimentos. Sem vocês, este trabalho não existiria.

À minha orientadora, Giselle Brito, e à minha coorientadora, Heloísa Mirelle. Graças a vocês, minha trajetória no mestrado foi leve. Agradeço pelo aprendizado, pelas orientações e pela disponibilidade durante esses dois anos. Gi, sua humanidade com o próximo é inspiradora! Helô, você é referência em profissionalismo. Agradeço, também, aos professores Caíque Jordan, Diva Aliete, Kelly Silva e Roxane Irineu pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste estudo.

Aos meus familiares, que são a minha base. Aos meus pais, Maria do Carmo e Renato: mãe, obrigada por acreditar em mim e por sempre incentivar, a mim e aos meus irmãos, os estudos; seu apoio foi e continua sendo fundamental em cada conquista. Pai, obrigada pelo carinho, pela preocupação e pelo amor de sempre. Amo vocês! Aos meus irmãos, Rewerton e Patrick, que são parte de mim, e em quem me vejo um pouco a cada dia. E aos meus sobrinhos e afilhados que são luz e tornam a minha vida muito mais feliz.

Às minhas amigas Daiane, Taisa e Ana, que acompanharam de perto todo esse processo. A amizade de vocês é valiosa. Obrigada pelo apoio e incentivo de sempre.

Aos membros do projeto Aplicat, em especial ao professor Sadraque e ao aluno Elbis, por todo o suporte na análise estatística deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos e todas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho e me incentivaram ao longo desta jornada.

RESUMO

Satisfação com a imagem corporal e risco de transtornos alimentares em pessoas trans acompanhadas em um serviço multiprofissional especializado, Karen Pricyla Cruz Santos, Lagarto-SE, 2026.

Introdução: Pessoas transgênero apresentam níveis elevados de insatisfação com a imagem corporal e compõem o grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA). **Objetivo:** Avaliar os níveis de satisfação com a imagem corporal e o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas trans acompanhadas em um serviço especializado em afirmação de gênero. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, desenvolvido no Ambulatório Trans do Hospital Universitário de Lagarto, entre os meses de janeiro e novembro de 2025. Foram incluídas na pesquisa pessoas trans com idade entre 18 e 60 anos. Os participantes foram avaliados em dois momentos distintos: na admissão (T1) e após seis meses (T2). No primeiro momento, foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, além da avaliação da satisfação com a imagem corporal, do risco de TA e dos níveis de incongruência de gênero. Na segunda fase, foram reaplicados os instrumentos que avaliam a satisfação com a imagem corporal, o risco de TA e a incongruência de gênero. Para a análise dos resultados, foi utilizado o softwares Rstudio e JASP. Foram conduzidos testes não paramétricos para avaliação de correlação ou associação entre as variáveis. Adotou-se o nível de significância de 0,05. **Resultados:** No momento T1, 28 usuários participaram da pesquisa e 21 no momento T2. Os participantes possuem idade mediana de 24,5 (IIQ = 6,5) anos, sendo a maior parte constituída por homens trans (60,7%; $n = 17$). Na avaliação da satisfação com a imagem corporal, risco de TA e incongruência de gênero, nos dois tempos, observou-se que apenas 21,4% ($n = 6$) dos entrevistados estavam satisfeitos com a imagem corporal no T1 e 9,5% ($n = 2$) no T2; 28,6% ($n = 8$) apresentaram risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares no T1 e 33,3% ($n = 7$) no T2; e 67,9% ($n = 19$) apresentaram níveis elevados de incongruência de gênero no T1 e 66,7% ($n = 14$) no T2. A satisfação com a imagem corporal esteve associada à incongruência de gênero em ambos os momentos avaliados (T1: $p = 0,002$ e T2: $p = 0,009$). Quanto aos possíveis fatores relacionados à satisfação com a imagem corporal e ao risco de TA, observou-se, na admissão: correlação negativa entre o domínio preocupação com o peso e o IMC ($r = -0,475$; $p = 0,011$); correlação positiva entre o domínio dieta e o IMC ($r = 0,583$; $p = 0,001$); correlação negativa entre o autocontrole oral e o IMC ($r = -0,466$; $p = 0,012$); e associação entre o domínio aparência e a hormonização ($p = 0,017$). Por outro lado, o domínio aparência apresentou correlação negativa com a incongruência de gênero em ambos os tempos (T1: $r = -0,662$; $p = 0,001$; T2: $r = -0,478$; $p = 0,028$). **Conclusão:** A maioria dos usuários que participaram do estudo apresenta baixos níveis de satisfação com a imagem corporal, risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos alimentares e elevados níveis de incongruência de gênero. Observou-se que a insatisfação com a imagem corporal esteve associada a maiores níveis de incongruência de gênero em ambos os tempos, e que o IMC elevado e maiores níveis de incongruência de gênero parecem influenciar negativamente a percepção da imagem corporal e o risco de TA. Contudo, a hormonização parece atuar como um fator protetor para a satisfação com a imagem corporal.

Descritores: insatisfação corporal; serviços de saúde para pessoas transgênero; transgênero; transtornos alimentares.

ABSTRACT

Body image satisfaction and risk of eating disorders in transgender people followed up in a specialized multidisciplinary service, Karen Pricyla Cruz Santos, Lagarto-SE, 2026.

Introduction: Transgender individuals present high levels of body image dissatisfaction and comprise a risk group for developing eating disorders (ED). **Objective:** To evaluate the levels of body image satisfaction and the risk of developing eating disorders among transgender people followed at a specialized gender-affirming care service. **Methodology:** This is a prospective longitudinal study conducted at the Transgender Outpatient Clinic of the University Hospital of Lagarto between January and November 2025. Transgender individuals aged 18 to 60 years were included in the research. Participants were evaluated at two distinct moments: at admission (T1) and after six months (T2). In the first moment, sociodemographic and clinical data were collected, alongside the assessment of body image satisfaction, ED risk, and gender incongruence levels. In the second phase, the instruments assessing body image satisfaction, ED risk, and gender incongruence were reapplied. Data analysis was performed using RStudio and JASP softwares. Non-parametric tests were conducted to evaluate correlations or associations between variables. A significance level of 0.05 was adopted. **Results:** At T1, 28 users participated in the study, and 21 at T2. Participants had a median age of 24.5 (IQR = 6.5) years, with the majority consisting of trans men (60.7%; $n = 17$). Regarding the assessment of body image satisfaction, ED risk, and gender incongruence at both times, it was observed that only 21.4% ($n = 6$) of the interviewees were satisfied with their body image at T1 and 9.5% ($n = 2$) at T2; 28.6% ($n = 8$) presented a risk for developing eating disorders at T1 and 33.3% ($n = 7$) at T2; and 67.9% ($n = 19$) showed high levels of gender incongruence at T1 and 66.7% ($n = 14$) at T2. Body image satisfaction was associated with gender incongruence at both evaluated moments (T1: $p = 0.002$ and T2: $p = 0.009$). Regarding potential factors related to body image satisfaction and ED risk, the following were observed at admission: a negative correlation between the weight concern domain and BMI ($r = -0.475$; $p = 0.011$); a positive correlation between the dieting domain and BMI ($r = 0.583$; $p = 0.001$); a negative correlation between oral control and BMI ($r = -0.466$; $p = 0.012$); and an association between the appearance domain and hormone therapy ($p = 0.017$). On the other hand, the appearance domain showed a negative correlation with gender incongruence at both times (T1: $r = -0.662$; $p = 0.001$; T2: $r = -0.478$; $p = 0.028$). **Conclusion:** The majority of the service users who participated in the study present low levels of body image satisfaction, an increased risk for developing eating disorders, and high levels of gender incongruence. Body image dissatisfaction was associated with higher levels of gender incongruence at both times, and elevated BMI and greater gender incongruence levels appear to negatively influence body image perception and ED risk. However, hormone therapy seems to act as a protective factor for body image satisfaction.

Descriptors: body dissatisfaction; eating disorders; health services for transgender people; transgender.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação entre participantes que permaneceram e perdas de seguimento. Lagarto (SE). n=28.....	30
Tabela 2. Perfil dos Usuários admitidos no ambulatório trans do HUL entre os meses de janeiro e maio de 2025. Lagarto (SE). n=28.....	31
Tabela 3. Comparação entre a satisfação com a imagem corporal, incongruência de gênero e risco de transtorno alimentar entre os tempos. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).....	34
Tabela 4. Mediana dos domínios da EASIC e EAT - 26 entre os tempos. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).....	34
Tabela 5. Associação dos domínios da EASIC com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).....	36
Tabela 6. Associação dos domínios da EAT - 26 com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).....	37

LISTA DE SIGLAS

EASIC	Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal
EAT	Teste de Atitudes Alimentares
IG	Incongruência de Gênero
IMC	Índice de Massa Corporal
LGBTQIA +	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo e Assexuais
HUL	Hospital Universitário de Lagarto
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIC	Satisfação com a Imagem Corporal
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtorno Alimentar
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UGDS-GS	Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 GÊNERO E SEXUALIDADE.....	16
2.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE À POPULAÇÃO TRANSGÊNERO.....	17
2.3 SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL, INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO E TRANSTORNO ALIMENTAR.....	20
2.4 CUIDADOS DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO NA SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	21
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 GERAL.....	23
3.2 ESPECÍFICOS.....	23
4 MATERIAIS E MÉTODO.....	24
4.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	24
4.2 AMOSTRA.....	24
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	24
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO TRANS DO HUL.....	24
4.5 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5.1 Avaliação antropométrica.....	25
4.5.2 Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26).....	26
4.5.3 Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC.....	27
4.5.4 Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht – Avaliação e medida do Espectro de Gênero (UGDS-GS).....	28
4.5.6 Identificação dos serviços acessados e início da hormonização.....	28
4.6 COLETA DE DADOS.....	29
4.6.1 Coleta de dados (Admissão/T1).....	29
4.6.2 Coleta de dados (Após 6 meses/ T2).....	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.8 TRATAMENTO DE DADOS.....	31
5 RESULTADO.....	33
6 DISCUSSÃO.....	42
7 CONCLUSÃO.....	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
9 REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES.....	57
APÊNDICE A - Questionário semiestruturado.....	58
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61
ANEXOS.....	64
ANEXO A - Teste de Atitudes Alimentares (EAT - 26) - Versão em Português.....	64
ANEXO B -Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC.....	65

ANEXO C - Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht – Avaliação e medida do Espectro de Gênero (UGDS-GS).....	66
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP.....	69
ANEXO E - Comprovante de submissão do artigo.....	70

1 INTRODUÇÃO

As pessoas trans tendem a apresentar maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal, fenômeno frequentemente relacionado à incongruência de gênero vivenciada e à não correspondência entre características físicas e sexuais e a identidade de gênero^{1,2,3}. A insatisfação com a imagem corporal está diretamente associada ao risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares como: anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar periódica⁴. Mulheres jovens, cisgênero, compõem o principal grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, todavia, estudos emergentes também têm observado altas taxas de comportamentos alimentares desordenados em pessoas de minoria sexual e de gênero^{4,5,6}.

Transgêneros são pessoas que apresentam identidade de gênero diferente do sexo biológico atribuído no nascimento⁷. Homens trans foram designados com o sexo feminino no nascimento contudo identificam-se como homens, e mulheres trans foram designadas com o sexo masculino no nascimento, porém identificam-se como mulheres⁷. No Brasil, 2% da população adulta brasileira, aproximadamente 3 milhões de pessoas, são transgêneros e não binários, sendo que no grupo transgênero, 85% dos homens trans e 50% das mulheres trans referem sofrer com características corporais associada ao gênero⁸.

Pesquisas indicam que pessoas trans apresentam maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal com pontuações médias de insatisfação em torno de 10,72 (DP = 7,44) e até 59,3 (DP = 15,8), valores superiores aos observados em seus pares cisgêneros, cujas médias variaram entre 7,17 (DP = 6,72) e 50,2 (DP = 15,9)^{1,9,10}. Contudo a insatisfação não está relacionada somente às partes do corpo que lembram o sexo indesejado, os padrões de beleza socialmente aceitos também podem influenciar na percepção da imagem corporal pelas pessoas transgêneros, principalmente nas mulheres trans^{3,10,11}.

Nessa perspectiva, na busca pelo corpo socialmente aceito e, principalmenete, na tentativa de suprimir características de seu sexo atribuído no nascimento ou de acentuar características de sua identidade de gênero, pessoas trans têm se submetido a comportamentos alimentares desordenados, como: adoção de dietas restritivas, indução do vômito, jejum prolongado, uso de laxantes, prática excessiva de exercício físico e episódios de compulsão alimentar, colocando-as no grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares^{9,6,12}. No entanto, para além de questões relacionadas à aparência, a discriminação vivenciada por elas também vem sendo relacionada à alimentação desordenada⁶.

O acesso aos cuidados de afirmação de gênero é essencial para o bem-estar da população transgênero¹³. Os cuidados de saúde são prioritariamente intervenções médicas de afirmação de gênero que podem incluir: hormonização, supressão puberal e cirurgias de redesignação sexual, além de atendimento por profissionais de saúde que compreendem a identidade transgênero e as principais implicações médicas¹³. Esses cuidados referem-se, também, a intervenções psicológicas ou sociais que visam apoiar e afirmar a identidade de gênero de um indivíduo¹⁴.

O processo de afirmação de gênero, mediante cirurgia e/ou hormonização, tem se mostrado bastante satisfatório na redução da incongruência de gênero e insatisfação com imagem corporal, contudo as pesquisas ainda são incertas acerca do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares^{13,15,16}. Nesse sentido, Milano *et al.* (2020) sugerem que devem ser realizadas triagens para a identificação de comportamentos alimentares patológicos e sintomas relacionados a uma dieta desordenada em indivíduos transgêneros durante o processo transexualizador¹³. Logo, destaca-se a importância das equipes de saúde investigarem a presença de transtornos alimentares, tendo em vista que alguns efeitos decorrentes dos procedimentos para afirmação de gênero podem desencadear insatisfação com a imagem corporal em pessoas com histórico de transtorno, como aumento de peso, por exemplo, em homens trans com histórico de anorexia¹⁷.

Ademais, a insatisfação com a imagem corporal e os transtornos alimentares podem desencadear sérios impactos sobre a saúde física e mental dos indivíduos afetados^{4,17}. No que concerne à percepção corporal negativa, os maiores danos são de ordem psicológica, incluindo o transtorno dismórfico corporal e distúrbios de humor, principalmente ansiedade e depressão^{4,17}. Já os transtornos alimentares, além do prejuízo mental, também comprometem a saúde nutricional, levando a quadros de desnutrição e deficiência de vitaminas e minerais¹⁷.

