

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA



Bianca Machado Borba Soll

**Incongruência de Gênero: um estudo comparativo entre os critérios
diagnósticos CID-10, CID-11 e DSM-5**

Porto Alegre, 2016

Bianca Machado Borba Soll



**Incongruência de Gênero: um estudo comparativo entre os critérios
diagnósticos CID-10, CID-11 e DSM-5**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Rodrigues Lobato

Porto Alegre, 2016.

CIP - Catalogação na Publicação

MACHADO BORBA SOLL, BIANCA

Incongruência de Gênero: um estudo comparativo entre os critérios diagnósticos CID-10, CID-11 e DSM-5 / BIANCA MACHADO BORBA SOLL. -- 2016. 67 f.

Orientadora: MARIA INÊS RODRIGUES LOBATO.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Classificação Internacional de Doenças. 2. Incongruência de Gênero. 3. Disforia de Gênero. 4. Critérios Diagnósticos. 5. Pessoa Transgênero. I. RODRIGUES LOBATO, MARIA INÊS, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e amigos o apoio incondicional à minha trajetória profissional. Com vocês me encorajo a enfrentar os desafios e incertezas da vida acadêmica.

Agradeço infinitamente ao grupo de pesquisa PROTIG, equipe multiprofissional que se empenha e não mede esforços para propagar o conhecimento e qualificar a assistência. Com especial carinho, agradeço a nossa Professora Maria Inês Lobato que motiva e inspira todos nós. Tenho muito orgulho de fazer parte deste grupo!

Agradeço ao HCPA-FIPE pelo financiamento de cada material utilizado.

RESUMO

A presente dissertação tem o objetivo de discutir a proposta dos critérios diagnósticos da CID-11 para Incongruência de Gênero e comparar as diretrizes dos manuais diagnósticos DSM-5 e CID-10 para Disforia de Gênero e Transtorno de Identidade de Gênero, respectivamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) está em processo de revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). Diferentemente do sistema de classificação vigente (CID-10), as modificações propostas pela CID-11 no que diz respeito à condição transexual são norteadas pela compreensão de que esta não é doença mental e que o acesso à saúde desta população necessita ser ampliado. O artigo derivado desta dissertação compara os critérios nos manuais diagnósticos existentes, o DSM-5 e da CID-10, em uma amostra brasileira de pessoas transexuais que procuraram serviços de saúde especificamente para a transição física. Este é um estudo transversal multicêntrico que inclui uma amostra de 103 indivíduos que procuraram os serviços em um dos dois principais centros de referência no Brasil especializados em identidade de gênero. O método da pesquisa consiste na aplicação, por profissionais previamente treinados, de uma entrevista estruturada desenvolvida pelo *WHO's Field Study Coordination Group for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders* que contempla os critérios diagnósticos. Os resultados revelam que, embora exista desacordo teórico nos critérios há uma sobreposição entre os dois sistemas quanto à confirmação do diagnóstico, com o DSM-5 mais inclusivo. Adicionalmente, a média do tempo de espera para ter acesso a este tipo de serviço é de quase uma década. Nossos achados confirmam a ideia de que há pouco consenso quanto aos critérios diagnósticos dos comportamentos transgêneros, considerando a diversidade de contextos sociais e culturais e que seguem com pouca diferenciação tanto etiológica quanto clínica para fins diagnósticos.

Palavras chave: Classificação Internacional de Doenças; Incongruência de Gênero; Disforia de Gênero; Critérios Diagnósticos; Pessoa Transgênero.

ABSTRACT

The current work aims to discuss the proposed diagnostic criteria of ICD-11 for Gender Incongruence and compare the diagnostic criteria of DSM-5 and ICD-10 Gender Dysphoria and Gender Identity Disorder, respectively. The World Health Organization (WHO) is reviewing the International Classification of Diseases (ICD). Despite the existing classification system (ICD-10), changes proposed by ICD-11 concerning transgender condition are guided by the understanding that it is not a mental illness and that this population needs health service access to be expanded. The study derived from this work aim to compare the criteria in the existing diagnostic manuals, the DSM-5 and the ICD-10, among a Brazilian sample of transgender persons who sought health services specifically for physical transition. This is a multicenter cross-sectional study that includes a sample of 103 subjects who sought services for gender identity disorder in one of two main reference centers in Brazil. The research method consists of applying a structured interview, which is comprised of the diagnostic criteria from the two manuals. The results reveal that although the theoretical disagreement in the criteria, there is an overlap among the two systems as diagnosis confirmation, to the DSM-5 more inclusive. Additionally, the average waiting time to access this type of service is nearly a decade. Although there is not a consensus concerning such on transgenderism in the diversity of social and cultural contexts, the findings confirm previous impression that despite efforts to determine the diagnostic settings, they follow slightly different as to etiology and different clinical presentations of this condition.

Keywords: International Classification of Diseases; Gender Incongruence; Gender Dysphoria; Diagnostic Criteria; Transgender People.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMTIGOS	Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual
CID	Classificação Internacional de Doenças
DG	Disforia de Gênero
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IG	Incongruência de Gênero
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTIG	Programa de Identidade de Gênero
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Transtorno de Identidade de Gênero

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	10
2.	INTRODUÇÃO	12
2.1	SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM PSIQUIATRIA PARA A CONDIÇÃO TRANSGÊNERO	12
2.2	EPIDEMIOLOGIA	15
2.3	ETIOLOGIA	16
2.4	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CID e DSM	16
2.4.1	CID-10	16
2.4.2	CID-11	17
2.4.3	DSM-5	18
2.5	IMPLICAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO NO ACESSO A ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA	21
3	JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO	22
4	OBJETIVO	23
4.1	OBJETIVO GERAL	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5	MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO	23
5.1	ARTIGO SUBMETIDO AO INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY	23
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
8.	ANEXOS	56
	ANEXO A- Aprovação do Projeto pela Comissão Científica – HCPA.	56
	ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	57
	ANEXO C: Entrevista Estruturada Adaptada CID-XI (OMS) para Critérios Diagnósticos	60
	ANEXO D- Dados Sociodemográficos da Amostra Estudada	66

1. APRESENTAÇÃO

Desde 1998, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atua uma equipe multidisciplinar, constituída por profissionais do serviço social, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, comitê de bioética e especialidades médicas (ginecologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia plástica e psiquiatria). Essa equipe denomina-se como Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) e oferece as pessoas transexuais suporte psicossocial, assistência médica, orientação familiar e viabiliza a realização da cirurgia de redesignação sexual (CRS), quando indicada. O programa realiza, além da assistência multidisciplinar, pesquisas que visam a uma compreensão do tema através de estudos que abordam aspectos diagnósticos, clínicos, etiológicos e prognósticos, incluindo áreas psicossociais e, predominantemente, biológicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está em processo de revisão da Classificação Internacional de Doenças (1) com expectativa de publicação da CID-11 para 2018. O PROTIG faz parte do *WHO's Field Study Coordination Group for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders* destinado a contribuir com a revisão das diretrizes diagnósticas da categoria Transexualismo presente na CID-10. Esta dissertação apresenta os resultados de um estudo de campo que testou as propostas do Grupo de Trabalho na população brasileira. O presente estudo está cadastrado no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) sob o número 140255 e foi aprovado pelo comitê de ética em de 08 de maio de 2014. As coletas foram feitas nos dois maiores centros de assistência a população com disforia de gênero do país: Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Ambulatório Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), na região sul e sudeste do Brasil respectivamente. Além desta dissertação, os dados coletados irão complementar o projeto intitulado *Toward ICD-11 categories on Gender Incongruence: Evaluation of validity, reliability and utility of proposals among transgender people* coordenado pelo Dr. Geoffrey Reed- Pesquisador Internacional da Organização Mundial da Saúde.

O instrumento utilizado na presente pesquisa para o levantamento dos dados foi desenvolvido pela Dra. Rebeca Robles, coordenadora do Instituto Nacional de Psiquiatria

Ramón de la Fuente Muñiz, localizado na cidade do México. A equipe da Dra. Rebeca também compõe o WHO's Field Study Coordination Group for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders, que autorizaram a tradução e adaptação do instrumento para ser utilizado em nosso país. No entanto, devido a questões éticas estabelecidas, os dados coletados referentes ao objetivo de avaliação e utilidade clínica das principais mudanças propostas pela CID-11 nas diretrizes de diagnóstico para Incongruência de Gênero só poderão ser publicados em formato de artigo após a unificação do banco de dados do protocolo brasileiro com o protocolo do Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz (2).

O protocolo original, incluindo o instrumento utilizado para a coleta de dados, na versão em espanhol e em inglês, pode ser acessado através do endereço eletrônico <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/linease.html>.

2. INTRODUÇÃO

Transgênero é um conceito que abrange pessoas que transcendem as expressões sociais tradicionais de papéis de gênero. Pessoas transexuais fazem parte desta parcela possuindo uma identidade de gênero incongruente com o sexo que foram designadas ao nascimento e por isso percebem que suas características sexuais não representam o seu verdadeiro sexo (3) recorrendo, em muitos casos, a transição somática por tratamento hormonal e cirurgia genital. Tais fenômenos têm sido interpretados e classificados como expressões psicopatológicas do comportamento humano desde o século 19, existindo raríssimos registros médicos anteriores a este período. A revisão da décima edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (1) e a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (4) re-contextualizam as novas diretrizes diagnósticas para uma nova compreensão de que as expressões de gênero não binárias são variações da normalidade e não um transtorno mental como até então eram considerado pelos manuais anteriores. A noção contemporânea de gênero que influencia as novas diretrizes pode ser elencada nas seguintes categorias (6)

- O sexo designado ao nascer (também chamado de designação sexual);
- A identidade de gênero como um espectro, ou a auto-designação do gênero expresso enquanto homem, mulher, travesti, neutro, *queer*, ou mesmo sem gênero;
- A adesão aos estereótipos culturalmente associados aos gêneros;
- As expressões ou performance pública de gênero, através do uso de nome próprio, linguagem corporal e indumentária;
- Atitude em relação ao gênero, podendo ser favorável, ou não (sexismo e transfobia).

