

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento**

Anna Martha Vaitses Fontanari

**FATORES ASSOCIADOS A SAÚDE MENTAL DE JOVENS TRANSGÊNEROS
E/OU NÃO BINÁRIOS**

TESE APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM PSQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, À UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO.

Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato

Co-Orientador: Angelo Brandelli Costa

Porto Alegre, 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Vaitses Fontanari, Anna Martha
Fatores associados a saúde mental de jovens
transgêneros e/ou não binários / Anna Martha Vaitses
Fontanari. -- 2019.
171 f.
Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Coorientador: Angelo Brandelli Costa.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Identidade de gênero. 2. Estresse de minoria. 3.
Saúde mental. 4. Bullying transfóbico. I. Rodrigues
Lobato, Maria Inês, orient. II. Brandelli Costa,
Angelo, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Jim Sinclair, an intersex autistic person, wrote, “When parents say, ‘I wish my child did not have autism,’ what they’re really saying is, ‘I wish the autistic child I have did not exist, and I had a different (non-autistic) child instead.’ Read that again. This is what we hear when you mourn over our existence. This is what we hear when you pray for a cure. This is what we know, when you tell us of your fondest hopes and dreams for us: that your greatest wish is that one day we will cease to be, and strangers you can love will move in behind our faces.

Solomon, 2013

Four years before he killed himself, 16-year-old Bobby Griffith wrote in his diary: "I can't let anyone find out that I'm not straight. It would be so humiliating. My friends would hate me, I just know it. Might even want to beat me up... I guess I'm no good to anyone... not even God. Life is so cruel, and unfair. Sometimes I feel like disappearing from the face of this earth".

Miller, 1992

There is nothing more deceptive than an obvious fact.

Conan Doyle, 1892

AGRADECIMENTOS

The present thesis is not mine alone. And I'm not referring to plagiarism but to a collective work. My advisor, Maria Ines Rodrigues Lobato, gave me all the opportunities, and autonomy, to growth; whereas my co-advisor, Angelo Brandelli Costa, was constantly available to refine statistical analysis, manuscripts and (when necessary) my daily basis routine surviving the Canadian cold and cloudy winter. They provide me support and confidence to create, and super insightful solutions to all my not so wise moves.

I had the amazing opportunity to spend one year at the Epidemiology & Biostatistics Department from Western University, where Greta Bauer spent, at least, one hour every week teaching me from statistics to the importance of using beanies as real Canadians do. I could never set a price for this unbelievable experience! But... if I could it would have been very expensive, so I acknowledge both CNPq and CAPES for funding it! Canada also gave me access to the recomforting and super qualified support of Siobhan Churchill, Sandra Gotovac, Mostafa Shokoohi and the Health Equity and Epidemiology Research Group (HEER). Lucky me!

I also want to thank the Gender Identity Program for the support during the last nine years. In particular, Andre Real Gonzalez, Maiko Abel Schneider, Karine Schwarz, and Bianca Soll.

Finally, finding the right words to describe how grateful I am for the role my wife, Erika, has in my life has been an impossible task.

RESUMO

O termo *transgênero* (ou *trans*) descreve um indivíduo cuja identidade de gênero é incongruente ao sexo atribuído no seu nascimento, ou não se alinha com as noções tradicionais de masculinidade e feminilidade. Pessoas tanto cisgêneras quanto transgêneras tendem a identificar-se com um gênero, ou masculino ou feminino. Diferentemente dos jovens não-binários, que se identificam com um terceiro gênero, com gênero fluido ou com nenhum gênero. Existem inúmeras intersecções entre as terminologias: TGNB. Contudo, faz-se necessário utilizar ambos os termos porque nem todas as pessoas não-binárias identificam-se como transgêneras, e vice-versa. Dentre as pessoas transgêneras e não-binárias há um subgrupo para o qual a incongruência entre seu gênero e sexo atribuído ao nascimento causa sofrimento constante e persistente. A fim de reduzir seu desconforto com as suas características físicas, procuram serviços de saúde especializados no processo de afirmação de gênero. Tais indivíduos costumavam ser diagnosticadas com Disforia de Gênero de acordo com o DSM-5. A afirmação de gênero é um processo multidimensional que engloba, em particular, os domínios social, médico e legal. Todos os domínios da afirmação de gênero atenuam o sofrimento causado pela disforia de gênero. Jovens TGNB apresentam mais frequentemente sintomas de ansiedade e depressão, bem como suicidalidade, quando comparadas a população geral. Além disso, jovens TGNB são particularmente vulneráveis ao uso de substâncias e tabagismo, bem como suscetíveis a seus malefícios a saúde. Ou seja, esses grupos estão em especial risco para envolver-se com substâncias e, após o início, tendem a apresentar resultados piores quando comparados a seus pares cisgêneros. Dessa forma, a presente tese visa a explorar fatores associados a saúde mental de jovens TGNB do Brasil. Para tal jovens brasileiros, com idade entre 16 e 25 anos, que se identificam como TGNB responderam um questionário *on-line*. Constatou-se que fatores sociais, como experiências de discriminação, estão fortemente associados ao uso de substâncias e ao tabagismo. Mais precisamente, o uso de drogas ilícitas, como maconha e cocaína, é uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos jovens avaliados. Nessa linha, uma parcela importante dos jovens TGNB sente-se desconectado e inseguro no ambiente escolar, o que foi associado a aumento do número de faltas e das taxas de evasão escolar. Em contrapartida, o acesso a procedimentos de afirmação de gênero atenuou sintomas de depressão e ansiedade dos jovens TGNB, e também foi associado ao menor consumo de tabaco. Por fim, reduzir a transfobia na escola, na universidade, no local de trabalho, no hospital e em inúmeras outras instituições que afetam

o cotidiano dos jovens TGNB pode ser considerado uma estratégia de saúde pública para diminuir as disparidades de saúde mental encontradas entre jovens transgêneros e seus pares cisgêneros.

ABSTRACT

The term transgender (or trans) describes an individual whose gender identity is incongruent with the sex assigned at birth, or does not align with traditional notions of masculinity and femininity. Both cisgender and transgender people tend to identify with one gender, either male or female. Unlike gender non-binary youth, who identify with a third gender, fluid gender or no gender at all. Among transgender and gender non-binary people there is a subgroup for which the incongruity between their gender and the gender assigned at birth causes constant and persistent suffering. In order to reduce their discomfort with their physical characteristics, they seek health services specialized in the gender affirmation. Such individuals may be diagnosed with Gender Dysphoria according to DSM-5. Gender affirmation is a multidimensional process that encompasses social, medical and legal domains. All domains of the gender affirmation process relieve the distress caused by gender dysphoria. Transgender and gender non-binary youth most often show symptoms of anxiety and depression, as well as suicidality, when compared to the general population. In addition, transgender and gender non-binary youth are particularly vulnerable to substance use and smoking, as well as susceptible to their health hazards. That is, these groups are at particular risk of becoming involved with substances and, after initiation, tend to show worse outcomes when compared to their cisgender peers. Thus, the present thesis aims to assess factors associated with mental health of transgender and gender non-binary youth from Brazil. For that, youth aged 16 to 25 years who identify themselves as transgender and gender non-binary answered an online questionnaire. Social factors, such as experiences of discrimination, were found to be strongly associated with substance use and smoking. More precisely, the use of illicit drugs was a coping strategy applied by our sample. In this line, an important number of transgender and gender non-binary youth feel disconnected and insecure in their school environment, which was associated with an increased number of absences and dropout rates. In contrast, access to gender affirmation procedures attenuated symptoms of depression and anxiety in transgender and gender non-binary youth, and was associated with lower tobacco use. Finally, reducing transphobia at school, university, workplace, hospital and numerous other institutions that affect the daily lives of transgender and gender non-binary youth can be considered a public health strategy to reduce the mental health disparities found among transgender and gender non-binary youth and their cisgender peers.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 12

2. INTRODUÇÃO 15

3. OBJETIVOS 33

4. ARTIGOS 34

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 163

6. REFERÊNCIAS 165

7. ANEXO I 172

1. APRESENTAÇÃO

O conjunto de estudos foi apresentado em setembro de 2019 ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ela é composta pela introdução, por 1 artigo publicado e 3 artigos em processo de revisão, e considerações finais.

A introdução consiste na conceituação dos termos transgêneros e não binários, seguida da explanação do desenvolvimento da identidade de gênero e do processo de afirmação de gênero. Após, faz-se a descrição de disparidades em saúde mental entre jovens transgêneros e não binários quando comparados a cisgêneros – disparidades tanto de acesso a cuidados de saúde quanto de prevalência de psicopatologias. Por fim, busca-se justificar tais disparidades por meio da Teoria da Mediação Psicológica.

Os 4 artigos exploram determinantes das diferenças de saúde mental entre jovens transgêneros e não binários. Os primeiros 2 estudos avaliam o impacto de eventos estressores, como exposição à discriminação e estigma, na saúde mental de jovens transgêneros e/ou não binários (TGNB). Por exemplo, o uso de substâncias ilícitas e tabagismo para lidar com estresse associado à sua identidade de gênero transgênera e/ou não binária. Segue-se um estudo explorando a relação entre desconexão e insegurança no ambiente escolar, absenteísmo e evasão escolar. Por fim, último artigo avalia o impacto de cada processo de afirmação de gênero (médico, jurídico e social) na saúde mental de jovens transgêneros e/ou não binários brasileiros.

Os 4 artigos apresentam metodologia em comum, baseada no projeto TransYouth CAN! (disponível em <http://transyouthcan.ca/>). O TransYouth CAN! é um estudo clínico de coorte, em andamento, que documentará diversos aspectos, tanto psicossociais quanto de saúde em geral, de jovens TGNB canadenses, bem como de seus pais ou cuidadores. O TransYouth CAN! está coletando dados de 10 centros de atendimento a crianças e pré-adolescentes (menores de 15 anos de idade) TGNB. Os participantes e seus familiares são convidados a responder um questionário, aplicado por um entrevistador treinado, durante 45 a 60 minutos, em 3 momentos diferentes ao longo de 2 anos. Entre a aplicação dos questionários ao vivo, receberão questionários online trimestralmente. Para tal, são remunerados

com um vale-presente de 20 dólares canadenses para cada questionário preenchido ao vivo e 10 dólares canadenses para cada questionário completado online. Seus familiares ou cuidadores também foram convidados a participar do estudo e receberam remuneração similar.