Apesar da relevância da temática, em nível nacional, são limitados os estudos que avaliam a satisfação com a imagem corporal e o risco de transtornos alimentares exclusivamente em pessoas transgêneros. Foram identificados, até o momento, apenas três artigos científicos publicados, sendo dois realizados na região nordeste e um de abrangência nacional^{18,19,20}. Entretanto, nenhum deles foi desenvolvido em ambulatório multiprofissional especializado em afirmação de gênero habilitado pelo Ministério da Saúde. Diante disso, observa-se a necessidade de estudos sobre a avaliação da satisfação com a imagem corporal e do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, frente ao número reduzido de estudos nesse contexto nesta população.

Nesse sentido, nosso estudo visa compreender se pessoas transgêneros que realizam acompanhamento ambulatorial especializado apresentam níveis elevados de insatisfação com a imagem corporal e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de avaliar os níveis de satisfação com a imagem corporal e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas trans acompanhadas em um serviço especializado em afirmação de gênero do nordeste brasileiro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GÊNERO E SEXUALIDADE

A sexualidade é composta por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e é constituída, essencialmente, pelo sexo, orientação sexual e identidade de gênero. Nas ciências sociais, existe uma distinção entre sexo e gênero²¹. O sexo refere-se a um conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem homens e mulheres (ou “machos” e “fêmeas”). Há, também, os intersexos, que nascem com uma combinação diferente destes aspectos, e que podem apresentar características de ambos os sexos²¹. Em contrapartida, o gênero possui um sentido mais amplo, não limitado a dois sexos²².

Para Scott (1998), gênero não remete apenas a ideias, mas também a instituições, a estruturas, a práticas cotidianas e a rituais, ou seja, a tudo aquilo que constitui as relações sociais²³. O gênero não reflete a realidade biológica primária, mas ele constrói o sentido desta realidade²³. Françoise Héritier (1996) enfatiza que o gênero se constrói na relação homem/mulher, uma vez que não existe indivíduo isolado, independente de regras e de representações sociais²⁴. Resumidamente, de acordo com Grossi (1998), gênero é uma categoria usada para pensar as relações sociais que envolvem homens e mulheres, relações historicamente determinadas e expressas pelos diferentes discursos sociais sobre a diferença sexual, servindo, portanto, para definir tudo que é social, cultural e historicamente determinado²².

Na construção do gênero também existem os papéis e a identidade de gênero²². O papel de gênero é todo comportamento social associado culturalmente a homens e mulheres, mas que pode variar entre as diferentes culturas²². Na cultura ocidental, por exemplo, espera-se que meninos gostem de azul e meninas gostem de rosa, que meninas sejam mais sensíveis e meninos mais fortes e que meninas brinquem de bonecas e meninos de carrinho²¹. Esses comportamentos são culturais, as pessoas não nascem com eles, mas são ensinadas a se comportarem dentro desses papéis de gênero, assim, o fato de uma pessoa nascer com um pênis ou vagina não significa que elas terão comportamentos únicos e exclusivamente relacionados ao ser homem ou mulher²¹.

Identidade de gênero, por outro lado, é a percepção que o indivíduo tem sobre si como sendo do gênero masculino, feminino ou da combinação dos dois, independente do sexo biológico²¹. Sendo assim, pessoas que apresentam identidade de gênero correspondente ao seu sexo biológico são cisgêneros, e as pessoas que apresentam identidade e expressão de gênero

diferente do seu sexo designado ao nascer integram as transgeneridades que incluem pessoas transgêneros, travestis, não binárias e *queer*^{21,25}.

É importante destacar, também, que identidade de gênero e orientação sexual são coisas distintas, apesar de serem frequentemente confundidas²². A orientação sexual é a atração afetiva e sexual que o indivíduo tem sobre outra pessoa, onde as principais orientações sexual são: heterossexual, pessoas que apresentam atração por pessoas do sexo/gênero oposto; homossexual, pessoas que apresentam atração por pessoas do mesmo sexo/gênero e bissexuais, pessoas que apresentam atração por pessoas de ambos os sexos/gêneros²¹.

Nesse sentido, gênero e sexualidade são dimensões complexas que podem promover implicações diretas na experiência individual e nas relações interpessoais²⁵. Cada pessoa apresenta inúmeras maneiras de experimentar e expressar a sua sexualidade e identidade de gênero²⁵.

2.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE À POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

A saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, previsto na Constituição Federal e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990²⁶. Contudo, apesar da universalização do acesso à saúde ser um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), esse acesso ainda não é universal, principalmente para as pessoas de minorias sexuais e de gênero²⁷. Para preencher essas lacunas, na atualidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (LGBT), contudo, diversas falhas ainda são encontradas na assistência à saúde para população LGBT+²⁸.

De acordo com Miskolci *et al.* (2023), dentre os principais desafios encontrados estão: o estigma e a discriminação dos usuários LGBT+ por parte dos profissionais de saúde; a necessidade de formação e capacitação de profissionais para o tema; problemas no acesso às redes de atenção; as limitações nos sistemas de informação do SUS; preocupação da gestão com alimentação de dados nos sistemas, e não necessariamente com as demandas dos usuários LGBT+; visões idealizadas da atenção primária, mas que não condizem necessariamente com a realidade²⁹. Essa idealização se traduz no descompasso entre o acolhimento universal previsto no papel e a experiência real do usuário nas unidades de saúde. Na teoria, a atenção primária é desenhada como um espaço seguro e acessível; na prática, contudo, esse modelo idealizado esbarra em barreiras burocráticas e na falta de preparo

estrutural e profissional. Como resultado, a expectativa de um cuidado integral dá lugar a um atendimento fragmentado, que negligencia as especificidades da população LGBT+²⁹.

No cenário da população transgênero existem, ainda, desafios relacionados à patologização da transexualidade, o número limitado de profissionais qualificados, o acolhimento inadequado e a carência de recursos para a implantação de políticas e programas voltados ao combate à discriminação, além disso há limitações na garantia de serviços especializados, como o processo transsexualizador³⁰.

A discriminação e a iniquidade no atendimento das pessoas trans são fatores limitantes de acesso ao serviço de saúde frequentemente mencionados nas pesquisas^{27,29,31}. No que concerne à discriminação, estão relacionados, principalmente, a não utilização do nome social ao se reportar ao usuário por parte de alguns profissionais e a patologização da transexualidade^{27,29}. Quanto às iniquidades, destaca-se a deficiência dos sistemas de informação em saúde que ainda não se adaptaram para essa população, embora a demanda não seja recente. Um exemplo é a dificuldade de realização de procedimentos de rotina, como exames ginecológicos em homens trans e o exame de próstata em mulheres trans²⁹. Nesse sentido, a procura pelos serviços de assistência à saúde por pessoas trans tem sido limitada, posto os desafios citados.

Os serviços especializados, como o processo de afirmação de gênero, também apresentam limitações, a começar pelo número reduzido de centros especializados na transição de gênero no país e falta de profissionais especializados na área³⁰. Atualmente, o Brasil conta com 27 unidades habilitadas para a realização do Processo Transsexualizador do SUS, distribuídas entre as regiões do país, sendo 2 unidades na região norte, 6 na região nordeste, 5 na região centro-oeste, 10 na região sudeste e 5 na região sul. Dentre as cidades do nordeste que possuem serviços habilitados pelo Ministério da Saúde estão: Recife-PE (2), Salvador-BA (2), João Pessoa-PB (1) e Lagarto-SE (1)³².

Para ampliar o acesso aos cuidados de afirmação de gênero, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paes Pop Trans), que prevê a expansão dos serviços habilitados no Processo Transsexualizador do SUS. A estimativa é que 36 serviços ambulatoriais e 23 serviços cirúrgicos sejam habilitados em 2025 e a ampliação para 153 serviços ambulatoriais e 41 serviços cirúrgicos habilitados até 2028³³. Além disso, o programa prevê a ampliação da equipe mínima de atendimento à população trans. No âmbito do atendimento ambulatorial, por exemplo, este é organizado em dois níveis: o ambulatório especializado 1, cuja equipe mínima é composta por médico especialista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde

bucal; e o ambulatório especializado 2, que, além das especialidades presentes no ambulatório especializado 1, inclui endocrinologista, ginecologista, dermatologista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta³⁴.

O Processo Transexualizador do SUS foi criado e regulamentado em agosto de 2008, e redefinido e ampliado em 2013, pela Portaria nº 2.803, incluindo no processo de transição de gênero os homens trans e as travestis, uma vez que somente as mulheres trans eram assistidas pelo serviço³⁵. O processo transexualizador garante o estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde, considerando a integralidade do sujeito, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo procedimentos como a hormonização e cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero³⁵.

Os hormônios para afirmação de gênero, utilizados no processo transexualizador, tem a finalidade de promover o surgimento de características sexuais secundárias do gênero de identidade e amenizar as características sexuais secundárias do sexo biológico, mediante redução do nível hormonal endógeno e manutenção dos níveis hormonais compatíveis com aqueles do gênero oposto². Mulheres transgênero são submetidas a terapia com estrogênio, que representa a base para o processo de feminilização, e homens transgênero são submetidos a tratamento à base de testosterona para produzir padrão masculino³⁶.

Para Eyssel *et al.* (2017), em razão das necessidades multidisciplinares decorrentes do processo de afirmação de gênero, os ambientes interdisciplinares são considerados os mais apropriados para oferecer cuidados de saúde relacionados à transição, embora profissionais especializados sejam limitados³⁷.

Irineu *et al.* (2022), em sua pesquisa, apresentaram experiências exitosas de uma equipe multidisciplinar no atendimento a pessoas trans em um ambulatório especializado em afirmação de gênero no estado de Sergipe³⁸. As experiências vão desde o acolhimento ao usuário até o atendimento especializado com profissionais da fonoaudiologia, farmácia, nutrição, terapia ocupacional e psicologia. A procura por esses profissionais pelos usuários objetivou a melhora da voz, da resignificação do cotidiano, do estado nutricional, do seguimento farmacoterapêutico e da saúde psíquica³⁸. Portanto, observa-se a relevância do atendimento de outras especialidades para além dos cuidados médicos.

Contudo, apesar da relevância do atendimento multiprofissional especializado à população transgênero, estudos que avaliam o papel dessas equipes ainda são escassos. Ao avaliar os desfechos relacionados ao processo de afirmação de gênero, as pesquisas majoritariamente focam nos cuidados médicos, como hormonização e cirurgias de redesignação sexual, desconsiderando o papel de outras especialidades^{2,9,14}.

2.3 SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL, INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO E TRANSTORNO ALIMENTAR

De acordo com Merino *et al.* (2024), a satisfação com a imagem corporal é definida como a forma que as pessoas percebem e apreciam a atratividade estética e sexual de seu corpo, servindo como um componente fundamental da autoestima e da saúde psicológica⁴. Além disso, as percepções que as pessoas têm sobre seu físico estão profundamente interligadas com seu bem-estar mental e emocional⁴.

A literatura evidencia que pessoas trans, principalmente aquelas que ainda não passaram pelo processo de afirmação de gênero, apresentam baixos níveis de satisfação com a imagem corporal, inferior, inclusive, aos seus pares cisgêneros^{2,9,10}. Essa insatisfação está relacionada à incongruência de gênero vivenciada, por não se reconhecerem no corpo ao qual pertencem e não apresentarem as características físicas e sexuais do gênero de identidade³.

Uma pesquisa recente, desenvolvida na Tailândia, comparando mulheres jovens transgêneros e cisgêneros, observou pontuações mais altas de insatisfação com a imagem corporal em jovens transgênero (59,3; DP = 15,8), quando comparadas aos seus pares cisgênero (50,2; DP = 15,9)¹. De forma semelhante, um estudo conduzido por Wiltcomb *et al.* (2015), no Reino Unido, ao avaliar a satisfação com a imagem corporal dos participantes de sua pesquisa, observaram pontuações superiores de insatisfação com a imagem corporal nos participantes transgêneros⁹.

Brecht *et al.* (2024) analisaram a insatisfação da imagem corporal e incongruência de gêneros em adolescentes transgênero e não binários e identificaram que os adolescentes trans eram significativamente mais insatisfeitos com as partes do corpo relacionadas ao sexo autodesignado, assim: meninos trans eram insatisfeitos com peito e a região do quadril, e as meninas trans eram mais insatisfeitas com as partes da genitália³⁹. Becker *et al.* (2016), ao avaliar jovens adultos com incongruência de gênero em comparação com grupo controle cis, também identificaram maiores níveis de insatisfação relacionada ao sexo em pessoas trans⁴⁰.

Deimer *et al.* (2015), ao comparar estudantes universitários transgêneros com estudantes homossexuais cisgêneros e estudantes heterossexuais cisgênero identificaram que os participantes trans apresentavam prevalências maiores de diagnóstico de transtorno alimentar autorrelatado e maiores comportamentos purgativos, como indução do vômito e uso de laxantes⁴¹. Segundo Nagata *et al.* (2020), a prevalência ao longo da vida de transtornos alimentares por autorrelato de diagnóstico por um profissional de saúde é de 10,5% para

homens transgêneros e 8,1% para mulheres transgêneros nos Estados Unidos (EUA), sendo os principais diagnósticos de anorexia nervosa e bulimia nervosa⁶.

Em contrapartida, um estudo de caso-controle desenvolvido no Reino Unido realizou a avaliação de risco de transtornos alimentares e a insatisfação com imagem corporal em 200 pessoas transgêneros, 200 pessoas com transtornos alimentares (bulimia, anorexia e transtornos alimentares não especificados) e 200 controles cisgêneros e realizou comparações entre os grupos estudados⁹. A pesquisa evidenciou que as pessoas trans apresentaram maior insatisfação com a imagem corporal do que os participantes controle e que os homens trans tiveram pontuações de insatisfação corporal comparáveis às dos homens com transtornos alimentares⁹. Contudo, não foram identificadas diferenças entre a população transgênero e o grupo controle quanto ao risco de transtornos alimentares⁹.