2.1 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM PSIQUIATRIA PARA A CONDIÇÃO TRANSGÊNERO

Orientação sexual (resposta erótica ou atração sexual) e variações de gênero (senso de identidade diferente do sexo designado ao nascimento) eram considerados fenômenos semelhantes nas principais correntes científicas da metade do século (7). O diagnóstico

Transvestismo aparece pela primeira vez, em 1965, no manual diagnóstico CID-8 na categoria desvios sexuais. A Associação Norte-Americana de Psiquiatria, seguindo as mesmas tendências daquele tempo, publica em 1968 a segunda edição do seu manual (DSM-II) também listando desvios sexuais, dentre eles o transvestismo (8).

Harry Benjamin (1966) definiu o termo transexual e foi o responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas transexuais. Enquanto a psiquiatria e a medicina da época os consideravam como homossexuais confusos, invertidos, e esquizofrênicos (7,9), Benjamin inaugurou a distinção entre transvestismo e transexualidade, misturadas até então, mostrando que no primeiro caso não estava em jogo o desejo de mudança corporal e de afirmação da identidade. Graças a Benjamin, se afirmou cientificamente a ideia de que as pessoas transexuais não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica focada na possibilidade de transição somática que é utilizada até hoje (10).

Em 1975, com a publicação da CID-9, o diagnóstico Trans-sexualismo foi descrito e inserido na categoria Desvios Sexuais. Em 1990, a CID-10 redefiniu sua visão sobre este fenômeno o deslocando para uma nova categoria *Transtorno de Identidade de Gênero* (11). Esta mudança foi o resultado de muitos estudos que compreendiam o transexualismo como uma condição da ordem da identificação de gênero e não relacionados à orientação sexual ou parafilias (9,12,13). Já a Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, ao publicar o DSM-III, descreveu e classificou pela primeira vez em seu sistema o *Transexualismo* na categoria *Transtornos Psicosexuais* (14).

Nos anos de 1990, muitas pessoas transexuais começam a ganhar destaque na cena pública (15). Emerge assim, no contexto mundial ocidental e principalmente norte-americano, a categoria transgênero abarcando o conjunto de variação de gênero, mesmo nas pessoas que não estavam dispostas a se submeter aos procedimentos de mudança corporal (16). Dessa forma, inicia-se um movimento que afirma que variações de gênero são variantes da normalidade, e que busca a revisão dos critérios diagnósticos, focando predominantemente no estigma associado às variações de gênero e às disparidades de saúde decorrentes delas (17). Reflexos desses movimentos estão na publicação do DSM-5 que (des)patologiza a identidade passando a classificar apenas a disforia (mal-estar) de gênero (18) e inclui identidades de gênero alternativas além dos estereótipos binários -masculino e feminino (*forte desejo de pertencer ao outro gênero ou a algum gênero alternativo diferente do designado*). Adicionalmente, a proposta da CID-11 (19) que visa à remoção da transexualidade presente na CID-10 da lista de doenças mentais. A tabela 1 mostra os diagnósticos para a condição

transexualidade e em qual categoria estavam inseridos no CID e no DSM ao longo dos anos de publicação.

Tabela1

Classificação diagnóstica na CID e no DSM por ano

Ano	Categoria	Nome do Diagnóstico
CID-6 (1948)	N/A	N/A
DSM-I (1952)	N/A	N/A
CID-7 (1955)	N/A	N/A
CID-8 (1965)	Desvios sexuais	Transvestismo
DSM-II (1968)	Desvio sexual	Transvestismo
CID-9 (1975)	Desvios sexuais	Transvestismo Trans-sexualismo
DSM-III (1980)	Transtorno psicosexual	Transexualismo
DSM-III-R (1987)	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência	Transexualismo Transtorno de identidade de gênero na infância Transtorno de identidade de gênero em adolescentes e adultos, tipo não transexual
DSM-IV (1994)	Transtornos sexuais e de identidade de gênero	Transtorno de identidade de gênero em adolescentes e adultos Transtorno de identidade de gênero em crianças
DSM-IV-TR (2000)	Transtornos sexuais e de identidade de gênero	Transtorno de identidade de gênero em adolescentes e adultos Transtorno de identidade de gênero em crianças

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Dados epidemiológicos sobre a Transexualidade sugerem uma prevalência na vida de 1:37.000 para o sexo masculino designado ao nascimento, e de 1:103.000 para o sexo feminino designado ao nascimento. Existe uma grande variabilidade das estimativas de prevalência devido a problemas diagnósticos, características transculturais e falta de acesso a serviços especializados. Em nosso meio (20), estima-se entre 1: 35.000 a 1: 50.000 para o

sexo designado ao nascer masculino e entre 1: 200.000 a 1: 1.000.000 para o sexo designado ao nascer feminino.

2.3 ETIOLOGIA

A etiologia da transexualidade segue inconclusiva como a maioria dos transtornos mentais classificados. O modelo biológico de maior foco de pesquisa atual investiga a exposição hormonal alterada intrauterinamente e o comportamento sexual. 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 provável que sejam afetados de forma independente, ocasionando a transexualidade (21). Sendo assim, qualquer fator que desconecte esses processos maturativos, tornando-os incongruentes, poderia representar uma importante variável na etiologia da DG (DSM-5).

2.4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CID e DSM

Os critérios diagnósticos de transgênero propostos pelos manuais são de caráter descritivo e não etiológico desta condição e provavelmente por isso estão mais suscetíveis aos vieses culturais de expressão. Neste estudo abordaremos apenas os critérios referentes à vida adulta e adolescência. A tabela 2 compara os pontos de convergência e divergência dos três manuais estudados neste estudo.

2.4.1 CID-10

Na CID-10 a categoria Transtorno de Identidade Sexual é dividida em Transtorno de Identidade de gênero na Infância e Transexualismo (adultos), sendo descrita por:

- A. O indivíduo deseja viver e ser aceito como membro do sexo oposto. Isto usualmente é acompanhado pelo desejo de tornar seu corpo tão congruente

quanto possível com o sexo preferido, por meio de cirurgia e tratamento hormonal.

- B. A identidade transexual tem estado persistentemente presente por pelo menos dois anos.
- C. O transtorno não é um sintoma de outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem está associado a uma anormalidade cromossômica.

(CID-10) (1)

O critério de exclusão da CID-10 é ter uma condição intersexual física concomitante (por ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita). E para que este diagnóstico de Transexualismo seja feito, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (1).

2.4.2 CID-11

A proposta CID-11 (19) traz modificações em relação a CID-10 no que diz respeito à condição transexual norteadas pela compreensão de que esta não é doença mental e que o acesso à saúde desta população necessita ser ampliado (2,8). Assim, propõe o diagnóstico de incongruência de gênero, sugerindo:

a) retirar o critério diagnóstico do capítulo Transtorno Mentais e Comportamentais e transferi-lo para novo capítulo que será inserido e intitulado de Transtornos Sexuais e de Saúde Sexual partindo da premissa que desta forma reduzirá o estigma;

b) mudar a denominação de Transtorno de Identidade de Gênero na Infância para Incongruência de Gênero na Infância (pré-púberes) e de Transexualismo para Incongruência de Gênero na Adolescência e Idade Adulta (Púberes). A nova nomenclatura enfoca no fenômeno da existência da incongruência entre o sexo designado ao nascimento e o gênero expressado e não na disforia, que aponta para um sofrimento emocional devido a esta incongruência. A definição passa a ser “uma marcante e persistente incongruência entre o gênero expressado e o sexo atribuído”;

c) excluir o sofrimento ou prejuízo social como critério diagnóstico essencial, pois esse é compreendido como um sintoma que pode estar acompanhado ou não da incongruência;

d) exigir no critério de tempo para adolescentes e adultos (púberes) um período requerido de *alguns meses* com o intuito de facilitar o acesso aos serviços de saúde.

e) possibilitar sobreposição com outro transtorno do desenvolvimento sexual (por ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita).

2.4.3 DSM-5

Na 5ª edição do DSM o diagnóstico de Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos é descrito por:

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, por duração de pelo menos seis meses, manifesta por no mínimo dois das seguintes condições:

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias previstas).
2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em jovens adolescentes, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).

(DSM-5) (4)

A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B) e pode ser sobreposto com algum transtorno do desenvolvimento sexual (por ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita)(4).