Há 2 principais motivos que justificam a adaptação do protocolo do TransYouth CAN! aos jovens brasileiros: 1) trata-se do principal estudo clínico prospectivo envolvendo jovens TGNB, e 2) a coordenadora, Dra Greta Bauer, aceitou me receber durante 12 meses, período de doutorado sanduíche, em que auxiliou na análise de dados coletados no Brasil. Há, contudo, 5 principais diferenças entre o TransYouth CAN! e o Jovens TRANS Brasil. Primeiro, o TransYouth CAN! é um estudo clínico – ou seja, com amostra coletada em 10 clínicas especializadas em atendimento de disforia de gênero –, enquanto que o presente estudo abrange jovens TGNB independentemente do contato com serviços de saúde. Dessa forma, os estudos diferem com relação a forma de recrutamento: no Brasil, o recrutamento deu-se por meio de anúncios no *Facebook* direcionados a jovens que “curtiram” ou “seguiram” páginas e eventos relacionados ao movimento de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer e outros (Dois Espíritos, Questionando, Intersex, Assexuais, Aliados e Pansexuais) (LGBTQ+) (ver Anexo 1), diferentemente do Canadá, em que se realizou entrevistas individuais nas clínicas especializadas. Segundo, o presente estudo é transversal. Terceiro, a fim de preservar anonimato e de incluir jovens TGNB com diferentes graus de suporte dos pais, não foi realizada entrevista com pais e cuidadores. Quarto, o TransYouth CAN! envolveu crianças, enquanto que o Jovens TRANS Brasil englobou apenas jovens de 16 a 25 anos de idade. Finalmente, diferentemente do estudo canadense, não foi oferecida qualquer remuneração aos participantes.

O procedimento para adaptação transcultural para populações brasileiras foi baseado em Borsa et al. (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012) e contou com um grupo de profissionais de saúde, além de membros das comunidades LGBTQ +. O protocolo adaptado ao Brasil (TycBr) foi agrupado em 14 categorias: (1) aspectos gerais da vida do participante; (2) experiências de gênero da pessoa; (3) acesso a afirmação de gênero; (4) situação de vida do participante; (5) relacionamentos interpessoais do participante; (6) experiências escolares do participante; (7) a família do participante; (8) vivências na comunidade, de apoio e de discriminação, relatadas pelo participante; (9) relacionamentos, romance e intimidade do participante; (10) saúde e bem-estar do participante; (11) relatos de uso de substâncias

ilícitas; (12) bem-estar mental recente e ao longo da vida; (13) estratégias de resiliência que o participante utiliza para cuidar de si mesmo; e (14) espaço para o participante compartilhar pensamentos, sugestões e críticas a respeito do protocolo.

2. INTRODUÇÃO

2.1 CONCEITUAÇÃO

O termo *transgênero* descreve um indivíduo cuja identidade de gênero¹ é incongruente ao sexo reconhecido no seu nascimento, ou não se alinha com as noções tradicionais de masculinidade e feminilidade (American Psychological Association, 2015). Enquanto que a expressão *cisgênero* (ou *cis*) denota pessoas cuja identidade de gênero corresponde ao sexo designado em seu nascimento (Serano, 2016; Sjoberg, 2012). O termo *cisgênero* foi estrategicamente desenvolvido para desnaturalizar a identidade *cisgênero*, em face da suposição de que a identidade *transgêneros* é meramente um desvio da norma ao invés de parte da variação natural (Sjoberg, 2012). Nessa linha, o termo *cissexismo* explicita os privilégios da identidade *cisgênero*, como maior facilidade de acesso à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Serano, 2016; Sjoberg, 2012).

Pessoas tanto *cisgêneras* quanto *transgêneras* tendem a identificar-se e expressar um gênero, ou masculino ou feminino. Diferentemente dos jovens não-binários, que se identificam com um terceiro gênero ou com nenhum gênero (ver <https://transequality.org/> e <http://www.transstudent.org/definitions/>). Tendo em vista que indivíduos não-binários podem buscar partes do processo de afirmação de gênero, e que pessoas *transgêneras* não são necessariamente binárias, existem inúmeras intersecções entre as terminologias. Contudo, faz-se necessário utilizar ambos os termos porque nem todas as pessoas não-binárias identificam-se como *transgêneras*, e vice-versa. Por exemplo, “definitivamente existe uma sobreposição: eu pessoalmente me descrevo explicitamente como *transgênero* e não-binário. Fui designado como homem ao nascer, vivi a maior parte da minha vida como um menino / homem um tanto incomum, não totalmente de acordo com o gênero e estou em transição física e legal, visto roupas comercializadas para mulheres em público, sou visto como uma mulher agora, mas não me considero completamente como uma mulher, e essencialmente nunca o fiz” (Anônimo).

1 Definir os termos “gênero” e “sexo” é deveras complexo. Quando empregadas, as expressões “sexo designado ao nascimento” e “gênero” denotam respectivamente dicotomia masculino e feminino, que se diferencia por indicadores biológicos no contexto da capacidade reprodutiva, como cromossomos sexuais, hormônios e genitália interna e externa; e o papel interpretado pelo indivíduo, como menino ou menina, homem ou mulher, provavelmente construído pela interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos.



Figura 1. Grupo de jovens. Imagem retirada de <https://broadlygenderphotos.vice.com/> com uso autorizado.

Para algumas pessoas transgêneras e/ou não-binárias, a incongruência entre seu gênero e sexo atribuído ao nascimento causa sofrimento constante e persistente. A fim de reduzir seu desconforto com as suas características físicas, procuram serviços de saúde especializados no processo de afirmação de gênero. Tais indivíduos costumavam ser diagnosticados com Disforia de Gênero de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO

O desenvolvimento da identidade de gênero em pessoas transgêneras e/ou não-binárias é um processo complexo, pouco estudado e com limitado conhecimento disponível (Bilodeau & Renn, 2005; Pinto & Moleiro, 2015). Como jovens cisgêneros, o desenvolvimento da identidade de gênero entre pessoas transgêneras e não-binárias é um processo tanto individual quanto social, no qual a identidade se transforma e é transformada pelo ambiente (Adams & Marshall, 1996). A sociabilização permite que o adolescente desenvolva sua individualidade e senso de importância como um indivíduo autônomo (Adams & Marshall, 1996). Contudo, uma vez que a identidade *trans* desafia normas sociais, a integração interpessoal é mais complexa. Dessa forma, o estabelecimento de sua identidade *trans* está a mercê da baixa integração social, ou marginalização, e do reduzido sentimento individual de

importância (Adams & Marshall, 1996).

Um modelo teórico foi elaborado para entender os estágios de desenvolvimento e desafios que a maioria dos jovens TGNB enfrenta ao longo de sua vida (Pinto & Moleiro, 2015). O modelo engloba 5 estágios de desenvolvimento (Pinto & Moleiro, 2015). O primeiro estágio, denominado “confusão”, refere-se à confusão e a um crescente senso de diferença de gênero durante a infância. A incongruência tende a ser intensificada no início da puberdade, causando desconforto com seu corpo, bem como sofrimento mental. Além disso, a exposição ao estigma e discriminação (na forma, por exemplo, de *bullying* transfóbico) pode levar ao isolamento social e agravar a angústia, desencadeando transtornos mentais (entre eles, depressão e ansiedade). Sem uma explicação melhor para o desconforto, alguns jovens podem identificar-se temporariamente como gays e lésbicas (Pinto & Moleiro, 2015).

A maioria das crianças cisgêneras é capaz de rotular sua própria identidade de gênero entre 18 e 24 meses de idade (Steensma, Kreukels, Vries, & Cohen-kettenis, 2013). Algo similar ocorre com crianças com comportamento de gênero atípico, de forma que adultos transgêneros geralmente relatam ter percebido incongruência de gênero ainda quando crianças (De Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-Van de Waal, 2006). Como crianças e adolescentes, os jovens TGNB enfrentam a ansiedade relacionada às mudanças físicas da puberdade (Mcguire, Doty, Catalpa, & Ola, 2016) somadas ao estigma e ao preconceito decorrentes do status de minoria (Grossman & D’Augelli, 2007; Liu & Mustanski, 2012; Russell & Joyner, 2001). Experiências de discriminação entre jovens TGNB estão associadas ao abuso de substâncias (Day, Fish, Perez-Brumer, Hatzenbuehler, & Russell, 2017; Hottton, Garofalo, Kuhns, & Johnson, 2013; Talley, Hughes, Aranda, Birkett, & Marshal, 2014), a depressão (Reisner, Biello, et al., 2016), ao suicídio (Nuttbrock et al., 2010), e a infecção por HIV e outras ISTs (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006).

O segundo estágio, chamado de “descoberta”, geralmente é acionado por informação acerca de transexualidade: consiste em encontrar uma explicação e um rótulo para suas experiências. Identificar-se como pessoa transgênera ou não-binária tende a trazer conforto e alívio para angústia (Pinto & Moleiro, 2015), especialmente porque a conscientização possibilita que os jovens TGNB procurem redes de apoio e atendimento especializado.

Encontrar redes de suporte, tanto interpessoais quanto institucionais, em geral ajuda os jovens a alcançar o terceiro estágio (“decisão”), que é aceitar sua identidade de gênero e decidir se deseja buscar procedimentos de afirmação de gênero. Se sim, o jovem também deverá escolher quando fazê-lo (Pinto & Moleiro, 2015). Sendo assim, no terceiro estágio, os jovens angariam mais informações sobre esses procedimentos e divulgam seletivamente sua identidade de gênero para amigos e familiares confiáveis, decidindo quando é o momento ideal para começar a transição (se for o caso). Ver Figura 2.