Apesar de limitadas as pesquisas nacionais sobre a insatisfação com imagem corporal e transtornos alimentares na população trans, recentemente, foi publicado um estudo, realizado em Natal, Rio Grande do Norte, o qual avaliou esses aspectos¹⁸. O estudo evidenciou que 81,9% dos participantes estavam insatisfeitos com a imagem corporal e que 27,3% apresentaram risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares¹⁸. Corroborando com a pesquisa anterior, Machado *et al.* (2020) identificaram que 26,6% dos participantes do seu estudo, que foi desenvolvido em um ambulatório LGBTQIA+ em Recife, Pernambuco, apresentaram maior vulnerabilidade para atitudes disfuncionais no comportamento alimentar¹⁹.

2.4 CUIDADOS DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO NA SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os cuidados de afirmação de gênero têm sido um forte aliado na satisfação com imagem corporal e amenização da incongruência de gênero^{15,16,42}. Um estudo multicêntrico realizado na Alemanha, em serviços de saúde especializados no atendimento a pessoas transgêneros, avaliou 202 usuários em diferentes fases do tratamento para transição de gênero e identificou que os usuários que passaram por intervenções médicas relacionadas à transição apresentaram melhora significativa na satisfação com imagem corporal, sugerindo que intervenções médicas, especialmente hormonização e cirurgia, são benéficas para a imagem corporal em pessoas com incongruência de gênero⁴².

Considerando que a insatisfação com a imagem corporal é preditora para a prática de atitudes alimentares desordenadas, vem se estudando, também, o papel dos cuidados de

afirmação de gênero para amenização desses sintomas e redução do risco de transtornos alimentares^{15,16,17,43}. Jones *et al.* (2018) avaliaram 563 pessoas atendidas em um serviço nacional de saúde transgênero, localizado no Reino Unido, e observaram que pessoas transgêneros que não realizavam hormonização relataram níveis mais altos de psicopatologia de transtorno alimentar do que pessoas que realizavam⁴³. Na pesquisa realizada por Turan *et al.* (2018) as atitudes e os comportamentos alimentares não melhoraram significativamente entre homens transgêneros após seis meses de uso de hormônios para afirmação de gênero; contudo o tempo de hormonização foi considerado um fator limitante para a mudança no desfecho, de acordo com os autores¹⁵. Para Heiden-Rootes *et al.* (2023), a maioria das evidências demonstra que a sintomatologia do transtorno alimentar melhora, mas não se resolve totalmente com intervenções médicas de afirmação de gênero¹⁶.

Apesar de haver pesquisas que observam os efeitos positivos do processo de afirmação de gênero na redução de risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, protocolos e/ou diretrizes de cuidado específico de desordens alimentares nessa população ainda são inexistentes⁴³. Os tratamentos para os transtornos alimentares, atualmente, foram desenvolvidos com base na população cisgênero, principalmente nas mulheres⁴⁴. Contudo, são distintas as razões que levam as pessoas trans a adotarem comportamentos alimentares desordenados, como a incongruência de gênero vivenciada, por exemplo⁴⁴.

Diante disso, Goetz e Wolk (2023) desenvolveram uma pesquisa qualitativa que consistiu em entrevistas com 12 pacientes transgêneros, com diagnóstico de transtornos alimentares, e 9 profissionais de saúde mental⁴⁴. O estudo avaliou as dificuldades e as facilidades que pessoas transgêneros, não binárias e de gênero expansivo enfrentam no tratamento de transtornos alimentares, a partir das suas perspectivas e dos profissionais de saúde mental⁴⁴. Como resultado, foram observadas diversas barreiras na recuperação das desordens alimentares, onde se destacam: a recuperação do peso e a incongruência de gênero, barreiras ao acesso a cuidados de afirmação de gênero, cultura alimentar de antiobesidade, transfobia e a incapacidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC/TCC-E) tradicional de atender às necessidades da população transgênero⁴⁴. Por outro lado, os principais facilitadores da recuperação do transtorno alimentar incluem: cuidados de afirmação de gênero, atendimentos de equipes interdisciplinares, experiência da equipe de saúde, características da psicoterapia e logística do tratamento⁴⁴.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar os níveis de satisfação com a imagem corporal e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas trans acompanhadas em um serviço especializado em afirmação de gênero do nordeste brasileiro.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Traçar o perfil dos usuários admitidos no ambulatório trans;
2. Estimar a prevalência de satisfação com a imagem corporal, incongruência de gênero e risco de transtornos alimentares em dois momentos distintos: na admissão e a após seis meses;
3. Associar a satisfação com a imagem corporal, incongruência de gênero e risco de transtorno alimentar na admissão e a após seis meses;
4. Detectar fatores relacionados à insatisfação com a imagem corporal e risco de transtornos alimentares na admissão e a após seis meses.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo desenvolvido em um único centro. Participaram da presente pesquisa pessoas transgêneros adultas admitidas no Ambulatório Trans do Hospital Universitário de Lagarto (HUL).

A redação deste método e o relato dos resultados seguiram as diretrizes da iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudos observacionais.

4.2 AMOSTRA

Devido a especificidade da população assistida e ao critério de seleção adotado, optou-se pela utilização de uma amostra por conveniência. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a novembro de 2025. A primeira fase aconteceu entre os meses de janeiro a maio e a segunda fase, entre os meses de julho a novembro.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídas na pesquisa pessoas autodesignadas transgêneros, maiores de 18 anos e menores de 60 anos, que foram admitidas ou readmitidas no ambulatório trans do HUL no período máximo de até de 6 meses. Por outro lado, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: presença de diagnóstico de transtorno alimentar, deficiência intelectual que pudesse impedir a compreensão e o adequado preenchimento do questionário e a ausência de atendimento de no mínimo três especialidades diferentes após seis meses de acompanhamento, a contar do início da coleta de dados.

O tempo de admissão para inclusão em nossa pesquisa foi estabelecido considerando a suspensão temporária no ingresso de novos usuários no início do estudo. A princípio, o critério de elegibilidade era de admissão em até 30 dias; contudo, diante desse fato, esse prazo precisou ser ampliado.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO TRANS DO HUL

O Ambulatório Trans de Sergipe está localizado no interior do estado, em Lagarto - SE, e é administrado pelo Hospital Universitário de Lagarto, que conta com uma equipe multiprofissional composta por: endocrinologista, ginecologista, psicólogo, terapeuta

ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico, psiquiatra, assistente social, enfermeiro e nutricionista⁴⁵. O Ambulatório Transexualizador foi habilitado pelo Ministério da Saúde somente em 2023, apesar de realizar atendimento à população transgênero do estado desde 2016⁴⁵. Destaca-se a ampliação da equipe especializada do Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário de Lagarto para além da equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, contribuindo dessa forma com à integralidade do atendimento aos usuários.

Em 2024, houve um grande avanço no Ambulatório Trans, o início da dispensação de hormônios para usuários com mais de um ano de acompanhamento pela equipe multidisciplinar. A dispensação dos hormônios é realizada pela equipe de farmácia, que possui duas linhas de atendimentos dentro do ambulatório, a de dispensação e a farmácia clínica.

O ambulatório funciona todas as quintas-feiras, durante o turno vespertino. O usuário que deseja atendimento no ambulatório pode ser encaminhado por Unidades Básicas de Saúde ou manifestar interesse presencialmente na secretaria do ambulatório ou através de telefonema/Whatsapp do ambulatório, mediante apresentação da carteira de identidade e do cartão do SUS. A demanda por atendimento tem sido grande, considerando que o ambulatório está com lista de espera. No momento, são realizadas cerca de 2 a 4 admissões por semana.

4.5 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A seguir, estão detalhados as variáveis de interesse do estudo e todos os instrumentos de coleta de dados com suas respectivas estratégias de aplicação:

4.5.1 Avaliação antropométrica

As medidas antropométricas foram realizadas com o objetivo de avaliar o estado nutricional dos participantes da pesquisa e suas possíveis alterações no decorrer do processo de afirmação de gênero. As medidas coletadas foram: peso (kg) e altura (m). Com base nas medidas antropométricas, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) e realizada a sua classificação.

Para a aferição do peso, utilizou-se uma balança digital com capacidade máxima entre 150kg e 200kg. A estatura foi aferida utilizando um estadiômetro, com precisão de 0,5cm e altura máxima de 2,20m. A avaliação das medidas antropométricas foram realizadas conforme orientação da Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)⁴⁶:

- **Peso:** antes de subir na balança o avaliador certificou-se que o usuário estivesse descalço, com o mínimo de roupa e acessórios possíveis. Com a balança ligada, o usuário foi convidado a subir no centro do equipamento com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Ele foi mantido parado nessa posição e após o valor do peso está fixado no visor, foi feito o registro do peso⁴⁶.
- **Altura:** o usuário foi posicionado descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do estadiômetro. Foi mantido de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, pernas paralelas com os pés, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. A cabeça do usuário foi posicionada no plano de Frankfurt. O curso móvel do equipamento foi movimentado até a cabeça do participante, com uma leve pressão para comprimir o cabelo. Após isso, foi realizada a trava do estadiômetro, solicitado que o usuário se retirasse do equipamento e realizada a leitura e registro da altura⁴⁶.

Para a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) foi adotado os valores de referência recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo SISVAN^{46,47}. Para o diagnóstico nutricional de participantes menores de 20 anos por meio de percentis, estabeleceu-se como magreza acentuada os valores < percentil 0,1; e como magreza o intervalo $\geq$ percentil 0,1 e < percentil 3. A eutrofia foi definida pelos valores > percentil 3 e < percentil 85. O sobrepeso foi classificado no intervalo > percentil 85 e $\leq$ percentil 97; enquanto a obesidade compreendeu os valores > percentil 97⁴⁶.

Para participantes maiores de 20 anos foi classificado como baixo peso o indivíduo que apresentou $IMC < 18,5\text{kg/m}^2$, eutrofia $IMC > 18,5\text{kg/m}^2$ até $24,9\text{kg/m}^2$, sobrepeso $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ até $29,9\text{kg/m}^2$ e obesidade $IMC > 30,0\text{kg/m}^2$ ⁴⁷.

4.5.2 Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) foi utilizado para realizar o rastreamento de usuários suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa, bulimia nervosa e com presença de padrões alimentares desordenados. Foi utilizada a versão reduzida do teste, traduzida, validada e adaptada para o português (ANEXO A)⁴⁸. O EAT-26 é um questionário de autopreenchimento composto por 26 questões, que apresentam três subescalas que avaliam fatores distintos do comportamento alimentar: dieta (13 itens: nº 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25), bulimia e preocupação com alimentos (6 itens: nº 3, 4, 9, 18, 21 e 26) e autocontrole oral (7 itens: 2, 5, 8, 13, 15, 19 e 20)⁴⁸.

As respostas do questionário foram pontuadas em uma escala do tipo Likert. A pontuação varia de 0 a 3 pontos, onde: sempre = 3; muitas vezes = 2; frequentemente = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0. Contudo, a pergunta de número 25 possui pontuação invertida, ou seja, as alternativas sempre, muitas vezes e frequentemente tem peso 0, a resposta poucas vezes apresenta peso 1, quase nunca peso 2 e nunca valor 3⁴⁸.

O resultado foi calculado a partir da soma das respostas de cada item. Foram considerados com risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares os indivíduos que apresentaram pontuação superior a 21 pontos⁴⁹.

4.5.3 Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC

Para avaliação da satisfação com imagem corporal, foi utilizada a Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC (ANEXO B), instrumento desenvolvido por Ferreira e Leite (2002), que tem por objetivo avaliar aspectos de satisfação com a imagem corporal e divide-se em dois fatores: satisfação com a própria aparência e preocupação com o peso⁵⁰.

A EASIC é um instrumento de autopreenchimento composto por 25 itens respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos que variam entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente)⁵⁰.

A interpretação dos resultados da EASIC advém do somatório dos valores brutos das pontuações obtidas em cada fator. Quanto maior for a pontuação obtida na EASIC, maior o nível de satisfação com a imagem corporal. Do total de itens, 10 (2, 3, 6, 7, 15, 16, 18, 20, 21 e 25) foram redigidos de forma negativa (no sentido oposto da satisfação com a imagem corporal), sendo assim esses itens têm a pontuação invertida entre 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente)⁵⁰.

O nível de satisfação com imagem corporal é analisado com base na soma das pontuações, no qual menores pontuações indicam maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal. Sendo assim, pessoas com pontuações entre 25 a 37 pontos estão totalmente insatisfeitas com a imagem corporal; entre 38 a 63, estão insatisfeitas a maioria das vezes; entre 64 a 88, estão satisfeitas às vezes sim, às vezes não; entre 89 a 113, estão satisfeitas a maioria das vezes e entre 114 a 125 pontos, estão totalmente satisfeitas com a imagem corporal⁵⁰.

4.5.4 Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht – Avaliação e medida do Espectro de Gênero (UGDS-GS)

Para a análise da incongruência de gênero, foi utilizada a *Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS)*, traduzida para o português (ANEXO C). A escala desenvolvida por McGuire e colaboradores destaca-se por apresentar uma linguagem neutra em termos de gênero e por poder ser atualizada por pessoas de qualquer identidade e expressão de gênero⁵¹.

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento composto por 18 itens que mede a insatisfação com a identidade e expressão de gênero ao longo do tempo, bem como o conforto com a identidade de gênero afirmada. As respostas são pontuadas em uma escala do tipo Likert que varia de 1 a 5, onde: discordo completamente = 1, discordo = 2, nem concordo e nem discordo = 3, concordo = 4 e concordo completamente = 5⁵¹.

A interpretação do resultado da UGDS-GS é obtida através do cálculo da pontuação média de todos os 18 itens. Valores médios próximos de 4 indicam maior incongruência de gênero⁵¹.

4.5.6 Identificação dos serviços acessados e início da hormonização

Com o objetivo de identificar os serviços que foram acessados e/ou início da hormonização ao final de seis meses da primeira avaliação, uma parte específica do questionário semiestruturado (APÊNDICE A) que contempla tais informações foi preenchida. No questionário consta quais serviços foram acessados (endocrinologia, ginecologia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, psiquiatria, assistência social, enfermagem e nutrição) e o número de vezes, além do início da hormonização. Em situações em que o hormônio foi prescrito, o tempo de uso dos hormônios foi coletado.

Para obter informação sobre os serviços acessados e o número de vezes, as informações foram coletadas no prontuário eletrônico do usuário. Já informações sobre hormonização e tempo de uso foram coletadas em entrevista com o próprio usuário.