Tabela 2

Comparação entre CID-10, CID-11(proposta) e DSM-5

	CID-10	CID-11(Proposta)	DSM-5
Categoria	Transtorno de identidade de Gênero	Transtornos Sexuais e Saúde Sexual	Disforia de Gênero
Nome Diagnóstico	Transexualismo	Incongruência de Gênero em Adolescentes e Adultos	Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos
Sofrimento ou Prejuízo Social	Evidência de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D).	NÃO está necessariamente associada a sofrimento psíquico e angústia	Associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B).
Sobreposição de Diagnóstico	NÃO ser um sintoma de outro transtorno mental NÃO estar associado à anormalidade cromossômica	Sobreposição com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento sexual	Sobreposição com diagnóstico de transtorno do desenvolvimento sexual
Tempo requerido para estabelecer diagnóstico	Pelo menos dois anos	Pelo menos muitos meses	Mínimo de seis meses
Concepção de gênero	Gênero binário	Gênero como um espectro	Gênero como um espectro

2.5 IMPLICAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO NO ACESSO A ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Atualmente, em praticamente todos os países, o diagnóstico oficial, seguindo um protocolo de avaliação clínica e avaliação psicossocial, é essencial a fim de receber o encaminhamento para os centros de referência com capacitação para prescrever hormônios, um passo necessário para iniciar o processo de mudança de sexo (2). Sabe-se que a disforia de gênero pode ser aliviada, em grande parte, por meio de tratamento (22). Os tratamentos disponíveis para ajudar as pessoas transexuais com disforia de gênero devem consistir na possibilidade de explorar sua identidade de gênero e encontrar um papel de gênero que seja confortável para o indivíduo (23). No Brasil, transexuais diagnosticados a partir dos critérios estabelecidos na CID-10, quando encaminhados da atenção primária para a terciária, podem ter acesso a procedimentos de redesignação sexual pelo Sistema Único de Saúde. Conforme dispõe os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 (24), o modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde. Assim, o SUS é estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária de média densidade tecnológica e a atenção terciária ou de alta complexidade, composta principalmente por hospitais.

O processo é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução 1.955 de 2010 (25) e atualmente é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803 de 2013. Essa portaria define critérios para viabilização do *Processo Transsexualizador*, (norma técnica utilizada pelo SUS/Ministério da Saúde que estabelece um conjunto de estratégias assistenciais para transexuais que pretendem realizar modificações corporais do sexo) dentre os quais os seguintes:

1) necessidade de habilitação específica do estabelecimento de saúde para oferecer esse atendimento;

2) acompanhamento mensal, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de dois anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório, por equipe multiprofissional, incluindo médico psiquiatra, endocrinologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social;

3) diagnóstico conforme a CID-10;

4) idade mínima de 18 anos para acompanhamento clínico ou pré-operatório, a ser realizado por no mínimo dois anos; 18 anos para terapia hormonal; 21 anos para cirurgias.

Cabe ressaltar que a referida portaria ampliou o acesso a esses procedimentos a pessoas transexuais que não necessariamente buscam cirurgias de redesignação genital, optando apenas por uso de hormônios ou colocação de próteses, por exemplo. E consoante o parecer nº 8/13 (2013) do Conselho Federal de Medicina, dois centros especializados, o AMTIGOS e o PROTIG, têm oferecido atendimento desde 2014 a crianças e adolescentes em caráter de pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO

Os diagnósticos de identidade de gênero são controversos, pois, trazem o questionamento ético sobre o estigma de identificar variações de gênero como expressão patológica. No entanto, a remoção da classificação poderia dificultar ou até mesmo impedir o acesso a assistência especializada às pessoas transexuais. Assim, se faz de fundamental importância que exista um equilíbrio entre as questões que dizem respeito ao estigma e a abrangência ao acesso de saúde qualificado. No Brasil, o processo assistencial dessa parcela da população foi recentemente normatizado e ainda segue sem reconhecimento satisfatório no meio acadêmico e na sociedade em geral, além de ser centrado na atenção terciária e nas intervenções cirúrgicas. Durante os seus dezoito anos de existência, a equipe do PROTIG teve a oportunidade de conhecer diferentes aspectos de situações familiares- na maioria disfuncional- marginalizados e estigmatizados da população transexual, bem como um histórico de ausência de qualquer abordagem terapêutica. As pessoas que procuram assistência no PROTIG apresentam alta taxa de comorbidades psiquiátricas, alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, além de grande deficiência de inserção profissional e social (26). Diante disso, verifica-se a grande complexidade que é prestar assistência a esta população e acredita-se que a pesquisa qualificada, a definição de parâmetros diagnósticos e terapêuticos são extremamente importantes tanto para o planejamento de ações clínicas e avaliação das condições de saúde física e mental quanto como propagação do conhecimento.

4 OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo discutir as diferenças das diretrizes de diagnóstico CID-10, CID-11 e DSM-5 em uma amostra de pessoas transexuais que procuram tratamentos médicos em uma clínica especializada do SUS.

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar os pontos de convergência e os de disparidade entre os critérios diagnósticos estabelecidos para o CID-10 (Transexualismo); CID-11 (Incongruência de Gênero) e DSM-5 (Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência na população estudada de cada um dos critérios diagnósticos utilizados em cada uma das escalas diagnósticas (CID-10; CID-11; DSM-5).
- Verificar a persistência de critérios diagnósticos após a transição social de papel de gênero.
- Avaliar a adequação e utilidade clínica das principais mudanças propostas pela CID-11 nas diretrizes de diagnóstico para Incongruência de Gênero em uma amostra de pessoas transexuais que procuram cuidados em saúde em clínicas especializadas no Brasil e no México.

5 MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO

5.1 ARTIGO SUBMETIDO AO INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY

Elsevier Editorial System(tm) for
International Journal of Clinical and Health Psychology
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Gender Incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5
diagnostic criteria

Article Type: Original/Original article

Keywords: Clasificación Internacional de Enfermedades; La incongruencia
de género; La disforia de género; Criterios de diagnóstico; Las personas
transgénero.

International Classification of Diseases; Gender Incongruence; Gender
Dysphoria; Diagnostic Criteria; Transgender People.

Corresponding Author: Miss. BIANCA MACHADO BORBA SOLL,

Corresponding Author's Institution:

First Author: BIANCA MACHADO BORBA SOLL

Order of Authors: BIANCA MACHADO BORBA SOLL; REBECA Robles García;
ANGELO Brandelli Costa; DANIEL MORI; ANDRESSA MUELLER; ANNA MARTA Vaitses
Fontanari; DHIORDAN CARDOSO DA SILVA; KARINE Schwarz; MAIKO Abel
Schneider; ALEXANDRE Saadh; MARIA I RODRIGUES LOBATO

Abstract: Classifying health phenomena enables better communication
between providers regarding symptoms, prognoses and treatments of their
patients, ensures that research can be conducted in homogeneous groups of
patients, and allows for epidemiological studies as a basis for research
and planning services. The aim of this study is to compare the criteria
in the existing diagnostic manuals, the DSM-5 and the ICD-10, among a
Brazilian sample of transgender persons who sought health services
specifically for physical transition. This is a multicenter cross-
sectional study that includes a sample of 103 subjects who sought
services for gender identity disorder in one of two main reference
centers in Brazil. The method consists of applying a structured
interview, which is comprised of the diagnostic criteria from the two
manuals. The results reveal that although the theoretical disagreement in
the criteria, there is an overlap among the manuals as far as diagnosis
confirmation, with the DSM-5 being more inclusive in this population than
the ICD-10. Although there is not consensus on diagnostic criteria on
transgenderism in the diversity of social and cultural contexts, the
establishment of homogeneous guidelines enables reliable epidemiological
and etiological studies to be conducted and possibly generates increased
knowledge on this subject.

La clasificación de los fenómenos de salud permite una mejor comunicación
entre los proveedores respecto a los síntomas, el pronóstico y los
tratamientos de sus pacientes, asegura que la investigación y permite que
los estudios epidemiológicos, como base para los servicios de
investigación y planificación. El objetivo de este estudio es comparar
los criterios establecidos en los manuales de diagnóstico existentes, el
DSM-5 y la CIE-10, entre una muestra de personas transexuales que
buscaban servicios de salud específicamente para la transición física. Se

ABSTRACT

Classifying health phenomena enables better communication between providers regarding symptoms, prognoses and treatments of their patients, ensures that research can be conducted in homogeneous groups of patients, and allows for epidemiological studies as a basis for research and planning services. The aim of this study is to compare the criteria in the existing diagnostic manuals, the DSM-5 and the ICD-10, among a Brazilian sample of transgender persons who sought health services specifically for physical transition. This is a multicenter cross-sectional study that includes a sample of 103 subjects who sought services for gender identity disorder in one of two main reference centers in Brazil. The method consists of applying a structured interview, which is comprised of the diagnostic criteria from the two manuals. The results reveal that although the theoretical disagreement in the criteria, there is an overlap among the manuals as far as diagnosis confirmation, with the DSM-5 being more inclusive in this population than the ICD-10. Though there is not a consensus concerning such a complex condition as transgenderism in the diversity of social and cultural contexts, the establishment of homogeneous guidelines enables reliable epidemiological and etiological studies to be conducted and possibly generates increased knowledge on this subject.

KEY WORDS: International Classification of Diseases; Gender Incongruence; Gender Dysphoria; Diagnostic Criteria; Transgender People.

INTRODUCTION

Psychiatry classification systems for transgender conditions

Although Magnus Hirschfeld was the precursor of the distinction between the desire for people of the same sex and the desire to live as someone of a different sex assigned at birth, in the 1910s and 1920s, gender and sexual variations were considered similar phenomena in the mainstream view of the time, appearing in both the ICD-8 (1965) and the following ICD-9 (1975) as sexual deviations. In 1968, the American Psychiatric Association, following the same theoretical views, published the second edition of its manual, the DSM-II, which included transvestism as a sexual deviation (Drescher, Cohen- Kettenis, & Winter, 2012). Harry Benjamin (1966) is credited as the promulgator of the term transsexual and is responsible for raising awareness on the specific health care needs of this group of individuals (Drescher, 2010). Benjamin was the first to differentiate transvestism and transsexualism by noting that the former did not involve a desire for body modifications or identity affirmation. Because of Benjamin, the idea that transgender people should not be subjected of conversive therapies was scientifically affirmed, thus consolidating the current treatment guidelines (Coleman et al., 2012).

