

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
DO SUL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSIQUIATRIA

**IMPACTO DE EVENTOS  
TRAUMÁTICOS EM ASPECTOS  
CLÍNICOS DA TRANSEXUALIDADE**

---

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre à  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

ANNA MARTHA VAITSES FONTANARI

ORIENTADORA: Maria Inês Rodrigues Lobato.

CO-ORIENTADOR: Claiton Henrique Dotto Bau.

PORTO ALEGRE  
2015

CIP - Catalogação na Publicação

VAITSES FONTANARI, ANNA MARTHA  
IMPACTO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS EM ASPECTOS  
CLÍNICOS DA TRANSEXUALIDADE / ANNA MARTHA VAITSES  
FONTANARI. -- 2015.  
73 f.

Orientadora: MARIA INÊS RODRIGUES LOBATO.  
Coorientador: CLAITON HENRIQUE DOTTO BAU.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,  
Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Transexualidade. 2. Disforia de Gênero. 3.  
Transexualismo. 4. Maus-tratos na infância. I.  
RODRIGUES LOBATO, MARIA INÊS, orient. II. DOTTO BAU,  
CLAITON HENRIQUE, coorient. III. Título.

Pesquisa desenvolvida no Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Departamento de Genética do Instituto de Biociências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A aluna recebeu bolsa de estudos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a instituição financiadora foi Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE-HCPA).

---

## RESUMO

---

A Disforia de Gênero (DG) caracteriza-se pela marcada incongruência entre gênero e sexo atribuído ao nascer. Trata-se de uma condição rara, cuja prevalência varia muito de acordo com o local estudado: na Nova Zelândia, há 27,48 por 100 000 habitantes, enquanto que, no Irã, são 0,68 por 100 000 habitantes. Sua etiologia depende da interação entre fatores biológicos e psicossociais, sendo a herdabilidade estimada de 62%. Indivíduos diagnosticados com DG integram populações sujeitas a maior violência, desde *bullying* até violência sexual. História de maus-tratos na infância (HMI) associa-se a maior prevalência de psicopatologias e de envolvimento com trabalho sexual na vida adulta. O objetivo do nosso estudo é avaliar a HMI como indicador de consequências mal adaptativas na vida adulta de transexuais homem-para-mulher (HpM).

Utilizamos dados transversais coletados de 289 transexuais HpM, que compareceram a atendimentos regulares, do ano de 1998 a 2014, em ambulatório do Sul do Brasil, chamado Programa de Identidade de Gênero (PROTIG). Elas foram diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-IV-TR para transtorno de identidade de gênero (TIG), avaliadas para comorbidades utilizando o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) e para história psiquiátrica, demográfica, psicossocial e familiar por questionários específicos. A presença de HMI foi investigada por três perguntas qualitativas, envolvendo abuso sexual, violência sexual e negligência, semelhantes ao *Traumatic Events Screening Inventory – Self Report Revised* (TESI-SRR). A associação entre o HMI e variáveis tanto psicossociais quanto clínicas foi realizada por análises bivariadas seguidas por modelo de regressão logística. O modelo utilizado para a regressão logística incluiu a cirurgia de redesignação sexual (CRS), tentativas de suicídio, vírus da imunodeficiência humana (HIV), doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), desordem depressiva maior, distímia, episódios maníacos e hipomaníacos, idade de início do cross-dressing definitivo, idade de início dos jogos trocados, atuação como profissional do sexo e apresentar, pelo menos, uma comorbidade psiquiátrica. O objetivo da regressão logística foi controlar potenciais confundidores nas associações bivariadas, não estabelecer relações de causa e efeito.

Verificamos que a exposição à HMI associa-se com trabalho sexual ( $p < 0,001$ ), com HIV ( $p = 0,006$ ), com possuir pelo menos uma comorbidade psiquiátrica ( $p = 0,006$ ), com transtorno de depressão maior ( $p = 0,025$ ), com risco de suicídio ( $p = 0,014$ ), com abuso de álcool ( $p = 0,027$ ) e com maior idade de início do cross-dressing definitivo ( $p = 0,041$ ) e dos jogos trocados ( $p = 0,009$ ). Após a regressão logística, apenas a atuação como profissional do sexo ( $p < 0,001$ ) e apresentar, pelo menos, uma comorbidade psiquiátrica ( $p = 0,005$ ) permaneceram significativamente associadas com HMI.

Nosso estudo sugere que as transexuais com HMI exibem maior frequência de envolvimento com trabalho sexual e psicopatologia em sua vida adulta. A partir disso, reforça-se a importância de ações preventivas direcionadas à coibir maus-tratos durante a infância, evitando-se, por exemplo, *bullying*

homofóbico. Além disso, indivíduos diagnosticados com DG, que sofreram maus-tratos durante a infância, deverão receber especial atenção psicológica, a fim de impedir desfechos negativos, como doenças psiquiátricas e tentativas de suicídio.

Palavras-chave: disforia de gênero, transtorno de identidade sexual, transexualidade, maus-tratos na infância.

---

## ABSTRACT

---

Gender Dysphoria (DG) is characterized by marked incongruence between gender and sex assigned at birth. It's a rare condition whose prevalence varies based on geographical location: in New Zealand, there are 27.48 per 100 000 inhabitants whereas, in Iran, there are 0.68 per 100 000 inhabitants. Its etiology depends on interaction between biological and psychosocial factors, presenting an estimated heritability of 62%. Individuals diagnosed with DG are victims of greater violence, from bullying to sexual violence. Childhood history of maltreatment (CHM) is associated with a higher prevalence of psychopathology and sex work in adulthood. The aim of our study is to further characterize the role of CHM as an indicator of maladaptive consequences in adult male-to-female transsexuals (MtF).

Our study used cross-sectional data from a consecutive sample of 289 MTF transsexuals, which attended, from 1998 to 2014, an outpatient clinic in Southern Brazil, called Gender Identity Program (PROTIG). They were diagnosed according to the DSM-IV-TR criteria for gender identity disorder (GID), were evaluated for comorbidities using Mini International Neuropsychiatric Interview and for demographic, psychosexual and family history with specific questionnaires. The lifetime presence or absence of childhood trauma was investigated by asking three separated questions, similar to specific questions related to sexual abuse and negligence included in the Traumatic Events Screening Inventory – Self Report Revised. The association between CHM and psychosocial and clinical variables was evaluated bivariate analyses followed by stepwise backwards logistic regression models. The logistic regression model included gender redesign surgery (GRS), suicide attempt, human immunodeficiency virus (HIV), sexually transmitted diseases (DST), major depression disorder, dysthymia, manic or hypomanic episode, age of cross-dressing definitive and age of exchanged games, sex work and psychiatric comorbidities. The purpose of the logistic regression was to control potential confounding factors in the bivariate associations, not to establish cause and effect relationships.

We found that being exposed to CHM is associated with sex work ( $p < 0.001$ ), HIV ( $p = 0.006$ ), having at least one psychiatric comorbidity ( $p = 0.006$ ), major depression disorder ( $p = 0.025$ ), risk of suicide ( $p = 0.014$ ), alcohol abuse ( $p = 0.027$ ) and age of onset of definitive cross-dressing ( $p = 0.041$ ) and of exchanged games ( $p = 0.009$ ). After the logistic regression, only sex work ( $p < 0.001$ ) and having at least one psychiatric comorbidity ( $p = 0.005$ ) remained significantly associated with CHM.

Our study suggests that transsexuals with CHM present a higher frequency of sex work and psychopathology in their adult life. These findings raise the important issue that prevention actions might be indicated to avoid children maltreatment especially in risk groups, for example, homophobic bullying in children with atypical gender behavior. In addition, individuals diagnosed with DG, who suffered abuse during childhood, should receive special psychological care, in order to prevent negative outcomes, such as psychiatric disorders and suicide attempts.

Keywords: gender dysphoria, gender identity disorder, transsexuality, childhood maltreatment.

---

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

- |                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Figura 1</b> | Mapa da classificação diagnóstica de DG.                                |
| <b>Figura 2</b> | Varição da prevalência da transexualidade ao longo do tempo.            |
| <b>Figura 3</b> | Desenvolvimento característico da transexual HpM homossexual.           |
| <b>Figura 4</b> | Especulações acerca da relação entre BDNF e DG.                         |
| <b>Figura 5</b> | Níveis de prevenção de desfechos negativos dos maus-tratos na infância. |
-



---

**LISTA DE TABELAS**

---

---

<b>Tabela 1</b>	Revisão sistemática da literatura acerca da prevalência da transexualidade.
<b>Tabela 2</b>	Média de anos de estudo de pessoas com 10 ou mais anos de idade por grupos de idade no Sul do Brasil.

---

---

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

---

<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>DSM</b>	Do inglês, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
<b>TESI-SRR</b>	Do inglês, <i>Traumatic Events Screening Inventory – Self Report Revised</i> (Inventário de Triagem para Eventos Traumáticos)
<b>MINI</b>	Do inglês, <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional).
<b>TIG</b>	Transtorno de Identidade de Gênero
<b>DG</b>	Disforia de Gênero
<b>TH</b>	Terapia Hormonal
<b>CRS</b>	Cirurgia de Redesignação Sexual
<b>Transexuais HpM</b>	Transexuais Homem para Mulher
<b>Transexuais MpH</b>	Transexuais Mulher para Homem
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>LGBTT</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>HIV</b>	Do inglês, <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
<b>ITS</b>	Infecções Transmissíveis Sexualmente
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>HPV</b>	Do inglês, <i>Human Papilloma Virus</i> (Papilomavírus Humano)
<b>PROTIG</b>	Programa de Identidade de Gênero
<b>MeSH</b>	Do inglês, <i>Medical Subject Heading</i>
<b>DSTs</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>HHA</b>	Sistema Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
<b>ACTH</b>	Do inglês, <i>Adrenocorticotrophic Hormone</i> (Hormônio Adrenocorticotrófico)
<b>BDNF</b>	Do inglês, <i>Brain-Derived Neurotrophic Fator</i> (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro)
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde

---

---

## INTRODUÇÃO GERAL

---

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

A área de gênero e sexualidade é altamente controversa: tem-se uma proliferação de termos cujos significados variam ao longo do tempo e de acordo com a área de estudo. Apesar de considerar aspectos antropológicos de suma importância, o enfoque dessa dissertação é biomédico. Sendo assim, em linhas gerais, quando empregadas, as expressões "sexo designado ao nascimento" e "gênero" devem respectivamente denotar a dicotomia masculino e feminino, que se diferencia por indicadores biológicos no contexto da capacidade reprodutiva, como cromossomos sexuais, hormônios e genitália interna e externa; e o papel interpretado pelo indivíduo, como menino ou menina, homem ou mulher, provavelmente construído pela interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos.

## DISFORIA DE GÊNERO

### DIAGNÓSTICO

A síndrome denominada Transexualismo foi descrita por Harry Benjamin, em 1966, no livro *The Transsexual Phenomenon* (1). No DSM-3, publicado na década de oitenta, utilizou-se o termo Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) para retratar indivíduos transexuais (2). O diagnóstico de TIG centrava-se no desejo por, pelo menos, dois anos de viver como membro do outro gênero.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde (CID 10) (3), publicada em 1993, e com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (4), lançado em 1994, o Transtorno de Identidade Sexual ou Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) é caracterizado pelo:

Desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. (CID 10)

Na CID 10, o TIG é classificado como um Transtorno de Personalidade e Comportamento em Adultos, situando-se na sessão F64, em meio aos Transtornos de Identidade Sexual (3). Foi estabelecido pelo CID 10 que, para fins diagnósticos, o desejo pela mudança de sexo deve ser mantido por, pelo menos, dois anos. Imagina-se que tal pressuposto garanta a exclusão de doenças mentais, com sintomatologia envolvendo disforia de gênero, como síndromes psicóticas. O lançamento do CID 11, previsto para o segundo semestre de 2015, trará alterações nos parâmetros diagnósticos do TIG.

No DSM-IV-TR, o TIG está inserido em meio às Desordens de Identidade de Gênero e Sexual, juntamente com Disfunções Sexuais e Parafilias (5). Os critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV-TR demandam a existência concomitante da identificação com o gênero oposto e do desejo de pertencer a outro sexo, diferente daquele instituído ao nascimento (5).

A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto.
- (2) em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajés femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas.
- (3) preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto.
- (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto.
- (5) forte preferência por companheiros do sexo oposto.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicos do sexo oposto.

B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.

C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(DSM-IV-TR) (4)

No DSM-5, lançado em 2013, a Disforia de Gênero (DG) recebe um capítulo próprio, separada das Disfunções Sexuais (6). Para o diagnóstico em adolescentes e em adultos, o sujeito deve apresentar significativa incongruência entre seu gênero expresso e seu sexo de nascimento durante, pelo menos, seis meses (6). Tal incongruência poderá manifestar-se pelo desejo de modificação do seu gênero e de suas características sexuais tanto primárias quanto secundárias (6). Entretanto, não necessariamente revelar-se-á dessa maneira: explicita-se a possibilidade do indivíduo ambicionar um gênero alternativo àquele designado a partir de seu sexo de nascimento (6). Logo, a demanda por equivalência entre gênero expresso e sexo de nascimento – ou seja, desejo pela realização da Terapia Hormonal (TH) e da Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) – outrora essencial ao diagnóstico, assume papel secundário (6). A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disso, Desordens do Desenvolvimento Sexual não mais excluem o diagnóstico de TIG (6).

### *Heterogeneidade*

Orientação sexual diz respeito à atração sexual de um indivíduo e, usualmente, é correspondente a sua identidade sexual, permitindo rótulos como heterossexual, homossexual, assexual e bissexual. Os indivíduos diagnosticados com DG não se enquadram perfeitamente nessa classificação.

O grupo de indivíduos diagnosticados com DG é deveras heterogêneo. De acordo com Blanchard, transexuais podem ser classificados em homossexuais e não-homossexuais – ou seja, utilizando como parâmetro o seu sexo de nascimento, àqueles que respectivamente desejam parceiros com sexo de nascimento oposto e com o sexo de nascimento equivalente ao seu (7). O grupo de transexuais não-homossexuais é composto por ginefílicos, bissexuais e assexuais que compartilham história de excitação sexual direcionada a ideia de *cross-dressing* mais frequentemente do que homossexuais (7).

Hirschfeld diferenciou transexuais em ginefílicos (exclusivamente atraídos por mulheres adultas), bissexuais e androfílicos (exclusivamente atraídos por homens adultos) (8). Sobrepondo a classificação de

Blanchard com a diferenciação de Hirschfeld, tem-se que transexuais homem para mulher (transexuais HpM) homossexuais são androfilicos. Em contrapartida, transexuais HpM não-homossexuais podem ser ginefilicos, assexuais e outros. Freund verificou que transexuais não-homossexuais reportam mais frequentemente excitação sexual relacionada à prática de transvestismo que transexuais homossexuais, enquanto que androfilicos referem história de DG ainda na infância mais comumente (9).

Lawrence discute características comuns entre transexuais não-homossexuais e apotemnofílicos. De acordo com Money, “a atração parafilica é equivalente à atração normoflica de apaixonar-se” (9). Apotemnofilia é considerada uma parafilia, em que o sujeito deseja amputação de um membro saudável. Ambas manifestam-se por profunda insatisfação com seu corpo, por excitação sexual a partir da transformação de seu corpo no objeto de desejo e por atração sexual por pessoas fisicamente similares a imagem ambicionada (9). Lawrence sugere a existência de um Fenômeno Parafilico, representando o espectro de comportamentos cujos extremos são transvésticos e transexuais não-homossexuais (9). Outro grupo de pacientes que compartilha da profunda insatisfação com sua imagem corpórea, característica dos indivíduos diagnosticados com DG, é aqueles portadores de Transtorno Dismórfico Corpóreo, cujo foco é a alteração de parte do seu corpo, não a inconformidade de gênero (DSM-5). Dentre eles, há especial sobreposição entre DG e Desordens Alimentares. Vocks e colaboradores assumem que pessoas com TIG poderiam mudar seu comportamento alimentar visando à transformação corpórea e, dessa forma, estariam mais susceptíveis ao desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa (10).

A partir das propostas de Hirschfeld, Freund e Blanchard, Veale sugeriu a existência de dois grandes grupos de transexuais: autoginefilicos e não-autoginefilicos (11). Transexuais autoginefilicos (automonossexuais de Hirschfeld) excitam-se sexualmente por sua imagem como mulher. Ver figura 1.



*Figura 1. Mapa da classificação diagnóstica de DG. Utilizando a Tipologia de Blanchard (7) podemos subdividir as populações transexuais em dois grandes grupos: as transexuais homossexuais e as transexuais não-homossexuais. As transexuais homossexuais representam um grupo mais homogêneo, composto por indivíduos atraídos sexualmente exclusivamente por homens (androfílicos), por esse motivo, em geral, tendem a apresentar história de homossexualidade; invariavelmente interpretam papéis de gênero femininos; possuem história de transexualidade desde a infância; e raramente relatam sentir excitação sexual a partir do cross-dressing (9). Enquanto que as transexuais não-homossexuais possuem homens, mulheres ou outros como parceiros sexuais; raramente exibem comportamentos femininos durante a infância e a vida adulta; e sentem-se excitados com cross-dressing (9). O grupo das transexuais não-homossexuais associa-se com o amplo espectro de transtornos dismórficos corpóreos (10), incluindo transtornos alimentares (12), e com parafilias, como transvestismo e apotemnofilia (9). Imagem elaborada para presente dissertação com a finalidade de ilustrar didaticamente artigos (7, 9, 10, 12). Aperfeiçoada por Erika Hartmann.*

## PREVALÊNCIA

A prevalência do DG não está clara, devido às suas características idiossincráticas, envolvendo preconceitos e inserção social, e à sua raridade. Além disso, o método mais comumente utilizado para estudos epidemiológicos na área considera apenas transexuais que procuram serviços de saúde em busca de CRS e TH (13). Ver tabela 1.