Ainda sobre os serviços acessados, estes foram categorizados em dois momentos: antes da participação na pesquisa, nos casos em que a coleta de dados não coincidiu com o primeiro dia da admissão, e a contar da data de participação na primeira fase da pesquisa até seis meses de acompanhamento. Os participantes que foram incluídos no estudo e que já tinham sido atendidos previamente no ambulatório, realizaram este acompanhamento em um período máximo de seis meses, conforme estabelecido nos critérios de elegibilidade.

4.6 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, foi utilizado um formulário semiestruturado (APÊNDICE A), que contempla questões relacionadas ao perfil sociodemográfico (identidade de gênero, idade, logradouro, renda, ocupação e escolaridade), estilo de vida (etilismo, fumante e prática de exercício físico), avaliação antropométrica, hormonização para redesignação de gênero mediante prescrição médica e/ou de forma autônoma, serviços acessados e início da hormonização. Para a avaliação do risco de transtornos alimentares, foi aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26); para avaliação da satisfação com imagem corporal, foi utilizada a Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC; e para a avaliação da incongruência de gênero, foi aplicada a *Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS)*.

Os participantes foram avaliados em dois momentos distintos: a primeira avaliação (T1) ocorreu no momento da admissão/readmissão no ambulatório (em um intervalo máximo de até seis meses de acompanhamento); a segunda avaliação (T2) foi realizada seis meses após a aplicação da primeira etapa.

Considerou-se readmissão o usuário que foi acompanhado no ambulatório em algum momento desde a sua implantação, mas descontinuou o seu atendimento por mais de um ano e retornou à instituição.

Adicionalmente, destaca-se que a variável circunferência da cintura, que estava prevista no planejamento inicial deste estudo, precisou ser excluída. Tal exclusão se fez necessária devido à ausência de padronização durante a coleta dos dados. A padronização não pôde ser assegurada, uma vez que o protocolo recomendado pelo SISVAN exige a exposição da região abdominal para a aferição adequada. Entretanto, alguns participantes não estavam com vestimenta apropriada ou demonstraram desconforto no momento da coleta, o que impossibilitou a realização da medida ou comprometeu a sua execução adequada, levando à exclusão desse parâmetro da análise.

4.6.1 Coleta de dados (Admissão/T1)

Os recém-usuários do ambulatório trans foram convidados a participar do estudo durante o acolhimento com os profissionais da Terapia Ocupacional e/ou durante a sala de espera.

No primeiro momento (admissão), foram coletados, diretamente com o usuário, os dados sociodemográficos, o uso de hormonização e estilo de vida, presentes no questionário

semiestruturado (APÊNDICE A). Foi realizada, também, a aferição dos dados antropométricos de interesse para a presente pesquisa: peso e altura. A avaliação antropométrica e o preenchimento do questionário semiestruturado foi realizado por um nutricionista. A coleta dos dados foi realizada em um ambiente reservado dos demais usuários para preservar a privacidade do participante.

Além dos dados mencionados, os participantes da pesquisa foram convidados a responder ao Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), à Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC e à Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht – Avaliação e medida do Espectro de Gênero (UGDS-GS). Os participantes foram instruídos sobre o preenchimento do teste e das escalas. O preenchimento dos questionários foi realizado em local reservado, a fim de preservar a privacidade do participante, manter a concentração e evitar interferências externas.

4.6.2 Coleta de dados (Após 6 meses/ T2)

Após seis meses da primeira avaliação, os participantes da pesquisa foram contatados para realizar a segunda etapa do estudo. No segundo momento, foram realizadas: a reaplicação do teste e das escalas que avaliam a satisfação com imagem corporal, o risco de transtornos alimentares e a incongruência de gênero. Foi realizada, também, a análise dos serviços acessados, mediante consulta ao prontuário eletrônico, a prescrição da hormonização durante os seis meses de acompanhamento e coleta do peso atual autorreferido.

O primeiro momento foi realizado, exclusivamente, de forma presencial, dada a necessidade da prestação de maiores esclarecimentos sobre o funcionamento da pesquisa e consequente coleta do aceite para a participação. Por outro lado, o segundo momento poderia ser realizado on-line ou presencialmente, sendo o participante responsável por decidir qual a melhor modalidade de atendimento a ser realizada.

A fim de padronizar a coleta de dados e manter o formato em que os instrumentos de pesquisa foram validados, o EAT-26, a EASIC e a Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht foram copiados para o *Google Forms*, para que os participantes realizassem o auto preenchimento. No formulário também foram incluídas questões sobre início ou manutenção da hormonização, para os usuários que estavam em uso de hormônios na admissão, responsável pela prescrição e duração do uso do hormônio.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sob número de parecer 7.164.810 (ANEXO D).

Para a participação na pesquisa, os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), conforme estabelecido na Resolução nº 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde. As pessoas que estiveram dentro dos critérios de inclusão no estudo e que foram convidadas a participar foram informadas sobre a natureza do estudo, elencando os riscos e os benefícios da pesquisa. Mesmo após assinatura do TCLE, o participante podia retirar seu consentimento a qualquer momento.

A coleta de dados foi realizada em um ambiente reservado dos demais usuários para preservar a privacidade do participante. Foi preservada a integridade do participante na pesquisa, os dados que poderiam identificá-lo, assim como a privacidade, sigilo e confidencialidade. Seu nome não será divulgado e será mantido no mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a).

A coleta de alguns dados pessoais (nome, telefone para contato e e-mail) foi necessária tendo em vista que se trata de um estudo longitudinal e os referidos dados foram necessários para que o contato entre os pesquisadores e usuários fosse restabelecido para a segunda fase da pesquisa. Diante disso, algumas medidas foram adotadas a fim de minimizar a identificação dos participantes como: identificação do usuário com as letras iniciais do nome e sobrenome, registro de contatos (telefone e e-mail) em agenda exclusiva para este fim.

4.8 TRATAMENTO DE DADOS

Para a análise dos resultados, foram utilizados os softwares Rstudio versão 2026.01.0+392 e o JASP versão 0.18.3. Os dados foram avaliados em dois momentos: T1 (em até seis meses da admissão) e T2 (após seis meses da primeira avaliação).

Inicialmente foram conduzidas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas no momento T1, apresentadas em mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas, e frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas. Para verificar a normalidade das variáveis e a escolha dos métodos estatísticos, foram utilizados testes de normalidade, a distribuição dos resultados foi considerada anormal quando $p < 0,05$. Variáveis que apresentaram distribuição não paramétrica foram apresentadas em mediana e intervalo interquartil.

Foi aplicado o teste exato de Fisher para avaliar a associação entre a satisfação com a imagem corporal, o risco de transtornos alimentares e o nível de incongruência de gênero. Para verificar mudanças na classificação desses desfechos entre os tempos T1 e T2, foi aplicado o teste de Wilcoxon para amostras pareadas, considerando apenas os participantes com dados completos nos dois momentos.

A fim de analisar fatores que possam estar relacionados com a satisfação com a imagem corporal e o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, foram conduzidos testes entre os domínios da EASIC e do EAT-26 com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Para variáveis qualitativas com dois grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, enquanto, para variáveis com três ou mais grupos, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Já para variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de correlação de Spearman. Para as análises, foi adotado o nível de significância de 0,05. Considerando a distribuição anormal dos dados, todos os testes realizados foram para amostras não paramétricas.

Para fins descritivos, foi realizado o agrupamento da classificação da EASIC. Desse modo, a EASIC foi categorizada em insatisfação com a imagem corporal (pontuação entre 25 e 63), satisfação às vezes sim, às vezes não (pontuação entre 64 e 88) e satisfação com a imagem corporal (pontuação acima de 89).

Ademais, para avaliar a ocorrência de potenciais vieses de seleção decorrentes da descontinuidade da participação, foi realizada uma análise comparativa das perdas de seguimento. Os participantes que concluíram as duas etapas do estudo (n=21) foram comparados aos que foram perdidos no seguimento (n=7) em relação às variáveis de linha de base (T1), incluindo idade, identidade de gênero e os escores das escalas Utrecht, EAT-26 e EASIC. Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste exato de Fisher, e para as variáveis contínuas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Considerou-se que as perdas ocorreram de forma aleatória quando não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, assegurando que a amostra final permanecesse representativa da população inicialmente recrutada.

5 RESULTADO

5.1 FLUXO DA AMOSTRA

Na primeira etapa da pesquisa (T1), que ocorreu entre os meses de janeiro e maio, foram convidados 34 usuários a participar do estudo. Entretanto, houve duas recusas e quatro exclusões por não atenderem aos critérios de elegibilidade, totalizando uma amostra final no momento T1 de 28 participantes. Na segunda etapa (T2), 21 usuários concordaram em continuar na pesquisa, enquanto sete usuários não responderam aos contatos realizados por telefone, resultando em uma amostra final de 21 participantes (taxa de retenção: 75%).

5.2 ANÁLISE DAS PERDAS DE SEGUIMENTO

Foi realizada comparação entre os participantes que permaneceram no estudo ($n = 21$) e aqueles que foram perdidos no seguimento ($n = 7$), com o objetivo de avaliar se as perdas ocorreram de forma aleatória e se as análises poderiam ser prejudicadas pela evasão (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre participantes que permaneceram e perdas de seguimento. Lagarto (SE). PP n (21) /PE n (7).

Variável	PP	PE	p-valor
Idade (Mediana, IQR)	24 (7,0)	26 (6,5)	0,894
Mulheres trans/ travestis (%)	38,1%	42,9%	1,000
Escore Utrecht (Mediana, IQR)	4,4 (0,8)	4,1 (0,5)	0,264
Escore EAT-26 (Mediana, IQR)	11 (15)	19 (7,0)	0,313
Escore EASIC (Mediana, IQR)	69 (28)	74 (11)	0,710

Fonte: Dados da pesquisa (2025). PP- Participantes que permaneceram; e PE - Participantes que evadiram. Teste exato de Fisher e Mann-Whitney.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, identidade de gênero ou aos escores das escalas Utrecht, EAT-26 e EASIC ($p > 0,05$ para todas as comparações), sugerindo que as perdas ocorreram de forma aleatória e não introduziram viés evidente na amostra final.

5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO

Os participantes possuem idade mediana de 24,5 (IIQ=6,5) anos, com a maior parte sendo constituída por homens trans (60,7%; n=17). Metade dos usuários entrevistados (50,0%; n=14) possui ensino superior (completo/incompleto) ou pós-graduação e renda mensal mediana de R\$1.518,0 (IQR=41). O uso de hormônios para redesignação sexual foi relatado por 21,4% dos usuários, sendo que metade referiu auto-hormonização. Além disso, cerca de $\frac{1}{3}$ dos usuários referiu ser tabagistas e a maior parte realizava o consumo de bebida alcoólica. O excesso de peso esteve presente em 35,8% dos participantes. O perfil detalhado dos participantes está descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Perfil dos Usuários admitidos no ambulatório trans do HUL entre os meses de janeiro e maio de 2025. Lagarto (SE). n=28

Perfil dos Usuários	%(n)
Tipo de acesso ao ambulatório	
Admissão	82,1% (23)
Readmissão	17,9% (5)
Identidade de gênero	
Homem trans	60,7% (17)
Mulher trans/ Travesti	39,3% (11)
Não-binário	0,0% (0)
Estado civil	
Solteiro(a)	75,0% (21)
Casado (a)	14,3% (4)
Outro	10,7% (3)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	3,6% (1)
Fundamental completo	0,0% (0)
Médio incompleto	10,7% (3)
Médio completo	35,7% (10)
Superior incompleto/em andamento	39,3% (11)

Superior completo	10,7% (3)
Pós-graduação	0,0% (0)
Hormonização	
Sim	21,4% (6)
Não	78,6% (22)
Fumante	
Sim	35,7% (10)
Não	50,0% (14)
Ex-fumante	14,3% (4)
Etilismo	
Sim	53,6% (15)
Não	35,7% (10)
Ex-etilista	10,7% (3)
Prática de exercício físico	
Sim	35,7% (10)
Não	64,3% (18)
Estado Nutricional	
Baixo peso	17,9% (5)
Eutrofia	46,4% (13)
Sobrepeso	17,9% (5)
Obesidade	17,9% (5)

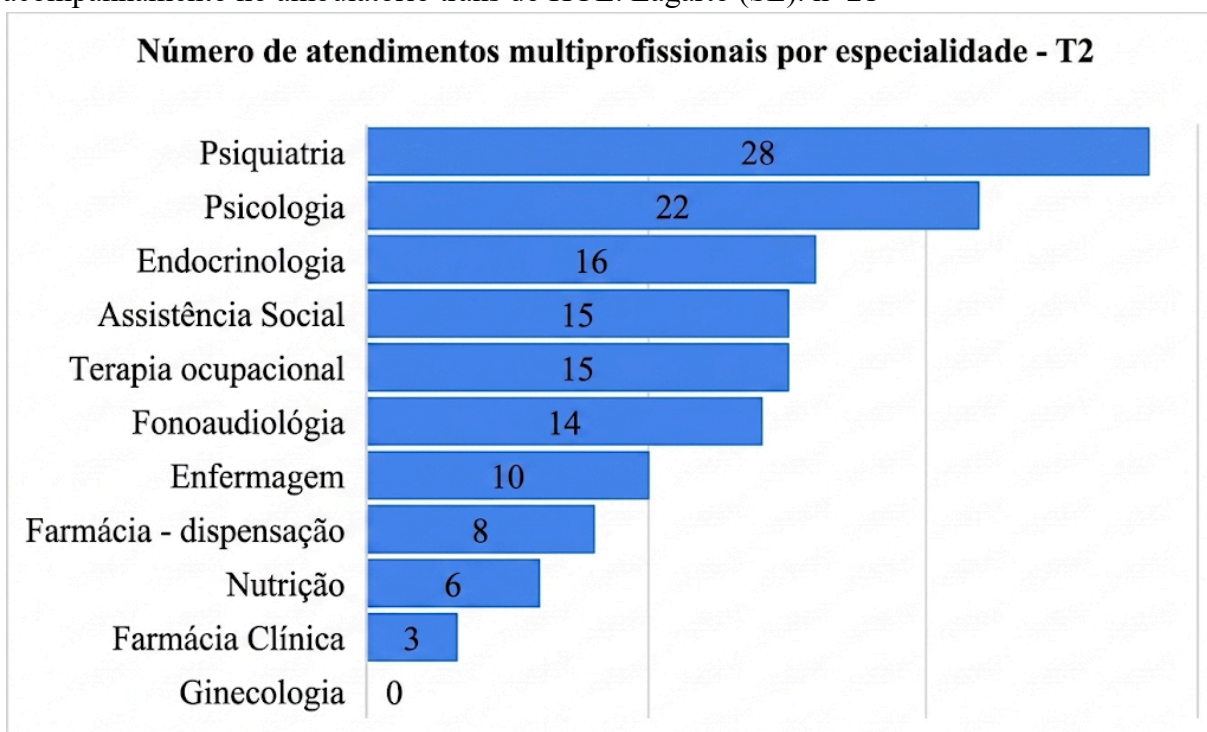
Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Dos participantes no T1, 60,7% encontravam-se em seu primeiro atendimento no ambulatório trans. Para os participantes que já realizavam seguimento ambulatorial previamente à coleta de dados (39,3%; n=11), foram contabilizados 25 atendimentos, sendo a mediana de um atendimento por usuários. Do número total de atendimentos as especialidades mais acessadas foram endocrinologia 20,0% (n=5), psiquiatria 20,0% (n=5) e psicologia 16,0% (n=4).