In 1975, with the publication of the ICD-9, the diagnosis of transsexualism was first described. In 1990, the ICD-10 redefined the view of this phenomenon by shifting it into a new category: Gender Identity Disorder (Cowen, 2012). This change was the result of the studies from former decades that viewed transsexualism as a gender identification condition not related to a pathological personality, sexual orientation or paraphilia (Green & Money, 1969; Stoller, 1968; Benjamin, 1966). No less immersed in this *zeitgeist*, the American Psychiatric Association published, in 1980, the DSM-III, the first manual to describe Gender

Identity Disorder as a psychosexual condition, a definition which was consolidated in the DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) and DSM-IV-TR (2000) (Zucker & Spitzer, 2005).

In the 1990s, many transgender persons began to "come out" in the public scene (Valentine, 2007). In the North American context, the transgender category that emerged covered all gender variations, including those who were not willing to submit to body modification procedures (Davidson, 2007). Thus, it resulted in a movement that believed variations in gender expression are natural differences of human kind and that sought the revision of the diagnostic criteria that focused on the stigma attached to gender variations and the health disparities it causes (Bockting, 2009). Reflections of this new view are evidenced in the publication of the DSM-5, which depathologizes gender identity, focuses on the dysphoria (Cohen- Kettenis & Pfäfflin, 2010), and considers other expressions of gender other than the male and female dichotomy.

The ICD-11- OMS Proposal

The ICD-11-OMS proposal (expected to be published in 2018), which aims for the removal of transsexuality out of the chapter of mental and behavioural disorders (as it is in the current ICD-10), is guided by the understanding that the stigma surrounding this condition should be decreased in order to expand access to health care for this population (Drescher, Cohen- Kettenis, & Winter, 2012). The categories related to gender incongruence would be remained as Gender Incongruence in Childhood and Gender Incongruence in Adolescence and Adulthood. and relocated in a new chapter on sexual disorders and sexual whose mental health care, as in other areas of medical science, the classification of health phenomena has three purposes. Specifically, it enables better communication between providers concerning symptoms, prognoses and treatments of their patients; it ensures that research can be conducted in homogeneous groups of patients; and it allows for epidemiological studies as a

basis for research and planning services (Cowen, Harrison & Burns, 2012). Thus, the aim of this study is to compare the existing diagnostic manuals, the DSM-5 and the ICD-10, in a Brazilian sample of transgender persons who seek health services specifically for physical transition.

METHODOLOGY

Procedure

In Brazil, all individuals with a diagnosis of Transsexualism according to the ICD-10 criteria can undergo sex reassignment surgery (SRS) that is fully paid for by the Brazilian Unified Health System (SUS). There are currently four centers qualified to perform such procedures. The sample of this research consisted of adult and adolescents who sought healthcare in two such clinics, namely the Gender Identity Program (PROTIG) at the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (HCPA), located in southern Brazil, and the Gender Identity and Sexual Orientation Service (AMTIGOS-NUFOR) at the *Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HCFMUSP), in São Paulo, southeastern Brazil. Data collection was conducted from May to December 2014. The research protocol was approved by the Ethics Committee of the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (HCPA) and the *Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, under protocol number 140255. All participants were invited to participate, and those who agreed were required to sign an informed consent form.

Participants

All participants were beginning treatment to undergo sex reassignment surgery (SRS) or were in pre-treatment care. The exclusion criterion was the presence of comorbidities or

cognitive impairments, as these would hinder the response to protocol. The sample consisted of 103 post pubescent participants, aged 11 to 53 years (mean age = 28.7 years \pm 9.2). Among them, 79% (81) were assigned male at birth and 21% (22) were assigned female at birth. No subject of the sample was diagnosed with an overlapping sex development disorder.

Measures

Participation in the study involved a structured interview lasting approximately 1 hour, which was administered by a trained research assistant. . The interview was translated and adapted for the Brazilian population from the one proposed by Robles et al (2014) in the protocol “*Toward ICD-11 categories on Gender Incongruence: Evaluation of validity, reliability and utility of proposals among transgender people*” (authorized by the WHO’s Field Study Coordination Group for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders, and the Research Ethics Committee of the National Institute of Psychiatry “Ramón de la FuenteMuñiz”, Mexico, protocol number: EP4318.1). This original protocol, including all interview questions in Spanish and English, is available at <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/linease.html>.

In general terms, the survey instrument is divided into seven categories: sociodemographic data; gender identity and treatments; diagnostic criteria; marked gender incongruence; stigma and rejection; distress criteria; and disability. The survey instrument, based on participants’ reports, evaluated a particular period of time, that is, *when they first became consciously aware that they might be trans (incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex)*. The stigma and rejection, distress criteria and disability categories were directed at the post-transition period. As no subject had undergone sex reassignment surgery, the term post-transitional was considered as being after the subject had socially adopted the trans identity. For the distress criteria to be punctuated, one should identify a daily frequency of suffering (sadness, anxiety) for more than six continuous

months. The intensity of emotion, as well as the intensity of discomfort with sexual characteristics, was assessed using a Likert scale varying from 1 (very little) to 5 (very strong). All questions related to time (how long have you felt this way; how long has this been happening to you) were open-ended and then categorized according to its persistency, that is, whether these intensity of emotions are present at the moment with or without hormonal and surgical interventions, and if whether post-transition (after transition) the feelings cease.

The criterion time required to establish the diagnosis used in many manuals was considered the time between having the consciousness of an incongruous gender and the moment in which the subject felt the need to begin hormonal treatment. It is necessary at this moment for a formal diagnosis to have access to healthcare services.

Data analysis

This study was conducted with descriptive and statistical analysis of central tendency using the 20.0 version of the SPSS statistical software.

RESULTS

A comparison between the diagnostic guidelines in the ICD-10 and the DSM-5 are presented in Table 1.

-----**Insert table 1**-----

The ICD-10 diagnostic criteria for transsexualism and the DSM-5 diagnostic criteria for gender dysphoria are grouped and presented in Table 2.

-----**Insert table 2**-----

Diagnostic**confirmation**

Of the 103 subjects, three did not meet the diagnostic criteria for either of the two classification systems, the ICD-10 or the DSM-5, at the time they felt the need to start hormone treatment.

Gender Identity and Treatment

Concerning treatment, the hormone therapy and the surgery were the most frequently used procedures for body transformation. Of the subjects who had some type of body intervention, most claimed to have had it performed without qualified health monitoring at some given moment (Table 3).

-----Insert table 3-----

The age at which the subjects first became aware that they could be transgender, that is, their expressed gender was different from their birth assigned sex, ranged from 3 to 24 years ($M= 9.5$, $SD=4.6$). The average time spent between the subjects' perceived gender incongruity and the initiation of hormone use, with or without professional help, was 107.2 months, which is equivalent to nine years (minimum 2 months; maximum 456 months $SD=90.6$).

In accordance with the essential characteristics for the diagnostic criteria described in the manuals, to justify the demand for health care towards transition (Table 4), the unanimous response was that they felt a desire to be a different gender than their assigned birth sex, with 96% identifying this desire as strong or very strong. Most of the subjects stated that the feeling of belonging to the other gender was persistent (Table 4), meaning it was present from the first moment they realized the incongruity between the assigned sex and their gender identity and its presence was continuous with or without hormonal or surgical interventions.

A minority reported that (Table 4), after these post-transition interventions, the sense of incongruity ceased. Only 10.7% said they had not yet made any attempt to assume socially their identified gender.

-----Insert table 4-----

Diagnostic Criteria and Distress

Most of the participants (94.2%) said they felt significant distress (sadness, anxiety) related to their gender identity from the moment they realized the incongruity, wherein 70.9% of the participants stated that this suffering was caused by the gender dysphoria itself, thus, a consequence of the emotional conflict of realizing the incongruity of their biological bodies with their gender identity. Of the participants, 73.3% reported perceiving that the suffering was persistent throughout their lives. A smaller portion said that the suffering was due to stigma and prejudice towards the manifestation of gender incongruity (Table 5). Only 5.8% of the participants said that they had not identified any suffering resulting from gender incongruity before or after the transition and the expression in public.

-----Insert table 5-----

Gender Incongruity and Feeling of Rejection due to Social Stigma

Over 85% of the participants claimed to have felt rejected because of their gender incongruity. The indices remained constant when analyzed by gender, without any highlighted difference between the feeling of rejection among men and women. Of those who felt lifelong rejection, 53% said the feeling of rejection was permanent; however, 36.9% of the people interviewed said the feeling of rejection lasted until the start of the transition to the expressed gender. Nonetheless, of those who reported feeling rejected who identified as male, 73.7% claimed the feeling of rejection is constant, with or without the transition. When the same

question was directed to the post-transition period, this index declined to 67%. Of those who felt rejected because of gender incongruity, 45% sought mental health treatment, either psychological or psychiatric, to cope with it. Of those who sought this type of treatment, 87.8% received it, the higher demand being for psychological services (71%).

When asked to think how much the mental health treatment helped them cope with the feeling of rejection, 61% said it helped strongly or very strongly. A small portion of the sample, 12.6%, sought mental health care with the intention of reversing the gender incongruity.

Diagnostic Criteria and Loss in Social Functioning

Only 17.6% of the sample related a break in their work because of the suffering caused by the conflict of having a gender assigned at birth incoherent with their expressed gender (Table 6). Of those, 82.4% stated that the cause of the interruption was due to social stigma and prejudiced reactions. In the worst week, the median number of days when people felt so maladjusted to their gender incongruity that it affected their productivity at work/school was reduced to three days {P25:0; P75:7}.