Em paralelo com a homossexualidade, a prevalência oscila muito entre amostras, dependendo do conceito utilizado, da forma de entrevista e do grupo entrevistado. Outro aspecto compartilhado pelos grupos de transexuais e homossexuais é a maior prevalência entre o sexo designado ao nascimento masculino.

De acordo com o DSM-5, a prevalência é estimada de 1:20 000 (ou 0,005%) a 1:10 000 (ou 0,014%) para transexuais HpM e de 1: 50 000 (ou 0,002%) a 1: 33 333 (ou 0,003%) para transexuais MpH (5). Não há dados de prevalência específicos nem para o Brasil nem para o Rio Grande do Sul. Entretanto, considerando-se as transexuais que compareceram ao HCPA e, tendo em vista que se trata do único centro de referência do Sul do Brasil, estimou-se a prevalência de 1: 35 000 a 1: 50 000 baseada no Senso do IBGE do ano de 2 000.

<i>Primeiro Autor (ano de publicação)</i>	<i>Ano de Investigação</i>	<i>País de Origem</i>	<i>Critério Diagnóstico</i>	<i>N</i>	<i>Relação entre HpM e MpH</i>	<i>Prevalência HpM por 100.000 habitantes</i>
Baba (2011) (14)	2011	Japão	Diagnóstico de TIG.	342	1:2	3,97
Ahmadzad- Asl (2011) (15)	2009	Irã	Diagnóstico de TIG.	281	0,96:1	0,68
Veale (2008) (16)	2008	Nova Zelândia	Informaram em seu passaporte incongruência entre sexo e gênero.	População portadora de passaporte.	6:1	27,48
Gómez Gil (2006) (17)	2004	Espanha	Diagnóstico F64, conforme CID-10, de pacientes que	161	2,6:1	4,76

De Cuypere (2007) (18)	2003	Bélgica	procuraram atendimento no único hospital público. Realizaram CRS pelo envio questionários demográficos aos cirurgiões plásticos e às equipes de atendimento especializadas em TIG.	412	2,4:1	7,75
Weitze (1996) (19, 20)	1990	Alemanha	Pedidos judiciais por mudança de nome e de sexo na identidade.	1047	2,3:1	2,38
Bakker (1993) (21)	1988	Holanda	Todos os indivíduos recebendo terapia hormonal.	713	2,5:1	8,4
Tsoi (1988) (22)	1986	Cingapura	Diagnóstico de TIG.	458	3:1	34,48
Eklund (1988) (23)	1986					5,55
	1983	Holanda	Diagnóstico de TIG.	538	3:1	3,84
Hoenig (1974) (24)	1980					2,22
	1962	Inglaterra e País de Gales	Diagnóstico de TIG.	66	2,9:1	2,94

*Tabela 1. Revisão sistemática da literatura acerca da prevalência da transexualidade. Visando a identificar estudos que investigaram a prevalência de DG, foi realizada pesquisa no banco de dados Scopus em Janeiro de 2015. Para englobar maior espectro de termos, utilizamos o Medical Subject Heading (MeSH) com a palavra “Transexualidade”. A string usada para pesquisa consistiu nos termos listados pelo MeSH seguidos de “epidemiology OR prevalence OR incidence”. A busca retornou com 41 resultados, dos quais se incluiu aqueles estudos que, independentemente do idioma de publicação, investigaram a prevalência de transexualidade na população, restando apenas 19. A seguir, excluíram-se os artigos que não apresentavam dados completos. Ao todo, foram encontrados 10 artigos de janeiro de 1960 até outubro de 2014, descritos na tabela acima.*

Já no início da década de setenta, Jan Walinder comentou acerca das dificuldades de obter dados de prevalência das populações transexuais (25). Ele coloca que, além de diferentes métodos de aferição, a população alvo de investigação varia conforme a metodologia empregada (25). Por exemplo, Pauly I, em 1968, avaliou toda população, enquanto que Walinder, em 1967, investigou apenas maiores de 15 anos de idade (25). O resultado foi a discrepância de 1: 100.000 contra 1: 37.000 respectivamente (25).

Outro fator relevante na justificativa da variação de prevalência é o método utilizado para definir transexualidade. Eklund e colaboradores, por exemplo, consideram transexuais todos os indivíduos que buscaram atendimento objetivando a TH (23). Sabe-se, contudo, que alguns travestis também almejam submeter-se a transformações corporais fazendo uso de hormônios. De forma similar, nem todas as transexuais ambicionam realizar modificações corpóreas junto a serviços de saúde, portanto a prevalência da transexualidade difere da prevalência de pessoas diagnosticadas com DG.

De acordo com Don Kulick (26),

A principal característica das travestis de Salvador, e de todo Brasil, é que elas adotam nomes femininos, roupas femininas, penteados e maquiagens femininos, pronomes de tratamento femininos, além de consumirem grande quantidade de hormônios femininos e pagarem para que outras travestis injetem até vinte litros de silicone industrial em seus corpos, com o



objetivo de adquirir aparência física feminina, com seios, quadris largos, coxas grossas e, o mais importante, bundas grandes. Apesar de todas essas transformações, muitas das quais irreversíveis, as travestis não se definem como mulheres. Isto é, apesar de viverem o tempo todo vestidas como mulher, referindo-se umas às outras por nomes femininos, e sofrendo dores atrozes para adquirir formas femininas, as travestis não desejam extrair o pênis e não pensam em “ser” mulher.

Além da dificuldade conceitual, existem incontáveis variáveis modificadas ao longo do tempo, tornando complexa a comparação de prevalência entre estudos realizados em anos diferentes. Landen e colaboradores sugeriram que a transexualidade genuína, ou primária, permaneceria com prevalência invariável ao longo do tempo (27, 28). Dessa forma, as variações encontradas seriam decorrentes da maior facilidade de acesso ao sistema de saúde, do aperfeiçoamento e popularização das abordagens terapêuticas e da melhor aceitabilidade social (27, 28). De fato, as discrepâncias mais grotescas ocorrem entre países – e, conseqüentemente, local de atendimento – quando comparadas ao ano de realização do estudo (ver Figura 2).

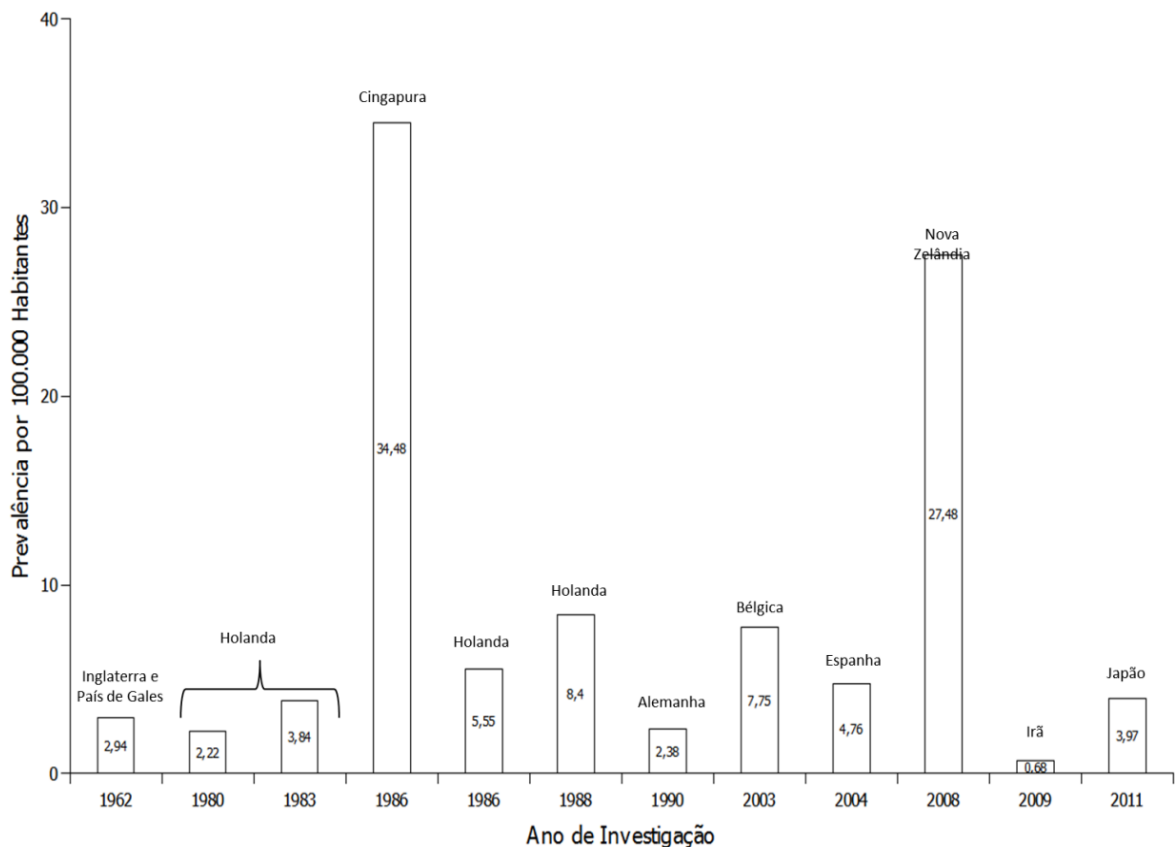


Figura 2. Variação da prevalência da transexualidade ao longo do tempo. Gráfico elaborado para a presente dissertação a partir de dados da Tabela 1.

Soma-se ao emaranhado conceitual e a influência do tempo, a amostra analisada. As populações avaliadas são predominantemente compostas por transexuais que frequentam grandes instituições. A prevalência encontrada nesses estudos é, portanto, subestimada. Entretanto, hospitais especializados por vezes representam o único centro de referência da região, abarcando a maioria – se não a totalidade – dos

atendimentos do país estudado de forma que não se observa maior prevalência nos artigos cuja obtenção amostral é independente do atendimento hospitalar: Nova Zelândia com 3,84 e Alemanha com 2,38 para cada 100 000 habitantes.

## DESENVOLVIMENTO

A DG apresenta-se de forma diversa de acordo com a idade do indivíduo, por esse motivo há diferentes critérios diagnósticos para crianças e para adolescentes e adultos (6). Por exemplo, crianças mais novas normalmente não expressam extremo e persistente desejo por mudanças anatômicas, em contrapartida esse é um aspecto central do diagnóstico em adolescentes e em adultos (6). Ver figura 3.

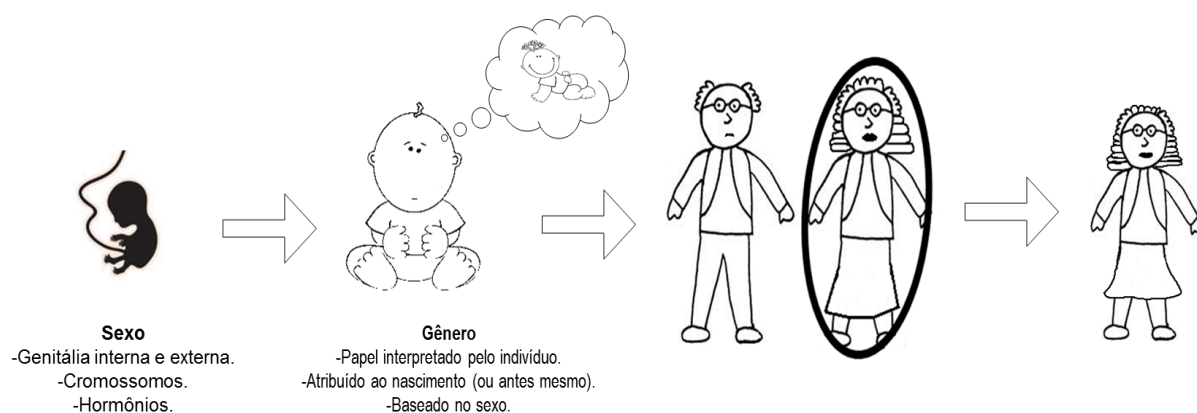


Figura 3. Desenvolvimento característico da transexual homossexual. Imagem elaborada para a presente dissertação a partir de figuras da internet (<http://imgarcade.com/>).

## PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DISFORIA DE GÊNERO

Sabe-se que a discriminação aumenta o sofrimento das populações de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTI), tornando-os mais vulneráveis a desenvolver transtornos mentais e a cometer suicídio (29). Essas pessoas também estão expostas a uma série de outras doenças, agravadas pela dificuldade que encontram em explicitar suas queixas aos profissionais de saúde, menos preparados e, por vezes, menos receptivos ao manejo de suas demandas específicas.

Pontos de vista preconceituosos ainda são comuns no Brasil (30). Soma-se a eles o despreparo de profissionais de saúde para dialogar sobre gênero e sexualidade com seus pacientes (31), resultando no constante pressuposto de que não existe diversidade de gênero. Não são raras atitudes inadequadas por profissionais de saúde, como o não reconhecimento do nome social de transexuais, a suposição de que o nome ou o sexo informado no documento seria um engano e o uso público do nome atribuído ao nascimento e da flexão de gênero correspondente, a despeito da vontade dos pacientes. Tais atitudes ocasionam avaliações clínicas errôneas e potencialmente nocivas (32). A transfobia, em suas diversas

formas, influencia o autocuidado e a saúde dessas populações. Transexuais, especialmente aqueles que se sentem menos confortáveis com a sua identidade de gênero, tendem, portanto, a protelar a busca por atendimento à saúde.

### *Human Papilloma Virus (HPV) e Câncer Genital*

A infecção por HPV está na etiologia de basicamente todas as formas de câncer cervical, bem como câncer anal, câncer testicular e câncer de orofaringe (33). Trata-se de uma infecção altamente prevalente em populações sexualmente ativas com idade de 16 a 25 anos (34), principalmente entre pessoas que apresentam múltiplos parceiros sexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres, homens que fazem sexo com homens (HSH) e bissexuais (35).

HSH apresentam risco maior de adquirir infecção por HPV do que homens que fazem sexo com mulheres (36). Dessa forma, embora o câncer anal seja mais prevalente em mulheres do que em homens, HSH possuem risco elevado de desenvolvê-lo (37). Também estão mais suscetíveis a câncer de cavidade oral e orofaringe (38), cujo aumento de incidência nas últimas décadas pode estar associado ao aumento do número de parceiros sexuais e a mudanças nos hábitos sexuais (39).

### *Autoadministração de hormônios, injeção de enchimento de tecidos moles e outras substâncias entre transexuais.*

O processo de adequação corporal envolve o uso de hormônios feminilizantes e masculinizantes (estrogênio e androgênio), bem como a realização de procedimentos cirúrgicos (mastectomia, CRS, entre outros). A prática de injeção de enchimento em tecidos moles, predominantemente de silicone líquido, também é bastante comum (40).

Em estudo recente verificou-se que 29% dos participantes havia autoadministrado silicone líquido em algum momento da vida. A administração frequentemente se dá por pessoal não qualificado, ocasionando contaminação química e biológica do local, na forma de úlceras e abscessos. Além disso, a injeção de dimetilpolisiloxano ou de óleos de parafina pode trazer graves consequências, como embolia pulmonar (41, 42), hepatite granulomatosa e insuficiência renal aguda.

TH faz parte do tratamento estabelecido para DG ao induzir o desenvolvimento de características sexuais secundárias desejadas (43, 44). Mulheres transexuais (ou transexuais HpM) recebem estrogênio por via oral ou transdérmica para induzir feminilização; enquanto homens transexuais (ou transexuais MpH) fazem uso de progestina, objetivando a supressão da menstruação, e de testosterona para masculinização.

Em estudo comparando mulheres e homens não transexuais com mulheres e homens transexuais em uso de TH durante em média 7,4 anos, verificou-se que 5% das mulheres transexuais sofreram trombose venosa profunda ou embolia pulmonar durante o primeiro ano de uso hormonal ou no decorrer da CRS. Além disso, a prevalência de acidente vascular cerebral foi maior entre mulheres transexuais do

que em homens não transexuais e a prevalência de diabetes do tipo 2 foi maior tanto entre mulheres transexuais quanto entre homens transexuais (43).

O uso de terapia hormonal afeta o desejo sexual (45). Desconhece-se, contudo, se o aumenta ou diminui. Por exemplo, o uso de anticoncepcionais orais reduz a concentração sérica de testosterona (46), mas estudos divergem acerca da associação com redução do desejo sexual (47). Diversas pesquisas encontraram relação entre TH em mulheres pós-menopausa e aumento do desejo sexual (48), enquanto outras reportaram que altas doses de estrogênio acarretam redução do desejo sexual (49). Em paralelo ao uso de TH, a realização de cirurgias nos seios e na genitália afeta a vida de transexuais (50, 51). A maioria das transexuais mulheres pode referir diminuição da atração sexual após a cirurgia, enquanto transexuais homens afirmaram o contrário (52).

### *Psicopatologias*

O estigma vivenciado por pessoas transexuais em decorrência da não observância das normas e expectativas sociais vinculadas ao sexo atribuído ao nascimento coloca-as em situações de alto estresse e vulnerabilidade para transtornos mentais, como depressão, ansiedade e comportamento suicida (53). Logo, essa suscetibilidade a transtornos mentais não pode ser compreendida apenas como predisposição pela incongruência entre identidade de gênero e o sexo designado ao nascer.