Ao final dos seis meses de acompanhamento, entre T1 e T2, o número de atendimentos realizados pelos participantes que permaneceram na segunda fase da pesquisa foi de 137, com mediana de 6 (IIQ=3) atendimentos recebidos por usuário. A psiquiatria, a psicologia e a endocrinologia são as especialidades com maior número de atendimentos registrados, respectivamente (Figura 1).

Após seis meses de acompanhamento ambulatorial, 42,8% (n=9) dos usuários estavam em hormonização e 55,5% (n=5) desses iniciaram a hormonização durante esse período. A mediana de tempo de hormonização dos usuários que iniciaram o uso entre T1 e T2 é de 2 (IIQ=1) meses.

Figura 1. Número de atendimentos multiprofissionais realizados após seis meses de acompanhamento no ambulatório trans do HUL. Lagarto (SE). n=21



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA DOS DESFECHOS ENTRE T1 E T2

Na avaliação da satisfação com a imagem corporal, risco de transtorno alimentar e incongruência de gênero, nos dois tempos, percebeu-se que somente 21,4% (n=6) dos entrevistados estavam satisfeitos com a imagem corporal no T1 e 9,5% (n=2) no T2; 28,6% (n=8) apresentaram risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares no T1 e 33,3% (n=7) no T2; e 67,9% (n=19) apresentaram pontuação média maior ou igual a 4 na escala que avalia a incongruência de gênero no T1 e 66,7% (n=14) no T2.

Após seis meses de acompanhamento ambulatorial, não houve mudança estatisticamente significativa com relação à prevalência da insatisfação com a imagem corporal, risco de transtornos alimentares e incongruência de gênero (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre a satisfação com a imagem corporal, incongruência de gênero e risco de transtorno alimentar entre os tempos. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).

Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal (EASIC)			
Classificação	T1 %(n)	T2 %(n)	p-valor (Teste de Wilcoxon)
Insatisfeito(a) com a IC	35,7% (10)	38,1% (8)	0,6
Satisfeito(a) às vezes sim e às vezes não	42,9% (12)	52,4% (11)	
Satisfeito(a) com a IC	21,4% (6)	9,5% (2)	
Teste de Atitudes Alimentares (EAT- 26)			
Classificação	T1 %(n)	T2 %(n)	p-valor (Teste de Wilcoxon)
Risco	28,6% (8)	33,3% (7)	0,8
Sem risco	71,4% (20)	66,7% (14)	
Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht (UGDS-GS)			
Classificação	T1 %(n)	T2 %(n)	p-valor (Teste de Wilcoxon)
Pontuação média ≥ 4	67,9% (19)	66,7%(14)	0,8
Pontuação média < 4	32,1% (9)	33,3% (9)	

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

T1 (admissão) e T2 (após seis meses de acompanhamento).

A análise da EASIC e do EAT - 26 de acordo com os domínios está presente na Tabela 4. Apesar da presença de redução da mediana nos domínios relacionados à bulimia e autocontrole oral, não houve diferença significativa entre os tempos de acordo com o teste de Mann-Whitney ($p > 0,05$).

Tabela 4. Mediana dos domínios da EASIC e EAT - 26 entre os tempos. Lagarto (SE).T1 n (28) /T2 n (21).

Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal (EASIC)			
Domínio	Mediana (IIQ) - T1	Mediana (IIQ) - T2	p - valor
Satisfação c/ a aparência	49,0 (16,8)	45,0 (19,0)	0,8

Preocupação com o peso	23,0 (4,8)	22,0 (6,0)	0,1
Total	70,0 (22,8)	68,0 (23,0)	0,5

Teste de Atitudes Alimentares (EAT - 26)

Domínio	Mediana (IIQ) - T1	Mediana (IIQ) - T2	
Dieta	5,0 (9,0)	4,5 (11)	0,6
Bulimia e PA	2,0 (4,5)	0,0 (2,2)	0,1
Autocontrole oral	5,0 (7,5)	1,5 (8,5)	0,3
Total	14,0 (15,3)	12,0 (15,0)	0,1

Fonte: Dados da pesquisa (2025). T1 (admissão) e T2 (após seis meses de acompanhamento). PA - preocupação com alimentos. Teste de Mann-Whitney

Ao realizar a análise da associação da classificação da satisfação com a imagem corporal, risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e grau de incongruência de gênero, constatou-se que a satisfação com imagem corporal esteve associada à incongruência de gênero em ambos os momentos avaliados (teste exato de Fisher; T1: $p = 0,002$ e T2: $p = 0,009$). Por outro lado, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e incongruência de gênero, assim como entre satisfação com a imagem corporal e risco de transtornos alimentares em nenhum dos tempos ($p > 0,05$).

5.5 ANÁLISE BIVARIADA DAS VARIÁVEIS

As Tabelas 5 e 6 apresentam associações e correlações entre os desfechos estudados com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi observada correlação negativa moderada entre o domínio preocupação com o peso e o IMC ($r = -0,475$; $p = 0,011$), indicando que valores mais elevados de IMC estiveram associados a menores escores de preocupação com o peso. Houve, também, correlação negativa moderada a forte entre o domínio aparência e incongruência de gênero em ambos os tempos (T1: $r = -0,662$; $p = 0,001$; T2: $r = -0,478$; $p = 0,028$), indicando que quanto maior o nível de insatisfação com a aparência, maiores os níveis de incongruência de gênero.

Com relação às associações, somente o domínio aparência associou-se com hormonização ($p = 0,017$). As demais variáveis não apresentaram associação/correlação

significativa. Contudo, o domínio relacionado à aparência e idade apresentou tendência para correlação ($p=0,056$).

Tabela 5. Associação dos domínios da EASIC com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).

Domínio - Variável	Teste	p-valor
T1 - n=28		
Aparência - Identidade de gênero	Mann-Whitney	0,312
Preocupação com o peso - Identidade de gênero	Mann-Whitney	0,603
Aparência - Exercício físico	Mann-Whitney	0,311
Preocupação com o peso - Exercício físico	Mann-Whitney	0,603
Aparência - Hormonização	Mann-Whitney	0,017*
Preocupação com o peso - Hormonização	Mann-Whitney	0,714
Aparência - Escolaridade	Kruskal wallis	0,999
Preocupação com o peso - Escolaridade	Kruskal wallis	0,371
T2 - n=21		
Aparência - Hormonização	Mann-Whitney	0,135
Preocupação com o peso - Hormonização	Mann-Whitney	0,915
Domínio - Variável	Correlação de Spearman	p-valor
T1 - n=28		
Aparência - Idade	0,360	0,059
Preocupação com o peso - Idade	-0,188	0,339
Aparência - IMC	-0,099	0,618
Preocupação com o peso - IMC	-0,475	0,011*
Aparência - Incongruência de Gênero	-0,662	0,001*
Preocupação com o peso - Incongruência de Gênero	-0,108	0,640
Aparência - Atendimento multi	-0,377	0,093
Preocupação com o peso - Atendimento multi	-0,117	0,615
T2 - n=21		

Aparência - Incongruência de Gênero	-0,478	0,028*
Preocupação com o peso - Incongruência de Gênero	0,012	0,959
Aparência - Atendimento multi	-0,030	0,896
Preocupação com o peso - Atendimento multi	0,016	0,945

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Quanto aos domínios do EAT -26, observou-se correlação positiva moderada entre os domínios dieta com IMC ($r=0,583$; $p=0,001$) e correlação negativa moderada entre o autocontrole oral com IMC ($r=0,466$; $p=0,012$). Indicando que maiores comportamentos relacionados à dieta e menores comportamentos de autocontrole oral estão associados a maiores IMC. Houve tendência de associação entre dieta e exercício físico ($p=0,051$).

Tabela 6. Associação dos domínios da EAT - 26 com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Lagarto (SE). T1 n (28) /T2 n (21).

Domínio - Variável	Teste	p-valor
T1 - n=28		
Dieta - Identidade de gênero	Mann-Whitney	0,369
Bulimia e PA - Identidade de gênero	Mann-Whitney	0,757
Autocontrole oral - Identidade de gênero	Mann-Whitney	0,237
Dieta - Exercício físico	Mann-Whitney	0,051
Bulimia e PA - Exercício físico	Mann-Whitney	0,923
Autocontrole Oral - Exercício físico	Mann-Whitney	0,629
Dieta - Hormonização	Mann-Whitney	0,673
Bulimia e PA - Hormonização	Mann-Whitney	0,777
Autocontrole oral - Hormonização	Mann-Whitney	0,757
Dieta - Escolaridade	Kruskal wallis	0,554
Bulimia e PA - Escolaridade	Kruskal wallis	0,872
Autocontrole oral - Escolaridade	Kruskal wallis	0,831
T2 - n=21		
Dieta - Hormonização	Mann-Whitney	0,831
Bulimia e PA - Hormonização	Mann-Whitney	0,713

Autocontrole oral - Hormonização	Mann-Whitney	0,224
Domínio - Variável	Correlação de Spearman	p-valor
T1 - n=28		
Dieta - Idade	0,111	0,573
Bulimia e PA - Idade	0,104	0,598
Autocontrole ora - Idade	-0,008	0,969
Dieta - IMC	0,583	0,001*
Bulimia e PA - IMC	0,262	0,178
Autocontrole Oral - IMC	-0,466	0,012*
Dieta - Incongruência de Gênero	0,014	0,951
Bulimia e PA - Incongruência de Gênero	0,208	0,365
Autocontrole oral - Incongruência de Gênero	0,191	0,408
Dieta - Atendimento multi	0,085	0,714
Bulimia e PA - Atendimento multi	0,153	0,508
Autocontrole oral - Atendimento multi	0,371	0,098
T2- n=21		
Dieta - Incongruência de Gênero	0,009	0,971
Bulimia e PA - Incongruência de Gênero	0,038	0,871
Autocontrole oral - Incongruência de Gênero	0,109	0,638
Dieta - Atendimento multi	-0,022	0,926
Bulimia e PA - Atendimento multi	0,032	0,889
Autocontrole oral - Atendimento multi	-0,369	0,100

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

*p < 0,05; T1 (admissão) e T2 (após seis meses de acompanhamento); PA - preocupação com alimentos.

6 DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo demonstram baixos níveis de satisfação com a imagem corporal, risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares e altos índices de incongruência de gênero em ambos os tempos avaliados, sem diferenças significativas entre eles. Constatou-se que a incongruência de gênero esteve associada à satisfação com a imagem corporal. Outrossim, o IMC e a incongruência de gênero são fatores que podem contribuir para uma pior percepção da imagem corporal e para a adoção de práticas alimentares desordenadas. Em contrapartida, a hormonização parece exercer um fator protetor frente à insatisfação com a imagem corporal.

Quanto ao perfil dos participantes do estudo, a maioria são adultos jovens, apresentam identidade de gênero masculina e estão cursando ou já cursaram o ensino superior, corroborando com outras pesquisas nacionais realizadas em pessoas transgêneros^{18,20,52}. O nível de escolaridade dos entrevistados constitui um dado positivo, principalmente diante do acesso limitado de pessoas trans ao ensino superior e das dificuldades enfrentadas para sua permanência⁵³. De acordo com a Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos(as) Graduandos(as) das Instituições Federais de Ensino Superior, em 2018 apenas 0,2% dos estudantes universitários se declararam transgêneros⁵⁴. Com relação à maior prevalência de homens trans na procura por cuidados de afirmação de gênero, nossos dados não permitem uma explicação conclusiva. No entanto, sabe-se que mulheres trans e travestis são as que mais sofrem com a transfobia, e esta é um fator limitante para o acesso aos serviços de saúde em pessoas transgênero, podendo ser esse um dos motivos que pode ter contribuído para a menor procura pelo Ambulatório Transexualizador^{30,55}.

Ao traçar o perfil dos usuários admitidos, a presente pesquisa também coletou dados relacionados ao estilo de vida dos participantes, considerando que o processo de afirmação de gênero mediante hormonização pode influenciar no ganho de peso, alteração no perfil lipídico e risco cardiovascular⁵⁶. A análise desses dados evidenciou elevada prevalência de sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas referido por mais da metade dos entrevistados, além de excesso de peso e tabagismo em aproximadamente um terço dos participantes. Esses achados são consistentes com uma análise realizada em 2017, envolvendo mais de 2.000 pessoas transgêneros, a qual demonstrou maiores taxas de transtornos por uso de álcool e tabaco, além de estilo de vida sedentário, em comparação com participantes cisgêneros⁵⁷.

Ainda não está bem estabelecido na literatura o efeito das alterações cardiometabólicas em indivíduos que estão em hormonização, contudo sabe-se que esse efeito é diferente entre

homens e mulheres trans⁵⁶. A hormonização parece ter efeito aterogênico em homens trans, com aumento dos níveis de LDL-c e triglicerídeos e redução do HDL-c, além da elevação da pressão arterial e peso corporal^{56,58}. Em mulheres trans, o risco de tromboembolismo venoso é maior do que em homens e mulheres cisgênero, indicando um possível aumento no risco de doença cardiovascular⁵⁶.

Entretanto, a maior prevalência de fatores de estilo de vida não saudáveis, como o tabagismo, obesidade e sedentarismo, também pode desempenhar um papel nesses resultados⁵⁹. Posto isso, é relevante que os usuários que estão em processo de afirmação de gênero sejam orientados a adotar um estilo de vida mais saudável, a fim de que possíveis riscos relacionados ao uso de hormônios feminilizante ou masculinizante sejam minimizados. Na população estudada, esses resultados tornam-se ainda mais relevantes, pois as especialidades que podem auxiliar na minimização desses riscos, como a farmácia clínica e a nutrição, foram as menos acessadas entre os usuários do ambulatório.