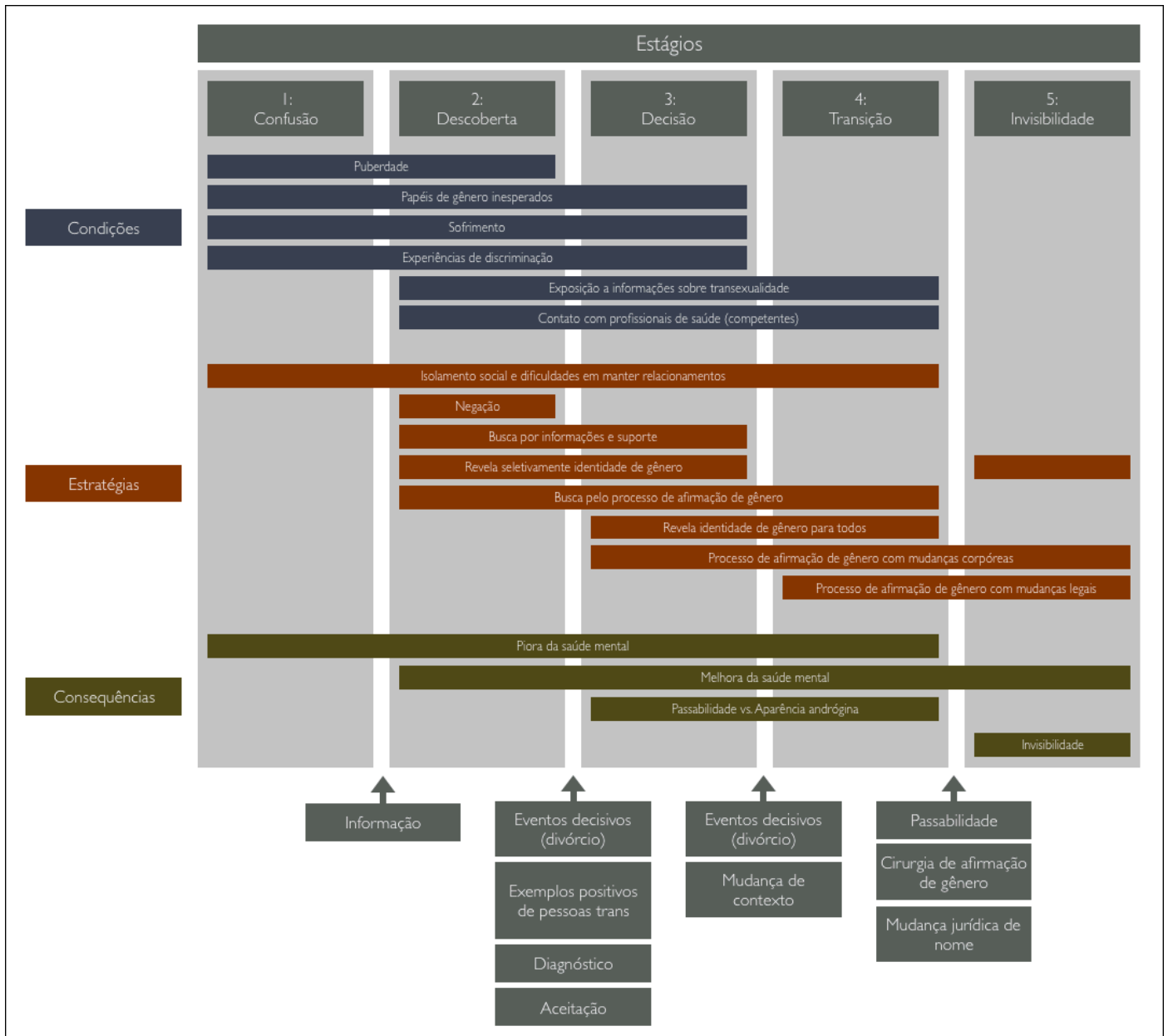


Figura 2. Estágios de desenvolvimento da identidade de gênero. Os cinco estágios são afetados por condições internas e externas (como receber informações sobre identidade de gênero). Além disso, as consequências de cada estágio (como ansiedade, depressão e acesso aos processos de

afirmação de gênero) podem ser modeladas pelas condições em que cada indivíduo vive (suporte parental, presença de serviços de saúde especializados, entre outros) e por estratégias de adaptação (por exemplo, busca e acesso a assistência especializada). Figura modificada de Pinto & Moleiro, 2015.

A quarta etapa (“transição”) pode ser desencadeada, por exemplo, pela independência financeira. Nela, os jovens, ou adultos, TGNB passam por transformações sociais e corporais (Pinto & Moleiro, 2015). Nesse estágio, encontrar profissionais de saúde despreparados e políticas sociais discriminatórias pode gerar enorme sofrimento, desencadeando ou agravando transtornos mentais.

Finalmente, a quinta etapa (“invisibilidade”) consiste na consolidação da identidade de gênero e, eventualmente, invisibilidade (Pinto & Moleiro, 2015). Diferentemente da quarta etapa, em que a aparência andrógina tende a revelar a identidade *trans*; na quinta etapa, alguns jovens e adultos TGNB podem escolher para quem revelarão seu status.

2.3. PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO

A afirmação de gênero é um processo multidimensional que engloba os domínios social, médico e legal (Glynn, Gamarel, Kahler, Iwamoto, & Nemoto, 2016; Reisner, Radix, & Deutsch, 2016). O processo social de afirmação de gênero é basicamente a busca pelo reconhecimento interpessoal e institucional. Por exemplo, busca-se ser chamado pelo nome e pelos pronomes adequados a sua verdadeira identidade de gênero, e deseja-se apoio da família após revelar sua verdadeira identidade de gênero (Reisner, Radix, et al., 2016). O processo médico consiste em procedimentos de afirmação de gênero, como terapia hormonal, treinamento vocal e cirurgias de afirmação de gênero. Finalmente, o domínio legal envolve o ajuste de documentos legais, como certidões de nascimento e passaportes. Ver Figura 3.

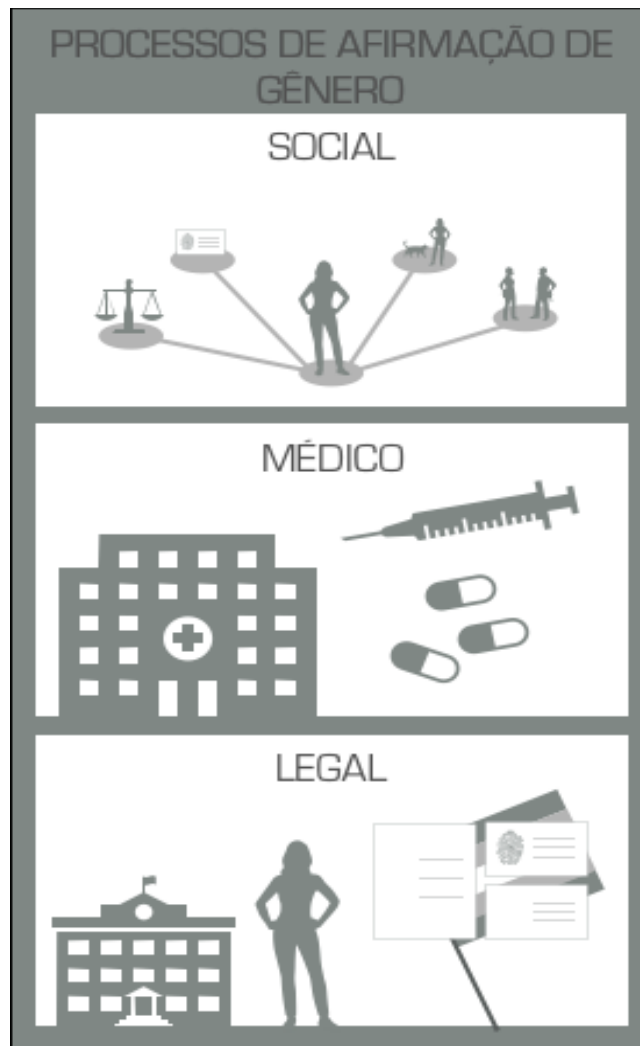


Figura 3. Processos de afirmação de gênero.

Todos os domínios da afirmação de gênero, em geral, atenuam o sofrimento causado pela disforia de gênero. Considerando o domínio social, receber suporte dos pais foi significativamente associado a redução na ideação suicida e no risco de tentativa de suicídio entre pessoas transgêneras com intenção de cometer suicídio (Bauer, Scheim, Pyne, Travers, & Hammond, 2015). Além disso, o apoio dos pais a sua identidade de gênero melhora a autoestima de pessoas TGNB (Seibel et al., 2018). Há inúmeras evidências estabelecendo a importância do domínio médico da afirmação de gênero. O bloqueio e o tratamento hormonal podem ser prescritos, respectivamente, para adolescentes entre 12 e 16 anos e adolescentes entre 16 e 18 anos com a finalidade de retardar e de evitar o desenvolvimento de características sexuais secundárias, melhorando o funcionamento psicológico dos jovens TGNB (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, De Vries, & Delemarre-Van De Waal, 2011). A terapia hormonal aumenta a qualidade de vida, reduz ideação suicida e alivia sintomas depressivos (Gorin-Lazard et

al., 2013; Silva et al., 2016; Tucker et al., 2018). Finalmente, sobre o domínio legal, mudança de nome no documento de identidade foi associada à redução de ideação e tentativa de suicídio entre adultos transgêneros (Bauer et al., 2015).