Em estudo prévio nosso grupo relatou o perfil populacional de nossos pacientes (54). Foram incluídos 138 transexuais que frequentaram o Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) entre março de 1998 e setembro de 2005. A idade dos indivíduos variou entre 16 a 54 anos. Dentre eles, 88,4% eram transexuais HpM. A prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) encontrada foi de 19,5%, sendo 17,6% HIV positivos. A comorbidade com abuso de substâncias (álcool e outras drogas) alcançou 47,4%. História prévia envolvendo tentativa de suicídio ocorreu em 14,2% dos pacientes. Automutilação foi reportada por 5,2% dos pacientes. 12,5% apresentavam história de abuso sexual. Cinquenta e nove pacientes (42,7%) possuíam, ao menos, um diagnóstico psiquiátrico, tanto de eixo I quanto de eixo II. A maior prevalência de transtorno de eixo I é de depressão, tal qual ocorre na população em geral. Enquanto que, no eixo II, há um leve aumento da prevalência de transtorno de personalidade *borderline* quando comparados com a população em geral.

### ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Um subgrupo das transexuais procura serviços médicos com o objetivo de modificar suas características sexuais primárias e secundárias por meio de hormonioterapia e CRS. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução nº 1.482/97, determinou que a assistência a pacientes diagnosticados com DG, maiores de 18 anos, deveria ser realizada em hospitais universitários por uma equipe multidisciplinar. O PROTIG foi criado, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 1998, seguindo as normas estipuladas pelo CFM. Nele, além do acompanhamento terapêutico, realiza-se a

CRS. A princípio a CRS para pacientes transexuais HpM apresentava caráter experimental e, para a sua realização, exigia-se que os pacientes fossem avaliados por uma equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiatra, por cirurgião, por psicólogo e por assistente social durante, no mínimo, dois anos e que, na data de realização, a transexual possuísse mais de 21 anos.

## ETIOLOGIA

### *Genética*

Estudos genéticos podem apresentar enfoque em famílias, em gêmeos, em adoção e em polimorfismos. Pesquisas realizadas em grupos familiares tem como objetivo determinar se, por exemplo, transexuais apresentam maior número de transexuais em suas famílias se comparados a não transexuais. Quando há herdabilidade, espera-se encontrar agregações familiares do traço em estudo. Entretanto, dado que famílias dividem o mesmo ambiente, a presença de agregados familiares não comprova a influência genética. Para tal, existem pesquisas realizadas com gêmeos, nas quais a semelhança entre gêmeos monozigóticos, quando comparados a irmãos dizigóticos, evidencia a importância da genética no fenótipo em estudo. Dessa forma, estudos em gêmeos são utilizados para determinar herdabilidade: quando gêmeos monozigóticos são 100% correspondentes para determinada característica há comprovação de que fatores genéticos são os únicos responsáveis por esse traço. Estudos em indivíduos adotados também podem ser utilizados para separar o efeito do ambiente do efeito da genética, porque tais sujeitos compartilham o mesmo ambiente, mas não a mesma genética.

### **Componente Genético**

A influência genética no comportamento sexual humano está clara, bem como sua importância na diferenciação genital e cerebral durante o período gestacional (55). Diferentemente da homossexualidade, em que o estudo de grandes amostras demonstra uma herdabilidade significativa para o desfecho homossexual, as evidências na transexualidade são menores, devido muito provavelmente à raridade do fenômeno (56). As pesquisas, em geral, limitam-se a análise de casos, sendo escassos em grandes populações. Poucos estudos destacam-se por apresentar número amostral grande, se comparados aos demais, ao analisar herdabilidade da transexualidade. Coolidge e colaboradores, avaliando 314 gêmeos, encontraram componente genético significativo de 62% (56). Dado que as pesquisas seguem escassas, a associação familiar (em não gêmeos) segue desconhecida (57).

### **Estudos de Genéticos de Associação**

Outra abordagem busca comprovar as bases genéticas da transexualidade através da análise de polimorfismos. Encontrou-se cinco estudos com esse enfoque. A justificativa basal para a escolha dos polimorfismos centra-se na influência de testosterona no desenvolvimento sexual, agindo em receptores de andrógenos (RA) e, após a sua conversão via aromatase a estradiol, em receptores de estrógeno (58).

Henningsson e colaboradores selecionaram três polimorfismos: uma sequência de repetições CAG no primeiro éxon do gene da aromatase, uma repetição de tetranucleotídeos no íntron 4 do gene do receptor de andrógeno e, por fim, uma repetição de CA no íntron 5 do gene para receptores de estrógenos beta. Sua amostra limitou-se a 29 homens caucasianos. Concluíram que a presença de determinado alelo simultaneamente no receptor de andrógenos e na enzima aromatase aumenta a possibilidade de desenvolvimento do DG (59).

Outros dois estudos enfocaram alvos similares aos de Henningsson e colaboradores. Ujike e colaboradores, em uma amostra de 242 transexuais, avaliaram seis genes relacionados a hormônios sexuais (receptor de andrógeno, receptor de estrógeno alfa e beta, aromatase e receptor de progesterona), porém não encontraram resultados significativos (60). Hare e colaboradores, com uma amostra de 112 transexuais, deram ênfase aos três polimorfismos já citados e obtiveram associação entre o comprimento das repetições CAG no polimorfismo do gene para o receptor de andrógeno e a transexualidade HpM (61).

Bentz e colaboradores, a partir de uma amostra de cerca de 150 transexuais, avaliaram a relação entre transexualidade e o metabolismo de androgênio focando-se no polimorfismo Val89Leu da enzima esteroide 5-alfa redutase. Os resultados foram negativos (62). No ano seguinte, Bentz e colaboradores utilizaram como alvo um polimorfismo no gene CYP17, relacionado ao citocromo P450C (63). Novamente não encontraram alterações com transexualidade HpM.

### *Ambiente*

#### **Estresse Gestacional**

Diferenças de comportamento sexual são expressas mesmo em recém-nascidos. De acordo com Connellan e colaboradores, neonatais fêmeas preferem olhar faces humanas, enquanto que machos escolhem objetos mecânicos (64). Além disso, meninas e meninos entre três e oito meses de idade tendem a escolher bonecas e carros respectivamente (65). Tal preferência aparenta sustentar-se em estruturas genéticas por também estarem presentes em outros primatas (66).

Durante os dois primeiros meses do período intrauterino, a presença de testosterona influencia na masculinização genital, enquanto que sua ausência é determinante na feminilização genital. Na segunda metade da gestação, tem-se a diferenciação cerebral do feto, também dependente da ação hormonal. Dado que esses dois processos ocorrem em momentos gestacionais diferentes, é possível que sejam afetados de forma independente, ocasionando a transexualidade (67). Sendo assim, qualquer fator que desconecte esses processos maturativos, tornando-os incongruentes, poderia representar uma importante variável na etiologia do DG. De tal forma, seria justificado o enfoque de pesquisas futuras especificamente em estresse gestacional.

Nesta linha, em artigo publicado na década de oitenta, Ward e colaboradores constataram que estresse materno altera a concentração plasmática de testosterona em fetos masculinos (68). Em 2002,

ainda Ward e colaboradores, em modelo animal, associaram a exposição a estresse, álcool e ambos durante a gestação com anomalias na diferenciação sexual. Os camundongos expostos, apesar de apresentarem genitália externa normal, possuíam comportamento diferenciado dos controles, como padrão lordótico feminino (69). Não foi questionado o significado da vivência dos gêneros feminino e masculino por camundongos, em especial aquele expresso por seu padrão lordótico.

## NEUROBIOLOGIA

### *Neuroanatomia*

Com relação aos fundamentos neuroanatômicos da DG, a subdivisão central do núcleo do leito da estria terminal (BSTc) é dismórfica entre os sexos, apresentando o dobro de volume em homens se comparado a mulheres (70, 71). Com a TH, a BSTc de transexuais HpM assemelhou-se a feminina (72).

Experimentos animais demonstraram a importância de produção de andrógenos pré- e neonatal na diferenciação sexual do cérebro (59). Ainda trabalhando essa ideia, Schneider e colaboradores verificaram que a razão de comprimento entre o segundo e o quarto dedo de mulheres é semelhante à de transexuais HpM (73). Tem-se que essa proporção também é bastante influenciada pela exposição pré-natal a andrógenos (73).

### *Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro*

Fator neurotrófico derivado do cérebro ou BDNF é uma proteína da família do fator de crescimento, envolvido na plasticidade sináptica, neurogênese, na sobrevivência neuronal e maturação normal das vias neuronais (74, 75). Foi amplamente associado a corticosteroides (76), que possuem papel essencial na vulnerabilidade a psicopatologias (74). Os níveis séricos de BDNF foram associados a eventos traumáticos (77) e a doenças psiquiátricas (78), como transtorno de humor bipolar (79), depressão maior (80) e esquizofrenia (81).

Tanto a ocorrência de traumas na infância quanto a presença de desordens psiquiátricas estão relacionadas à redução da concentração sérica de BDNF. Tendo em vista que os indivíduos diagnosticados com DG apresentam alta frequência de adversidades durante a infância, tendendo a sofrer estresse crônico, em estudo prévio, comparamos os níveis séricos de BDNF de 50 transexuais, selecionados no ambulatório do HCPA, e 66 não transexuais. Verificamos que os níveis séricos de BDNF foram significativamente menores ( $p = 0,003$ ) nos transexuais (média  $\pm$  SD - 18,13 ng / mL  $\pm$  5,66). Níveis de BDNF séricos diminuídos foram associados a eventos traumáticos na infância em pacientes com transtorno bipolar.

Poucos estudos clínicos tem investigado o impacto de experiências traumáticas da infância sobre a identidade sexual e DG. Sabe-se que acontecimentos adversos durante a gestação e a infância afetam o desenvolvimento, devido à ativação repetida mediadores biológicos, como glicocorticóides e

catecolaminas. Estudos pré-clínicos constataram que a expressão de BDNF é regulada pelos corticosteróides. Além disso, a exposição precoce a eventos traumáticos, bem como transtorno pós-traumático e depressão, tem sido associada à disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

De forma similar aos eventos traumáticos ocorridos durante a gestação e a infância, o estigma, o preconceito e a discriminação criam um ambiente hostil, responsável por problemas de saúde mental. Dessa forma, a redução nos níveis séricos de BDNF em pessoas diagnosticadas com DG pode estar relacionada com o abuso físico e psicológico, ao qual são expostos durante a sua vida, antes e depois do diagnóstico.

É importante considerar outra abordagem explicativa para a baixa concentração sérica de BDNF, de acordo com a qual a alteração não é uma resposta a traumas de infância ou a violência, mas sim acompanha o indivíduo durante toda a sua vida, deixando-o mais susceptível a fatores estressores. Considerando que o cérebro e a genitália são formados em dois momentos diferentes durante a gestação, é possível que uma situação adversa entre esses dois momentos associada a fatores biológicos predisponentes, como a baixa concentração de BDNF, torne alguns indivíduos mais susceptíveis a mudanças abruptas em seu ambiente intrauterino. Ver figura 4.



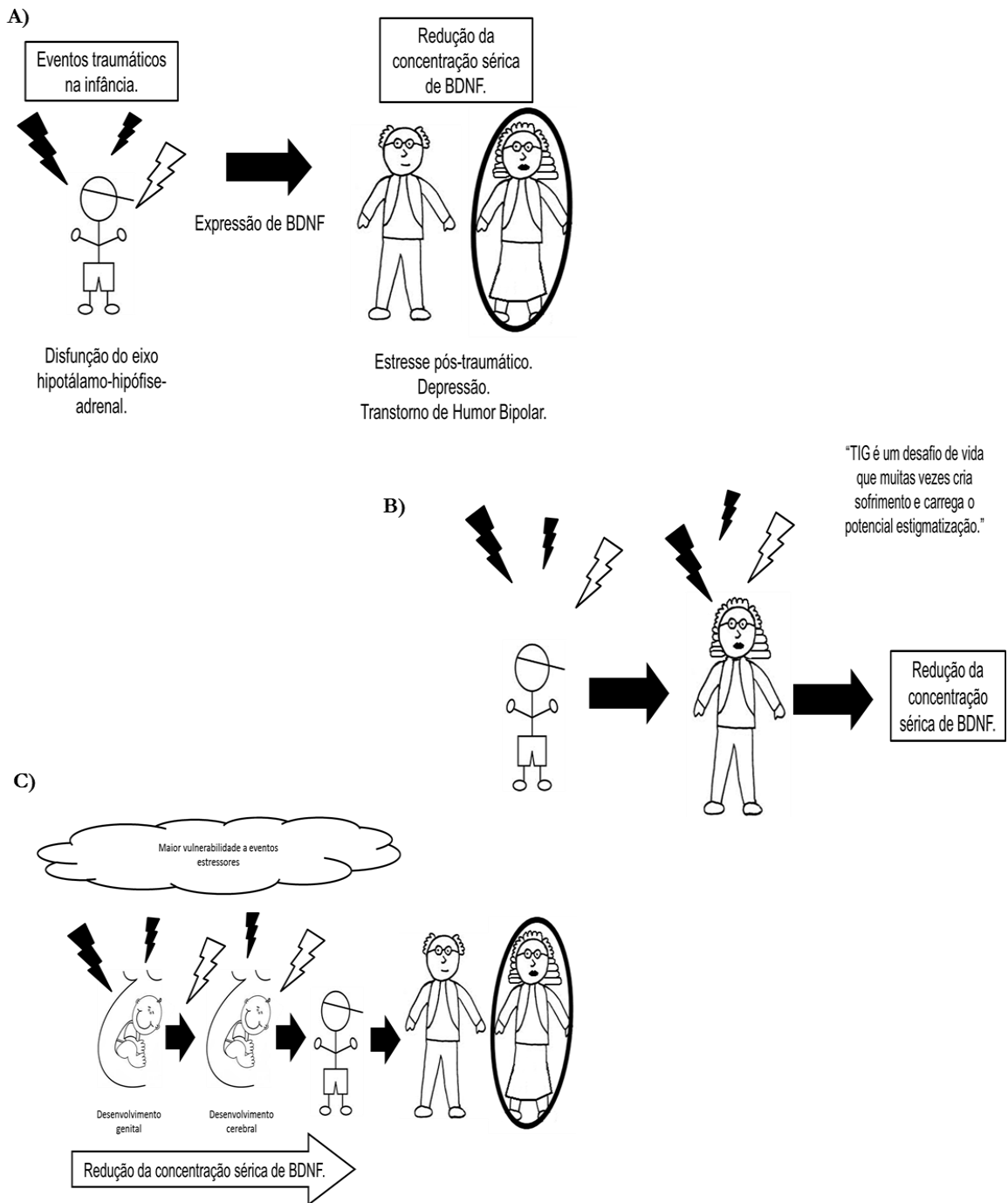


Figura 4. Especulações acerca da relação entre BDNF e DG. A) A alta prevalência de traumas de infância pode ser responsável pela redução dos níveis séricos de BDNF. B) Estigma, preconceito e discriminação criam um ambiente social hostil e estressante que provoca problemas de saúde mental e algumas psicopatologias reduzem a concentração sérica de BDNF. C) A menor disponibilidade de BDNF acompanharia o indivíduo durante toda a sua vida, deixando-o mais susceptível a fatores estressores, especialmente no período gestacional. Nessa perspectiva, o BDNF reduzido não é consequência, mas etiologia da DG. Imagem elaborada para a presente dissertação a partir de figuras da internet (<http://imgarcade.com/>).

## IMPACTO DE EVENTOS ESTRESSORES AO LONGO DA VIDA

### DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS

Define-se maus-tratos como todas as formas de violência física e emocional que afetam crianças, prejudicando sua saúde, seu desenvolvimento ou sua dignidade (82). Sendo assim, englobam quatro grupos principais: negligência, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual (82).

Em geral, os maus-tratos estão associados a outras formas de violência. Entre elas, a violência auto infligida, em que a vítima perpetua a violência, tanto a realizando contra familiares (crianças e idosos) quanto a estendendo para a comunidade (82). Dessa forma, trata-se de um problema de saúde pública, cuja repercussão acomete toda sociedade (83).

A prevalência de maus-tratos na infância não é acurada, porque muitos países não apresentam sistema unificado para notificação, sua definição varia de acordo com a região estudada e há divergência dependendo do informante (82). Uma meta-análise de 244 estudos comparou a prevalência de abuso sexual, físico, emocional e negligência com relação ao tipo de fonte de informação (84). Os resultados mostraram que a prevalência era inferior utilizando-se informações angariadas por informantes quando equiparadas a dados obtidos por relatos pessoais (84). Avaliando-se auto relatos, a prevalência estimada global foi de 127/1 000 para abuso sexual; de 226/1 000 para abuso físico; de 363/1 000 para abuso emocional; de 163/1 000 para negligência física; e de 184/1 000 para negligência emocional. Enquanto que, ao analisar-se informações obtidas de informantes, verificou-se a prevalência estimada global de 4/1 000 para abuso sexual; de 3/1 000 para abuso físico; e de 3/1 000 para abuso emocional (84).

Questiona-se a análise individual dos grupos que compõem maus-tratos na infância. Negligência, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual raramente ocorrem de forma isolada. Em geral, integram um contexto familiar em que as diversas formas de abuso acontecem concomitantemente (85).

### PSICOPATOLOGIAS ASSOCIADAS A MAUS-TRATOS

A exposição a maus-tratos na infância associa-se com maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos, bem como alterações cognitivas (85-94). Entre eles destacam-se transtornos alimentares (89), transtorno de humor bipolar (77), transtorno de personalidade *borderline* (90), transtorno depressivo (95) e transtorno de personalidade antissocial (85, 91-93). Além disso, as doenças psiquiátricas tendem a apresentar pior desfecho em pacientes com história de maus-tratos, manifestando-se com maior prevalência de comorbidades (77).

Possivelmente em função do risco aumentado de desenvolver doenças psiquiátricas, adultos com história de maus-tratos na infância explicitam mais ideação suicida (96). Rose e Abramson sugeriram que tais indivíduos apresentam um estilo cognitivo de desesperança, levando a sintomas depressivos e, com isso, a ideação suicida (97). Em estudo envolvendo 13 494 adultos vítimas de maus-tratos na infância

encontrou-se risco aumentado de tentativas de suicídio (98). As vítimas expostas a apenas uma experiência traumática apresentaram o dobro de risco de cometer uma tentativa de suicídio, enquanto que as submetidas a mais de quatro eventos traumáticos exibiram risco doze vezes maior (99).