Destaca-se que no Ambulatório Trans de Sergipe, com exceção das especialidades obrigatórias para ter acesso à hormonização (psicologia, psiquiatria e endocrinologia) e daquelas tradicionalmente ofertadas no momento da admissão, como terapia ocupacional e serviço social, o acesso às demais especialidades é, na maioria das vezes, definido pelo próprio usuário, com base em seu interesse. Assim, o cuidado integral dos usuários que estão em processo de afirmação de gênero pode estar limitado. Nesse sentido, recomenda-se que os profissionais do ambulatório desenvolvam estratégias de sensibilização sobre a importância de cada especialidade no cuidado da saúde da pessoa trans, bem como que sejam estabelecidos protocolos de encaminhamento por parte de outros profissionais.

O reduzido nível de satisfação com a imagem corporal observado em nossa pesquisa é consistente com os dados da literatura. Estudos vêm evidenciando menores níveis de satisfação com a imagem corporal em pessoas transgêneros ao compará-las com seus pares cisgênero^{1,9}. Oliveira *et al.* (2024) identificaram baixo nível global de satisfação corporal em sua pesquisa, observando satisfação reduzida em todos os componentes corporais⁶⁰. Entretanto, o tronco superior e o tronco inferior foram as áreas de menor satisfação, reforçando a relação entre a insatisfação corporal e partes específicas do corpo que remetem ao gênero indesejado⁵⁹.

No âmbito nacional, estudos apontam níveis moderados a baixos de satisfação com a imagem corporal entre pessoas trans^{18,19}. Machado *et al.* (2020) identificaram resultados medianos na satisfação, com pontuações em torno de 3 na escala *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Scale*, em uma escala de 1 a 5, indicando satisfação

moderada¹⁹. Dantas (2019) observou que 91% dos participantes da sua pesquisa apresentavam algum tipo de distorção da imagem corporal e 81,9% estavam insatisfeitos com sua aparência¹⁸.

Em contrapartida, Bello *et al.* (2023) optaram por não apresentar o resultado geral da avaliação da satisfação com a imagem corporal em seu estudo, considerando que a escala utilizada não é específica para a população trans²⁰. Contudo, ao analisarem a pontuação média das respostas por item, constatou-se que os participantes da pesquisa apresentavam diferentes percepções sobre o corpo, como: vergonha, desejo de modificá-lo e sensação de apresentar excesso de gordura corporal¹⁸. Tais variações no resultado da satisfação corporal podem estar relacionadas aos diferentes instrumentos utilizados nas pesquisas, assim como à ausência de um instrumento nacional validado para avaliação da satisfação com a imagem corporal para a população trans.

A EASIC, instrumento utilizado para avaliar a satisfação com a imagem corporal no presente estudo, contempla dois domínios: satisfação com a aparência e preocupação com o peso, sendo que menores pontuações indicam maior grau de insatisfação no domínio avaliado⁵⁰. Diante da limitação de estudos nacionais sobre o tema, não foram identificadas pesquisas com a mesma população que possibilitassem análise comparativa direta. Contudo, estudos conduzidos em outras populações, também consideradas mais suscetíveis à insatisfação corporal, apresentaram escores mais elevados para o domínio satisfação com a aparência em comparação aos nossos participantes, enquanto os resultados referentes à preocupação com o peso foram semelhantes^{18,61,62}. Esses achados sugerem que pessoas transgênero podem apresentar maior insatisfação com a aparência, mantendo níveis similares de preocupação com o peso corporal com outras populações.

O presente resultado indicou, de forma geral, que os comportamentos alimentares desordenados não são frequentes entre a maioria dos participantes do estudo, contudo pelo escore geral, o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares foi semelhante ou superior a outras pesquisas nacionais desenvolvidas na mesma população^{18,19,20}.

Ao comparar os resultados da pesquisa com os de outros estudos que também utilizaram o EAT-26 para o rastreamento de comportamentos alimentares desordenados, observam-se resultados semelhantes. Um estudo recente desenvolvido na Tailândia comparou o risco de transtornos alimentares em mulheres cisgênero e transgênero⁶³. No grupo de mulheres trans, 37,3% apresentaram risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares pelo EAT-26⁶³. Testa *et al.* (2017) também identificaram níveis elevados de desordens alimentares, 23% nas mulheres transgêneros e 22% nos homens transgêneros⁶⁴. No entanto, os

cuidados de afirmação de gênero apresentaram efeitos protetores apenas nos homens trans⁶⁴. Por outro lado, ao utilizar o Teste de Atitudes Alimentares de 40 itens, versão completa, Turan *et al.* (2018) não identificaram indivíduos com comportamentos alimentares transtornados¹⁵. Diante desses resultados, o rastreamento de transtornos alimentares em pessoas trans mostra-se relevante, tendo em vista que elas são grupos vulneráveis à apresentação de comportamentos alimentares disfuncionais^{6,12}.

Com relação à avaliação do EAT-26 por domínios, maiores pontuações foram observadas nos domínios dieta e autocontrole oral, em consonância com o estudo de Aungkawattanapong *et al.* (2024)⁶³. Esses domínios estão, de modo geral, relacionados à restrição alimentar, à preocupação com a forma corporal e ao controle alimentar excessivo⁴⁸. Resultados semelhantes foram observados em outras pesquisas que utilizaram instrumentos diferentes, porém com domínios que avaliam comportamentos desordenados semelhantes, como o estudo de Nagata *et al.* (2020), que identificou, entre homens e mulheres trans nos Estados Unidos, maiores pontuações nas subescalas do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) relacionadas à preocupação com a forma corporal e com o peso⁶⁵. De forma semelhante, o estudo de Belo *et al.* (2023) também observou maiores pontuações nos domínios de preocupação com o peso e com a forma corporal⁶⁵.

A utilização de instrumentos de rastreamento é importante para a identificação de comportamentos de risco para transtornos alimentares, embora não possuam caráter diagnóstico⁶⁶. No caso do EAT-26, os domínios dieta e autocontrole oral estão mais associados a padrões restritivos, frequentemente observados na Anorexia Nervosa, enquanto o domínio bulimia e preocupação com o alimento relaciona-se a comportamentos de compulsão e purgação, característicos da Bulimia Nervosa⁴⁸. Em uma análise comparativa entre pessoas transgêneros e cisgênero, realizada por Meneguzzo *et al.* (2024), constatou-se que pessoas trans apresentam pontuações significativamente maiores em todos os domínios da EAT-26⁶⁷.

Na presente pesquisa, observou-se alto nível de incongruência de gênero entre os participantes, resultado similar ao de Kennis *et al.* (2022), que identificaram incongruência de gênero em 79,57% dos participantes trans binários do seu estudo⁶⁸. De forma semelhante, Brecht *et al.* (2024) constataram níveis elevados de incongruência de gênero em adolescentes trans acompanhados em uma clínica especializada em aconselhamento ambulatorial³⁹. Seus resultados indicaram associação entre regiões do corpo relacionadas ao sexo autodesignado no nascimento e maiores níveis de incongruência de gênero³⁰. A associação entre a incongruência de gênero e satisfação com a imagem corporal identificada em nossa pesquisa pode reforçar essa relação. Entretanto, é importante salientar que, diferentemente de outros estudos que

analisam regiões corporais específicas, nossos achados decorrem de uma avaliação global da imagem corporal, sem distinção por segmentos corporais^{39,68}.

Quanto à ausência de mudança nos desfechos avaliados após seis meses de acompanhamento ambulatorial, esses resultados podem estar relacionados ao tempo reduzido entre as avaliações, ao pequeno tamanho da amostra e também ao reduzido tempo de hormonização dos usuários. Sabe-se que os efeitos da hormonização sobre o surgimento das características sexuais secundárias iniciam-se, em geral, entre três e seis meses após o início do tratamento⁶⁹. Contudo, o desenvolvimento pleno dessas características pode ocorrer entre um e cinco anos⁶⁹. Esse aspecto temporal pode ter influenciado os resultados observados, considerando que mais da metade dos participantes em hormonização na segunda fase do estudo havia iniciado o tratamento há menos de seis meses. Além disso, esses achados sugerem que aspectos relacionados à imagem corporal e ao comportamento alimentar podem não estar sendo incorporados de maneira sistemática como desfechos clínicos monitorados pela equipe.

Este estudo buscou identificar possíveis fatores que podem estar relacionados à insatisfação com a imagem corporal e ao risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares nos participantes do estudo. Dentre as variáveis avaliadas, o IMC, a incongruência de gênero e a hormonização foram fatores que demonstraram correlação ou associação entre os desfechos.

Observou-se correlação negativa entre o IMC e o domínio preocupação com o peso corporal, indicando que indivíduos com maiores IMC apresentam menores escores de preocupação com o peso. Esse achado reflete maior insatisfação com o peso corporal, uma vez que, na EASIC, menores pontuações indicam maiores níveis de insatisfação no domínio avaliado⁵⁰. Nessa mesma perspectiva, o IMC correlacionou-se negativamente com o domínio autocontrole oral e positivamente com o domínio dieta, sugerindo que maiores comportamentos relacionados à dieta e menores níveis de autocontrole oral estão associados a maiores valores de IMC.

Esses resultados reforçam a relação do excesso de peso sobre a insatisfação com a imagem corporal e sobre o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares também em pessoas transgênero⁴. Sugerindo que pessoas trans também vivenciam a pressão social para possuir um corpo alinhado às normas corporais consideradas padrão. A adoção de comportamentos acentuados de controle do peso e de práticas alimentares desordenadas, como a restrição alimentar, pode ocorrer como uma estratégia compensatória diante da insatisfação com o peso corporal⁶³. Meneguzzo *et al.* (2024) observaram que, mesmo com

IMC semelhante, os participantes transgêneros da sua pesquisa apresentaram maiores níveis de insatisfação e distorção da imagem corporal, preocupações com a alimentação e comportamentos alimentares negativos do que seus pares cisgêneros⁶⁷. Corroborando, ainda, com os achados apresentados anteriormente, Prownpuntu *et al.* (2025), ao avaliarem a satisfação com a imagem corporal de mulheres transgênero, identificaram que maiores níveis de IMC estavam associados a maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal¹.

Os dados apresentados permitem refletir sobre a influência dos ideais de peso na população estudada, revelando a importância de promover a aceitação do peso corporal sob uma perspectiva saudável, sem reforçar padrões de peso e corpos inatingíveis, a fim de evitar que a insatisfação com o peso corporal contribua para o desenvolvimento de desfechos prejudiciais, como os transtornos alimentares. Entretanto, é importante ressaltar que, diferentemente das pessoas cisgêneros outros fatores intrínsecos à população trans podem potencializar a percepção negativa de imagem corporal e a prática de comportamentos alimentares desordenados, como a incongruência de gênero vivenciada, a maior prevalência de diagnóstico de saúde mental, como ansiedade e depressão, e a discriminação sofrida^{2,3,6,70}.

Além do IMC, nossos achados identificaram outros fatores que parecem ter influência sobre a percepção da imagem corporal na população estudada. A incongruência de gênero correlacionou-se negativamente com o domínio relacionado à aparência em ambos os momentos avaliados, sugerindo que pessoas com maiores níveis de incongruência estavam mais insatisfeitas com a aparência. Esses dados corroboram com estudos prévios, indicando a associação entre a percepção negativa da imagem corporal e a incongruência de gênero^{39,68}. A presença de características físicas e sexuais do sexo autodesignado são aspectos determinantes dessa associação^{39,68}. Nesse contexto, enfatiza-se o papel dos cuidados de afirmação de gênero, considerando sua contribuição para o desenvolvimento de características físicas e sexuais alinhadas ao gênero de identidade, bem como sua relação positiva com a satisfação com a imagem corporal e a redução da incongruência de gênero^{39,71,72}.

Constatou-se, também, associação entre o domínio aparência e a hormonização na admissão, demonstrando maiores níveis de satisfação com a aparência entre indivíduos em uso de hormônios, conforme descrito na literatura^{13,15,16}. Assim, a presença de hormonização na admissão sugere ser um fator protetor para uma melhor percepção da aparência. Entretanto, essa associação não se manteve após seis meses de acompanhamento, o que pode ser justificada pela perda amostral na segunda fase do estudo, bem como pelo início precoce da hormonização por alguns usuários que, no momento inicial, ainda não faziam uso de hormônios para afirmação de gênero. Esses achados corroboram com pesquisas anteriores,

indicando que pessoas em processo de afirmação de gênero mediante hormonização podem apresentar diferentes níveis de satisfação com a imagem corporal ao longo das distintas fases desse processo^{2,42,71}. Assim, quanto maior o tempo de uso de hormônios para afirmação de gênero, maior será a satisfação com a aparência^{2,71,73}.

Ainda no que se refere ao domínio aparência, a maior idade apresentou tendência de correlação positiva com esse domínio, embora não tenha sido observada significância estatística. Esse achado sugere que, em uma amostra de maior tamanho, a idade poderia se configurar como um possível fator protetor. Estando em consonância com outras pesquisas, que apontam maior satisfação com a aparência em indivíduos mais velhos, possivelmente em decorrência de menor influência das pressões socioculturais relacionadas aos padrões corporais^{1,3967}.

Este estudo aborda temas relevantes a serem investigados na população transgênero, especialmente diante da carência de pesquisas nessa temática. Contudo, a amostra não probabilística, a heterogeneidade dos usuários incluídos na pesquisa (readmissão, admissão ao longo de seis meses e admissão no mesmo dia da coleta de dados) e a duração da pesquisa são limitações a serem consideradas em nossa pesquisa. Apesar de tais limitações, foram adotadas estratégias para minimizar potenciais vieses, dentre as quais destacam-se: o convite a todos os usuários que preenchiam os critérios de elegibilidade, visando assegurar o maior tamanho amostral possível; e o rastreamento do número de consultas prévias daqueles cuja coleta não coincidiu com o primeiro atendimento no ambulatório, permitindo avaliar se o tempo de assistência prévia influenciou nos desfechos analisados.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que o perfil dos usuários atendidos no Ambulatório Especializado em Afirmação de Gênero do HUL/UFS é composto, majoritariamente, por adultos jovens, com identidade de gênero masculina e alto nível de escolaridade. Entre esses usuários, observaram-se baixos níveis de satisfação com a imagem corporal, risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos alimentares e elevados níveis de incongruência de gênero em ambos os momentos avaliados. Observou-se, ainda, que a insatisfação com a imagem corporal esteve associada a maiores níveis de incongruência de gênero, tanto na admissão quanto após seis meses de acompanhamento ambulatorial.