-----Insert table 6-----

-----Insert table 7-----

DISCUSSION

According to the results, the diagnostic criteria in both the ICD-10 and the DSM-5 overlap in the sample, with the DSM-5 being more inclusive than the ICD-10. The point of convergence among the diagnostic systems was the marked gender incongruence category,

described as *discomfort with the sexual characteristics or the desire to possess those of the other sex combined with the desire to live as the expressed gender*. This was the main reason people sought bodily interventions. The excluding criteria was *the time factor and distress or social impairment*. These are precisely the divergent views on how the phenomenon of transgenderism was inserted and expressed in each of the rating systems. These diagnostic discrepancies occurred because the criteria proposed by the transgender spectrum manuals are descriptive and not etiologic; therefore, they are more susceptible to cultural biases.

The criterion time required to establish the diagnoses was the most exclusionary diagnostic criteria of the sample. It was considered *as the time from when subjects first perceive the incongruence to when they finally feel the need for hormonal treatment* as an alternative to the transition, this being the moment in which the person would need a diagnosis to have access to health services. Those who were excluded, due to this criterion, were young people (15, 17, 18 and 22 years old) who made use of hormones without medical supervision and reported distress. Not including this portion of the participants in the diagnostic criteria may mean depriving them of access to specialized health care, and therefore, we support the more inclusive criterion.

The fact that in Brazil the concept of transgender is still complex and difficult to grasp for most of the population must be considered. There is still confusion between the concepts of sexual orientation and gender identity, probably remnants of the culture of sexuality theories that classified homosexuals as sexually inverted, and confusing this with transvestism (Meier & Labuski, 2013; Drescher, 2010). Due to the lack of information and guidance, it is common, especially among those who realize the incongruity after puberty, to first think themselves as homosexuals and only realize their transgendered condition later in life. Therefore, the time factor requires attention from health professionals, particularly when evaluating adolescents and young adults. If the trend of diagnosis exclusion continues in this

age group, it may also reflect impairment in health promotion, considering that there is a need for early intervention due to the state of vulnerability in which these people are exposed (Costa et al., 2015; Fontanari et al., 2013; Lobato et al., 2007).

Waiting almost a decade to start hormone treatment shows that Brazil's health services are not able to meet the demands of its transgender population. The specialized health services remain extremely limited and the wait for access to the health system is long. Despite the efforts of the health ministry and the social movements to promote health and extend public policies aimed at comprehensive care for this population (Brasil, 1990; Brasil, 2004; D.A.G.P, 2008), the waiting time and access to the unified health system (SUS) is long. In addition to social taboos and the lack of training on the part of health professionals on the subject, the specialized clinics for gender treatment are relatively recent. For example, 31% of the sample were 18 years or older when the first specialized clinic was made available via the SUS in 1997. The long wait, nine years on average, is also justified by the fact that more than 50% of the participants claimed to have realized, for the first time, their trans condition before the age of 10 and that hormone demand occurs at the beginning of puberty. It is at the beginning of puberty that this conflict is evident because it is at this stage that secondary sexual characteristics cannot be denied, and the search for interventions with hormonal or surgical treatment increases. In Brazil, policy for alternatives to hormone puberty blockers in adolescents is not available, thus, such treatment can be performed only within a research context. To address these issues, a significant percentage of the participants resorted to using hormones without professional guidance as the first alternative of self-medication. It is known that the use of sex hormones poses a risk to human health, regardless of their biological sex and that this risk is greatly increased when the dosages are indiscriminate (Gooren&Giltay, 2008; Gooren, Giltay&Bunck, 2008 ;Hembree et al., 2009). Access to health services and vulnerability prevention is directly linked to how early this service is established, preferably

before adolescence. For this reason, it is necessary that public policies focusing attention on the trans population continue to be extended to society, with the understanding that the care approach should not be focused only on transitioning from a male to a female body, or vice versa but also directed to the possibility that trans people can explore the gender identity in which they feel comfortable, thus finding coping strategies in the face of social stigma (Bockting,2009; Coleman et al., 2012).

Another diagnostic exclusion factor was the *clinically significant distress or social impairment* criterion that must be met for a positive diagnosis, in both the DSM-5 (Criteria B) and the ICD-10 (Criteria D). However, among health professionals who assist transgender people, the understanding that anxiety and inadequacy felt by transsexuals, mainly as a result of the conflict between the subjects and society's moral values, is due to the prejudice and social stigma to which they are culturally exposed (Meyer-Bahlburg, 2010; Drescher, 2010; Coleman et al., 2012). It is believed that in some families and social contexts, transgender people can be protected from prejudice and, consequently, from social suffering. However, this seems to be a distant reality in the Brazilian context. An extreme example of this is evidenced in the recent global survey administered by the German NGO, Transgender Europe, which reported an alarming number of 325 deaths due to transphobia in Brazil between 2008 and 2011 (Balzer & Hutta,2012).

In the present sample, only one-third of the subjects said they interrupted work or studies due to the incongruence. However, most claimed to have emotional distress that is associated predominantly with the conflict of having a somatic body that does not meet the needs of the expressed gender and is not related to stigma and prejudice. More comprehensive criteria diagnoses are positive because the society is becoming increasingly more inclusive. However, clinical practitioners should be cautious to not neglect the experience of suffering in mental health care contexts. Trans people, in larger or smaller numbers, must confront

several issues that cause suffering. Specifically, they must address their sexual development in a body that is observed as incongruous with their gender, usually starting at a very early age when emotional resources are fragile, and they must learn to adapt a normative and stigmatizing social environment.

The results show that the discomfort with sexual characteristics, even in the population that specifically looks for sex reassignment surgical care, is not limited to the genitals and that there is an individual variation between the expressed genders as to which characteristic is most important to change so they can feel comfortable with their bodies (Table 7).

In this study, the participants showed no overlapping of sex development disorder diagnosis. In addition to the low prevalence of 1:3000 to 1:4500 births, one of the reasons for this result is that there are specific outpatient services for this population. However, the diagnostic overlap outlined by the DSM-5 is relevant and inclusive because there is a significant prevalence of people whose expressed that gender does not correspond to the sex assigned at birth (Reiner, 2005).

The importance of putting in perspective the differences and the controversy about the diagnostic criteria when considering a complex condition, such as transgenderism, in the diversity of social and cultural contexts is acknowledged. Hence, it is central to consider the autonomy of the transgender person and the desired degree of transition, socially and physically, for example, with or without surgery or hormonal therapy or cross-dressing (Calebunders, Cuyper&Monstrey, 2015). However, we also recognize the significance of the permanence of a gender diagnosis, thus, we do not want to interfere with the expressed gender as this is already a consolidated the concept of gender as a spectrum. Nevertheless, unlike homosexuality, which was removed from the WHO pathology list, transgender people seek

medical procedures that must be standardized. As such, from a clinical perspective, for transgender people to be treated without establishing the criteria would be considered reckless considering the complexity of their care demands and public policy and insurance protocols. Thus, it is fundamental to consider the efforts of different groups (APA-WHO) involved in the development guidelines for diagnostic purposes are, in the most homogenous manner, essential for the reliability of epidemiological and etiological studies, and as such, they have the capacity to generate knowledge on this subject. Moreover, knowledge is the most effective way to fight the prejudice and social stigmas to which this population is exposed.

LIMITATIONS

Both clinics in this study offer SRS as a treatment option, which was found to be the main demand. The data obtained for this study may be different when analyzed in groups that do not wish to resort to surgery. Another limitation of the current study is its retrospective design based on participants' recollection of experiences at a very young age; although a prospective study would necessarily involve children, which impose difficulties in methodological and ethical terms.

REFERENCES

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5*. Artmed Editora.

Balzer, C., Hutta, J. S., Adrián, T., & Hyndal, P. (2012). *Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender-variant/Trans People*. Berlin, Germany: Transgender Europe (TGEU).

Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon: A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the Human Male and Female*. New York: Julian Press.

Bockting, W. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sexual & Relationship Therapy*, 24(2), 103-107.

Brasil. Presidência da República. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, DF: Autor.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 499-513.

Colebunders, B., De Cuypere, G., & Monstrey, S. (2015). New Criteria for Sex Reassignment Surgery: WPATH Standards of Care, Version 7, Revisited. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 222-233.

Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Jacinto, M. M., da Silva, D. C., Lorencetti, E. K., da Rosa Filho, H. T., ... & Lobato, M. I. R. (2015). Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Archives of sexual behavior*, 44(2), 521-524.

Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. (2012). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.

Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(4), 60-80.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. (2008). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 570-573.

Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427-460.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577.

Fontanari, A. M. V., Andreatza, T., Costa, Â. B., Salvador, J., Koff, W. J., Aguiar, B., ... & Lobato, M. I. R. (2013). Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor in patients with gender identity disorder. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1546-1548.

Gooren, L. J., & Giltay, E. J. (2008). Review of Studies of Androgen Treatment of Female-to-Male Transsexuals: Effects and Risks of Administration of Androgens to Females. *The journal of sexual medicine*, 5(4), 765-776.

Gooren, L. J., Giltay, E. J., & Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 19-25.

Green, R., & Money, J. (Eds.). (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., ... & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154.

Lobato, M. I., Koff, W. J., Schestatsky, S. S., Chaves, C. P. D. V., Petry, A., Crestana, T., ... & Henriques, A. A. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 69-77.

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. In Baumele, Amanda *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 289-327). Netherlands: Springer Netherlands.

Meyer-Bahlburg, H. F. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 461-476.