## PRINCIPAIS DESFECHOS CLÍNICOS AVALIADOS

A presente dissertação propôs-se a avaliar associação entre maus-tratos na infância e desfechos clínicos diversos. A seguir realizar-se-á breve conceituação dos principais desfechos analisados.

### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) OU INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS SEXUALMENTE (ITS)

Em metanálise recente, verificou-se que 79,1% dos 614 estudos relacionados às populações LGBTQT apresentam enfoque em *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Um número significativamente menor de artigos dedica-se à pesquisa do uso de substâncias ilícitas (30,9%), da saúde mental (23,2%), de saúde sexual (16,4%) e, finalmente, de consumo de álcool (12,9%) (100). Tem-se que a infecção por HIV é de nítida relevância ao estudo da saúde LGBTQT.

Uma especificidade diz respeito aos afrodescendentes do subgrupo denominado *down-low*, os quais apresentam comportamento e identidade heterossexual publicamente, contudo em segredo participam de relações homossexuais. Tendo em vista que essa população não se identifica como homossexual (estando, portanto, menos receptiva a campanhas do Ministério da Saúde direcionadas a *gays*), torna-se mais vulnerável a contrair HIV (101, 102). O termo Homem que faz Sexo com Homem (HSH) foi proposto em 1992 para descrever o comportamento desses indivíduos, dado que sua identidade sexual não é correspondente a homossexual. Dessa forma, facilitou-se a comunicação com essas pessoas e a prevenção de infecção por HIV. Mulheres e homens transexuais tem sido incluídos na categoria de HSH, em especial nas fichas para notificação de infecção por HIV. Apesar de vantajosa em certos aspectos, tal classificação ignora a identidade feminina dessas mulheres e mascara a situação de vulnerabilidade acrescida em que a população de transexuais se encontra.

Estima-se que a prevalência de HIV entre mulheres transexuais seja quarenta vezes superior à da população geral e até vinte vezes maior que a de HSH propriamente ditos (30). As taxas de prevalência de sífilis são similarmente elevadas (30). Sabe-se haver maior prevalência de diversas ISTs entre mulheres transexuais (54). Em contrapartida, é menos provável que transexuais tenham realizado testes para diagnóstico de HIV e de outras ISTs do que HSH, explicitando sua situação de marcada vulnerabilidade. Essas populações apresentam comportamentos de risco elevado, especialmente sexo desprotegido, mas também compartilhamento de instrumentos para aplicação de hormônios e enchimento de tecidos moles (103, 104). Além disso, pertencem a um contexto de vulnerabilidade a comportamentos de risco e, portanto, à infecção e ao adoecimento (105).

## ESCOLARIDADE

Nos últimos anos, a taxa de analfabetismo diminuiu no Brasil. A década de noventa, em especial, foi caracterizada por reformas estruturais que levaram a maior universalização do ensino básico, o qual passou a atingir 97% das crianças em idade escolar (106). De acordo com o relatório do IBGE de 2002, a frequência escolar melhorou em todas as faixas etárias. Entretanto, segue a desigualdade absoluta e relativa na escolaridade da população. Há também persistente desigualdade por região, por gênero e por cor de pele, na distribuição do acesso a níveis educacionais mais elevados (107). Tais diferenças são uma das principais justificativas para a desigualdade na distribuição de renda, dado que, diante da escassez de mão de obra qualificada, um ano adicional de escolaridade no Brasil implica em valorização salarial elevada (106). Além das repercussões econômicas, possuir menos anos de escolaridade foi associado à maior risco de infecção por HIV no Brasil (108) e a história de maus-tratos na infância (109).

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Média de anos de estudo das pessoas de 10 anos ou mais de idade, por grupos de idade						
	10 anos	11anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos
<b>Brasil</b>	2,4	3,3	4,1	4,9	5,8	6,5	7,3
<b>Sul</b>	2,7	3,7	4,6	5,4	6,2	7,1	7,9
Paraná	2,9	3,7	4,7	5,6	6,4	7,2	8,0
Região Metropolitana de Curitiba	2,9	3,7	4,7	5,6	6,2	7,1	7,9
Santa Catarina	2,6	3,7	4,6	5,3	6,2	7,2	8,1
Rio Grande do Sul	2,6	3,6	4,5	5,3	6,1	6,9	7,7
Região Metropolitana de Porto Alegre	2,5	3,5	4,4	5,1	6,0	6,9	7,8

Tabela 2. Média de anos de estudo das pessoas de 10 anos ou mais de idade por grupos de idade no Sul do Brasil. Dados retirados do IBGE de 2008.

No Brasil, a taxa de evasão escolar é elevadíssima, oscilando entre dez e 20% das matrículas (107). Sugerem-se três principais justificativas que explicam 80% das evasões escolares: escassez de oferta de serviços educacionais públicos, pouco interesse e valorização da educação e restrições de renda (107). Embora as transexuais estejam sujeitas a conjuntura similar, acresce-se às suas razões para evasão escolar a existência de um ambiente hostil, cerceado por *bullying* homofóbico (110).

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Para verificação dos critérios diagnósticos de DG mais objetivamente, interroga-se acerca da idade do início de sentimentos de inadequação entre gênero e sexo designado ao nascimento, bem como a primeira lembrança de preferir brincadeiras estereotipadas femininas. Também se questiona o momento em que a transexual começou a sua transformação, usando hormônios sexuais e vestindo roupas femininas, tanto de forma lúdica quanto de maneira definitiva (54).

Em geral, as pacientes percebem incongruência entre dois e quatro anos de idade, podendo explicitá-la com comportamentos e discurso atípicos (6). Entretanto, apenas entre 2,2 e 30% dessas crianças persiste com a DG (6). Diferentemente da DG de início precoce, algumas transexuais referem

início dos sintomas depois da puberdade (6). Em geral, transexuais homossexuais apresentam início precoce, enquanto que transexuais não-homossexuais exibem início tardio.

#### IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precocemente (111, 112). De acordo com o Ministério da Saúde, a idade média do início da vida sexual, em 1984, foi 15,3 anos entre os homens e 16 anos entre as mulheres; enquanto que, em 1998, a idade média verificada diminuiu para 14,5 e 15,2 anos respectivamente (113). Em estudo transversal, realizado no Rio Grande do Sul, em uma amostra de 1 621 jovens verificou-se que sexo masculino, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, ter pais separados, morar com companheiro, não praticar uma religião, consumir tabaco e drogas e não usar camisinha na última relação estão associados à iniciação sexual precoce (114). Considerando-se a relação com desfechos negativos, aconselha-se a inserção de educação sexual nas escolas (111).

Crianças vítimas de maus-tratos apresentam uma tendência para comportamento sexual inadequado (115). Por exemplo, algumas dessas crianças podem realizar brincadeiras sexualizadas com bonecas, masturbação excessiva e em público, comportamento sedutor, entre outros (115). Durante a adolescência e a idade adulta, podem explicitar alta atividade sexual, ansiedade quanto à identidade sexual, dificuldades no ajustamento sexual adulto e confusão quanto aos valores sexuais (115)

#### COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

O *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) foi desenvolvido na França e nos Estados Unidos com a finalidade de explorar os 17 distúrbios psiquiátricos listados no DSM-III-R (116). Uma ou mais questões de triagem, que podem ser aplicadas por entrevistadores não especializados, objetivam a diagnosticar cada um dos transtornos psiquiátricos listados no DSM (117).

Conforme citado anteriormente, exposição a maus-tratos na infância associa-se com maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos (85-94). Além disso, quando presentes, as doenças psiquiátricas são agravadas pela história de maus-tratos, tanto pela piora dos sintomas quanto pela maior presença de comorbidades (77).

#### SUICÍDIO

De acordo com o DSM-5, Desordem de Comportamento Suicida engloba indivíduos que, nos últimos 24 meses, cometeram tentativa de suicídio – ou seja, começaram sequência de comportamentos que, no momento de início, sabiam que poderia desencadear sua morte (6). Tentativas de suicídio representam o principal fator de risco para completar suicídio e um importante indicador de estresse

emocional (118). Raramente são realizadas por pessoas sem patologias psiquiátricas, especialmente transtorno de humor bipolar, esquizofrenia e transtorno depressivo maior (6). Nesses casos, devem-se predominantemente a dor relacionada a condições médicas e a motivos políticos ou religiosos (6). A ideiação suicida consiste no pensamento suicida e também está associada a doenças psiquiátricas (119).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 2020, a incidência mundial de suicídio alcançará 1,53 milhões de pessoas (120). Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública. O Brasil passou a coletar informações específicas sobre suicídio somente a partir da década de oitenta (121). A partir delas, verificou-se aumento de 21% da incidência de suicídio, alcançando quatro óbitos a cada 100 000 habitantes no ano 2000, valor inferior ao encontrado na maioria dos países europeus (121). As capitais com os maiores índices de suicídio registrados em jovens com idades entre 15 e 24 anos foram Porto Alegre e Curitiba (122).

Revisão sistemática evidenciou risco duas vezes maior de tentativa de suicídio em pessoas LGB (123). Um terço das transexuais relata tentativa de suicídio, especialmente quando adolescentes e jovens adultos (124). O risco é maior para pessoas LGBT com transtornos mentais, embora outros eventos estressores também sejam de suma importância. Entre eles, o *bullying* homofóbico (125, 126). Somado ao maior risco de suicídio associado a doenças psiquiátricas e ao estresse vivido pelas populações LGBTT, adultos com história de maus-tratos na infância também apresentam maior risco de suicídio (95, 96, 98).

## TRABALHO SEXUAL

Trabalho sexual refere-se a prestação de serviços sexuais por dinheiro ou equivalente (127). Tais serviços não envolvem necessariamente contato físico. Sendo assim, abarca uma vasta gama de comportamentos, tanto sutis quanto explícitos (127). A realização especificamente de atividades sexuais com contato traz riscos bastante altos (128-130), exigindo políticas públicas de educação sexual, de triagem, de fornecimento de preservativos e de tratamento de DSTs (127-129).

Desde 1942, o Brasil adota o sistema de Abolicionismo para manejar juridicamente profissionais do sexo (131). No Abolicionismo considera-se ilícito o gerenciamento da atividade, de forma que somente o agenciador está sujeito à criminalização (131). De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação,

I – Condições gerais de exercício trabalham por conta própria, na rua, em bares, boates, hotéis, rodovias e em garimpos, atuam em ambientes a céus abertos, fechados e em veículos, horários irregulares. No exercício de algumas das atividades podem estar expostas à inalação de gases de veículos, a poluição sonora e a discriminação social. Há ainda dicas de contágios de DST e maus – tratos, violência de rua e morte.

II – Formação e experiência, para o exercício o profissional requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre o sexo seguro, oferecidas pelas associações da categoria. Outros cursos complementares de formação profissional, como, por exemplo, curso de beleza, de cuidados pessoais, de planejamento de orçamento, bem como cursos profissionalizantes para rendimentos alternativos também são oferecidos pelas associações, em diversos Estados. O acesso à profissão é livre aos maiores de deztoitos anos; a escolaridade média está na figura de quarta a sétima séries do ensino fundamental. O pleno desenvolvimento das atividades ocorre após dois anos de experiência.

- III – Áreas de atividades
  - A – Batalhar programa
  - B – Minimizar as vulnerabilidades
  - C – Atender Clientes
  - D – Acompanhar Clientes
  - E – Administrar orçamentos
  - F – Promover a organização da categoria
  - G – Realizar ações educativas no campo da sexualidade.
- IV – Competência as pessoas
  - 1 – Demonstrar capacidade de persuasão
  - 2 – Demonstrar capacidade de expressão gestual
  - 3 – Demonstrar capacidade de realizar fantasia eróticas
  - 4 – Agir com honestidade
  - 5 – Demonstrar paciência
  - 6 – Planejar o futuro
  - 7 – Prestar solidariedade aos companheiros
  - 8 – Ouvir atentamente (saber ouvir)
  - 9 – Demonstrar capacidade lúdica
  - 10 – Respeitar o silêncio do cliente
  - 11 – Demonstrar capacidade de comunicação em língua estrangeira
  - 12 – Demonstrar ética profissional
  - 13 – Manter sigilo profissional
  - 14 - Respeitar Código de não cortejar companheiro de colegas de trabalho
  - 15 – Proporcionar prazer
  - 16 – Cuidar da higiene pessoal
  - 17 – Conquistar o cliente
- V – Recursos de Trabalho
  - \* Guarda – roupa de batalha
  - \* Preservativo masculino e feminino
  - \* Cartão de visita
  - \* Documento de Identificação
  - \* Gel lubrificante à base de água
  - \* Papel higiênico
  - \* Lenços umedecidos
  - \* Acessórios
  - \* Maquiagem
  - \* Álcool
  - \* Celular
  - \* Agenda

Em algumas sociedades a prostituição é descriminalizada, ou mesmo legalizada, com acesso a serviços sociais e de saúde, o que reduz estigma social (132). Ainda assim, é considerada uma profissão extremamente perigosa, em que é comum o uso de drogas injetáveis, a exposição a DSTs e vulnerabilidade a violência física, verbal e sexual (130). Sabe-se que há associação entre necessidades financeiras e aumento do comportamento de risco entre prostitutas (133). Logo, no presente estudo considera-se prostituição entre desfechos mal adaptativos aos quais transexuais com história de maus-tratos na infância poderão estar sujeitas.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto de eventos traumáticos em aspectos clínicos da transexualidade.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar associação entre história de maus-tratos na infância e escolaridade, apresentação clínica (realização da CRS e idade de início do uso de hormônios, do cross-dressing lúdico, do cross-dressing definitivo, dos sentimentos de inadequação e dos jogos trocados), aspectos familiares (história de transexualidade e de transvestismo na família), comportamento sexual (orientação sexual, idade da primeira relação sexual, DSTs), doenças psiquiátricas (transtorno de depressão maior, distímia, risco de suicídio, episódios maníacos ou hipomaníacos, transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, desordem psicótica, desordem alimentar e transtorno de ansiedade generalizada), uso de substâncias (tabagismo e álcool) e atuação como profissional do sexo. A partir disso, debater as repercussões clínicas das associações encontradas, propondo alternativas em nível de prevenção primária, secundária e terciária.

---

**ARTIGO**

---

Artigo Submetido à Revista Acta Psychiatrica Scandinavica

# CHILDHOOD MALTREATMENT AND PSYCHIATRIC OUTCOMES IN ADULT TRANSGENDER WOMEN

Anna Martha Vaites Fontanari\*

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Diego Luiz Rovaris\*

Departamento de Genética, Instituto de Biotecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Angelo Brandelli Costa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Renata Basso Cupertino

Departamento de Genética, Instituto de Biotecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Bianca Machado Borba Soll

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Karine Schwarz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dhiordan Cardoso da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

André Oliveira Borba

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Andressa Mueller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Claiton Henrique Dotto Bau

Departamento de Genética, Instituto de Biotecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Maria Inês Rodrigues Lobato

Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

mirlobato@gmail.com

Correspondence and Proofs should be sent to:

Dr. Claiton H. D. Bau, Departamento de Genética, Instituto de Biociências, UFRGS, CEP: 91501-970, Porto Alegre, RS, Brazil. Caixa Postal: 15053. Telephone: (5551) 3308-6718; Fax: (5551) 3308-7311.  
Email: claiton.bau@ufrgs.br

This work was supported by the following funding sources: CNPq, CAPES, FINE-HCPA and FAPERGS.

**Objective**

Childhood history of maltreatment (CHM) has been associated with later negative psychiatric outcomes. This is particularly true for transgender persons, for whom there is initial evidence that CHM may be associated with those outcomes. The aim of our study is to further characterize the role of CHM as an indicator of psychiatric and psychosocial outcomes in adult transgender women.

**Method**

Our study used cross-sectional data from a consecutive sample of 289 transgender women, which attended the oldest reference clinic for gender dysphoria (GD) of Southern Brazil between 1998 and 2014.

**Results**

Being exposed to CHM was associated with higher frequencies of HIV ( $p = 0.006$ ), major depressive disorder ( $p = 0.025$ ), risk of suicide ( $p = 0.014$ ) and alcohol abuse ( $p = 0.027$ ). After the logistic regression analyses, only sex work ( $p < 0.001$ ) and having at least one comorbidity ( $p = 0.005$ ) remained significantly associated with CHM.

**Conclusion**

Our study suggests that transgender individuals with CHM present a higher frequency of sex work and psychiatric disorders during adulthood. These findings raise the important issue that prevention actions both during childhood (maltreatment) and during adulthood (i.e. HIV and suicide attempts) might be indicated for transgender persons.

**Keywords:** Gender dysphoria, gender identity disorder, transsexuality, childhood maltreatment.

## Introduction

Gender dysphoria (GD) consists of a marked incongruence between one's experienced gender and the assigned gender (1). A previous publication from our group reported the profile of Brazilian transgender persons in an outpatient clinic, evidencing the high prevalence of associated psychiatric disorders: psychoactive drug use, suicidal attempts, major depressive disorder, psychosis, social phobia and obsessive-compulsive behavior (2-9). The high prevalence of disorders among transgenders was also found by other research groups, highlighting depression in Irish adult population (2) and anxiety disorder in a Dutch children sample (3). Simon et al. (2011), in Hungary, found that transgender women conceptualized themselves as more vulnerable than non-transgender controls, which is a potential predisposing factors to psychiatric disorders (10).