Diferentemente da literatura envolvendo adultos TGNB, os dados atualmente disponíveis acerca de jovens TGNB e processos de afirmação de gênero são escassos (Olson-Kennedy, 2016; Olson-Kennedy et al., 2017) e compostos principalmente de pequenas amostras, ou mesmo relatos de casos. Por exemplo, resultados de entrevistas qualitativas com cinco mães de crianças transgêneras mostraram mudanças positivas após o processo de afirmação de gênero (Kupalanka, Weiner, & Mahan, 2014). Segundo as mães, as crianças passaram de tímidas e deprimidas a felizes e bem ajustadas (Kupalanka et al., 2014). Além disso, um estudo longitudinal – incluindo 55 jovens adultos que receberam supressão da puberdade, tratamento hormonal e cirurgia de afirmação de gênero – mostrou que sua qualidade de vida e felicidade eram indistinguíveis da população geral (de Vries et al., 2014). Um estudo transversal mais recente apoiou esses achados: 73 crianças transgêneras, avaliadas depois da transição social, exibiram taxas semelhantes de depressão e taxas apenas ligeiramente elevadas de sintomas de ansiedade quando comparadas com seus pares cisgêneros (Olson, Durwood, DeMeules, & McLaughlin, 2016). Dessa forma, as Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade de Endocrinologia (em inglês, *Endocrine Society Clinical Practice Guidelines*) recomendam o uso de terapia hormonal em crianças e adolescentes TGNB que solicitam o tratamento, após avaliação psiquiátrica (Mahfouda et al., 2018).

2.4 DISPARIDADES DE SAÚDE MENTAL

Jovens TGNB de países norte americanos e europeus apresentam mais frequentemente sintomas de ansiedade e depressão, bem como suicidalidade, quando comparadas a população geral (Connolly, Zervos, Barone, Johnson, & Joseph, 2016; Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). Não foram encontrados estudos avaliando a saúde mental (ideação e tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e uso de substâncias ilícitas) de jovens TGNB provenientes de países da América Latina (Connolly et al., 2016).

2.4.1 IDEIAÇÃO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Nos Estados Unidos, entre pré-adolescentes, de 10 a 14 anos, o suicídio é a principal causa de óbito e, entre adolescentes e jovens adultos, de 15 a 24 anos, é a segunda principal causa de morte (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Quando comparados a população geral, jovens transgêneros norte-americanos apresentam maior frequência de tentativas de suicídio (Perez-brumer et al., 2018; Reisner, Vettes, et al., 2015; Toomey, Syvertsen, & Shramko, 2018). Mais precisamente, nos Estados Unidos, jovens transgêneros tem 3,6 vezes mais risco de ideação suicida e 3,2 vezes mais risco de tentativas de suicídio do que jovens cisgêneros (Reisner, Vettes, et al., 2015). Além disso, de acordo com seus pais ou cuidadores, jovens transgêneros canadenses falam 5,1 vezes mais sobre suicídio do que seus irmãos e irmãs cisgêneros (Aitken, Vanderlaan, Wasserman, Stojanovski, & Zucker, 2016). Por fim, estudos longitudinais indicam que pessoas transgêneros² de fato completam as tentativas de suicídio mais frequentemente que seus pares cisgêneros (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011).

2.4.2 DEPRESSÃO

Diversos estudos³ evidenciaram que jovens transgêneros apresentam maior prevalência de depressão do que a população geral (Connolly et al., 2016). Por exemplo, estudo da Nova Zelândia, incluindo 8 166 estudantes de Ensino Médio, verificou que 41,3% dos jovens transgêneros exibem história de sintomas depressivos e diagnóstico de depressão comparado com 11,8% dos estudantes cisgêneros (Clark et al., 2014).

2.4.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Em estudo dos Estados Unidos, 289 025 estudantes, provenientes de 233 universidades, foram avaliados: dentre os 479 estudantes que se identificaram como TGNB, 15,85% apresentaram diagnóstico de transtornos alimentares comparando com 1,85% dos estudantes cisgêneros (Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson, & Duncan, 2016). Outras pesquisas, também norte americanas, encontra-

2 Jovens não binários não foram incluídos nos estudos citados.

3 Buscando-se os termos (“depression” AND “transgender” AND “youth”) no PubMed, foram encontradas 76 referências.

ram resultados similares (Shields et al., 2013; Spack et al., 2012).

2.4.4 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

2.4.4.1 Álcool

São escassas⁴ as referências avaliando consumo de álcool em jovens TGNB (Kidd et al., 2018). Além disso, as publicações existentes apresentam resultados controversos. 75 192 estudantes dos Estados Unidos, dentre 18 e 29 anos de idade, foram recrutados entre 2011 e 2013, com o objetivo de avaliar o uso de álcool ao longo das suas vidas e no último mês, bem como consumo abusivo de álcool e problemas associados (Coulter et al., 2016). Consumo abusivo de álcool foi conceituado com “uso de mais de cinco unidades em uma mesma ocasião” (Coulter et al., 2016). 175 estudantes identificaram-se como transgêneros e não diferiram dos seus pares cisgêneros com relação ao consumo de álcool ao longo da vida e no último mês (Coulter et al., 2016). Entretanto, estudantes transgêneros revelaram consumo abusivo de álcool mais frequentemente do que seus colegas cisgêneros, tanto homens quanto mulheres (Coulter et al., 2016). Por fim, estudantes transgêneros apresentaram mais frequentemente problemas relacionados ao consumo de álcool, como ideação suicida quando embriagados (Coulter et al., 2016). Em contrapartida, nos Estados Unidos, 5 542 adolescentes, entre 13 e 18 anos, foram recrutados online. Dentre eles, jovens que se identificaram como transgêneros apresentaram maior chance de consumo de álcool nos últimos 12 meses quando comparado aos seus pares (Reisner, Greytak, Parsons, & Ybarra, 2014). Um estudo mais recente, envolvendo 31 737 estudantes da Califórnia, recrutados entre 2013 e 2015, verificou que os 335 jovens transgêneros não diferiram na idade de início de consumo de bebidas alcoólicas. Contudo, jovens transgêneros apresentaram taxa de uso de álcool ao longo de sua vida 1,5 vezes maior do que seus colegas cisgêneros (56.32% vs. 38.31%) (Day et al., 2017).

2.4.4.2 Tabaco

Até o momento, há poucos dados⁵ sobre o tabagismo entre jovens TGNB (Buchting et al., 2016;

4 Buscando-se os termos (“alcohol” AND “transgender” AND “youth”) no PubMed, foram encontradas 11 referências, envolvendo estudos qualitativos e quantitativos.

5 Buscando-se os termos (“tobacco” AND “transgender” AND “youth”) no PubMed, foram encontradas 15 referências, envolvendo assuntos gerais associados ao consumo de tabaco por jovens TGNB.

Menino, Katz-Wise, Veters, & Reisner, 2018). Em relação aos jovens TGNB brasileiros, não há dados publicados. Uma análise retrospectiva de prontuários eletrônicos envolvendo 46 pacientes, com idades entre 12 e 29 anos, verificou que 21,74% deles eram fumantes no momento da consulta médica (Menino et al., 2018). Outro estudo norte-americano, englobando 2.369 estudantes transgêneros, averiguou que adolescentes transgêneros apresentavam maior taxa de uso de substâncias (incluindo tabagismo e *vaping*⁶) em comparação a homens e mulheres cisgêneros, incluindo os estudantes Lésbicas, Gays e Bissexuais (LGB) (Coulter, Bersamin, Russell, & Mair, 2018).

2.4.4.1 Drogas Ilícitas

Embora evidências atuais sugiram alta prevalência de uso de substâncias entre as populações transgêneras, poucos estudos avaliam uso de substâncias entre os jovens TGNB (Day et al., 2017; Sari L. Reisner, Greytak, Parsons, & Ybarra, 2015)⁷. Nesse sentido, estudo transversal englobando escolas de ensino fundamental e médio da Califórnia recrutou, entre 2013 e 2015, 335 estudantes transgêneros e 31.737 estudantes cisgêneros de 16 a 25 anos. Jovens transgêneros exibiram uma prevalência duas vezes maior de consumo de *Cannabis* (Day et al., 2017). Esses achados foram consistentes com outros estudos (Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006; Reisner, Greytak, et al., 2015). Com relação ao uso de outras drogas, como cocaína, analgésicos, inalantes, pílulas para emagrecer e medicação para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), há apenas uma pesquisa disponível (De Pedro, Gilreath, Jackson, & Esqueda, 2017). De Pedro e colaboradores (2017), a partir de uma análise secundária de dados coletados entre 2013 e 2015, verificaram que os estudantes transgêneros tem cerca de três vezes mais chances de usar essas substâncias quando comparados aos seus pares cisgêneros.

2.5 DISPARIDADES DE SAÚDE

Dois processos psicológicos são úteis para explicar as disparidades encontradas na saúde mental de jovens TGNB: processos específicos e processos gerais.

6 Vaping refere-se ao uso de vaporizadores, como cigarros eletrônicos, para o consumo de tabaco, mas também de outras drogas, como Cannabis.

7 Buscando-se os termos (“substance use” AND “transgender” AND “youth”) no PubMed, foram encontradas 14 referências.

2.5.1 TEORIA DO ESTRESSE DE MINORIA

Os processos específicos referem-se a particularidades que acometem especificamente minorias, como estigma ou discriminação em resposta a identidade de gênero (ou *transfobia*). A Teoria do Estresse de Minoria busca elucidar a discrepância entre a saúde mental encontrada em minorias, tanto de gênero quanto de orientação sexual, em relação a populações cisgêneras e heterossexuais (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). De acordo com a Teoria do Estresse de Minoria, condições sociais desfavoráveis, mediadas por estratégias de resiliência, podem levar ao adoecimento (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Populações LGBT são constantemente expostas a três formas de estresse de minoria: homofobia internalizada, experiências de discriminação e antecipação de rejeição (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003, 2013). Paralelamente, fatores de enfrentamento podem variar a partir do nível individual (resiliência, autoestima), do grupo (apoio dos pais, redes de apoio LGBT) ou de uma combinação de ambos (reavaliação de experiências estressantes por meio de processos em grupo). Ver Figura 4.