Adicionalmente, o IMC elevado e maiores níveis de incongruência de gênero parecem influenciar negativamente a percepção da imagem corporal e o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Em contrapartida, a hormonização parece atuar como um fator protetor para a satisfação com a imagem corporal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, ressalta-se a importância de capacitar a equipe do ambulatório para avaliar a satisfação com a imagem corporal e realizar o rastreamento do risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares entre os usuários. Tal iniciativa poderá subsidiar o desenvolvimento de linhas de cuidado específicas, voltadas à integralidade da assistência à saúde dessa população, bem como favorecer a incorporação dessas avaliações à rotina do serviço.

Por fim, considerando os resultados obtidos e as limitações identificadas durante a execução da pesquisa, destaca-se a necessidade de continuidade das investigações nesta temática. Como perspectivas futuras, pretende-se avaliar esses desfechos em uma amostra representativa, categorizada de acordo com o nível de hormonização, bem como desenvolver uma etapa qualitativa para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a percepção da imagem corporal e a adoção de comportamentos alimentares desordenados. Ademais, pretende-se adaptar e validar a EASIC para a população trans, considerando a ausência de instrumento nacional específico para avaliação da satisfação com a imagem corporal nessa população.

9 REFERÊNCIAS

1. Prownpuntu T, Aungkawattanapong N, Subchartanan J, Suteerajtrakool O, Tempark T, Bongsebandhu-Phubhakdi C. Examining body image satisfaction among transfeminine and cisgender female youth in Thailand: a community-based survey. *BMC Psychol.* 2025;13(1):238.
2. Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, Barzilay J, Becerra-Culqui TA, Getahun D, et al. Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals. *J Sex Med.* 2018 Apr;15(4):591-600.
3. Pham A, Kerman H, Albertson K, Crouch JM, Inwards-Breland DJ, Ahrens KR. Understanding the Complex Relationship Between One's Body, Eating, Exercise, and Gender-Affirming Medical Care Among Transgender and Nonbinary Adolescents and Young Adults. *Transgend Health.* 2023 Mar 31;8(2):149-58.
4. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare (Basel).* 2024 Jul 12;12(14):1396.
5. Kamody RC, Grilo CM, Udo T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among U.S. adults. *Int J Eat Disord.* 2020 Feb;53(2):278-87.
6. Nagata JM, Ganson KT, Austin SB. Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Curr Opin Psychiatry.* 2020 Nov;33(6):562-7.
7. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev.* 2018 Oct 10;40(1):97-117.
8. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep.* 2021;11:2240.
9. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev.* 2015 Jul;23(4):287-93.
10. Jones BA, Haycraft E, Murjan S, Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2015 Nov 30;28(1):81-94.
11. Gordon AR, Austin SB, Krieger N, et al. "I have to constantly prove to myself, to people, that I fit the bill": Perspectives on weight and shape control behaviors among low-income, ethnically diverse young transgender women. *Soc Sci Med.* 2016;165:141-9.
12. Guss CE, Williams DN, Reisner SL, Austin SB, Katz-Wise SL. Disordered Weight Management Behaviors, Nonprescription Steroid Use, and Weight Perception in Transgender Youth. *J Adolesc Health.* 2017 Jan;60(1):17-22.

13. Milano W, Ambrosio P, Carizzzone F, De Biasio V, Foggia G, Capasso A. Gender Dysphoria, Eating Disorders and Body Image: An Overview. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2020;20(4):518-24.
14. Chakkour E, Simone M, Askew AJ, Blashill AJ. The association between gender-affirming care and disordered eating in transgender and gender diverse individuals: Exploring appearance congruence and gender-related motivating factors for weight loss. *Int J Eat Disord*. 2024 Jul;57(7):1576-88.
15. Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Usta Sağlam NG, Demirel ÖF, Haliloğlu Ö, Kadioğlu P, et al. Alterations in Body Uneasiness, Eating Attitudes, and Psychopathology Before and After Cross-Sex Hormonal Treatment in Patients with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2018 Nov;47(8):2349-61.
16. Heiden-Rootes K, Linsenmeyer W, Levine S, Oliveras M, Joseph M. A scoping review of the research literature on eating and body image for transgender and nonbinary adults. *J Eat Disord*. 2023 Jul 4;11(1):111.
17. McGregor K, McKenna JL, Barrera EP, Williams CR, Hartman-Munick SM, et al. Disordered eating and considerations for the transgender community: a review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *J Eat Disord*. 2023 May 15;11(1):75.
18. Dantas JR. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em transexuais: um estudo piloto. *Rev Cient Sem Acad*. 2023 Feb 28;11(231):1-17.
19. Machado J, Araújo J, Santos C. Comportamento alimentar e avaliação nutricional em população trans de um ambulatório LGBT de Recife. *Rev Aten Saúde*. 2020;18(66):25-39.
20. Bello H, Rodrigues KAS, Araújo KD, Rafacho BPM, Mazzeti CMS. Comportamento alimentar, satisfação corporal e percepção da qualidade de vida na população transgênera brasileira. *REBEH*. 2023 Jun 28 [citado 2025 Jun 18];6(19):140-68. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/14943>
21. São Paulo (Estado). Secretaria da Justiça e Cidadania. Diversidade sexual e a cidadania LGBTQIA+. 5. ed. São Paulo: Secretaria da Justiça e Cidadania; 2022 [citado 2025 Jun 19]. Disponível em: https://justica.sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/Cartilha-LGBTQIA_2022_WEB-1.pdf
22. Grossi MP. Identidade de Gênero e Sexualidade. Florianópolis: PPGAS/UFSC; 1998. (Coleção Antropologia em Primeira Mão).
23. Scott J. *La Citoyenne Paradoxale: les féministes françaises et les droits de l'homme*. Paris: Albin Michel; 1998.
24. Hérítier F. *Masculin/Féminin: la pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob; 1996.
25. Moretti-Pires RO, Leiria M, Flores JM, Tesser Junior ZC, Oliveira DC. Instrumento sobre a formação em saúde LGBTI+ de estudantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230624.

26. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.
27. Ferreira B, Pedrosa J, Nascimento E. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. Rev Bras Promoç Saúde. 2018 Fev 28;31(1):1-10.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 32 p.
29. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, Teixeira FD, Polidoro M, Moretti-Pires RO, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. Cien Saude Colet. 2022 Out;27(10):3815-24.
30. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros ME, Duarte MJ, Sodré F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. Trab Educ Saude. 2020;18(1):e0023460.
31. Paiva CR, Farah BF, Duarte MJ. A rede de cuidados à saúde para a população transexual. Physis. 2023;33:e33001.
32. Pinheiro J. 16 anos depois, Processo Transsexualizador no SUS segue restrito e sob ataque. Agência Diadorim. 10 jan 2025 [citado 2025 Jun 10]. Disponível em: <https://adiadorim.org/reportagens/2025/01/16-anos-depois-processo-transsexualizador-no-sus-segue-restrito-e-sob-ataque/>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde apresenta o Programa de Atenção à Saúde da População Trans. Brasília: Ministério da Saúde; 18 dez 2024 [citado 2025 Jun 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-apresenta-o-programa-de-atencao-a-saude-da-populacao-trans>
34. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Apresentação – Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAES-PopTrans). Brasília: CIT; 1 fev 2024 [citado 2026 Fev 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interferativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 19 nov 2013 [citado 2023 Out 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
36. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica Inclusiva: cuidando de pacientes transgênero [Internet]. 2023 [citado 2023 Out 7]. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_trangenero_sb_em_sbpcml_cbr.pdf

37. Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*. 2017 Aug 28;12(8):e0183014.
38. Irineu RA, Brito GC, Monteiro HMC, Pinatti P, Melo KMM, Menta SA. A multidisciplinaridade no atendimento à saúde de pessoas trans. *Res Soc Dev*. 2022;11(6):e38011629297.
39. Brecht A, Bos S, Ries L, Hübner K, Widenka PM, et al. Analyzing body dissatisfaction and gender dysphoria in the context of minority stress among transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024 Mar 2;18(1):30.
40. Becker I, Nieder TO, Cerwenka S, Briken P, Kreukels BP, et al. Body Image in Young Gender Dysphoric Adults: A European Multi-Center Study. *Arch Sex Behav*. 2016 Apr;45(3):559-74.
41. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *J Adolesc Health*. 2015 Aug;57(2):144-9.
42. Becker I, Auer M, Barkmann C, Fuss J, Möller B, et al. A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions. *Arch Sex Behav*. 2018 Nov;47(8):2335-47.
43. Jones BA, Haycraft E, Bouman WP, Brewin N, Claes L, Arcelus J. Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross-Sex Hormone Treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2018 Mar;26(2):120-8.
44. Goetz TG, Wolk CB. Moving toward targeted eating disorder care for transgender, non-binary, and gender expansive patients in the United States. *Int J Eat Disord*. 2023 Dec;56(12):2210-22.
45. G1 Sergipe. Hospital Universitário de Lagarto tem 1º ambulatório transexualizador de SE habilitado pelo Ministério da Saúde. G1. 20 jun 2023 [citado 2023 Out 7]. Disponível em: <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2023/06/20/hospital-universitario-de-lagarto-tem-1o-ambulatorio-transexualizador-de-se-habilitado-pelo-ministerio-da-saude.ghtml>
46. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 76 p.
47. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
48. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(4):871-8.
49. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994;6:7-10.

50. Ferreira MC, Leite NGM. Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Aval Psicol.* 2002 Nov [citado 2023 Out 7];1(2):141-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000200007&lng=pt
51. McGuire JK, Rider GN, Catalpa JM, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Berg DR. Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum (UDGS-GS). In: Milhausen R, Sakaluk J, Fisher T, Davis C, Yarber W, editors. *Handbook of Sexuality-Related Measures*. New York: Routledge; 2019.
52. Lins JCS, Alves VM, Santos VA, Santos AAP. Sofrimento mental, suporte familiar e empoderamento de pessoas transgênero. *Acta Paul Enferm.* 2024;37:eAPE02465.
53. Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Nota técnica sobre políticas de ações afirmativas para pessoas trans e travestis e o enfrentamento à transfobia no contexto da educação superior. Brasil: ANTRA; 2024 [citado 2026 Mar 20]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2024/09/nota-tecnica-antra-cotas-trans-2024.pdf>
54. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES); Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE). V Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos(as) Graduandos(as) das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras. Brasília: ANDIFES; 2019 [citado 2026 Fev 19]. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>
55. Benevides BG; Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2025. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA; 2026 [citado 2026 Mai 7]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2026/01/dossie-antra-2026.pdf>
56. de Silva NL, Dimakopoulou A, Quinton O, Jayasena CN. Metabolic and cardiovascular risks of hormone treatment for transgender individuals. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2024 Sep;38(5):101907.
57. Downing JM, Przedworski JM. Health of Transgender Adults in the U.S., 2014-2016. *Am J Prev Med.* 2018 Sep;55(3):336-44.
58. Sánchez-Toscano E, Domínguez-Riscart J, Larrán-Escandón L, Mateo-Gavira I, Aguilar-Diosdado M. Cardiovascular Risk Factors in Transgender People after Gender-Affirming Hormone Therapy. *J Clin Med.* 2023 Sep 23;12(19):6141.
59. Diaz M, Rosendale N. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Stroke in Transgender Adults. *Curr Treat Options Neurol.* 2022;24(9):409–28.
60. Oliveira J, Monteiro D, Jacinto M, Matos R, Amaro N, et al. Physical Activity, Anxiety, Depression, and Body Image in Trans Individuals: An Exploratory Study. *Healthcare (Basel).* 2024 May 14;12(10):1008.

61. Sante AB, Pasian SR. Imagem corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. *Psicol Reflex Crit.* 2011;24(3):429–37.
62. Tada PC, Sumiya A. Avaliação da satisfação com imagem corporal e peso de estudantes de fisioterapia. *Cad Edu Saude e Fis.* 2015;2(4):38-45.
63. Aungkawattanapong N, Suteerajtrakool O, Prownpuntu T, Bongsebandhu-Phubhakdi C. Exploring eating disorder risk among Thai transfeminine youth: a comparative study with cisgender females. *J Eat Disord.* 2024 Nov 14;12(1):176.
64. Testa RJ, Rider GN, Haug NA, Balsam KF. Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychol.* 2017 Oct;36(10):927-36.
65. Nagata JM, Murray SB, Compote EJ, Pak EH, Schauer R, et al. Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eat Behav.* 2020 Apr;37:101381.
66. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Braz J Psychiatry.* 2002 Dec;24:34–8.
67. Meneguzzo P, Zuccaretti D, Tenconi E, Favaro A. Transgender body image: Weight dissatisfaction, objectification & identity - Complex interplay explored via matched group. *Int J Clin Health Psychol.* 2024 Jan-Mar;24(1):100441.
68. Kennis M, Duecker F, T'Sjoen G, Sack AT, Dewitte M. Gender Affirming Medical Treatment Desire and Treatment Motives in Binary and Non-Binary Transgender Individuals. *J Sex Med.* 2022 Jul;19(7):1173-84.
69. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health.* 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259.
70. Klemmer CL, Arayasirikul S, Raymond HF. Transphobia-Based Violence, Depression, and Anxiety in Transgender Women: The Role of Body Satisfaction. *J Interpers Violence.* 2021 Mar;36(5-6):2633-55.
71. Chen D, Berona J, Chan YM, Ehrensaft D, Garofalo R, et al. Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *N Engl J Med.* 2023 Jan 19;388(3):240-50.
72. Filipov H, Kavla Y, Şahin S, Gökler ME, Turan Ş. The Effects of Gender-Affirming Hormone Therapy on Body Satisfaction, Self-Esteem, Quality of Life, and Psychopathology in People with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Transgend Health.* 2023 Mar 31;8(2):168-74.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1. IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

1.1. Usuário(a)

1.2. Identidade de gênero: () mulher trans/travesti () homem trans () não binário

1.3. Idade:

1.4. Cidade de residência:

1.5. Quando iniciou o acompanhamento no ambulatório trans:

1.6. Estado civil: () solteiro(a); () casado(a); () viúvo(a); () separado(a); () outro

Data 1º avaliação:

Data 2º avaliação:

2. ESCOLARIDADE e RENDA

2.1. Qual o seu nível de escolaridade:

() Analfabeto(a)