Reiner, W. G. (2005). Gender identity and sex-of-rearing in children with disorders of sexual differentiation. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 18(6), 549-554.

Robles, R., Reed, G., Vega, H., Cruz, J., Rodriguez, V., Alcântara, E., Vargas, I. (2014) Toward ICD-11 categories on Gender Incongruence: Evaluation of validity, reliability and utility of proposals among transgender people. Disponível em: <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/linease.html>.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender*. New York: Science House.

Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Duke University Press.

Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. (2005). Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 31–42.

World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev.). Geneva: Author.

Table 1
Comparison between ICD-10 and DSM-5

Manual	ICD-10	DSM-5
Parent Category	Gender identity disorders	Gender dysphoria
Diagnosis Name	Transsexualism	Gender dysphoria in adolescents and adults
Associated Clinical Presentations: significant distress or impairment in important areas of functioning	Evidence of significant distress or impairment in social or other important areas of functioning (Criterion D).	The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, school, or other important areas of functioning (Criterion B).
Overlapping diagnoses with disorders of sex development (DSD)	No	If an individual with a DSD also satisfies the diagnostic requirements for gender incongruence, both diagnoses should be assigned.
Concept of gender	Gender binary	Gender fluidity
Time required to establish the diagnoses	Of at least two years duration	Of at least 6 months duration

Table 2
Diagnostic confirmation

Diagnostic Criteria	Included % (n)	Excluded % (n)	Reason for Exclusion
			One did not meet the essential criterion (criterion A).
ICD-10 (Transsexualism)	93.2% (96)	6.8% (7)	Four did not meet the time criterion Two did not meet the significant distress or impairment in social or other important areas of functioning criterion (criterion D).
			One did not meet the essential criterion (criterion A).
DSM-5(Gender Dysphoria)	97.1% (100)	2.9% (3)	Two did not meet the significant distress or impairment in social or other important areas of functioning criterion (criterion B).

Table 3
Interventions for corporal adaptation to gender expression

Intervention	Prevalence %
Use of hormones	82.6%
Surgery (excluding sex reassignment surgery)	29.2%
Use of hormones and/or surgery without qualified health monitoring	62.1%
No hormones or surgery	14.6%

Table 4
Marked gender incongruence

Characteristics	Sample % (n)	Persistent% (n)	Post- transition % (n)
Desire to be a gender different from the one you were assigned.	100% (103)	92.2% (95)	4.8% (5)
Discomfort with following one's primary and/or secondary sex characteristics (in adolescents, anticipated secondary sex characteristics).	99% (102)	84.5% (87)	10.7% (11)
Attempts to change to be more similar to your desired gender.	95.1% (98)	86.7% (85)	13.3% (13)
Desire to live and to be treated and accepted as a person of the experienced gender.	89.3% (92)	77.7% (80)	8.8% (9)

Table 5
Distress criteria

Criteria	Sample % (n)
Felt and expressed psychological distress related to gender incongruity.	94,2% (97)
Following transition-related treatment and public expression: felt and expressed psychological distress related to gender incongruity.	84,5% (87)
Psychological distress caused by the conflict between an incongruous biological body and gender identity.	70,9% (73)
Psychological distress because of stigma and social reactions.	25,2% (26)

Table 6
Interruption of work and/or study

Interruption	Sample % (n)	Median of interruption (in days)
of work/studies for reasons related to incongruence between assigned sex and gender identity.	31,1% (32)	720 {P25:270;P75:1080}
of work/studies for reasons related to incongruence between assigned sex and gender identity after the transition and public expression.	28,2% (29)	540{P25:120;P75:1080}
of work/studies for other reasons unrelated to gender identity.	31% (31)	720{P25:360;P75:1440}

Table 7
Discomfort with sexual characteristics according to gender

Sexual characteristics	Expressed gender: Male		Expressed gender: Female	
	Strong/very strong level of discomfort % (n)	No discomfort % (n)	Strong/very strong level of discomfort % (n)	No discomfort % (n)
Genitals	63.6% (14)	4.5% (1)	90.1% (73)	2.5% (2)
Chest	86.3% (19)	9.1% (2)	62.9% (51)	22.2% (18)
Tone of voice	72.2% (16)	22.7% (5)	42.8% (39)	32.1% (26)

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em alguns países, grupos de defesa a pessoa transgênero têm lutado para excluir a identidade transexual das classificações patológicas. O desafio, porém, é manter e ampliar o acesso público e humanizado aos cuidados em um sistema de saúde que, para se obter tratamento médico, é necessário a existência de um diagnóstico. A proposta CID-11 para incongruência de gênero e a nova conceituação do DSM-5 para disforia de gênero refletem os esforços da OMS e da APA em manter a classificação diagnóstica sem patologizar comportamentos e identidades de gênero variantes.

Sabe-se que a concepção do transexualismo como um transtorno de saúde mental invoca questões desafiadoras sobre a ética do uso do diagnóstico psiquiátrico como única forma de fornecer legitimidade ao direito das pessoas transexuais de terem acesso aos tratamentos médicos (27). No entanto, os resultados do artigo apontam que muitos reconhecem ter a experiência de sofrimento emocional, sendo este predominantemente associado ao conflito de ter um corpo que não satisfaça as necessidades do gênero expresso, confirmando pelo DSM-5 o diagnóstico de Disforia de Gênero. Quando assim, com expressões de sofrimento e/ou comorbidades psiquiátricas associadas, é um direito que estas pessoas tenham também acesso a atendimento psicossocial e que estes devam ser incluídos nos protocolos oficiais de assistência a pessoa transexual. Além disso, a rejeição ao diagnóstico em saúde mental pode estar associada ao preconceito intrínseco aos portadores de doença mental. Faz-se importante reforçar que a DG é considerada uma condição transitória quando tratada de forma adequada como muitos dos adoecimentos mentais. Com o objetivo de combater o preconceito contra o doente mental, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, através da PLS 236/2012 (28), torna a Psicofobia -atitudes preconceituosas e discriminatórias contra os deficientes e os portadores transtornos mentais- um crime.

A sugestão de retirar comportamentos de gênero variante do capítulo Transtorno Mentais e Comportamentais e o Sofrimento Significativo e Prejuízo Social dos critérios diagnósticos CID-11 vem da compreensão de que a angústia e inadequação sentida pelo transexual podem resultar principalmente do conflito entre o sujeito e a estrutura de valores morais, devido ao preconceito e ao estigma social ao qual é exposto culturalmente, ampliando a possibilidade de acesso aos serviços de saúde para além do diagnóstico psiquiátrico. Acredita-se que em alguns contextos familiares e sociais específicos, as pessoas transexuais podem passar imunes de preconceito e, portanto, sofrimento social. Critérios diagnósticos

mais abrangentes são positivos uma vez que a sociedade caminha para ser cada vez mais inclusiva, contudo, quanto à prática clínica na população brasileira, não considerar a experiência de sofrimento se caracteriza como negligência aos cuidados. A pessoa transexual em maiores ou menores proporções enfrenta algumas possibilidades frente a sua condição que podem ser causadoras de sofrimento: como ter que lidar com as questões do desenvolvimento sexual em um corpo o qual percebem incongruente com o gênero que se identificam, inclusive em idades bem precoces onde os recursos emocionais ainda se fazem frágeis; e lidar com um ambiente social normativo e estigmatizante. O importante é que a assistência possa abarcar as demandas dessa população de forma integral. Visando, contudo, a autonomia da pessoa transexual e seu desejo quanto ao grau da transição social e física frente às diferentes possibilidades de tratamento clínico e psicossocial (29).

Os resultados do presente estudo mostraram que os critérios diagnósticos da CID-10 e do DSM-5 se sobrepõem, apresentando ponto de convergência diagnóstica principalmente nos Critérios A -que classificam o desconforto com as características sexuais primárias e/ou secundárias e o desejo de viver e ser aceito como do gênero expressado- motivo principal para as pessoas procurarem intervenções corporais. No entanto, sabe-se que aqueles que se ajustam aos critérios de diagnóstico de transexualismo nas classificações atuais são apenas um pequeno segmento das pessoas com comportamento de gênero variante potencialmente em busca de tratamento (30,31). Assim, com a consolidação da perspectiva de não patologização, o novo desafio se faz em atualizar e capacitar os profissionais de saúde com as novas conceituações e abranger a assistência a população de transgêneros. Os dois centros os quais esta pesquisa foi desenvolvida são de referência nacional no processo transexualizador e oferecem como recurso de tratamento a cirurgia de redesignação sexual- que devido à complexidade de tal procedimento estão inseridos na atenção terciária. No entanto, existe uma defasagem na possibilidade em referenciar os transgêneros que apenas desejam fazer o tratamento hormonal, atendimento ambulatorial que deveria estar inserido na atenção secundária. A recorrência frequente a tratamentos sem acompanhamento médico, as vulnerabilidades e comorbidades psiquiátricas associadas (26,32,33), são consequência do longo tempo de espera para se ter acesso aos serviços especializados a população transexual e evidencia a carência aos cuidados desta população em todos os níveis de atenção do SUS. Contudo, o acesso desta população aos serviços de saúde e a prevenção às vulnerabilidades, está diretamente vinculado ao quão precoce este atendimento se estabelece, preferencialmente antes da adolescência, período do desenvolvimento este em que a maioria relata ter percebido a incongruência de gênero e sentido a necessidade de iniciar o tratamento hormonal.