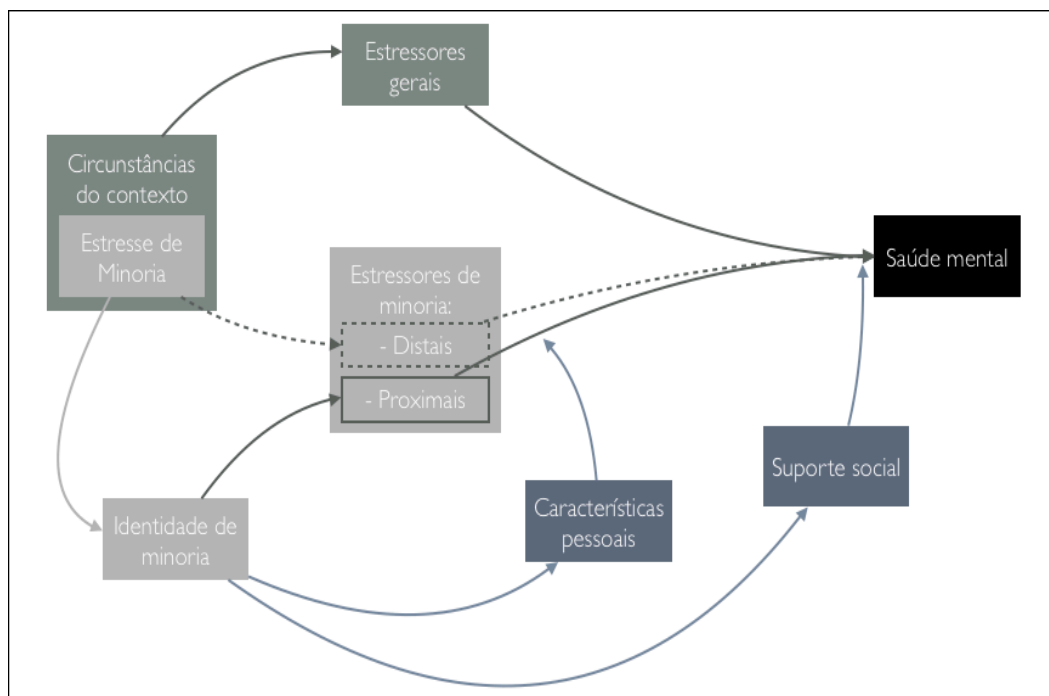


Figura 4. Teoria de Estresse de Minoria. O modelo descreve como estressores de minoria, modulados por estratégias de enfrentamento, afetam a saúde mental de pessoas transgêneras. O estresse de minoria situa-se juntamente com “circunstâncias contextuais”, como status socioeconômico,

indicando que experiências de discriminação são afetadas por fatores externos, como educação e renda. Estressores de minoria incluem processos proximais (expectativa de rejeição e homofobia internalizada) e distais (experiências de discriminação), ambas vivências particulares a pessoas LGBT. Por fim, o impacto que os estressores gerais e de minoria tem na saúde mental de pessoas LGBT é modulado por suporte social e por características individuais, como resiliência. Figura modificada de Meyer, 2013.

Homofobia internalizada⁸ resulta do *input* negativo recebido de pares, mas também de familiares e amigos, em resposta ao *status* de minoria. A constante impressão de que identidade de gênero é socialmente indesejada reduz a autoestima (Rosenberg, 1986) e prejudica a saúde mental de pessoas transgêneras (Austin & Goodman, 2017; Newcomb & Mustanski, 2010). Dessa forma, a homofobia internalizada foi associada com autoestima reduzida entre adultos transgêneros americanos (Austin & Goodman, 2017), mas também com diminuição de resiliência e com aumento de estresse psicológico (Breslow et al., 2015; Mizock & Mueser, 2014).

O conceito de expectativa de rejeição é autoexplicativo: refere-se à antecipação de eventos de discriminação. Pessoas transgêneras evitam espaços onde sofreram estigma, como serviços de saúde, inclusive em situações de emergência (Costa et al., 2016; Costa et al., 2018). Além de evitar serviços de saúde, jovens TGNB deixam de comparecer a escola temendo discriminação. A maioria dos estudantes transgêneros, dos Estados Unidos, relata sentir-se inseguro na escola em decorrência da sua identidade de gênero (Greytak, Kosciw, & Diaz, 2009; Greytak, Kosciw, Villenas, & Giga, 2016; Grossman et al., 2009). Sentir-se em perigo é uma resposta congruente dado que estudantes transgêneros enfrentam altos níveis de vitimização escolar, variando de assédio verbal a agressão física (Day, Perez-Brumer, & Russell, 2018; Grossman et al., 2009; McGuire, Anderson, Toomey, & Russell, 2010). Em consequência, estudantes transgêneros estiveram ausentes na escola mais frequentemente que seus colegas cisgêneros (Pampati et al., 2018). Os jovens transgêneros norte-americanos que sofreram assédio são mais propensos a faltar à escola devido a preocupações de segurança do que seus pares cisgêneros (Kosciw, Greytak, Zongrone, Clark, & Truong, 2018). Além disso, quando presentes em ambiente escolar, evitam espaços de segregação, como banheiros e vestiários (Kosciw et al., 2018). Um ambiente escolar hostil tem inúmeras repercussões negativas no sucesso acadêmico

8 Sofrimento relacionado a própria identidade.

de jovens transgêneros, no interesse em ingressar na universidade e, ao longo de sua vida, no acesso ao mercado de trabalho (Birkett, Espelage, & Koenig, 2009; Kosciw, Greytak, Giga, Villenas, & Danis-chewski, 2016).

Finalmente, estressores de minoria manifestam-se na experiência direta de discriminação, que varia desde agressões silenciosas até violência verbal, física e sexual. O Projeto de Monitoramento de Assassinatos de Pessoas Trans (do inglês, *Trans Murder Monitoring*) apontou o Brasil como o país com maior número bruto de assassinatos de pessoas transgêneras. Ver Figura 5.

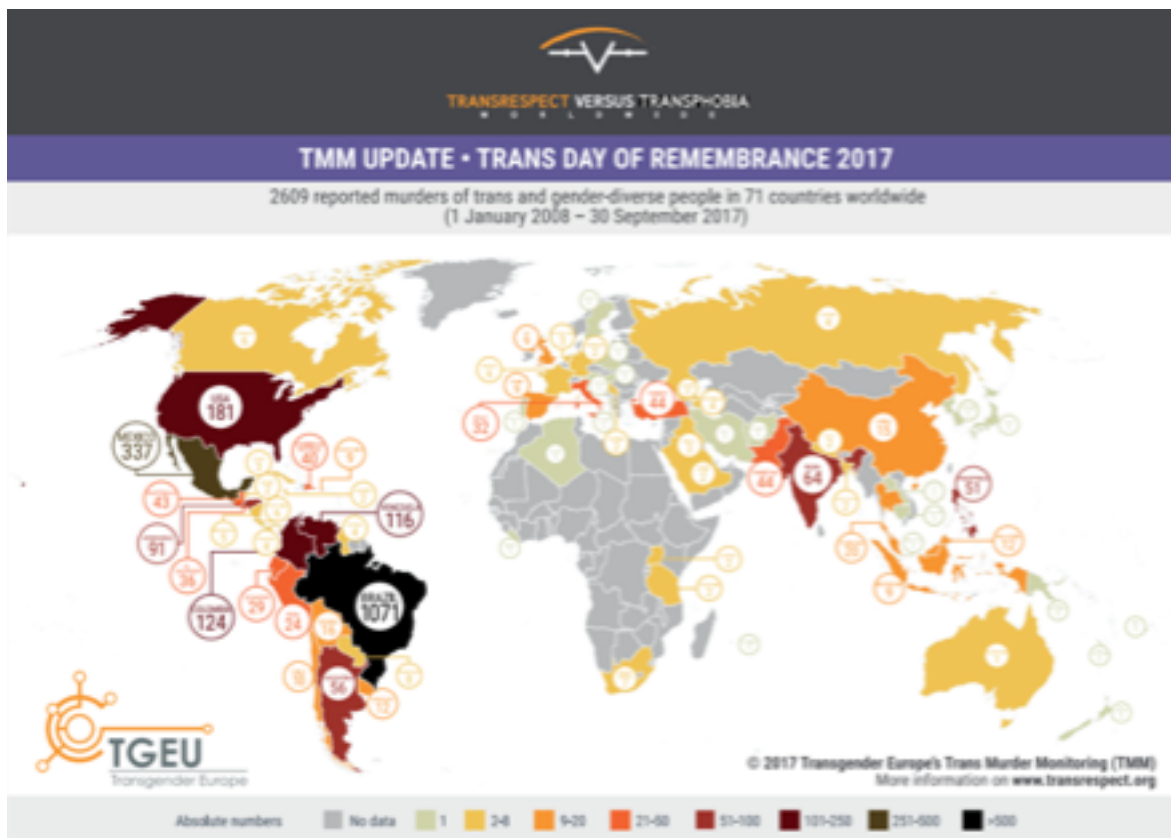


Figura 5. Assassinatos de pessoas transgêneras entre 2008 e 2017. O Brasil é o país com número absoluto mais elevado entre os 71 países incluídos. Figura retirada do site www.transrespect.org

Estudos populacionais ratificam o modelo de Estresse de Minoria, mostrando que, por exemplo, viver em uma comunidade com legislação que proíbe uniões de pessoas do mesmo sexo afeta negativamente a saúde mental das populações LGBT, ao passo que viver em áreas com legislações protetivas tem impacto positivo (Hatzenbuehler et al., 2014).

É digno de nota que a exposição à estressores de minoria não interfere apenas na saúde mental

de pessoas transgêneras, mas também na sua saúde geral. Mais precisamente, viver em comunidades com alto grau de preconceito eleva a mortalidade geral das populações LGBT tanto por suicídio e homicídio quanto por doenças cardiovasculares (Hatzenbuehler et al., 2014). Além disso, uma revisão narrativa apontou a *transfobia*, moderada por suporte social e acesso aos processos afirmação de gênero, como responsável por estratégias de enfrentamento mal adaptativas que podem levar à infecção por HIV (Jaspal, Kennedy, & Tariq, 2019). De fato, um estudo norte americano, longitudinal, associou abuso de gênero com sintomas depressivos e, em longo prazo, com maior incidência de infecção por HIV entre pessoas transgêneras (Nuttbrock et al., 2010). Ver Figuras 6 e 7.



Figura 6. Jovem não-binário realizando exame preventivo de câncer de colo de útero. A expectativa de rejeição leva jovens TGNB a evitar serviços de saúde, o que gera prejuízos a sua saúde geral e mental. Imagem retirada de <https://broadlygenderphotos.vice.com/> com uso autorizado.