Many transgender persons are verbally and physically abused by family members, acquaintances, co-workers, neighbors, strangers, and police officers for not conforming to conventional gender role expectations and some of them have been victims of hate crimes (11). Childhood history of maltreatment (CHM) has been widely associated with a higher rate of psychiatric disorders, such as anxiety, depression, substance use, psychopathy, disruptive behavior disorders, attention-deficit-hyperactivity disorder, eating disorders, post-traumatic stress disorders (PTSD), suicide ideation, suicide attempts and self-harm behaviors (12-21). The strong and persistent identification with a gender different from the one assigned at birth, a common trait of transgender persons, is associated with intense psychological suffering (22). The discomfort could be related either to a high prevalence of CHM among that population (23, 24) and/or to the high potential for stigmatization and prejudice carried by this condition (4, 25).

Kersting and collaborators claim that further investigation is warranted to clarify the effects of traumatic childhood experiences on sexual identity in transgender persons (23). However, up to this moment, there are only two researches exploring the relationship between CHM and psychological outcomes among this group (23, 24). Bandini et al. (2011) evaluated a consecutive series of 109 Italian transgender women, focusing on the influence of CHM in body image and clinical variables through a face-to-face interview, the Body Uneasiness Test and the Symptom Checklist-90 Revised. They found that approximately one-fourth of their sample reported maltreatment during childhood. Accordingly, CHM was associated to a higher level of body image dissatisfaction, worse psychosocial adjustment during childhood and worse lifetime mental health, resulting in associated psychiatric disorders. However, they did not verify differences in cross-gender behavior during childhood (24). Kersting et al. (2003) studied 41 German transgender persons and 115 psychiatric inpatients aiming to appraise differences in dissociative symptoms among them. Even though the focus was not CHM, they found, using Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), a high prevalence of emotional maltreatment in the transgender group when compared to the psychiatric inpatients group (23).

Therefore, considering these evidences supporting the role of childhood maltreatment in psychopathology, the aim of our study is to further characterize the role of CHM as an indicator of psychiatric and psychosocial outcomes in Brazilian adult transgender women. These findings may be

relevant to guide future studies and strategies focused on the group of transgender persons that suffered maltreatment during childhood.

## **Methods**

### *Sample*

The GD outpatient clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a university hospital situated in Southern Brazil, was the first in Brazil and it is one of the main Latin American centers of GD studies. It was established in 1998 and, since then, it conducts multidisciplinary outpatient treatment, which joins psychology, hormonal and surgical options to individuals diagnosed with GD. The GD Program at HCPA is the only reference of specialized care for GD in Southern Brazil.

The sample comprises 289 transgender women recruited between 1998 and 2014. There is substantial variation in the number of missing values according to each variable due to a protocol change in 2008. However, all individuals were equally evaluated on GD status and other relevant characteristics such as CHM. They fulfilled the criteria for GD (gender identity disorder according to the DSM-IV criteria) and were diagnosed by a specialized physician. This study was approved by the Ethical Committee of HCPA. All participants were oriented about the procedure and signed the informed consent prior to participating in the research.

### *Procedure*

Current psychiatric comorbidities were evaluated by a psychiatrist using Mini International Neuropsychiatric Interview - Brazilian Version, 5.0.0 (MINI). After a well-established diagnosis, a protocol covering demographic, psychosocial and family history variables was applied. The lifetime presence or absence of CHM was investigated by asking three questions, involving sexual abuse, sexual violence and negligence, as follow: 1. “Has someone ever made you see or do something sexual - like touching you in a sexual way or in your private parts, or making you see or touch their private parts, or making you watch them touch their own private parts?”; 2. “Have you been forced to do sex acts?”; and 4. “Have you ever had a time in your life when you did not have the right care - like not having enough to eat or drink, being homeless, being left alone when you were too young to care for yourself, or being left with someone using drugs? Or have you ever been left in charge of your younger brothers or sisters for long periods of time, sometimes for several days?” These questions were similar to specific questions related to sexual abuse and negligence included in the Traumatic Events Screening Inventory – Self Report Revised (26, 27).

### *Statistical Analysis*

Mann–Whitney U tests were conducted to compare continuous variables between CHM groups, while Fisher's Exact Tests were utilized to compare dichotomous variables. Data were presented as mean or proportion and 95 % confidence intervals (95 % CI). Two-step regression analyses were applied to

evaluate the relationship of each variable studied with CHM considering also statistical adjustments. This model was elaborated to control potential chi-square confounders; the aim was not to establish causality. In the first step, we included in a multiple logistic model variables associated with CHM with p-values less than 0.20. This approach was adopted to avoid a saturated first model. Using a backward stepwise procedure, we obtained the final model (second step).

## **Results**

### *General Features*

The general characteristics of the sample are summarized in Tables 1 and 2. The average age at referral was 28.9 years old, ranging from 15 to 54. They had an average of 10 years of schooling. 25.4 % worked as hairdressers and manicures in beauty salons. The remaining acted as technical health professionals and providers in all kind of services.

The average age when the transgender women reported feeling inadequate with the gender assigned at birth was 8.2 years old, while playing socially stereotyped games as female was at 6.1 years old and they started to dress up in costumes socially considered as female-only in a playful way at 7.8 years old, and finally in a definitive manner at 17.4 years old. Most subjects (89.5%) referred use of hormone therapy and a relatively high amount of them (39.3 %) have already performed the Gender Reassignment Surgery (GRS).

The average age of the first intercourse was 15.3 years old. Most of the sample (95.6%), according to the Blanchard's Typology, reported having predominantly homosexual sexual behavior, meaning that they preferred having sex with men. Moreover, most assumed receptive positions during sexual intercourse (99.3 %).

The prevalence of sexually transmitted diseases (STD) is high in our sample (31.2 %). The fact that 34.5 % of transgender women reported sex work at some point in their lives constituted an additional risk factor for STDs, especially HIV. The most common self-reported STD was HIV (20.7 %), but syphilis and HPV were also noted.

### *Clinical and Psychiatric History*

A psychiatric diagnosis was present in 19.2 % of transgender women, and 3.2 % have required psychiatric hospitalization. At least one positive item in the MINI was present in 40.6 % of the sample. The most common psychopathologies were current and lifetime major depressive episodes (14.5 %) and current risk of suicide (20.3 %). In addition, 18.0 % have attempted suicide at least once in their lifetime and 25.0 % have reported CHM.

### *Childhood Maltreatment Associations*

Table 3 compiles the associations between CHM and socio-demographic and clinical variables listed in table 1. Transgender women that reported a history of maltreatment exhibited at an older age their



gender incongruent behavior, such as preferring typically feminine leisure activities ( $p = 0.009$ ). They also assumed their femininity by cross-dressing afterwards ( $p = 0.041$ ). However, they presented a trend towards GRS earlier ( $p = 0.053$ ). Transgender women exposed to CHM were more often involved in sex work ( $p < 0.001$ ). Accordingly, they contracted more HIV ( $p = 0.006$ ).

Being exposed to CHM was associated with higher frequencies of major depressive disorder ( $p = 0.025$ ), risk of suicide ( $p = 0.014$ ) and alcohol dependence and abuse ( $p = 0.027$ ). After the backward stepwise multiple logistic regression, only past and present sex work ( $p < 0.001$ ) and having at least one comorbidity ( $p = 0.005$ ) remained significantly associated with CHM. Since this analysis was not intended to infer causality relationships, the odds ratio was reported here as a proxy of size effect. (Table 4). It is noteworthy that the fact that some variables that did not remain significant in the final model (i.e. HIV, risk of suicide etc.) does not imply that they are not relevant. It only means that the variables that remain significant in some way account for the explanation of the variance also attributable to these variables.

## Discussion

The results of our study suggest that transgender women with a CHM present a different pattern in relevant psychiatric and psychosocial outcomes, such as higher frequency of general psychopathology in their adult life. They also exhibited higher frequency of risk of suicide, sex work and HIV.

GLBT youths are more vulnerable to health and psychological problems than are heterosexual nontransgender counterparts. Many of them are victims of physical abuse, and they often have both mental and physical health problems (28). Moreover, they are also more frequently expelled from their homes and, among homeless youths, GLBT populations present more often numerous outcomes, such as robbery, rape, assault, substance abuse, sex work and sex survival behaviors (28).

Other research groups, using different diagnostic methods, found divergent results (4, 5, 29). For example, Haraldsen & Dahl (2000) compared transgender selected for GRS, individuals with personality disorder and adult controls (29). They verified a relatively low level of self-rated psychopathology among transgender persons, which is not surprising since the selection criteria for GRS are strict, excluding more severely ill transgender persons (29). Sociocultural factors, which vary according to samples' precedence, appear to be extremely relevant in determining those contrasts. Belonging to a disadvantaged group, vulnerable to social stigma and prejudice, induces cumulative stress responses, which may lead to adverse health outcomes (30). In Brazil, transgender individuals are constantly exposed to violence (31) and present high prevalence of mental disorders (9). Thus, the mental health disparities found in our study could be interpreted as signs of distress, resulting from the vulnerabilities faced by transgender individuals living in social environments that often victimize and marginalize transgender people (32, 33).

Our transgender sample with CHM exhibited higher risk of suicide. In fact, 21% of them have already attempted suicide at least once. According to Hoshiai et al. (2010), the intimate relationship between GD and suicidal ideation could be explained by two main reasons: the presence of psychiatric comorbidity and

a tendency that GD individuals have to experience suicidal ideation or self-mutilation, probably justified by the challenging life circumstances of most GD individuals (4).

Bandini et al. (2011) verified in their study that 27.5% of transgender persons reported CHM experiences, which is similar to our sample (25.0%). In agreement to our findings, they verified that this group suffered more lifetime psychiatric disorders. Bandini et al. (2011) did not find differences between CHM groups in cross-gender behavior during childhood (24). In our sample, these data were also not significant in the final model of logistic regression. However, we have noticed that transgender women exposed to maltreatment during childhood tend to explicit their gender change desire later, both by playing games socially stereotyped as female-only and by performing their cross-gender transition at an older age. We suggest two explanations for this finding: first, a child who has suffered abuse possibly avoids exposing atypical gender behavior, in fear of further violence. A second plausible explanation is that, considering the association between abuse and psychopathology (12-20), children with psychiatric prodromes present a delayed development (34), including the establishment of gender identity.

The interpretation of our findings should consider some limitations. The measurement of maltreatment is based on subjective experience and interpretation of the event. However the meaning that an individual gives to an experience is highly relevant in determining whether it constitutes maltreatment (35). Emotional, physical, or sexual abuses rarely occur isolated, but rather indicate a situational or familial context of abuse (19). For this reason, we decided to ask about sexual abuse, sexual violence and negligence, composing the variable CHM. Additional studies in GD should include specifically developed instruments to measure CHM, such as the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (36). We hope that our findings raise the awareness on this especially relevant issue. The cross-sectional nature of our study does not allow us to establish a causal relationship between CHM and maladaptive outcomes among our sample. On one hand, it could be hypothesized that the social vulnerability predisposing to maltreatment during childhood could incite search for informal means of income and trigger psychiatric disorders in transgender individuals. On the other hand, it is also possible that a subjacent psychopathology-related variable predisposes maltreatment in childhood. That is, prodromes could make some children more vulnerable to maltreatment. Maltreatment is not necessarily the cause of adult maladaptive behavior, but it seems to have some influence. In addition, the nature of sexual abuse may play a primary role in the severity of psychopathology in adult life (17). For example, longer duration of abuse was associated with higher levels of PTSD-related symptomatology (37) and psychological distress (38). These issues could be elucidated by a longitudinal study, including children with atypical gender behavior, whether or not victims of maltreatment. However, regardless of the directionality of the association, CHM should be considered as a relevant indicator of maladaptive outcomes.

In conclusion, our data suggest that transgender women with CHM may be at risk of long lasting specific psychosocial and psychiatric outcomes. Future studies should be designed to address the perspective that such transgender individuals should receive special care, specially preventing suicide attempts.

**Conflict of Interest Statements**

Authors do not declare any conflict of interest.

**Authors' Contributions**

Anna Fontanari and Diego Rovaris contributed equally to the present study. They designed the study, wrote the protocol, were responsible for the analysis, participated in data interpretation, drafting the article and final approval of this version. Angelo Costa participated in data analysis and interpretation, drafted the article and engaged the final approval of this version. Renata Cupertino, Bianca Soll, Karine Schwarz, Dhiordan da Silva, André Borba and Andressa Mueller participated in study design and final approval of this version. Claiton Bau and Maria Lovato were responsible for study design and interpretation of data, drafting the article and final approval of this version.

**Ethics Committee Approval**

The study was approved by the Ethical Committee of HCPA (98 319).

**Table 1** - Sociodemographic characteristics

	<b>N</b>	<b>Mean or % (95 % CI)</b>
Age (years)	289	28.90 (27.93-29.87)
Schooling (years)	130	10.79 (10.28-11.31)
Children (yes)	283	1.4 (0.4-3.6)
Informal or formal employment (yes)	288	93.1 (89.4-95.7)
Area of professional performance	118	
Aesthetics (ex. hairdresser, manicure, etc.)		25.42 (17.86-34.26)
General services (ex. domestic, cook, etc.)		50.00 (40.66-59.34)
Health (nursing technician, etc.)		5.93 (2.42-11.84)
Administration (manager, supervisor, etc.)		15.25 (9.30-23.03)
Other		3.39 (0.93-8.45)

**Table 2** - Clinical characteristics

	<b>Mean or % (95 % CI)</b>	<b>N</b>
<b>Childhood trauma</b>	25.00 (20.07-30.46)	284
<b>Clinical history</b>		
Hormone use (yes)	89.51 (85.36-92.81)	286
Age of onset of hormone use (years)	20.45 (19.63-21.27)	251
GRS (yes)	32.34 (26.79-38.29)	269
Appearance (feminine)	87.79 (80.92-92.85)	131
<b>Psychiatric history</b>		
Self-report of psychiatric illness (yes)	19.15 (13.01-26.62)	141
Self-report of psychiatric hospitalizations (yes)	3.16 (14.50-5.91)	285
Smoking (yes)	36.00 (26.64-46.21)	100
Suicide attempt (yes)	18.02 (13.72-23.00)	283
MINI International Neuropsychiatric Interview (positive)	40.60 (32.18-49.46)	133
Major depressive disorder (yes)	14.50 (8.96-21.72)	131
Major depressive disorder with melancholic features (yes)	6.06 (2.65-11.59)	132
Dysthymia (yes)	5.30 (2.16-10.62)	132
Risk of suicide (yes)	20.30 (13.83-28.14)	133
Manic or hypomanic episode (yes)	8.33 (4.23-14.42)	132
Panic disorder (yes)	5.26 (2.14-10.54)	133
Agoraphobia (yes)	6.82 (3.16-12.55)	132
Social phobia (yes)	3.03 (0.83-7.58)	132
Obsessive-compulsive disorder (yes)	0.76 (0.02-4.15)	132
Posttraumatic stress disorder (yes)	1.52 (0.18-5.37)	132
Alcohol dependence and abuse (yes)	2.27 (0.47-6.50)	132
Drug dependence and abuse (yes)	3.03 (0.83-7.58)	132
Psychotic disorder (yes)	3.85 (1.26-8.75)	130
Eating disorder (yes)	0.76 (0.02-4.18)	131
Generalized anxiety disorder (yes)	6.92 (3.21-12.74)	130
<b>Sexual behavior</b>		
Sexual orientation (prefer sexual intercourse with female)	4.44 (2.32-7.63)	270
Age of first sexual intercourse (years)	15.30 (14.81-15.79)	267
Sexual preference (passive)	99.28 (97.42-99.91)	277
History of gender variance in the family (yes)	7.41 (4.45-11.45)	243
History of transvestism (yes)	5.15 (2.69-8.82)	233
Prostitution (yes)	34.51 (28.69-40.70)	255
<b>Symptom severity</b>		
Age of cross-dressing (years)		
Ludic	7.78 (7.12-8.44)	136
Definitive	17.43 (16.72-18.13)	269
Onset of feeling inadequacy (years)	8.23 (7.81-8.65)	278
Age of exchanged games (years)	6.17 (5.55-6.78)	230
<b>Sexually transmitted diseases*</b>		
Any STD	31.23 (25.89-36.96)	285
HPV	5.71 (2.50-10.95)	140
Syphilis	11.19 (7.68-15.59)	268
HIV	20.68 (15.97-26.05)	266

\* Including syphilis, HIV, HPV and Hepatitis C.

GRS = Gender Reassignment Surgery.

STD = Sexually Transmitted Disease.