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós-graduação

2.2. Qual a sua profissão/ocupação:

2.3. Renda mensal:

2.4. Recebe algum benefício assistencial:

() Bolsa família

() Benefício de prestação continuada

() Outros:

3. INFORMAÇÕES MEDICAMENTOSAS

3.1. Faz uso de algum medicamento ou suplemento de forma contínua?

() Sim () Não

3.2. Se sim, qual ou quais:

3.3. Em uso de hormônios?

() Sim () Não

3.4. Prescrito por:

() médico do HUL

() médico externo ao HUL

() uso hormonal sem prescrição médica

3.5. Data de início da hormonização:

3.6. Faz uso de qual/quais hormônio(s):

4. ESTILO DE VIDA

4.1. Fumante:

() Sim () Não () Ex-fumante

4.2. Etilismo:

() Sim () Não Ex-etilista

4.3. Exercícios físicos:

() Sim () Não Tipo:

4.4. Frequência

() 1 x/semana

() 2x/semana

() 3x/semana

() 4x/semana

() 5x/semana

() 6x/semana

() Todos os dias da semana

4.5. Duração por dia (min):

5. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

MEDIDA	1º AVALIAÇÃO DATA:	2º AVALIAÇÃO DATA:
Peso (kg)		
Altura (m)		
CC(cm)		
IMC kg/m ²		

6. SERVIÇOS ACESSADOS (após 6 meses de acompanhamento)

6.1. Qual/Quais atendimentos foram realizados

Especialidade	Atendimento	Número de atendimentos
Assistência Social	Sim () Não ()	
Endocrinologia	Sim () Não ()	
Enfermagem	Sim () Não ()	
Farmácia	Sim () Não ()	
Fonoaudiologia	Sim () Não ()	
Ginecologia	Sim () Não ()	
Nutrição	Sim () Não ()	
Psicologia	Sim () Não ()	
Psiquiatria	Sim () Não ()	
Terapia Ocupacional	Sim () Não ()	
Outro:		

6.2. Prescrição Hormonal?

Sim () Não () Data de início:

6.3. Hormônio(s) prescrito(s):

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS PROF. ANTONIO GARCIA FILHO – LAGARTO/SE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é ***“Efeitos do acompanhamento multiprofissional na satisfação da imagem corporal, incongruência de gênero e risco de transtorno alimentar em um ambulatório trans”***. O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito do acompanhamento multiprofissional na satisfação da imagem corporal, incongruência de gênero e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em um ambulatório especializado na transição de gênero.

O (a) pesquisador(a) responsável por essa pesquisa é a Dr^a Giselle De Carvalho Brito do Departamento de Farmácia, da Universidade Federal de Sergipe- campus Lagarto.

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.

As informações serão obtidas da seguinte forma: As pessoas trans serão atendidas individualmente pela equipe de nutrição do ambulatório. Considerando que trata-se de um estudo longitudinal, a avaliação acontecerá em dois momentos: na admissão e após 6 meses de acompanhamento no ambulatório. A avaliação antropométrica e a coleta dos dados sociodemográfico serão realizados no primeiro momento, apenas, em contrapartida a avaliação do risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, a avaliação da satisfação da imagem corporal e da incongruência de gênero ocorrerão na admissão e após 6 meses de acompanhamento e a análise dos serviços acessados ou intervenções realizadas, será feita ao final do acompanhamento da pesquisa. O primeiro momento será realizado, exclusivamente, de forma presencial, dada a necessidade da realização das medidas antropométricas, já o segundo momento poderá ser realizado on-line ou presencialmente, sendo o participante responsável por decidir qual a melhor modalidade de atendimento a ser realizado. Estima-se que a duração do atendimento seja por volta de 40 minutos. Para coleta de dados será utilizado um formulário semiestruturado, que contemplará questões relacionadas ao perfil sociodemográfico (identidade de gênero, idade, logradouro, renda, ocupação e escolaridade), diagnóstico clínico (presença de comorbidade atual ou pregressa), estilo de vida (etilismo, fumante e prática de exercício físico), avaliação antropométrica (serão aferidos: peso, altura e circunferência da cintura), tratamento medicamentoso para redesignação de gênero mediante prescrição médica e/ou de forma autônoma e serviços acessados ou intervenções realizadas no ambulatório (entende-se por serviços acessados os profissionais/setores que o usuário foi atendido). Para a avaliação do risco de transtornos alimentares será aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), para avaliação da satisfação da imagem corporal será utilizada a Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC e para a avaliação da incongruência de gênero será aplicada a Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS).

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. 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: os riscos da sua participação serão mínimos e encontra-se na possibilidade existir algum desconforto ou constrangimento durante a coleta dos dados, principalmente, no que concerne ao momento da avaliação antropométrica e na aplicação dos questionários de avaliação da satisfação da imagem corporal, risco de transtorno alimentares e incongruência de gênero. Nesse sentido, a fim de amenizar tais sentimentos, os questionários que permitirem serão autoaplicáveis para pessoas que não apresentem limitações com a leitura e consequentemente interpretação de texto, além disso a coleta dos referidos dados e a avaliação antropométrica serão realizadas em local reservado e de forma individual. Vale destacar, também, que seus dados coletados, nome ou o material que indique a sua participação, não serão liberados em hipótese alguma. Sua participação pode ajudar os pesquisadores a entender melhor os impactos à saúde que o acompanhamento no ambulatório trans do HUL proporciona na satisfação da imagem corporal, incongruência de gênero e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, contribuindo para traçar estratégias através de embasamentos técnicos científicos, para melhorar a assistência à saúde das pessoas trans. Ademais, considerando que a segunda fase da coleta de dados pode ser realizada de forma on-line ou presencial, destaca-se que os riscos relacionados a coleta de dados não presencial, na perspectiva da presente pesquisa, podem ser: risco de vazamento de dados, riscos relacionados ao acesso e inclusão digital, riscos psicológicos (o ambiente não presencial pode não permitir a mesma avaliação emocional e suporte imediato que uma interação face a face) e riscos relacionados ao ambiente de coleta, que podem influenciar na resposta dos participantes. Para minimizar os riscos associados ao ambiente virtual, serão adotadas diversas medidas. Entre elas estão a utilização de protocolos de segurança avançados para proteger a transmissão de dados pela internet, a implementação de medidas de criptografia, e a garantia de que os servidores utilizados são seguros. Além disso, na primeira entrevista o participante será questionado se possui dispositivo de acesso à internet, caso opte pelo segundo momento da coleta de dados on-line. Quanto a interferência relacionada ao ambiente de coleta, o participante será orientado a procurar um lugar reservado para a realização da entrevista.

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) +55 79 3632-2072, pelo e-mail gisellecbrito@academico.ufs.br, e endereço Campus Prof. Antônio Garcia Filho, Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, CEP 49400-000.

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: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

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: _____
Assinatura: _____
Local/data: _____

Testemunha que presenciou o consentimento

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A - Teste de Atitudes Alimentares (EAT - 26) - Versão em Português

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.	0	0	0	0	0	0
2 - Evito comer quando estou com fome.	0	0	0	0	0	0
3 - Sinto-me preocupado(a) com os alimentos.	0	0	0	0	0	0
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	0	0	0	0	0	0
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	0	0	0	0	0	0
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	0	0	0	0	0	0
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	0	0	0	0	0	0
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	0	0	0	0	0	0
9 - Vomito depois de comer.	0	0	0	0	0	0
10 - Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.	0	0	0	0	0	0
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magro(a).	0	0	0	0	0	0
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	0	0	0	0	0	0
13 - As pessoas me acham muito magro(a).	0	0	0	0	0	0
14 - Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.	0	0	0	0	0	0
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	0	0	0	0	0	0
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	0	0	0	0	0	0
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	0	0	0	0	0	0
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	0	0	0	0	0	0
19 - Demostro autocontrole diante dos alimentos.	0	0	0	0	0	0
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	0	0	0	0	0	0
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	0	0	0	0	0	0
22 - Sinto desconforto após comer doces.	0	0	0	0	0	0
23 - Faço regimes para emagrecer.	0	0	0	0	0	0
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	0	0	0	0	0	0
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	0	0	0	0	0	0
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	0	0	0	0	0	0

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

ANEXO B -Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. ____ Gosto do modo como apareço em fotografias.
2. ____ Sinto vergonha da minha aparência.
3. ____ Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais.
4. ____ Tenho orgulho do meu corpo.
5. ____ Tenho uma aparência tão boa quanto a maioria das pessoas.
6. ____ Estou tentando mudar meu peso.
7. ____ Gostaria que minha aparência fosse melhor.
8. ____ Gosto da maneira que as roupas caem em mim.
9. ____ Pessoas da minha idade gostam da minha aparência.
10. ____ Estou satisfeito (a) com meu peso.
11. ____ Sinto-me feliz com minha aparência.
12. ____ As outras pessoas acham que eu tenho boa aparência.
13. ____ Sinto que meu peso está na medida certa para minha altura.
14. ____ Acho que eu tenho um corpo bom.
15. ____ Estar acima do meu peso me deprime.
16. ____ Gostaria de ter uma aparência semelhante a de outras pessoas.
17. ____ Sinto-me tão bonito (a) quanto eu gostaria de ser.
18. ____ Se eu pudesse, mudaria muitas coisas na minha aparência.
19. ____ Gosto do que vejo quando me olho no espelho.
20. ____ Sou uma pessoa sem atrativos físicos.
21. ____ Estou fazendo dieta atualmente.
22. ____ Meu corpo é sexualmente atraente.
23. ____ Minha aparência contribui para que eu seja paquerado (a).
24. ____ Gosto de minha aparência quando me olho sem roupa.
25. ____ Estou sempre preocupado (a) com o fato de poder estar gordo (a).

Ferreira e Leite, 2002.

ANEXO C - Escala de Incongruência de Gênero de Utrecht – Avaliação e medida do
Espectro de Gênero (UGDS-GS)

Orientações: Para cada questão, selecione a resposta que melhor descreva o quanto você concorda ou discorda de cada uma das afirmativas. *Observação:* “Sexo atribuído/ Sexo biológico” é o sexo que lhe atribuíram ao nascer (de acordo com a genitália); “gênero afirmado” é o gênero que você se identifica atualmente.

		Discordo Completamente	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1.	Eu prefiro me comportar de acordo com meu gênero afirmado. ^{GA}	1	2	3	4	5
2.	Todas as vezes que alguém me trata de acordo com meu sexo atribuído ao nascer eu me sinto magoada/o/e.	1	2	3	4	5
3.	Me sinto bem em viver de acordo com meu gênero afirmado. ^{GA}	1	2	3	4	5
4.	Desejo sempre ser tratada/o/e de acordo com meu gênero afirmado. ^{GA}	1	2	3	4	5
5.	Prefiro viver de acordo com meu gênero afirmado do que viver de acordo com meu sexo atribuído ao nascer. ^{GA}	1	2	3	4	5
6.	Me sinto triste quando tenho que me comportar de acordo com meu sexo atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
7.	É desconfortável desenvolver minha sexualidade no meu sexo atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
8.	A puberdade parecia injusta.	1	2	3	4	5
9.	O desenvolvimento das características sexuais foi estressante.	1	2	3	4	5

Orientações: Para cada questão, selecione a resposta que melhor descreva o quanto você concorda ou discorda de cada uma das afirmativas. *Observação:* “Sexo atribuído/ Sexo biológico” é o sexo que lhe atribuíram ao nascer (de acordo com a genitália); “gênero afirmado” é o gênero que você se identifica atualmente.

		Discordo Completamente	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo completamente
10.	Eu gostaria de ter nascido com meu gênero afirmado.	1	2	3	4	5
11.	As funções e características corporais relacionadas ao meu sexo atribuído são angustiantes para mim (ex: ereção, menstruação).	1	2	3	4	5
12.	Minha vida não teria sentido algum se eu tivesse que viver de acordo com meu sexo atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
13.	Sinto-me desesperada/o/e se tiver que permanecer no sexo que me foi atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
14.	Sinto-me infeliz quando alguém confunde meu gênero.	1	2	3	4	5
15.	Sinto-me infeliz porque tenho as características físicas do sexo que me foi atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
16.	Eu odeio o meu sexo atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
17.	Sinto-me desconfortável em me comportar como o sexo que me foi atribuído ao nascer.	1	2	3	4	5
18.	Seria melhor não viver do que viver de acordo com o sexo que me foi atribuído ao nascer	1	2	3	4	5

Observação. ^{GA} indica itens da subescala Afirmação de Gênero, os demais indicam os itens de Incongruência.

McGuire, J. K., Rider, G. N., Catalpa, J.M., Steensma, T. D, Cohen-Kettenis, P.T., & Berg, D. R., (2019). Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum (UDGS-GS). In Milhausen, R., Sakaluk, J., Fisher, T., Davis, C., & Yarber, W. (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*. New York: Routledge, <https://doi.org/10.4324/97813>

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.154.010

cintura), tratamento medicamentoso para redesignação de gênero mediante prescrição médica e/ou de forma autônoma e serviços acessados ou intervenções realizadas no ambulatório (entende-se por serviços acessados os profissionais/setores que o usuário foi atendido). Para a avaliação do risco de transtornos alimentares será aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), para avaliação da satisfação da imagem corporal será utilizada a Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal - EASIC e para a avaliação da distorção de gênero será aplicada a Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS);.

Análise da Pendência 3: Atendida.

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.

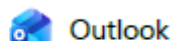
Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é Indelegável e Indclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou a CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, 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 resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_2372601.pdf	11/09/2024 11:24:57		Aceito
Outros	CartaResposta.docx	11/09/2024 11:24:34	Karen Priscyla Cruz Santos	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3832-2189 E-mail: cepulag@ufu.br

ANEXO E - Comprovante de submissão do artigo



Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2026-0238

De Ciência & Saúde Coletiva <onbehalfof@manuscriptcentral.com>

Data Sex, 06/02/2026 15:11

Para karen_nutriufs@hotmail.com <karen_nutriufs@hotmail.com>

Cc karen_nutriufs@hotmail.com <karen_nutriufs@hotmail.com>; helo-mcm@academico.ufs.br <helo-mcm@academico.ufs.br>; gisellecbrito@academico.ufs.br <gisellecbrito@academico.ufs.br>

06-Feb-2026

Dear Mrs. Santos:

Your manuscript entitled "Imagem corporal, risco de transtorno alimentar e incongruência de gênero em pessoas trans no ambulatório transexualizador de Lagarto-SE" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2026-0238.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office