Figura 7. Jovens transgêneros e não-binário em ambiente escolar. A expectativa de rejeição também acarreta em altas taxas de abstinência e evasão escolar entre jovens transgêneros e não binários. Imagens retiradas de <https://broadlygenderphotos.vice.com/> com uso autorizado.

2.5.2 PROCESSOS PSICÓLOGICOS GERAIS DE ADOECIMENTO

Processos gerais tendem a avaliar determinantes de psicopatologias comuns entre pessoas transgêneras e cisgêneras (Diamond, 2010), explorando processos psicológicos compartilhados, ou seja, independentes da identidade de gênero. Por exemplo, jovens de nível socioeconômico mais baixo (Jorge, Vale, & Kawachi, 2017), com pior ocupação e renda reduzida (Probst, Roerecke, Behrendt, & Rehm, 2014), bem como níveis educacionais inferiores estão mais propensos a envolver-se em consumo danoso de álcool. Jovens transgêneros apresentam esses fatores de risco mais frequentemente que seus pares cisgêneros (Lewis, Mason, Winstead, & Irons, 2017; Ziyadeh et al., 2007) e, conforme referido anteriormente, maiores taxas de consumo abusivo de álcool (Coulter et al., 2016).

2.5.3 TEORIA DA MEDIAÇÃO PSICOLÓGICA (DO INGLÊS, *PSYCHOLOGICAL MEDIATION FRAMEWORK*)

Tanto processos específicos quanto gerais servem na justificativa de disparidades de saúde mental encontradas entre pessoas cisgêneras e transgêneras. Ambos processos não são excludentes: é possível que estressores de minorias tornem populações minoritárias mais vulneráveis aos processos psicológicos gerais determinantes ao adoecimento de pessoas cisgêneras (Hatzenbuehler, 2009). Nessa linha, a Teoria da Mediação Psicológica propõe a integração entre processos específicos e gerais. Ver Figura 8.

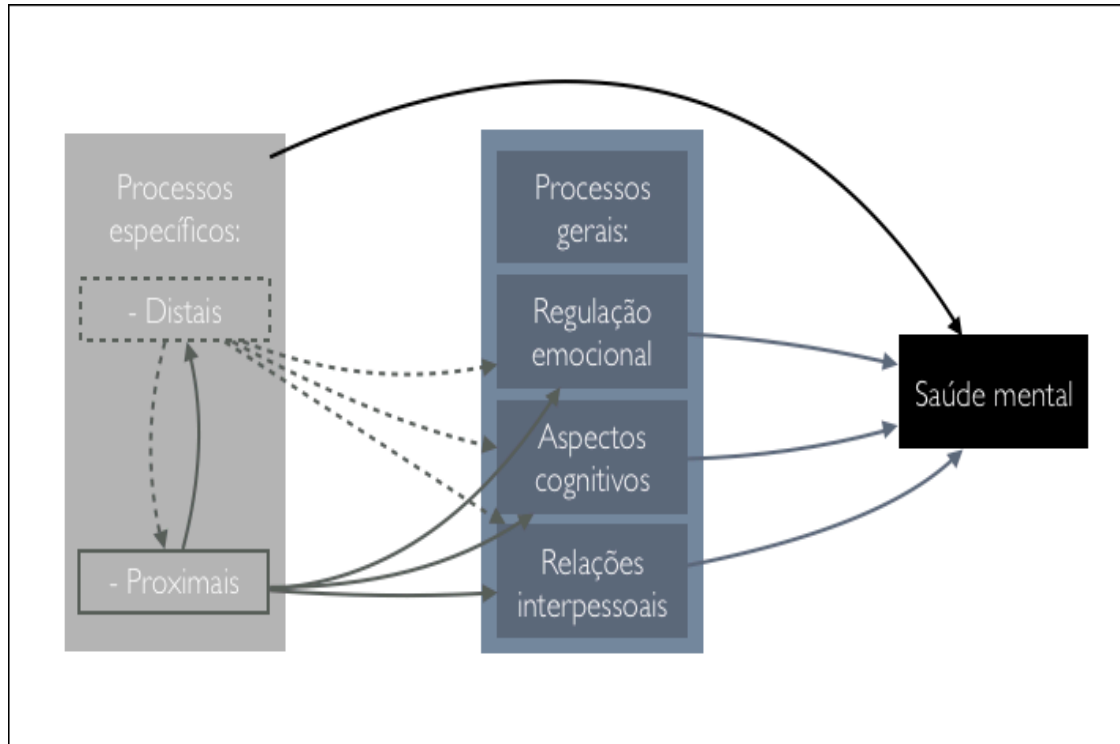


Figura 8. Teoria da Mediação Psicológica. De acordo com a Teoria da Mediação Psicológica processos gerais mediam o impacto de exposição a estresse crônico no desenvolvimento de desordens mentais. Modificada de Hatzenbuehler, 2009.

A seguir, de forma a exemplificar o modelo, aplica-se a Teoria da Mediação Psicológica de forma a justificar as disparidades em sintomas de depressão encontrados entre pessoas transgêneras e cisgêneras. Dificuldades de regulação emocional foram extensamente associadas a sintomas de depressão (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999; Mueller et al., 2016; Nolen-Hoeksema, McBride, & Larson, 1997). A regulação emocional envolve inúmeros processos, como a ruminação. O conceito de ruminação compreende pensamentos autocentrados e persistentes (Hertel, 1998) que surgem como uma estratégia focada em sentimentos para manejar situações de estresse (Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema et al., 1997; Watkins, 2008, 2009). A ruminação normalmente envolve pensamentos repetitivos no problema e nos seus aspectos negativos sem, contudo, desenvolver qualquer forma de resolução (Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002). O pensamento persistente característico da ruminação se configura, dessa forma, em um ciclo focado somente nas angústias do indivíduo, prejudicando sua capacidade de resolver problemas de forma assertiva. Em consonância com esse

achado, nosso grupo de pesquisa verificou maior prevalência de pensamento ruminativo em pessoas transgêneras anteriormente a cirurgia de afirmação de gênero quando comparado a pessoas transgêneras que realizaram procedimento cirúrgico (Mueller et al., 2016). A ruminação, portanto, é um preditor de sintomas de ansiedade e depressão (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008), mas também uma consequência de exposição a estresse crônico (McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). A exposição a estresse de minoria pode ocasionar pensamentos ruminativos, por exemplo, a respeito da possibilidade de ter sua identidade de gênero descoberta e de ser socialmente rejeitado.

Outro fator determinante para o desenvolvimento de sintomas depressivos é o apoio social (Cohen & Wills, 1985; Kawachi & Berkman, 2001), mas precisamente o suporte dos pais ou cuidadores. De fato, proximidade com os pais é considerado o fator protetivo mais consistente contra distúrbios mentais (Wilson, Chen, Arayasirikul, Raymond, & McFarland, 2017). Nessa linha, perceber aceitação dos pais foi associado a menores taxas de uso de substância, de sintomas depressivos (Simons, Schrage, Clark, Belzer, & Olson, 2014) e de ideação suicida (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010) entre jovens transgêneros. Além disso, suporte dos pais ou cuidadores promove autoestima e melhora saúde em geral (Ryan et al., 2010) – por exemplo, foi associado ao uso consistente de preservativo entre adolescentes transgêneros dos Estados Unidos (Wilson, Iverson, Garofalo, & Belzer, 2012). Tendo em vista que pais e cuidadores são responsáveis por negociar a aceitação da identidade de gênero de seus filhos em ambiente escolar (Riley, Sitharthan, & Clemson, 2011), bem como por propiciar a busca pelos processos de afirmação de gênero, a falta de suporte afeta negativamente múltiplos aspectos da vida dos jovens transgêneros. Um estudo longitudinal norte americano, envolvendo 232 jovens LGBT, verificou que reduzido suporte dos pais ou cuidadores aumenta taxas de sintomas psiquiátricos, mesmo quando controlado por idade, por experiência de vitimização e por suporte social (McConnell, Birkett, & Mustanski, 2017). Irmãos cisgêneros percebem maior suporte familiar do que seus irmãos transgêneros tanto nos Estados Unidos quanto no Canadá (Factor & Rothblum, 2008). Além disso, adultos transgêneros tendem a viver mais longe de suas famílias quando comparados a seus pares cisgêneros (Factor & Rothblum, 2008). Experiências de estigma e discriminação podem levar pessoas transgêneras ao isolamento social a fim de evitar novas experiências de rejeição (Gardner, Pickett, & Brewer, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 1997; Pachankis, Hatzenbuehler,

& Starks, 2014; Puckett, Woodward, Mereish, & Pantalone, 2015).

Por fim, somados aos processos de regulação emocional e ao suporte social, tem-se processos cognitivos como mediadores do impacto de estresse de minoria no desenvolvimento de sintomas depressivos (Hatzenbuehler, 2009). Um processo cognitivo previamente associado à depressão é a desesperança (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989). Desesperança consiste na crença de que eventos negativos acontecerão, independentemente das vontades e atitudes individuais. Traumas ocorridos durante a infância foram associados à desesperança na vida adulta (Gibb, Abramson, & Alloy, 2004). Desesperança, por sua vez, está relacionada a maior frequência de ideação e tentativa de suicídio (Mustanski & Liu, 2013; van Heeringen, Vincke, & van Heeringen, 2000; Walls, Freedenthal, & Wisneski, 2008) e ocorre mais frequentemente em minorias sexuais (Plöderl & Fartacek, 2005) e de gênero (Mustanski & Liu, 2013). Ver Figura 9.