**Table 3** - Childhood maltreatment, age of first symptoms and outcomes

Variables	Childhood maltreatment		n*	Statistics	P-value
	No	Yes			
	% (CI 95 %)	% (CI 95 %)			
Hormone use (yes)	88.26 (83.16-92.26)	92.96 (84.33-97.67)	213/71	1.242	0.373
GRS (yes)	36.08 (29.33-43.27)	22.86 (13.67-34.45)	194/70	4.096	<b>0.053</b>
History of gender variance in the family (yes)	6.82 (3.57-11.61)	8.96 (3.36-18.48)	176/67	0.323	0.588
History of transvestism in the family (yes)	4.82 (2.10-9.27)	6.06 (1.68-14.80)	166/66	0.148	0.745
Sexual orientation (female)	4.04 (1.76-7.81)	5.63 (1.56-13.80)	198/71	0.311	0.738
Sex work (yes)	24.86 (18.82-31.74)	60.29 (47.70-71.97)	185/68	27.663	<b>&lt;0.001</b>
Smoking (yes)	35.71 (25.55-46.92)	46.15 (19.22-74.87)	61/36	0.526	0.543
Suicide attempt (yes)	17.14 (12.30-22.93)	21.13 (12.33-32.44)	210/71	0.567	0.478
HIV (yes)	16.58 (11.63-22.59)	32.86 (22.09-45.12)	193/70	8.229	<b>0.006</b>
Any DST (yes)	27.96 (22.02-34.54)	40.85 (29.32-53.16)	211/71	4.107	<b>0.054</b>
MINI (positive)	32.22 (22.75-42.90)	58.97 (42.10-74.43)	90/39	8.093	<b>0.006</b>
Major depressive disorder (yes)	9.09 (4.01-17.13)	25.64 (13.04-42.13)	88/39	6.085	<b>0.025</b>
Dysthymia (yes)	4.49 (1.24-11.11)	7.69 (1.62-20.87)	89/39	2.487	0.199
Risk of suicide (yes)	13.33 (7.08-22.13)	33.33 (19.09-50.22)	90/39	6.966	<b>0.014</b>
Manic or hypomanic episode (yes)	5.62 (1.85-12.63)	15.38 (5.86-30.53)	89/39	3.293	0.089
Panic disorder (yes)	4.44 (1.22-10.99)	7.69 (1.62-20.87)	90/39	0.559	0.674
Agoraphobia (yes)	5.62 (1.85-12.63)	10.26 (2.87-24.22)	89/39	0.893	0.454
Social phobia (yes)	2.25 (0.27-7.88)	5.13 (0.63-17.32)	89/39	0.743	0.585
Obsessive-compulsive disorder (yes)	1.12 (0.03-6.10)	0.00 (0.00-9.03)	89/39	0.442	1.000
Posttraumatic stress disorder (yes)	1.12 (0.03-6.10)	2.56 (0.06-13.48)	89/39	0.366	1.000
Alcohol dependence and abuse (yes)	0.00 (0.00-4.06)	7.69 (1.62-20.87)	89/39	7.010	<b>0.027</b>
Drug dependence and abuse (yes)	3.37 (0.70-9.54)	2.56 (0.06-13.48)	89/39	0.058	1.000
Psychotic disorder (yes)	4.60 (1.27-11.36)	2.56 (0.06-13.48)	87/39	0.292	0.678
Eating disorder (yes)	1.14 (0.03-6.17)	0.00 (0.00-9.03)	88/39	0.447	1.000
Generalized anxiety disorder (yes)	5.68 (1.87-12.76)	10.53 (2.94-24.80)	88/38	0.939	0.451
	Mean (CI 95 %)	Mean (CI 95 %)			
Schooling	10.88 (10.20-11.55)	10.66(9.84-11.48)	80/50	-0.080	0.937
Age of first sexual intercourse	15.30 (14.75-15.86)	15.30 (14.24-16.36)	196/70	-0.101	0.920
Age of onset of hormone use	20.13 (19.22-21.03)	21.00 (19.28-22.72)	184/65	-1.055	0.292
Age of cross-dressing					
Ludic	7.90 (6.94-8.87)	7.59 (6.78-8.41)	82/54	-0.479	0.634
Definitive	17.15 (16.32-17.98)	18.34 (16.98-19.70)	196/71	-2.044	<b>0.041</b>
Onset of feeling inadequacy	8.09 (7.65-8.53)	8.63 (7.57-9.70)	205/71	-0.394	0.694
Age of exchanged games	5.86 (5.12-6.59)	6.86 (5.68-8.04)	163/65	-2.604	<b>0.009</b>

\* Childhood maltreatment no/yes.

MINI = the Mini-International Neuropsychiatric Interview.

GRS = Gender Reassignment Surgery.

**Table 4** - Logistic regression of variables associated with CHM.

	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>OR (CI 95%)</b>	<b>P-value</b>
Sex Work						
No	0	-			1	-
Yes	1.63	0.43	14.24	1	5.09 (2.19-11.84)	<0.001
MINI (positive)						
No	0	-			1	-
Yes	1.20	0.43	7.78	1	3.32 (1.43-7.73)	0.005

MINI = the Mini-International Neuropsychiatric Interview.

SE, standard error; CI, confidence interval.

Gender reaffirming surgery, suicide attempt, human immunodeficiency virus, sexually transmitted diseases, major depressive disorder, dysthymia, manic or hypomanic episode, age of cross-dressing definitive and age of exchanged games also entered in the initial multiple logistic regression model but did not remain significant in the final model.

## References

1. ASSOCIATION AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). In: Association AP, ed.: American Psychiatric Pub; 2013.
2. JUDGE C, O'DONOVAN C, CALLAGHAN G, GAOATSWE G, O'SHEA D. Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Frontiers in endocrinology*. 2014;5.
3. WALLIEN MSC, SWAAB H, COHEN-KETTENIS PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1307-14.
4. HOSHIAI M, MATSUMOTO Y, SATO T, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2010;64:514-9.
5. GÓMEZ-GIL E, TRILLA A, SALAMERO M, GODÁS T, VALDÉS M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *ARCH SEX BEHAV*. 2009;38:378-92.
6. TERADA S, MATSUMOTO Y, SATO T, OKABE N, KISHIMOTO Y, UCHITOMI Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*. 2011;190:159-62.
7. FISHER AD, BANDINI E, CASALE H, et al. Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An italian multicentric evaluation. *J Sex Med*. 2013;10:408-19.
8. DE VRIES ALC, DORELEIJERS TAH, STEENSMAT TD, COHEN-KETTENIS PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2011;52:1195-202.
9. LOBATO MI, KOFF WJ, SCHESTATSKY SS, et al. Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidities and Sociodemographic Profile of Transsexual Patients from an Outpatient Clinic in Brazil. *Int J Transgenderism*. 2007 2007/11/01;10:69-77.
10. SIMON L, ZSOLT U, FOGD D, CZOBOR P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011 Mar;42:38-45.
11. NUTTBROCK L, HWAHNG S, BOCKTING W, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*. 2010 Jan;47:12-23.
12. GREEN JG, MCLAUGHLIN KA, BERGLUND PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67:113-23.
13. KING DC, ABRAM KM, ROMERO EG, WASHBURN JJ, WELTY LJ, TEPLIN LA. Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*. 2011;62:1430-8.
14. MOULTON SJ, NEWMAN E, POWER K, SWANSON V, DAY K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse and Neglect*. 2015;39:167-74.
15. SCOTT KM, SMITH DR, ELLIS PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with dsm-iv mental disorders in young adults. *Archives of general psychiatry*. 2010;67:712-9.



16. AFIFI TO, ENNS MW, COX BJ, ASMUNDSON GJG, STEIN MB, SAREEN J. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *AM J PUBLIC HEALTH*. 2008 2008/05/01;98:946-52.
17. BAK-KLIMEK A, KARATZIAS T, ELLIOTT L, CAMPBELL J, PUGH R, LAYBOURN P. Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: Results from a clinical sample in Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21:550-7.
18. MOORE E, GASKIN C, INDIG D. Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child abuse & neglect*. 2013 10//;37:861-70.
19. AEBI M, LINHART S, THUN-HOHENSTEIN L, BESSLER C, STEINHAUSEN HC, PLATTNER B. Detained Male Adolescent Offender's Emotional, Physical and Sexual Maltreatment Profiles and Their Associations to Psychiatric Disorders and Criminal Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014.
20. KRISCHER MK, SEVECKE K. Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008 6//;31:253-62.
21. ROVARIS DL, MOTA NR, BERTUZZI GP, et al. Corticosteroid receptor genes and childhood neglect influence susceptibility to crack/cocaine addiction and response to detoxification treatment. *Journal of psychiatric research*. 2015;68:83-90.
22. LOBATO MI, KOFF WJ, MANENTI C, et al. Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav*. 2006 Dec;35:711-5.
23. KERSTING A, REUTEMANN M, GAST U, et al. Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:182-9.
24. BANDINI E, FISHER AD, RICCA V, et al. Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *Int J Impotence Res*. 2011;23:276-85.
25. MATSUMOTO Y, SATO T, OHNISHI M, KISHIMOTO Y, TERADA S, KURODA S. Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2009;63:715-20.
26. STRAND VC, PASQUALE LE, SARMIENTO T. Child and adolescent trauma measures: A review. 2005.
27. STRAND VC, SARMIENTO TL, PASQUALE LE. Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents A Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6:55-78.
28. MEYER IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. 2003;129:674.
29. HARALDSEN IR, DAHL AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Oct;102:276-81.
30. BOCKTING WO, MINER MH, SWINBURNE ROMINE RE, HAMILTON A, COLEMAN E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013 May;103:943-51.

31. COSTA AB, FONTANARI AM, JACINTO MM, et al. Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Arch Sex Behav*. 2014 Sep 23.
32. COSTA AB, FONTANARI AM, ANDREAZZA T, et al. BDNF: a biomarker for social vulnerability in individuals diagnosed with gender dysphoria. *Journal of psychiatric research*. 2014 Mar;50:16-7.
33. TESTA RJ, SCIACCA LM, WANG F, et al. Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43:452.
34. SIMEONOVA DI, NGUYEN T, WALKER EF. Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: A longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. *Schizophr Res*. 2014.
35. DUBE SR, WILLIAMSON DF, THOMPSON T, FELITTI VJ, ANDA RF. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child abuse & neglect*. 2004 Jul;28:729-37.
36. GRASSI-OLIVEIRA R, STEIN LM, PEZZI JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de saude publica*. 2006;40:249-55.
37. RUGGIERO KJ, MCLEER SV, DIXON JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child abuse & neglect*. 2000 Jul;24:951-64.
38. STEEL J, SANNA L, HAMMOND B, WHIPPLE J, CROSS H. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect*. 2004;28:785-801.

---

## DISCUSSÃO GERAL

---

Inicialmente serão discutidos pormenores dos principais desfechos associados significativamente com história de maus-tratos na infância. Ou seja, trabalho sexual, psicopatologias, intensidade dos sintomas e orientação sexual. A seguir, serão abordadas implicações clínicas do estudo, enfocando possibilidades de prevenção primária dos maus-tratos, tanto em ambiente escolar quanto no contexto familiar; e secundária, no que diz respeito à psicopatologia e ao risco de suicídio.

## IMPACTO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS EM ASPECTOS CLÍNICOS DA TRANSEXUALIDADE

Os principais resultados da presente dissertação estão centrados no fato de que história de maus-tratos na infância associa-se a desfechos importantes na vida adulta das transexuais estudadas, notadamente quanto à atuação como profissional do sexo e à psicopatologia. Esses e outros achados relevantes serão discutidos a seguir.

### TRABALHO SEXUAL

Ao avaliarem 109 transexuais, Bandini e colaboradores verificaram que 27,5% delas sofreram maus-tratos na infância (99). De forma similar aos nossos resultados, averiguaram que transexuais vítimas de maus-tratos envolvem-se mais frequentemente com prostituição. Ainda que nem todos os profissionais do sexo estejam expostos à violência explícita, o preconceito e os costumeiros relatos de crime criam um ambiente cerceado por medo. Alguns estudos examinam a conjuntura associada ao envolvimento com prostituição entre mulheres não transexuais; contudo, nenhuma pesquisa com enfoque em mulheres transexuais foi encontrada. Propomos, então, no nosso artigo, três razões principais para a alta frequência de prostituição, especialmente entre as transexuais vítimas de maus-tratos durante a infância. Em primeiro lugar, a prostituição pode ser simplesmente uma alternativa para complementar a renda. Além disso, é possível que resulte do ambiente hostil encontrado por algumas transexuais em postos de trabalho formais, restando poucas opções de emprego formal. Por fim, para alguns indivíduos pode representar uma alternativa para manutenção de relações sexuais sem a necessidade de estabelecer vínculos que desafiem a heteronormatividade. Curiosamente, transexuais da nossa amostra não costumam referir-se a prostituição como uma profissão. Ou seja, a maioria delas trabalha em serviços gerais, tais como salões de beleza, e declaram-se apenas ocasionalmente envolvidas no trabalho sexual.

### PSICOPATOLOGIAS

Após a regressão logística múltipla, a presença de pelo menos uma comorbidade psiquiátrica permaneceu significativamente associada com maus-tratos na infância. Embora não tenha sobrevivido ao modelo de regressão logística, exposição a maus-tratos durante a infância associa-se com maiores frequências de transtorno de humor de depressão maior, de risco de suicídio e de dependência e abuso de álcool.

Em estudo anterior, descrevemos o perfil dos nossos pacientes, evidenciando alta prevalência de comorbidade psiquiátrica: uso de drogas psicoativas, tentativas de suicídio, transtorno de humor depressivo maior, transtorno psicótico, fobia social e comportamento obsessivo-compulsivo (54). Outros grupos de pesquisa encontraram resultados similares, com destaque para a depressão em adultos irlandeses (134) e para o transtorno de ansiedade generalizada em uma amostra de crianças holandesas (135). Simon

e colaboradores verificaram que transexuais HpM consideravam-se mais vulneráveis do que os não transexuais; estando, portanto, mais predispostos a transtornos psiquiátricos (136). No entanto, outros grupos de pesquisa, usando diferentes métodos diagnósticos, encontraram resultados divergentes (29, 137). Por exemplo, Haraldsen & Dahl compararam transexuais selecionados para CRS, indivíduos com transtorno de personalidade e controles sem diagnósticos psiquiátricos. Constataram um nível relativamente baixo de psicopatologia no grupo de transexuais, o que não é surpreendente, dado que os critérios de seleção para CRS são rigorosos, excluindo transexuais com doenças psiquiátricas graves (138).

A literatura, portanto, diverge acerca da associação entre psicopatologias e transexualidade (99). Tendo em vista a já referida relação entre maus-tratos na infância e psicopatologias na vida adulta, sugerimos que as comorbidades psiquiátricas possam estar ao menos em parte associadas à alta prevalência de traumas na infância de transexuais. Não seriam, portanto, simplesmente decorrentes da DG. Isso poderia justificar as diferentes prevalências encontradas na literatura. Recomendamos, então, que futuros estudos considerem trauma de infância na avaliação de psicopatologias em transexuais.

Entre as comorbidades psiquiátricas, as transexuais expostas a maus-tratos na infância exibiram maior risco de suicídio, sendo que 18% já realizaram, pelo menos, uma tentativa de suicídio. De acordo com Hoshiai e colaboradores, a íntima relação entre DG e ideação suicida poderia ser explicada pela presença de comorbidade psiquiátrica ou por uma tendência dos pacientes a ideação suicida e a automutilação, provavelmente em função das circunstâncias difíceis que algumas transexuais enfrentam (29), entre elas os maus-tratos de infância. A natureza transversal do nosso estudo impossibilita-nos de avaliar a relação causal entre os achados. Sugerimos, então, três justificativas: os maus-tratos podem aumentar o risco de suicídio; podem interagir com alguma variável subjacente não analisada (por exemplo, psicopatologia infantil); e, por fim, a existência de propensão a psicopatologias pode tornar a criança mais vulnerável aos maus-tratos.

#### INTENSIDADE DOS SINTOMAS

As transexuais que relataram história de maus-tratos exibiram comportamento de gênero incongruente mais velhas: elas preferem atividades de lazer tipicamente femininas em idade mais avançada e assumem sua feminilidade, por *cross-dressing*, depois. No entanto, apresentaram uma tendência para submeter-se à CRS anteriormente.

Bandini e colaboradores não encontraram diferenças no comportamento de gênero entre transexuais que sofreram e que não sofreram maus-tratos na infância (99). Apesar dos nossos resultados não sobreviverem ao modelo final de regressão logística, notamos que as transexuais expostas a maus-tratos na infância explicitam seu desejo pela mudança de sexo posteriormente. Travestis e transexuais compõem populações expostas a diferentes situações de vulnerabilidade, especialmente no Brasil, onde o preconceito contra a não conformidade de gênero é comum (30, 139). Além disso, diferentes pesquisas

demonstram que os adultos bi ou homossexuais são mais propensos do que os heterossexuais a sofrer maus-tratos dos pais (140). Algo similar ocorre em crianças com comportamento de gênero atípico (99). Dessa forma, explicitar traços femininos em idade precoce poderia tornar a criança alvo de mais violência, tanto proveniente de sua própria da família quanto da sociedade. Sugerimos, então, duas explicações para o achado. Primeiramente, é possível que a criança, já vítima de maus-tratos, evite expor comportamentos atípicos, temendo sofrer mais agressões físicas e psicológicas. Outra possibilidade é que, considerando-se a associação entre maus-tratos e psicopatologia (85, 89, 93, 141-146), a presença de pródromos psiquiátricos poderia atrasar o desenvolvimento (147), incluindo o estabelecimento da identidade de gênero.

#### ORIENTAÇÃO SEXUAL

Diferentemente de Bandini e colaboradores, não constatamos que vítimas de maus-tratos na infância praticam mais frequentemente relações sexuais com mulheres. De acordo com a Tipologia de Blanchard, transexuais podem ser classificados em duas categorias: homossexuais e não homossexuais (7) – ou seja, considerando-se o sexo designado ao nascimento, as transexuais que desejam parceiros do mesmo sexo e do sexo oposto respectivamente. A transexualidade HpM não homossexual e o fetichismo transvêstico, com relação a sua sintomatologia, podem ser considerados um *continuum*, enquanto que a transexualidade HpM homossexual engloba um espectro mais estreito e mais homogêneo de indivíduos (9). Estimamos que a maioria das transexuais ao procurar atendimento médico em nosso ambulatório objetiva realizar o tratamento cirúrgico, compondo uma amostra bastante homogênea (a partir de uma população heterogênea) que prefere ter relações sexuais com homens. No entanto, devemos considerar a possibilidade de que muitas evitam conflito com o paradigma social dominante relativo à transexualidade HpM, o qual enfatiza a feminilidade interna existente desde a infância e obscurece a diversidade no comportamento sexual [33]. Assim, com medo de perder oportunidade de realizar a cirurgia, alguns transexuais podem relatar desejo sexual apenas para o sexo masculino, produzindo dados não confiáveis.

## IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DO ESTUDO

“Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”  
(frase popular, anônima, que tem a concordância de 11 em cada 12 brasileiros)(148)

A prevenção pode ocorrer, de acordo com os níveis de Leavell, em três âmbitos (149). A prevenção primária dá-se pela modificação de fatores de risco em direção favorável (149). A prevenção secundária acontece via diagnóstico pré-sintomático e tratamento anterior ao estabelecimento dos sintomas (149). A prevenção terciária, por fim, visa a limitar incapacidade e, preferencialmente, reabilitar os pacientes (149).