A classificação do transexualismo e da disforia de gênero contribuiu para a criação de centros de saúde especializados em gênero e possibilita o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e disponibilidade de procedimentos médicos, bem como incentiva a produção científica através da pesquisa e a discussão clínica (34). Com isso, é considerado fundamental os esforços empreendidos pelos diferentes grupos (APA-OMS) envolvidos na elaboração de diretrizes com fins diagnósticos já que, somente desta forma, agrupando comportamentos, fenótipos, genótipos etc, na forma mais homogênea possível, viabilizaremos estudos de base epidemiológica e etiológicos fidedignos e capazes de gerar ampliação do conhecimento frente ao tema. Ademais, o conhecimento é a forma mais efetiva de combater o preconceito e estigma social à que esta população está exposta.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (The ICD-10: WHO. 2004.
2. Robles, R., Reed, G., Vega, H., Cruz, J., Rodriguez, V., Alcântara, E., Vargas, I. Toward ICD-11 categories on Gender Incongruence: Evaluation of validity, reliability and utility of proposals among transgender people. 2014. [Disponível em: <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/linease.html>]
3. Lev, A. I. Transgender emergence. Binghamton, NY: Haworth Press. 2004.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). 2013.
5. Foucault, M. A história da sexualidade I, II e III (A vontade de saber, O uso dos prazeres e O cuidado de si). Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984 (1988).

6. Tate, C. C., Bettergarcia, J. N., & Brent, L. M. Re-assessing the Role of Gender-Related Cognitions for Self-Esteem: The Importance of Gender Typicality for Cisgender Adults. *Sex Roles*. 2015; 72(5-6), 221-236.
7. Drescher, J. Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*. 2010; 39(2), 427-460.
8. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24(6), 568-577.
9. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. Human Outreach & Achievement Institute. 1966.
10. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012; 13(4), 165-232.
11. Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press. 2012.
12. Green, R., & Money, J. (Eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1969.
13. Stoller, R. J. *Sex and gender*. New York: Science House. 1968.
14. Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31, 31-42.
15. Valentine, D. *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Duke University Press. 2007.
16. Davidson, M. Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy*. 2007; 4(4), 60-80.
17. Bockting, W. Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sexual & Relationship Therapy*. 2009; 24(2), 103-107.
18. Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*. 2010; 39(2), 499-513.
19. World Health Organization. DRAFT: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Gender Incongruence. ICD-11: WHO. Novembro 2013. *In press*.
20. IBGE. *Sistema de Contas Nacionais Brasil: Contas Econômicas Integradas 1995-1999*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000, volume 2.

21. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res.* 2010. p. 41-62.
22. Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology.* 2010; 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
23. Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental healthcare for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism.* 2006; 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
24. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Autor. 1990.
25. Conselho federal de medicina. Resolução no. 1.955/2010. Publicada no D.O.U. de 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10) [Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm]
26. 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 Transgend.* 2007;10(2):69-77.
27. Lev AI. *Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR. Sexual and Gender Diagnoses in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM).* The Haworth Press Inc. 2005; (pp. 35-69). DOI:10.1300/J056v17n03_03.
28. Código Penal; Processo Penal e Constituição Federal. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Lívia Céspedes e Juliana Nicoletti, 8. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
29. Colebunders, B., De Cuypere, G., & Monstrey, S. (2015). New Criteria for Sex Reassignment Surgery: WPATH Standards of Care, Version 7, Revisited. *International Journal of Transgenderism.* 2015; 16(4), 222-233.
30. Carroll R. Outcomes of Treatment for Gender Dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy.* 1999; 24:128-136.
31. Seil D. (2004). The diagnosis and treatment of transgender patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy.* 2004; 8(1/2):99-116.
32. Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Jacinto, M. M., da Silva, D. C., Lorencetti, E. K., da Rosa Filho, H. T., ... & Lobato, M. I. R. Population-Based HIV Prevalence

and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Archives of sexual behavior*. 2015; 44(2), 521-524.

33. Fontanari, A. M. V., Andrezza, T., Costa, Â. B., Salvador, J., Koff, W. J., Aguiar, B., ... & Lobato, M. I. R. Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor in patients with gender identity disorder. *Journal of psychiatric research*. 2013; 47(10), 1546-1548.
34. Denny D. Changing models of transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*. 2004; 8 (1/2):9-20.

8. ANEXOS

ANEXO A- Aprovação do Projeto pela Comissão Científica – HCPA.



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140265

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MARIA INES RODRIGUES LOBATO

BIANCA MACHADO BORBA SOLL

Título: Aplicação do Inventário Adaptado CID-XI (OMS) em pacientes a partir dos seis anos de idade atendidos no PRODIG (HCPA)

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 09 de maio de 2014.

Prof. Eduardo Panabiti Passos
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar de um estudo que tem por objetivo comparar os critérios diagnósticos estabelecidos para transexualidade sugeridos por diferentes manuais de avaliação (Organização Mundial da Saúde, CID-X e DSM-V).

Se você aceitar participar do estudo, será convidado(a) a responder um questionário sobre os critérios estabelecidos para o diagnóstico de transexualidade. O tempo necessário para responder ao questionário é cerca de uma hora.

Não são conhecidos riscos pela sua participação no estudo, mas, poderá haver desconforto ao responder algumas das questões do questionário. Não estão previstos benefícios diretos a curto prazo para os participantes do estudo. No entanto, os resultados desta pesquisa podem beneficiar os pacientes com incongruência de gênero e suas famílias. O conhecimento adquirido poderá apontar novas perspectivas na compreensão das demandas dessa população, assim como qualificar a assistência prestada a elas.

Os resultados do estudo serão divulgados em conjunto, sem que apareça o nome ou qualquer tipo de identificação dos participantes da pesquisa.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, de forma que caso você decida não participar, isso não afetará o tratamento recebido ou que você venha a receber na instituição. Você também tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como solicitar maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito, sempre sem prejuízo de seu atendimento na instituição.

Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo você poderá contatar a pesquisadora responsável, Dra. Maria Inês Lobato, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359-8294. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo e dos procedimentos envolvidos e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente de que o Termo será assinado em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante.

Nome do Voluntário: _____

Ass: _____

Nome do Pesquisador: _____

Ass: _____

Data: ___/___/___

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – responsáveis

Você e a criança pela qual você é responsável estão sendo convidados para participar de um estudo que tem por objetivo comparar os critérios diagnósticos estabelecidos para transexualidade sugeridos por diferentes manuais de avaliação (Organização Mundial da Saúde, CID-X e DSM-V).

Se vocês aceitarem participar do estudo, serão convidados a responder um questionário sobre os critérios estabelecidos para o diagnóstico de transexualidade. O tempo necessário para responder ao questionário é cerca de uma hora.

Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas, poderá haver desconforto ao responder algumas das questões do questionário. Não estão previstos benefícios diretos a curto prazo para os participantes do estudo. No entanto, os resultados desta pesquisa podem beneficiar os pacientes com incongruência de gênero e suas famílias. O conhecimento adquirido poderá apontar novas perspectivas na compreensão das demandas dessa população, assim como qualificar a assistência prestada a elas.

Os resultados do estudo serão divulgados em conjunto, sem que apareça o nome ou qualquer tipo de identificação dos participantes da pesquisa.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, de forma que caso vocês decidam não participar, isso não afetará o tratamento recebido ou que venha a ser recebido na instituição. Vocês também têm a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como solicitar maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito, sempre juízo do atendimento na instituição.

Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo você poderá contatar a pesquisadora responsável, Dra. Maria Inês Lobato, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359-8294. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Recebemos uma explicação completa do objetivo do estudo e dos procedimentos envolvidos e concordamos em participar da pesquisa. Estou ciente de que o Termo será assinado em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante.

Nome do paciente: _____

Ass. (se aplicável): _____

Nome do responsável: _____

Ass: _____

Nome do Pesquisador: _____

Ass: _____

Data: ____/____/____

ANEXO C: Entrevista Estruturada Adaptada CID-XI (OMS) para Critérios Diagnósticos

Instruções:

- Este instrumento deve ser aplicado exclusivamente por membros da equipe previamente treinados.
- Tem a duração média de 1 hora.
- A aplicação em menores de 18 anos deve ser preferencialmente acompanhada pelo responsável.

Legenda da Escala Utilizada (Entregue uma cópia da escala com sua legenda para facilitar a compreensão do sujeito):

1(Muito pouco) **2**(Pouco) **3**(Moderado) **4**(Forte) **5**(Muito Forte)

<i>Dados sociodemográficos</i>	
1	Idade: _____ anos Data de nascimento: __/__/_____
2	Tempo de estudo: _____ anos () Pré-Púbere
4	Estado Civil: 1 Casado 2 União estável 3 Solteiro 4 Separado 5 Divorciado 6 Viúvo
5	Estatus Empregatício: 1 Trabalha em tempo integral 2 Trabalha meio turno 3 Estudante 4 Aposentado 5 Dona de casa/Dono de casa 6 Desempregado procurando emprego 7 Desempregado por motivo de saúde/doença
<i>Identidade de Gênero e Tratamento</i>	
6	Qual a sua identidade de gênero no momento? 1 Femina 2 Masculina 3 Outra