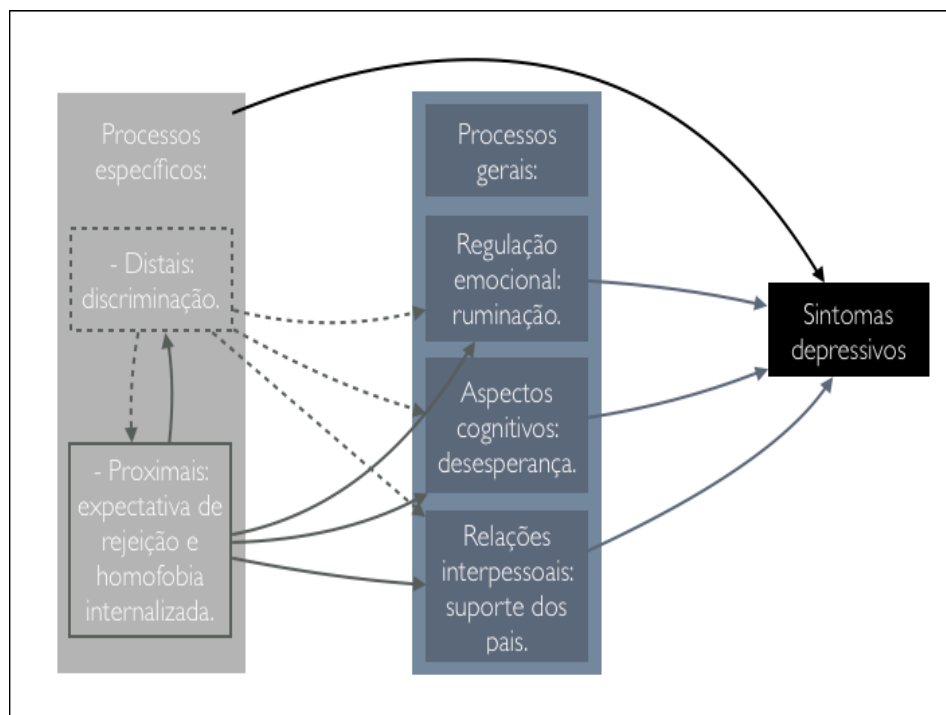


Figura 9. Teoria da Mediação Psicológica. Teoria da Mediação Psicológica aplicada na justificativa de disparidades de sintomas depressivos entre pessoas transgêneras e cisgêneras. Modificada de Hatzenbuehler, 2009.

3. OBJETIVOS

Explorar fatores associados (em especial discriminação e apoio social) a saúde mental de jovens TGNB do Brasil.

1. Avaliar o impacto de um “ambiente de risco” no uso de substâncias para lidar com estresse geral e com estresse relacionado a identidade de gênero.
2. Avaliar impacto de fatores associados modificáveis ao consumo de tabaco entre jovens TGNB do Brasil.
3. Descrever sensações de desconexão e insegurança na escola de jovens TGNB brasileiros e explorar a influência desses sentimentos em faltas e evasão escolar.
4. Avaliar o impacto dos domínios social, médico e legal da afirmação de gênero na saúde mental de jovens TGNB do Brasil. Em particular, a influência dos processos de afirmação de gênero em sintomas de depressão e ansiedade.

4. ARTIGOS

ARTIGO 1: USO DE SUSBTÂNCIAS.

Abstract

Introduction: Adolescent substance use is a major public health concern since it enhances adolescent morbidity and mortality, affecting adulthood health and well-being. Although current evidence shows a high risk for substance use among transgender populations, to date, few studies evaluate substance use among transgender youth.

Method: Brazilian transgender youth (ages between 16 and 25 years old) answered an online questionnaire measuring demographics, substance use and modifiable factors associated with drug use to deal with general stress, gender-related stress, and recreational use.

Results: Cannabis was the most frequent substance used among transgender youth (20.88%; CI 95% 23.71-36.19), whereas 11.45% (CI 95% 11.38-21.47) of volunteers disclosed use of pain medication, such as codeine, and 5.05% (CI 95% 3.71-10.78) revealed use of sedatives and tranquilizers in the last 30 days. ADHD medication (not prescribed), as well as cocaine and other drugs (such as antihistamines and Hookah), was also reported by 2.36% (CI 95% 0.92-5.84), 2.69% (CI 95% 1.24-6.49) and 4.04% (CI 95% 2.61-8.98) of transgender youth.

Conclusion: A logistic regression model showed that discrimination and home instability were the primary determinants of vulnerable to substance use among youth. Therefore, the harm reduction strategies must affect the social and physical aspects of transgender youth lives.

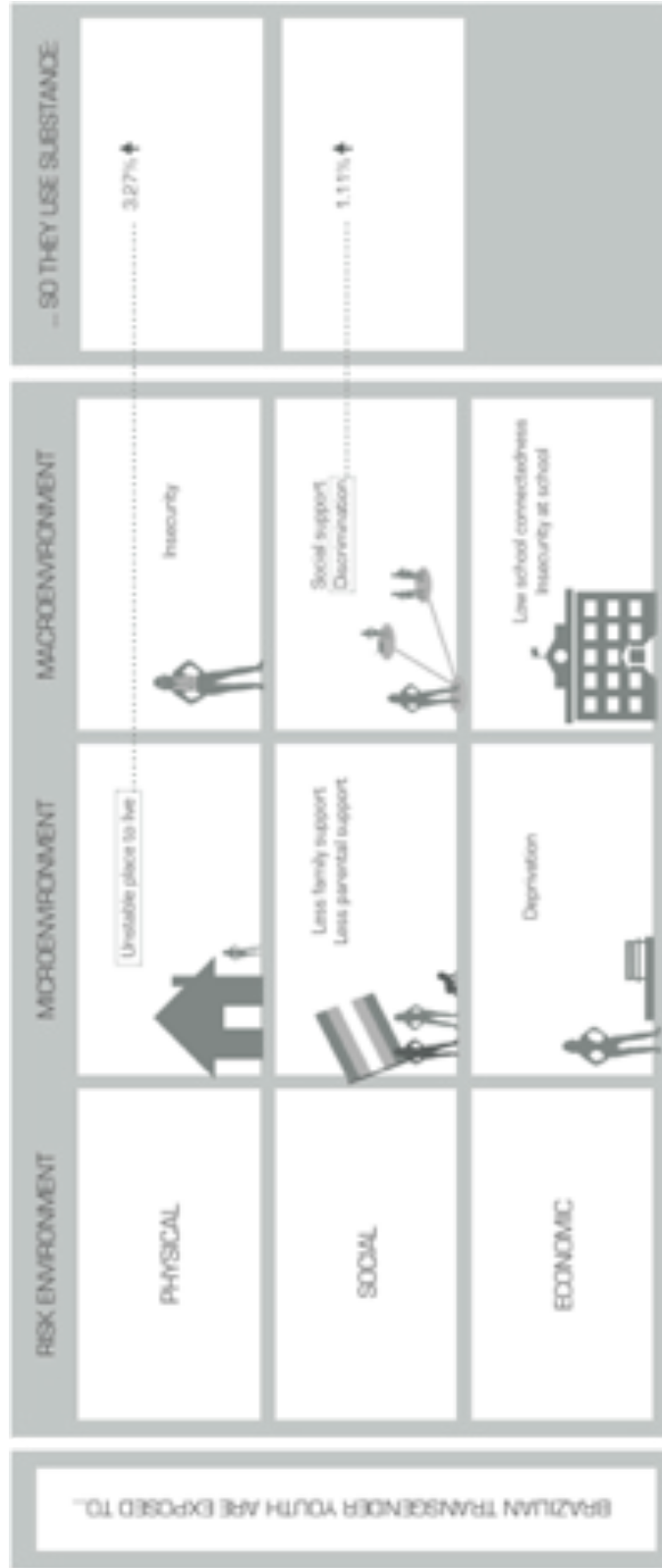
Keywords

Transgender youth; young transgender men; young transgender women; gender diverse youth; substance use; drug use; minority stress theory.

Highlights

- Around 60% of Brazilian transgender youth reported using Cannabis.
- One-third of Brazilian transgender youth utilized pain medications.
- Tranquilizers, cocaine and ADHD medications were utilized by 14.1%, 8.1% and 7.1% of youth.
- Discrimination and home instability were the primary determinants of substance harm among youth.

Graphic abstract



Title page

Title: DEALING WITH GENDER-RELATED AND GENERAL STRESS: SUBSTANCE USE AMONG BRAZILIAN TRANSGENDER YOUTH.

Authors: Anna Martha Vaitses Fontanari MD¹, Paola Fagundes Pase PhD², Siobhan Churchill MSc³, Bianca Soll PhD¹, Karine Schwarz PhD⁴, Maiko Abel Schneider PhD¹, Angelo Brandelli Costa PhD², Maria Inês Rodrigues Lobato PhD¹

¹Department of Psychiatry / Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brazil

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brazil.

³Western University

London, Ontario, Canada.

⁴Centro Universitario Metodista

Porto Alegre, Brazil.

Corresponding author: Anna Martha Vaitses Fontanari / Departamento de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre / CEP 90035-903, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil / Telephone (5551) 3359-8000 / E-mail annamarthavf@gmail.com

Declaration of interest: none.

Detailed disclosures: none.

Role of the funding source: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) provided financial support through scholarships.

Acknowledgments: We thank the Health Equity and Epidemiology Research Group (HEER) for multiple, and very useful, insights. We also thank TransYouth CAN! Team for sharing their survey. We also acknowledge CNPq and CAPES for provide financial support through scholarships.

Ethical Considerations: The project was approved by the Ethical Committee and Research Commission of Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psychology Institute (14221513.4.0000.5334). Volunteers were informed about the research objectives, and the inexistence of direct benefices for joining the survey, before signing the consent. Confidentiality and anonymity were assured, as well as the possibility to withdraw at any time.