O nosso estudo permite que se proponham alternativas em diferentes níveis de prevenção. Pode-se realizar prevenção primária, na qual se evita que crianças com comportamento de gênero atípico sofram maus-tratos. Por exemplo, promovendo educação sexual e, paralelamente, ações contra *bullying* homofóbico. Independentemente da transexualidade, a prevenção secundária e terciária aplicam-se no manejo dos pródromos psiquiátricos, como do transtorno depressivo maior, visando a manter o indivíduo funcional e evitando tentativas de suicídio. Dentre as transexuais profissionais do sexo, sabidamente sujeitas a inúmeras vulnerabilidades, deve-se ratificar a prevenção de HIV, por exemplo, pelo uso de preservativo (128). Nessa perspectiva, o acompanhamento médico e psicológico de transexuais é recomendado não apenas para enfocar questões de identidade de gênero, mas também para, num primeiro momento, fornecer orientação aos pais e aos educadores e, ao longo de toda a sua vida, para evitar desfechos de saúde deletérios. Ver figura 5.

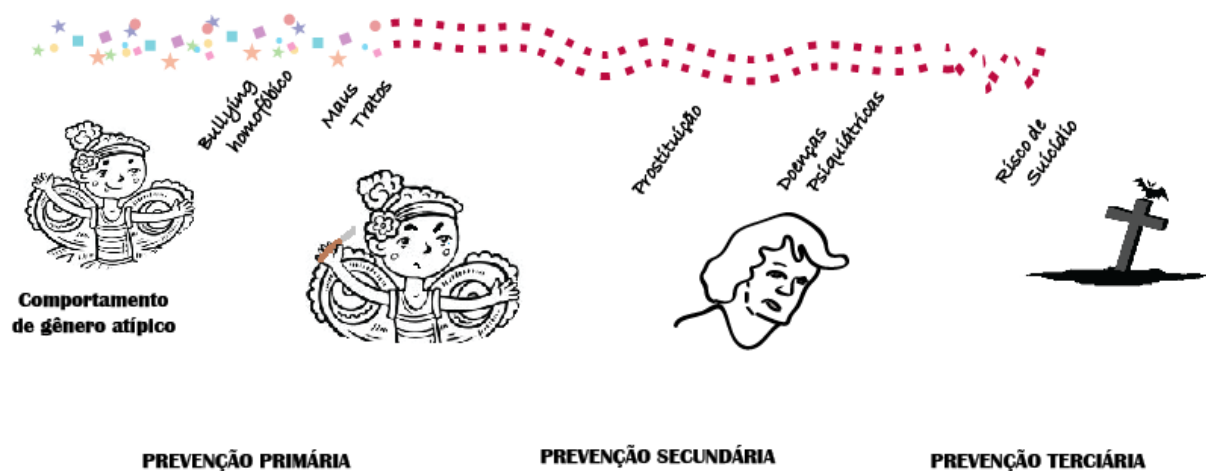


Figura 5. Níveis de prevenção de desfechos negativos dos maus-tratos na infância. Imagem elaborada para a presente dissertação a partir de figuras da internet (<http://imgarcade.com/>).

## PREVENÇÃO PRIMÁRIA

### *Bullying Homofóbico*

Em estudo realizado pelo *Human Rights Watch* em seis Estados norte-americanos, verificou-se que jovens entre 12 e 21 anos, pertencentes a populações LGBTQTT, sofrem *bullying* homofóbico persistente e severo, envolvendo desde exclusão social até violência física (110). É três vezes mais possível que tenham sido agredidos e ameaçados, ou mesmo violentados, com armas em ambiente escolar do que seus colegas (110). Avaliando-se especificamente jovens transgêneros constatou-se escassez de ambientes seguros, de acesso a serviços de saúde física, de recursos para tratar de suas preocupações de saúde mental e de continuidade da prestação de atendimento (150).

A pesquisa intitulada “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil, Intolerância e respeito às diferenças sexuais” reportou que 93% dos brasileiros acreditam que existe preconceito contra travestis, 91% contra transexuais, 92% contra gays, 92% contra lésbicas e 90% contra bissexuais (148). Em contrapartida, estudo envolvendo escolas estaduais na cidade de Santa Maria (RS), em que foram entrevistadas 20 professoras, observou inexistência da preocupação formal com questões de sexualidade, preferindo-se ignorar discriminações (151). A partir de dados colhidos do Disque Defesa Homossexual (DDH), da Secretaria de Segurança do Estado Rio de Janeiro, constatou-se, nos primeiros dezoito meses de existência do serviço, um número significativo de assassinatos (6,3%), de discriminação (20,2%), de agressão física (18,7 %) e de extorsão (10,3 %) (152).

As agressões ocorrem predominantemente em resposta a comportamentos de gênero atípicos, independentemente da orientação sexual da criança. Dessa forma, tanto heterossexuais quanto homossexuais são alvo de *bullying* acerca de sua sexualidade ao apresentar comportamento que confronte a heteronormatividade (110). Heteronormatividade é um conceito criado pelo pesquisador americano Michael Warner, em 1993, para descrever a crença de que as pessoas naturalmente distribuem-se nos gêneros masculino e feminino, sendo a heterossexualidade a norma que norteia suas relações. De acordo com a heteronormatividade há um alinhamento natural entre sexo, sexualidade e identidade de gênero essencial para a manutenção de vínculos humanos (153). Garotos com comportamento feminino são, portanto, alvo de *bullying* mais frequente e violento nas escolas, estando mais propensos a tentar suicídio (154).

Sofrer violência em função de sua sexualidade traz resultados mais negativos do que ser vítima de *bullying* por outras razões (155). Crianças vítimas de agressões homofóbicas experimentam mais ansiedade e depressão devido ao significado das ofensas, mas também em função da maior frequência e intensidade do *bullying* (155). Além dos desfechos negativos psicológicos, o *bullying* aumenta taxa de evasão escolar (155).

Apesar da repercussão ruim do *bullying* homofóbico, o Estado não executa políticas públicas efetivas de prevenção e combate a essas práticas (156). A omissão do tema da diversidade sexual e de gênero no currículo escolar representa uma forma oculta de homofobia, suscitando sutil cumplicidade



entre educadores e agressões (156). Até o momento, o governo federal realizou apenas ações pontuais, buscando minimizar o problema, com pouco resultado, haja vista que não integram uma política nacional de enfrentamento (157). Desde a educação elementar, é preciso criar um ambiente de suporte para estudantes com comportamento de gênero atípico. Por exemplo, para garotos que preferem participar de grupos de dança e teatro (155). Nos últimos dez anos houve aumento na quantidade de documentos oficiais objetivando superar desigualdades, maior abertura de espaços para participação democrática e controle social culminando com maior envolvimento do movimento LGBTQTT e maior disponibilidade orçamentária (158). Enfim, o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), lançado em 2004 pelo Estado, marcou o surgimento de uma agenda LGBTQTT na educação, cujos resultados subsequentes deverão ser alvo de pesquisas futuras (158). Os resultados encontrados por nosso estudo reforçam a necessidade dessas e outras medidas governamentais a fim de reduzir risco de transtornos psiquiátricos e de tentativas de suicídio.

### *Violência contra Criança*

As estratégias de prevenção, que apresentam evidências científicas comprovando sua eficácia, englobam três níveis de intervenção: comunitária, familiar e individual (82). Para aplicação das intervenções comunitárias, deve haver garantias legais dos direitos humanos e políticas sociais que proporcionem educação, empregos e saúde. Entre elas, promovem-se mudanças em aspectos culturais. Por exemplo, a “lei da Palmada”, que visa proibir castigos físicos (159). Também se pode favorecer redução de fatores de risco ambientais, como o abuso de álcool.

Intervenções direcionadas às famílias envolvem programas de visitação aos domicílios e educação parental. Enquanto que, em nível individual, previnem-se maus-tratos reduzindo-se gestações indesejadas, aumentando-se acesso a serviços de pré-natal, disponibilizando-se atendimento pediátrico e ensinando crianças a reconhecer e evitar situações perigosas. (82)

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: MESMO LONGE DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO, O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DESDE A INFÂNCIA SEGUE ESSENCIAL A TRANSEXUAIS BRASILEIRAS.

### *Psicopatologias*

Transexuais com histórico de maus-tratos na infância apresentaram maior frequência de prostituição e psicopatologia geral em sua vida adulta. Estes resultados sugerem que ações específicas de prevenção podem ser indicadas para crianças vítimas de maus-tratos e com sinais precoces de GD.

Tendo em vista que a mortalidade por suicídio aumentou significativamente nos últimos anos, representando uma das cinco principais causas de morte em adolescente e jovens adultos (160), deve-se prestar especial atenção a essa possibilidade em vítimas de maus-tratos com comportamento de gênero atípico (161). Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo

menos dez vezes (160). A Organização Mundial da Saúde elaborou recomendações para a prevenção de suicídio que alicerçam-se na conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco, na intensificação de programas e serviços de assistência e no incremento e aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio (160). A prevenção de suicídio pode ser implementada em nível populacional, por exemplo, restringindo a venda de analgésicos leves em embalagens contendo grande quantidade de pílulas soltas. Também é possível realizá-la com enfoque em grupos de risco, para os quais pode ser recomendada vigilância individual e remoção de objetos pessoais, como cintos e armas de fogo (162).

### CONCLUSÃO

Em conclusão, nossos dados sugerem que crianças com comportamento de gênero atípico devem receber cuidados especiais, evitando maus-tratos na infância: desde o *bullying* nas escolas à violência sexual. Além disso, deve ser dada atenção para a importância da prevenção de desfechos secundários relacionados aos maus-tratos na infância entre os transexuais, como tentativas de suicídio e HIV.

## **Anexo A: Produção Científica Adicional no Período do Mestrado.**

Fontanari, A. M., et al. (2013). "Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor in patients with gender identity disorder." J Psychiatr Res 47(10): 1546-1548.

Gender Identity Disorder (GID) is characterized by a strong and persistent cross-gender identification that affects different aspects of behavior. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) plays a critical role in neurodevelopment and neuroplasticity. Altered BDNF-signaling is thought to contribute to the pathogenesis of psychiatric disorders and is related to traumatic life events. To examine serum BDNF levels, we compared one group of DSM-IV GID patients (n = 45) and one healthy control group (n = 66). Serum BDNF levels were significantly decreased in GID patients ( $p = 0.013$ ). This data support the hypothesis that the reduction found in serum BDNF levels in GID patients may be related to the psychological abuse that transsexuals are exposed during their life.

Costa, A. B., et al. (2014). "BDNF: a biomarker for social vulnerability in individuals diagnosed with gender dysphoria." J Psychiatr Res 50: 16-17.

Andreazza, T. S., et al. (2014). "Discordant transsexualism in male monozygotic twins: neuroanatomical and psychological differences." Arch Sex Behav 43(2): 399-405.

One monozygotic male twin pair discordant for transsexualism is described. Both twins were interviewed and tested with the Wechsler Adult Intelligence Scale battery for cognitive functions and they underwent magnetic resonance imaging to measure the volumes of specific cerebral structures. Interviews with the twins and their mother indicated no unusual medical or life history events that could have had a causal role in the emergence of the disorder. Both cognitive function testing and neuroimaging detected differences between the twins that could be related to unexplained epigenetic effects and exogenous hormone usage.

Costa, A. B., et al. (2014). "Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil." Arch Sex Behav.

This study assessed HIV prevalence and associated factors in 284 male-to-female transsexuals from southern Brazil. Seroprevalence was 25 %. Seroprevalence was higher and associated with older age, residence in the metropolitan area, history of diagnosis of other STDs, and reported history of sex work. The year of diagnosis showed no significant relationship with the prevalence of HIV nor the fact of being in a stable relationship, a history of drug use, years of education, and race/ethnicity. The odds of HIV infection compared with the general Brazilian population was 55.55 (95 % CI 38.39-80.39). Changes in the views of the vulnerable groups to HIV/AIDS in Brazil and efforts in the construction of strategies of prevention and in the guarantee of human rights are required.

Machado, P. S., et al. (2015) Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: A systematic review. Journal of Health Psychology.

The objective of this study was to perform a systematic review of articles that followed up the psychological outcomes of interventions in patients with disorders of sexual development. The analysis focused on the methodological quality of the studies and the assumptions on the evaluation of the intervention outcomes. The review signaled the need for better consideration about the complexity of intersexuality and for a shift from the anatomical/functional/aesthetic to the subjective outcomes related to patient's quality of life. Furthermore, it is suggested that the interventions should be better investigated, given the lack of evidence for the necessity of early procedures.

**Anexo B: Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.**



**RESOLUÇÃO**

As Comissões Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela CONEP como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, reanalisaram o projeto:

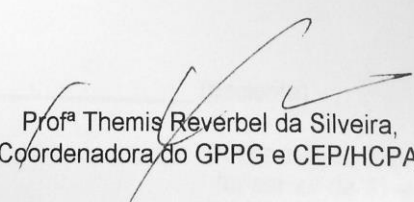
**Número:** 98319

**Título:** "ESTUDO DESCRITIVO DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS DE IDENTIDADE DE GÊNERO (DSM – IV)/ TRANSEXUALISMO (CID – 10)."

**Autores:** Sidnei Schestatsky, Maria Inês Lobato, Alexandre Annes Henriques, Eduardo Sürensen Ghisolfi, Sebastian Kegel, Gustavo Schestatsky, Alceu Correia Filho.

- O mesmo foi aprovado, por estar adequado ética e metodologicamente, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Informado, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do GPPG/HCPA. Os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do Projeto.

Porto Alegre, 24 de maio de 1999.

  
Profª Themis Reverbel da Silveira,  
Coordenadora do GPPG e CEP/HCPA.

**Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).**

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
 Serviço de Psiquiatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
 Ambulatório de Transtornos de Identidade de Gênero

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO:**

O Transtorno de Identidade de Gênero é uma condição que pode acometer um indivíduo, causando uma sensação de inadequação ao seu próprio sexo biológico, ou anatômico, podendo levar a uma dificuldade de ajustamento, aceitação ou funcionamento social, limitando a qualidade de vida dos seus portadores.

Trata-se de uma situação ainda em fase de entendimento, o que causa uma relativa dificuldade de manejo por parte do Sistema de Saúde, que, em poucos locais está em condições de prestar um auxílio adequado aos pacientes.

No intuito de promover um local para o auxílio e acompanhamento médico dos indivíduos portadores desta condição foi criado o Ambulatório de Transtornos de Identidade de Gênero, do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual visa o acompanhamento multidisciplinar dos seus pacientes, valendo-se do auxílio e da consultoria de várias especialidades, as quais poderão ser necessárias para a avaliação global do paciente, além da Psiquiatria, entre elas, por exemplo, Endocrinologia, Psicologia, Assistência Social, Ginecologia, Cirurgia, Urologia e Genética, para citar algumas possíveis interações clínicas.

Além de promover o atendimento dos pacientes com Transtorno de Identidade de Gênero, o ambulatório é também um espaço para o contínuo aprendizado e pesquisa sobre esta condição, baseando-se em dados do exame clínico, anamnese e exames laboratoriais dos pacientes que concordam em colaborar com a pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado a respeito da pesquisa que se está desenvolvendo nesta instituição com relação ao Estudo Descritivo de Pacientes Portadores de Transtorno de Identidade de Gênero e de suas finalidades, com a qual aceito colaborar voluntariamente, através do preenchimento de um questionário, cuja origem das informações será mantida ao abrigo do sigilo médico. A Dra. Maria Inês Rodrigues Lobato é a responsável pela pesquisa.

Porto Alegre,    /    /    .

De acordo,

x \_\_\_\_\_ (paciente)

x \_\_\_\_\_ (responsável pelo paciente, se este for menor de 21 anos)

G P P G

Recebido em 17/05/98

Por: \_\_\_\_\_

#### **Anexo D: Critério Diagnóstico do TIG em Adultos - Adaptado de DSM-IV.**

A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto.
- (2) em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas.
- (3) preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto.
- (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto.
- (5) forte preferência por companheiros do sexo oposto.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicos do sexo oposto.

B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.

Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.

C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.