7	Qual o seu sexo assinalado ao nascimento? (Caso você tenha tido o diagnóstico de Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS) ao nascimento, marque seu sexo designado e identifique a presença deste diagnóstico 1-Sim 2-Não)		
	1 Feminino 2 Masculino		
8	Você fez uso (tratamento) hormonal, cirurgia e/ou outro serviço de saúde para transformação corporal?		
	1 Sim (responda a questão 9) 2 Não (pule a questão nove 9) 3 Apenas referente ao meu tratamento de ADS		
9	Qual(is)?		
	<input type="checkbox"/> Tratamento hormonal <input type="checkbox"/> Cirurgia, qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> Outros, qual(is)? _____		
9a	Você usou tratamento hormonal ou realizou outras intervenções físicas sem acompanhamento médico?		
	1 Sim 2 Não		
9b	Qual (is)?		
	<input type="checkbox"/> Tratamento hormonal <input type="checkbox"/> Cirurgia, qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> Outros, qual(is)? _____		
Critério diagnóstico			
10	GIC critério de inclusão		
	Quando você se tornou consciente pela primeira vez que você (ou seu filho (a)) poderia ser Trans e talvez você precisasse fazer algo a respeito? Quantos anos você (ou seu filho (a)) tinha? (Tente identificar especificamente um possível mês e ano, e registre) _____		
11	Você pode me dizer o que estava acontecendo nesta época? Onde você (ou seu filho (a)) estava vivendo, o que estava acontecendo em seus relacionamentos, na escola (ou trabalho), em casa?		
<i>Não aplicar aos familiares das crianças, se possível aos próprios "Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sentimentos em particular e pensamentos que você teve nessa época. (Mês, Ano)". Eu não estou perguntando como você se sente ou pensa agora, mas como você especificamente se lembra de sentir ou pensar naquele momento em particular na sua vida, em MÊS, ANOS, Não tente interpretar a sua experiência através do que você sabe e do que aconteceu a você desde então, apenas tente me contar sobre seus pensamentos e sentimentos NAQUELE MOMENTO"</i>			
Marcada Incongruência de Gênero			
13	Durante aquele tempo do qual estamos falando, em MÊS, ANO, você sentiu (seu filho(a) manifestou) desejo de pertencer a outro sexo, ou acreditou pertencer a outro sexo que não aquele o qual foi	1 Sim 2 Não	Por quanto tempo isso aconteceu a você? _____

		apontado ao seu nascimento?		Quanto desejo/crença de pertencer a outro sexo você (acredita que seu filho (a)) experimentou?				
				1	2	3	4	5
14	Durante aquele tempo do qual estamos falando, em MÊS, ANO, você sentiu (seu filho (a) manifestou) algum desconforto com as seguintes características sexuais? (Quando a pergunta for direcionada para os pais, pergunte quanto a manifestação de desejo de não desenvolver tais características após a puberdade)			Por quanto tempo esse desconforto durou? _____				
				Quanto desconforto você sentiu (acredita que seu filho(a) tenha sentido) com as seguintes características sexuais?				
	Genitálias	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Pelos faciais	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Tom de voz	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Pelos corporais	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Pelos genitais	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Quadris	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Peito	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
Coxa	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5	
15	Durante os meses seguintes aos que estamos falando a respeito, em MÊS, ANO, você tentou (seu filho(a) manifestou o desejo de) ficar mais semelhante ao seu gênero desejado? (Anotar quando a pessoa tentou mudar)		1 Sim 2 Não Se não para tudo, pular para questão 18	Por quanto tempo você (filho(a)) tentou isso? Até quando? _____				
				Quão importante foi para você (você acredita que foi importante para o seu filho(a))?				
	Sua aparência física	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Seu nome	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Sua vestimenta	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Suas brincadeiras/jogos/hobbies e/ou atividades regulares	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Seus amigos/contatos sociais	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Sua genitália	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Usando hormônios	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
Com cirurgias	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5	
Urinar em pé (quando do sexo feminino) / Urinar sentado (quando do sexo masculino)	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5	

16	Quanto tempo passou entre você querer mudar _____ e finalmente tê-lo feito? (Quanto tempo passou entre você perceber a incongruência de gênero (o seu filho (a)) e ter tentado iniciar algum tipo de transformação, como uso de hormônio, com ajuda profissional, ou não?)		Tempo passado para fazer a mudança: _____					
17	Você (seu filho(a)) procurou serviços de tratamento especializados para lhe ajudar nesse processo de adaptação ao gênero desejado?		1 Sim 2 Não Se sim: de que tipo? _____					
18	Durante os meses que se seguiram ao que estamos falando a respeito, em MÊS, ANO, você (seu filho(a)) tentou ser tratado pelo gênero que desejava?	1 Sim	2 Não	Por quanto tempo você (seu filho(a)) tentou isso? Até quando?				
	Se Não, pular para a questão 19. Se sim, especifique:			Quão importante foi para você (você acredita ser para o seu filho(a))?				
	Na sua família	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Em seu trabalho / escola	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Em seu grupo social	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
<i>Estigma e rejeição: Ao mesmo tempo, tente se esforçar para recordar e responder as mesmas perguntas, primeiro referentes àquele tempo ao qual estamos falando, mas agora também referentes a quando você (ou seu filho(a)) começou a se expressar publicamente (durante o período de transformação):</i>								
19	Durante aquele tempo o qual estamos falando, em MÊS, ANO, você (seu filho(a)) se sentiu rejeitado por causa de sua incongruência entre o corpo e o gênero desejado?	1 Sim 2 Não Se Não, vá para a questão 23 Se Sim, pergunte: por quem?		Por quanto tempo você (seu filho(a)) se sentiu assim? Até quando? _____				
	E quando você (seu filho (a)) começou a expressar publicamente, em MÊS, ANO, você (seu filho (a)) se sentiu rejeitado por causa da s incongruência entre o corpo e o seu gênero desejado?	1 Sim 2 Não Se Não, vá para a questão 23 Se Sim, pergunte: por quem?		Por quanto tempo você (seu filho(a)) se sentiu assim? Até quando? _____				
	Quão importante foi para você (seu filho(a))?							
	Família	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
	Amigos	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
Colegas de trabalho / colegas de escola	1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5	

20a	Você procurou tratamento especializado (para seu filho (a)) em saúde mental para lidar com a rejeição?	1 Sim 2 Não Se sim: De que tipo? _____
20b	Você recebeu esse tratamento?	1 Sim 2 Não
21a	Você procurou tratamento especializado (para o filho (a)) em saúde mental para reverter esse desejo de mudança?	1 Sim 2 Não Se sim: De que tipo? _____
21b	Você recebeu esse tratamento?	1 Sim 2 Não
22	Isso ajudou a lidar com o sentimento de rejeição /a se sentir melhor?	1 Sim 2 Não
	Quanto isso lhe ajudou (ou ao seu filho(a))?	1 2 3 4 5
<i>Critério de sofrimento</i>		
23	Durante aquele tempo o qual estamos falando, em MÊS, ANO, você sentiu (você percebeu em seu filho (a)/ ele manifestou) sofrimento (tristeza, ansiedade, preocupação) associado a sua incongruência de gênero?	Por quanto tempo esse sofrimento psíquico durou? Até quando?
	E quando você começou a expressar publicamente, em MÊS, ANO, você sentiu (você percebeu em seu filho (a)/ ele (ela) manifestou) sofrimento (tristeza, ansiedade, preocupação) associado a sua incongruência de gênero?	Por quanto tempo esse sofrimento psíquico durou? Até quando?
	Quanto sofrimento psíquico você sentiu?	1 2 3 4 5
24	Esse sofrimento foi por causado pela incongruência entre o corpo e gênero desejado ou foi pelo estigma e preconceito?	2 Não 1 Sim (Marque SIM se isso foi por causa da incongruência de gênero)
	Quanto do seu sofrimento psíquico (ou do seu filho(a)) era devido sua incongruência entre o corpo e gênero propriamente dito?	1 2 3 4 5

Incapacidade (adaptação da Escala Sheehan de Incapacidade)		
25	Durante aquele tempo o qual estamos falando, em MÊS, ANO, você (ou seu filho(a)) interrompeu trabalho/estudos? Trabalho inclui trabalhos remunerados, e trabalho voluntário não remunerado de treinamento.	1 Sim 2 Não Se sim: Por quanto tempo? _____
	E quando você (filho(a)) começou a expressar publicamente, em MÊS, ANO, você (seu filho(a)) interrompeu seu trabalho/estudos?	1 Sim 2 Não Se sim: Por quanto tempo? _____
	Você (ou seu filho(a)) largou seu trabalho/estudos por razões não-relacionadas à incongruência de gênero?	1 Sim 2 Não Se sim: Por quanto tempo? _____
	Foi por causa do estigma e reações sociais, ou por causa da incongruência de gênero propriamente dita?	1 Sim 2 Não (Marque SIM se foi por causa da incongruência de gênero)
26	Durante aquele tempo o qual estamos falando, em MÊS, ANO, na pior semana, quantos dias você (filho(a)) se sentiu tão desajustado com sua incongruência de gênero, que teve sua produtividade no trabalho / escola reduzida?	Número de dias de baixa produtividade: _____

ANEXO D- Dados Sociodemográficos da Amostra Estudada
Tabela: Dados sociodemográficos

Característica	Gênero expresso		
	Feminino	Masculino	Total
Sexo	81	22	103
Idade (média-DP)	28.5-9.2 (anos)	29.4-9.2 (anos)	28,7-9.15 (anos)
Anos de estudo (média)	11.3 (anos)	14 (anos)	11.9 (anos)
Estado Civil (%)			
Casado	12,3%	9,5%	11,8%
União Estável	18,5%	14,3%	17,6%
Solteiro	63,0%	76,2%	65,7%
Separado	3,7%	0%	2,9%
Divorciado	2,5%	0%	2,0%
Situação Profissional (%)			
	40,7%	50,0%	42,7%
Trabalha tempo integral	17,3%	9,1%	15,5%
Trabalha meio turno	23,5%	22,7%	23,3%
Estudante	1,2%	9,1%	2,9%
Aposentado	4,9%	4,5%	4,9%
Dona (o) de casa	12,3%	4,5%	10,7%
Desempregado			