**Anexo E: Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada.**

- Dados Sócio demográficos
  - Nome social e biológico.
  - Data de nascimento e idade.
  - Sexo designado ao nascimento.
  - Orientação sexual.
  - Naturalidade.
  - Grau de instrução e anos de estudo.
  - Estado civil.
  - Realização de atividade remunerada com carteira assinada.
- História Médica
  - Doenças psiquiátricas no passado e atualmente.
  - História de abuso ou dependência álcool ou drogas ilícitas no passado e atualmente.
  - Uso de hormônio para mudança de gênero, questionando acerca da idade de início.
  - Doenças sexualmente transmissíveis.
  - Realização de acompanhamento médico.
  - Doenças clínicas e cirurgias realizadas no passado e atualmente, bem como uso de medicações contínuas.
- História da DG
  - Idade do *crossdressing*
    - Lúdico.
    - Definitivo.
  - Idade em que percebeu sentimentos de inadequação.
  - Idade em que percebeu preferir brincadeiras diferentes daquelas socialmente esperadas para um menino.
- Objetivo de ser submetido à cirurgia de redesignação sexual.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. Human Outreach & Achievement Institute. 1966.
2. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-3-R*: American Psychiatric Assoc.; 1987.
3. Organization WH. *International statistical classification of diseases and health related problems (The ICD-10)*: World Health Organization; 2004.
4. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*: American Psychiatric Association; 2000.
5. Association AP, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
6. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. In: Association AP, editor.: American Psychiatric Pub; 2013.
7. Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Arch Sex Behav*. 1985;14(3):247-61.
8. Hirschfeld M. *Transvestites: The Erotic Drive to Cross Dress*. Buffalo, NY: Prometheus Books; 1991.
9. Lawrence AA. Transgenderism in nonhomosexual males as a paraphilic phenomenon: implications for case conceptualization and treatment. *Sexual and Relationship Therapy*. 2009;24(2):188-206.
10. Vocks S, Stahn C, Loenser K, Legenbauer T. Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *ARCH SEX BEHAV*. 2009;38(3):364-77.
11. Veale JF, Clarke DE, Lomax TC. Sexuality of male-to-female transsexuals. *ARCH SEX BEHAV*. 2008;37(4):586-97.
12. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of psychosomatic research*. 2005;58(3):259-61.
13. Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the world professional association for transgender health. *Int J Transgenderism*. 2009;11(1):8-18.
14. Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, et al. Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in japan. *J Sex Med*. 2011;8(6):1686-93.
15. Ahmadzad-Asl M, Jalali AH, Alavi K, Naserbakht M, Taban M, Mohseninia-Omrani K, et al. The epidemiology of transsexualism in Iran. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2011;15(1):83-93.
16. Veale JF. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust New Zealand J Psychiatry*. 2008;42(10):887-9.
17. Gómez Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer Á, et al. Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(5):296-302.
18. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):137-41.
19. Weitze C, Osburg S. Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German transsexuals' act during its first ten years. *ARCH SEX BEHAV*. 1996;25(4):409-25.
20. Weitze C, Osburg S. Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Int J Transgenderism*. 1998;2(1).
21. Bakker A, Van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 1993;87(4):237-8.
22. Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 1988;78(4):501-4.
23. Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *BR J PSYCHIATRY*. 1988;152(MAY):638-40.
24. Hoenig J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. *BR J PSYCHIATRY*. 1974;124(579):181-90.
25. Wälinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *BR J PSYCHIATRY*. 1971;119(549):195-6.
26. Kulick D. *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*: University of Chicago Press; 1998.
27. Landen M, Wälinder J, Lundstrom B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 1996;93(4):221-3.

28. Landen M, Walinder J, Lundstrom B. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 1996;93(4):261-3.
29. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2010;64(5):514-9.
30. Costa AB, Fontanari AM, Jacinto MM, da Silva DC, Lorencetti EK, da Rosa Filho HT, et al. Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Arch Sex Behav*. 2014.
31. Dahan R, Feldman R, Hermoni D. [The importance of sexual orientation in the medical consultation]. *Harefuah*. 2007;146(8):626-30, 44.
32. Cohen KM S-WR. "Saindo do armário" para si mesmo e para os outros. *O Livro de Casos Clínicos GLBT*. 1. São Paulo: Editora Artmed; 2014.
33. Cancer IAfRo, Organization WH. *Human papillomaviruses: World Health Organization*; 2007.
34. Tota JE, Chevarie-Davis M, Richardson LA, Devries M, Franco EL. Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. *Preventive medicine*. 2011;53 Suppl 1:S12-21.
35. Control CfD, Prevention. Recommendations on the use of quadrivalent human papillomavirus vaccine in males--Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2011;60(50):1705.
36. Heiligenberg M, Michael KM, Kramer MA, Pawlita M, Prins M, Coutinho RA, et al. Seroprevalence and determinants of eight high-risk human papillomavirus types in homosexual men, heterosexual men, and women: a population-based study in Amsterdam. *Sex Transm Dis*. 2010;37(11):672-80.
37. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*. 2012;13(5):487-500.
38. Frisch M, Smith E, Grulich A, Johansen C. Cancer in a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships. *American journal of epidemiology*. 2003;157(11):966-72.
39. Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, Winn DM, Smith EM, Shan'gina O, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *International journal of epidemiology*. 2010;39(1):166-81.
40. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED, Jr., Aranda C, Jessen H, et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *The New England journal of medicine*. 2011;365(17):1576-85.
41. Vethencourt AC, Rivero H, Octavio B, Botana JL, Vera O. EMBOLISMO POR POLIMETIL METACRILATO POSTERIOR A INYECCIÓN SUBCUTÁNEA EN REGIÓN GLÚTEA. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2009;32(2):166-70.
42. de March Ronsoni R, Schwingel FL, Melo LH, de Albernaz Muniz RZ, Lourenço KC, Magalhães PSC, et al. Pulmonary embolism due to liquid silicone: Case report. *Respiratory Medicine Extra*. 2007;3(4):172-4.
43. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*. 2013;169(4):471-8.
44. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(10):2641-51.
45. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *The Journal of endocrinology*. 2005;186(3):411-27.
46. Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GM, Davidson DW, Walker A. Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: II. The role of androgens. *Arch Sex Behav*. 1991;20(2):121-35.
47. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(9):2213-23.
48. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G. Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstetrics and gynecology*. 1980;56(3):316-22.
49. Graham CA, Ramos R, Bancroft J, Maglaya C, Farley TM. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contraception*. 1995;52(6):363-9.

50. Salvador J, Massuda R, Andreazza T, Koff WJ, Silveira E, Kreische F, et al. Minimum 2-year follow up of sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexuals. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012;66(4):371-2.
51. Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, da Fonseca Seger D, Salvador J, da Graca Borges Fortes M, et al. Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav*. 2006;35(6):711-5.
52. Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, Heylens G, De Cuyper G, Monstrey S, et al. Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(1):107-18.
53. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943-51.
54. Lobato MI, Koff WJ, Schestatsky SS, Chaves CPdV, Petry A, Crestana T, et al. Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidities and Sociodemographic Profile of Transsexual Patients from an Outpatient Clinic in Brazil. *Int J Transgenderism*. 2007;10(2):69-77.
55. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2011;32(2):214-26.
56. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior genetics*. 2002;32(4):251-7.
57. Gomez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Pasaro E, Segovia S, Guillamon A. Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):546-52.
58. Van Goozen SH, Slabbekoorn D, Gooren LJ, Sanders G, Cohen-Kettenis PT. Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral neuroscience*. 2002;116(6):982.
59. Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundström B, Ekselius L, Bodlund O, et al. Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(7):657-64.
60. Ujike H, Otani K, Nakatsuka M, Ishii K, Sasaki A, Oishi T, et al. Association study of gender identity disorder and sex hormone-related genes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2009;33(7):1241-4.
61. Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, Baird PN, Vilain E, Kennedy T, et al. Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biological Psychiatry*. 2009;65(1):93-6.
62. Bentz EK, Schneeberger C, Hefler LA, Van Trotsenburg M, Kaufmann U, Huber JC, et al. A common polymorphism of the SRD5A2 gene and transsexualism. *Reproductive Sciences*. 2007;14(7):705-9.
63. Bentz EK, Hefler LA, Kaufmann U, Huber JC, Kolbus A, Tempfer CB. A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2008;63(12):775-7.
64. Connellan J, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Batki A, Ahluwalia J. Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development*. 2000;23(1):113-8.
65. Alexander GM, Wilcox T, Woods R. Sex differences in infants' visual interest in toys. *Arch Sex Behav*. 2009;38(3):427-33.
66. Alexander GM, Hines M. Sex differences in response to children's toys in nonhuman primates (*Cercopithecus aethiops sabaeus*). *Evolution and Human Behavior*. 2003;23(6):467-79.
67. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Progress in brain research*. 2010;186:41-62.
68. Ward IL, Weisz J. Maternal stress alters plasma testosterone in fetal males. *Science (New York, NY)*. 1980;207(4428):328-9.
69. Ward OB, Ward IL, Denning JH, Hendricks SE, French JA. Hormonal mechanisms underlying aberrant sexual differentiation in male rats prenatally exposed to alcohol, stress, or both. *ARCH SEX BEHAV*. 2002;31(1):9-16.
70. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*. 2007;21(3):431-44.
71. Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2004;19(6):301-12.

72. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2000;85(5):2034-41.
73. Schneider HJ, Pickel J, Stalla GK. Typical female 2nd-4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexuals-possible implications for prenatal androgen exposure. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(2):265-9.
74. Grande I, Fries GR, Kunz M, Kapczinski F. The role of BDNF as a mediator of neuroplasticity in bipolar disorder. *Psychiatry investigation*. 2010;7(4):243-50.
75. Fernandes BS, Gama CS, Kauer-Sant'Anna M, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P, Kapczinski F. Serum brain-derived neurotrophic factor in bipolar and unipolar depression: a potential adjunctive tool for differential diagnosis. *Journal of psychiatric research*. 2009;43(15):1200-4.
76. Smith MA, Makino S, Kvetnansky R, Post RM. Stress and glucocorticoids affect the expression of brain-derived neurotrophic factor and neurotrophin-3 mRNAs in the hippocampus. *The Journal of Neuroscience*. 1995;15(3):1768-77.
77. Kauer-Sant'Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, Cereser K, Costa Sd, Santin A, et al. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disorders*. 2007;9(s1):128-35.
78. Boulle F, Van den Hove D, Jakob S, Rutten B, Hamon M, Van Os J, et al. Epigenetic regulation of the BDNF gene: implications for psychiatric disorders. *Molecular psychiatry*. 2012;17(6):584-96.
79. Shaltiel G, Chen G, Manji HK. Neurotrophic signaling cascades in the pathophysiology and treatment of bipolar disorder. *Current opinion in pharmacology*. 2007;7(1):22-6.
80. Schmidt HD, Shelton RC, Duman RS. Functional biomarkers of depression: diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2011;36(12):2375-94.
81. Egan MF, Weinberger DR, Lu B. Schizophrenia, III. *Brain*. 2003;160(7).
82. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006.
83. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et al. Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report: Health Canada Ottawa, Canada; 2001.
84. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, IJzendoorn MH. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*. 2014.
85. Aebi M, Linhart S, Thun-Hohenstein L, Bessler C, Steinhausen HC, Plattner B. Detained Male Adolescent Offender's Emotional, Physical and Sexual Maltreatment Profiles and Their Associations to Psychiatric Disorders and Criminal Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014.
86. Swanson LM, Hamilton L, Muzik M. The Role of Childhood Trauma and PTSD in Postpartum Sleep Disturbance. *Journal of traumatic stress*. 2015;27(6):689-94.
87. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of affective disorders*. 2015;174:562-8.
88. Perry R, Sullivan RM. Neurobiology of attachment to an abusive caregiver: Short-term benefits and long-term costs. *Developmental Psychobiology*. 2015;56(8):1626-34.
89. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse and Neglect*. 2015;39:167-74.
90. Thaler L, Gauvin L, Joober R, Groleau P, de Guzman R, Ambalavanan A, et al. Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: Associations with childhood abuse and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2014;54:43-9.
91. Marusak HA, Martin KR, Etkin A, Thomason ME. Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2014.
92. Humphreys KL, Zeanah CH. Deviations from the Expectable Environment in Early Childhood and Emerging Psychopathology. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2014.
93. Bak-Klimek A, Karatzias T, Elliott L, Campbell J, Pugh R, Laybourn P. Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: Results from a clinical sample in Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(6):550-7.

94. Wieck A, Grassi-Oliveira R, Hartmann do Prado C, Teixeira AL, Bauer ME. Neuroimmunoendocrine interactions in post-traumatic stress disorder: focus on long-term implications of childhood maltreatment. *Neuroimmunomodulation*. 2014;21(2-3):145-51.
95. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12):1490-6.
96. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Hogan ME. Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(4):405-15.
97. Rose DT, Abramson L. IX developmental predictors of depressive cognitive style: research and theory. *Developmental perspectives on depression*. 1992;4:323.
98. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998;14(4):245-58.
99. Bandini E, Fisher AD, Ricca V, Ristori J, Meriggiola MC, Jannini EA, et al. Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *Int J Impotence Res*. 2011;23(6):276-85.
100. Coulter RW, Kenst KS, Bowen DJ, Scout. Research funded by the National Institutes of Health on the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health*. 2014;104(2):e105-12.
101. González MA. Latinos on the down low: The limitations of sexual identity in public health. *Latino Studies*. 2007;5(1):25-52.
102. Savin-Williams RC, Cohen KM. Development of same-sex attracted youth. *The Health of Sexual Minorities: Springer*; 2007. p. 27-47.
103. Dudley MG, Rostovsky SS, Korfhage BA, Zimmerman RS. Correlates of high-risk sexual behavior among young men who have sex with men. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2004;16(4):328-40.
104. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and behavior*. 2008;12(1):1-17.
105. Ayres JRdCM, França Júnior IF, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder: Editora 34*; 1999. p. sp.
106. Bagolin IP, Júnior SdSP. A desigualdade da distribuição da educação e crescimento no Brasil: índice de Gini e anos de escolaridade. *Estudos do CEPE, Santa Cruz do Sul-RS*. 2003;18:7-31.
107. Neri M. *Motivos da evasão escolar*. Brasília: Fundação Getúlio Vargas. 2009.
108. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CL, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000;16:S77-S87.
109. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child abuse & neglect*. 2004;28(2):167-80.
110. Bochenek M, Brown AW. *Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in US schools: Human Rights Watch*; 2001.
111. Altmann H. Educação sexual e primeira relação sexual: entre expectativas e prescrições. *Estudos Feministas*. 2007;15(2):333-56.
112. Borges A, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: Um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002 [Sexual debut in adolescence and gender relations: A cross-sectional study in São Paulo, Brazil, 2002]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):499.
113. Ferreira MP. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):65-71.
114. Hugo TDdO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LdC, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional; Factors associated with age at first intercourse: a population-based study. *Cad saúde pública*. 2011;27(11):2207-14.
115. Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão e crítica Porto Alegre* Vol 11, n 3 (1998), p 559-578. 1998.
116. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):224-31.

117. Van Vliet I, De Beurs E. [The MINI-International Neuropsychiatric Interview. A brief structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV en ICD-10 psychiatric disorders]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2007;49:393-7.
118. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*. 2006;115(3):616.
119. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*. 2006;11(3):345-51.
120. Organization WH. Figures and facts about suicide. 1999.
121. Mello-Santos Cd, Bertolote JM, Wang Y-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(2):131-4.
122. Souza ERd, Minayo MCdS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(3):673-83.
123. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):70.
124. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of homosexuality*. 2011;58(1):10-51.
125. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(3):254-61.
126. Brunstein KA, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2010;55(5):282-8.
127. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*. 2005;81(3):201-6.
128. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*. 2015;385(9964):274-86.
129. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 2015;385(9962):55-71.
130. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet*. 2006;366(9503):2123-34.
131. DA PROSTITUIÇÃO OE. Profissionais do sexo e o Ministério do Trabalho.
132. Harcourt C, Beek I, Heslop J, McMahon M, Donovan B. The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2001;25(1):84-9.
133. Vanwesenbeeck I, van Zessen G, de Graaf R, Straver CJ. Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts. *Patient education and counseling*. 1994;24(3):307-22.
134. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria - prevalence and comorbidities in an Irish adult population. *Frontiers in endocrinology*. 2014;5(JUN).
135. Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(10):1307-14.
136. Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011;42(1):38-45.
137. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *ARCH SEX BEHAV*. 2009;38(3):378-92.
138. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4):276-81.
139. Guimarães CF, Meneghel SN, Guarânia C, Barnart F, Simões IG, de Moura JQ. Murders of transvestites and transsexual in rio grande do sul: Crimes based in gender? *Athenea Digit*. 2013;13(2):219-27.

140. Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child abuse & neglect*. 2002;26(11):1165-78.
141. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
142. King DC, Abram KM, Romero EG, Washburn JJ, Welty LJ, Teplin LA. Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*. 2011;62(12):1430-8.
143. Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with dsm-iv mental disorders in young adults. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(7):712-9.
144. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *AM J PUBLIC HEALTH*. 2008;98(5):946-52.
145. Moore E, Gaskin C, Indig D. Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child abuse & neglect*. 2013;37(10):861-70.
146. Krischer MK, Sevecke K. Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008;31(3):253-62.
147. Simeonova DI, Nguyen T, Walker EF. Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: A longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. *Schizophr Res*. 2014.
148. Venturi G, Bokany V. Diversidade sexual e homofobia no Brasil: Instituto Rosa Luxemburg Stiftung; 2011.
149. Leavell HR, Clark EG. Textbook of preventive medicine. *Textbook of Preventive Medicine*. 1953.
150. Grossman AH, D'augelli AR. Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of homosexuality*. 2006;51(1):111-28.
151. Borges ZN, Passamani GR, Ohlweiler MI, Bulsing M. Percepção de professoras de ensino médio e fundamental sobre a homofobia na escola em Santa Maria (Rio Grande do Sul/Brasil) Elementary and High School. *Educar em Revista*. 2011(39):21-38.
152. de Figueiredo Lazáro AL, Silva CN, dos Santos IAA. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual: Ministério da Saúde; 2004.
153. Warner M. Fear of a queer planet: Queer politics and social theory: U of Minnesota Press; 1993.
154. Friedman MS, Koeske GF, Silvestre AJ, Korr WS, Sites EW. The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38(5):621-3.
155. Swearer SM, Turner RK, Givens JE, Pollack WS. "You're So Gay!": Do Different Forms of Bullying Matter for Adolescent Males? *School Psychology Review*. 2008;37(2):160.
156. Dinis NF. Homofobia e educação: quando a omissão também é signo de violência Homophobia and education: when omission is also a sign of violence. 2011.
157. Calhau LB. Bullying: o que você precisa saber. Rio de Janeiro: Impetus. 2009:06.
158. Daniliauskas M. Relações de gênero, diversidade sexual e políticas públicas de educação: uma análise do Programa Brasil Sem Homofobia: Universidade de São Paulo; 2011.
159. de Lima R. Lei da Palmada: algumas considerações. *Revista Espaço Acadêmico*. 2012;11(130):95-100.
160. Botega NJ, Werlang BSG, da Silva Cais CF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2007;37(3).
161. Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, et al. Suicide Attempts Among Gay and Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. *AM J PUBLIC HEALTH*. 2002;92(8):1338-45.
162. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Danish medical bulletin*. 2007;54(4):306-69.