Substance use among adolescents is a major public health concern since it enhances adolescent morbidity and mortality, affecting adulthood health and well-being. Furthermore, early age of initial use increases the chances of addiction later in life (Grant, Stinson, & Harford, 2001), impairs decision making (Dom, Sabbe, Hulstijn, & Van Den Brink, 2005), and increases HIV exposure (Solorio, Swendeman, & Rotheram-Borus, 2003). Bearing in mind the adverse social, physical and emotional costs that substance use during adolescence causes, it is of great importance to identify groups, such as transgender youth, that are especially vulnerable to substance use, as well as further explore modifiable factors associated to substance use. Transgender adolescents and young adults endure many challenges related to stigma and discrimination: from subtle (such as barriers to access health care (Costa et al., 2016)) to explicit aggressions (i.e., homicide (Balzer, Hutta, Adrián, & Hyndal, 2012)). Furthermore, they report more frequent episodes of psychological distress, self-harm, depression symptoms, and suicide both ideation and attempts when compared to their cisgender peers (Veale et al., 2015). As exposition to discrimination (Clark, Salas-wright, Vaughn, & Whitfield, 2015; Reisner, Greytak, Parsons, & Ybarra, 2014), mental health symptoms also have been associated to substance use among adolescents (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015). Therefore, it is crucial to further explore substance use among transgender youth.

Although current evidence shows a high risk for substance use among transgender populations, to date, few studies evaluate substance use among transgender youth (Day, Fish, Perez-Brumer, Hatzenbuehler, & Russell, 2017; Reisner, Greytak, Parsons, & Ybarra, 2015). Accordingly, a statewide cross-sectional sample of California middle and high schools evaluated, between 2013 and 2015, 335 transgender and 31.737 cisgender aged 16 to 25 years and verified that the lifetime prevalence of cannabis and multiple drugs use was 2.5 times higher for transgender youth. These findings were consistent with other studies (Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006). Concerning specifically other drugs use prevalence among transgender youth, such as nonmedical use of prescription pain medication, inhalants, diet pills, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) medication, and cold medicine, there is exclusively one research available (De Pedro, Gilreath, Jackson, & Esqueda, 2017). De Pedro and collaborators (2017) performed a secondary data analysis from 2013 to 2015 California Healthy Kids Survey and verified that transgender students were about three times more likely to use cocaine, methamphetamine, inhalant drugs, and prescription pain medication when compared to cisgender peers.

Nevertheless, transgender youth are not *ipso facto* “risky” populations (Gilbert, Pass, Keuroghlian, Green, & Reisner, 2018). “Risk environment” framework shows drug harm as result of social situations and, thus, changes the main responsibility, as well as the focus of harm-reducing actions, from individual to social

perspective (Editorial, 2009). A “risk environment” comprises physical, social, economic and policy aspects that interact in micro and macro environmental levels, creating a place where harm has more chances to occur. Besides describing types of environment (physical, social, economic, policy) and levels of environment influence (micro and macro), “risk environment” framework also includes mechanisms of environment influence (susceptibility and vulnerability). Susceptibility refers to factors that determine the rate at which an epidemic is propagated, whereas vulnerability describes characteristics of a social or economic entity that make it more likely to present a particularly increased morbidity and mortality associated with disease (Barnett, Whiteside, Khodakevich, & Kruglov, 2000). Transgender youth are especially susceptible and vulnerable to substance use due to physical, social, economic and policy factors. Accordingly, a 2013 meta-analysis – that evaluated 12 studies assessing substance use among LGB youth (from 12 to 25 years old) – verified that the strongest risk factors for drug use were victimization, lack of supportive environments, psychological stress, negative disclosure reactions, and housing status (Goldbach & Gibbs, 2015; Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell, & Dunlap, 2014). In addition, hostile school environments (Tharp-Taylor, Haviland, & D’Amico, 2009) and gender minority social stress (Reisner et al., 2015) contribute to substance use among LGBT youth. Substance use among transgender youth may be especially deleterious since they face difficulties to access health services (Costa et al., 2016; Reisner et al., 2015) and to mobilize network support when necessary (Seibel et al., 2018). Thus, “risk environment” plays a vital role in substance use among transgender youth. See Figure 1.

Adolescents and young adults use substances for many reasons, including recreational and social motives as well as to cope with stress. Different justifications usually mean diverse drug types and patterns of use (Boys, Marsden, Griffiths, Stillwell, & Strang, 1999; Hyman & Sinha, 2009). For example, cope with stress is one of the main reasons to use cannabis and utilizing cannabis to deal with stress is more frequent among heavier users (Hyman & Sinha, 2009).

Transgender youth endure stressful situations. According to Minority Stress Theory (Meyer, 2003), belonging to a minority group increases experiences of prejudice, expectations of prejudice, concealment of one’s minority status, and internalization of social stigma. Meyer suggested three main processes by which LGB persons suffer minority stress (Meyer, 1995). First, environmental events, such as verbal harassment and physical assault, resulting from the LGB minority status. Second, the constant anticipation for external events to occur, causing LGB to avoid specific situations. Third, internalized homophobia. These three processes result in poorer health outcomes. The Minority Stress Model was previously applied for transgender persons (Hendricks & Testa, 2012) and substance abuse was studied as a mental health outcome of experiencing chronic stress (Reisner et al., 2014). Brazil has one of the highest transgender homicide numbers in the world (Balzer et al.,

2012) and, in addition to explicit violence, transgender individuals still encounter barriers motivated by direct or indirect discrimination to access basic services (Costa et al., 2018).

Therefore, the present study aims to evaluate the impact of a “risk environment” on substance use specifically to deal with gender and general stress-related situations among Brazilian transgender youth.

2. Methods

From February to April 2018, an online Facebook announcement was displayed for users of Facebook who indicated the following characteristics in their profiles: live in Brazil; ages between 16 and 25 years old; and “liked” pages on Facebook and joined groups or events related to transsexuality, transgender and gender diverse individuals and the LGBT movement. Facebook statistics indicated that the advertisement had 45,741 impressions (number of times the advertisement was shown on the site), with 627 advertisement clicks. The click rate was calculate dividing the total measured clicks by the total measured advertisement impressions. It indicated that 1.37% of the impressions drove individuals to the main page of the study.

2.1 Inclusion criteria

The inclusion criteria were 1) identifying as transgender women, transgender men or gender diverse youth, 2) ages between 16 and 25 years old, 3) living in Brazil, and 4) answered all questions concerning drug use.

2.2 Measures

The survey was modeled after the TransYouth CAN! Project (see <http://transyouthcan.ca/>). TransYouth CAN! is a 9-clinical 2-year cohort study that will document sociodemographic and health-related characteristics of Canadian transgender youth and their parents or caregivers. The procedure for cross-cultural adaptation of the instrument for Brazilian populations was based on Borsa et al. (2012) (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012),

according to the following steps: (1) contextual equivalence and review by expert committee; (2) translation; (3) evaluation by the target audience; and (4) evaluation by the original authors of the instrument. For this study, the survey was adapted for use in the Brazilian population by a group of health practitioners who worked in gender and sexuality diversity and who were assessed by Brazilian transgender and gender diverse community members.

The Brazilian version of TransYouth CAN! questionnaire was grouped into 14 categories: (1) about you; (2) gender experiences; (3) accessing gender affirming care; (4) your live situation; (5) your social world; (6) school experiences; (7) your family; (8) community, support and discrimination; (9) relationships, romance and intimacy; (10) your health and well-being; (11) substance use; (12) your mental well-being; (13) taking care of yourself; and (14) sharing your thoughts.

2.2.1 Gender identity. Gender identity was assessed by the two questions method (Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, 2009). The first question concerns the gender assigned at birth and the second question focus on how the participants describe their gender identity. Participants were included if they reported a gender different from the one assigned to them at birth (Bauer, Braimoh, Scheim, & Dharma, 2017). Based on their self-reported gender identity, participants were re-categorized as young transgender women, young transgender men, and gender diverse youth. Young transgender women were those who were assigned as male at birth but identified as women, transgender women or *travestis*. Young transgender men were those who were assigned as female at birth but identified as men or transgender men. Finally, gender diverse youth were those who identified with a gender identity outside the binaries (male and female), such as queer, non- binary, a-gender, etc.

2.2.2 Substance use. Adapted from TransYouth CAN! survey, participants answered whether, in the last 30 days, they had used any substance, including cannabis and medications that were not prescribed. If they reported use of substances, they were invited to fulfill a list containing all substances utilized in the last 30 days. Among them, cannabis, mushrooms, spice, sizzurp, adrenochromes, poppers or nitrites, crack, cocaine, crystal meth, PCP, ketamine, GHB, LSD, opium, heroin, ecstasy, bath salts, fentanyl, other pain medication (besides fentanyl), sedatives or tranquilizers that were not prescribed, ADHD medication that were not prescribed, huffing gas or other solvents, and other drugs. Finally, they were inquired if the use of substance was to alleviate gender-related stress or general stress, and recreational use.

2.2.3 Physical aspects. Participants responded “Do you feel like you have a stable place to live?” with

“yes” or “no” options. Furthermore, volunteers answered whether they feel safe in their neighborhood, in their home, and in public transportation during day and night using a five levels Likert scale from “totally insecure” to “completely secure”.

2.2.4 Social aspects. The Self-Report Family Inventory evaluates families through five domains: health or competence, conflict, cohesion, leadership, and emotional expressiveness (Beavers & Hampson, 2000; Goodrich, Selig, & Trahan, 2012). It is composed of 36 items answered with a five items Likert-type scale. In particular, the health or competence subscale comprises 19 items that encompass family affection, parental coalitions, problem-solving abilities, autonomy and individuality, optimistic versus pessimistic views, and acceptance of family members. The conflict subscale includes 12 items involving overt versus covert arguing. The cohesion subscale is composed of five items that focus on aspects associated with family togetherness and satisfaction with, for example, time spent together. The leadership subscale consists of three items concerning parental leadership. Finally, the emotional expressiveness subscale comprises six items involving expressions of caring and closeness. The inventory exhibited a satisfactory internal consistency with Cronbach alphas varying from .84 to .93 and test–retest reliabilities of .85 or better (Beavers, Hampson, & Hulgus, 1985; Beavers, & Hampson, 2000).

Parental support for gender identity also was part of TransYouth CAN! survey. It evaluated parental support by inquiring “in general, how supportive of your gender identity or expression is your mother?” and “in general, how supportive of your gender identity or expression is your father?”. A four-item Likert-type scale, varying from “not at all supportive” to “very supportive”, was used for both questions.

The MOS Social Support Survey is composed of four domains (Sherbourne & Stewart, 1991): emotional or informational support, tangible support, affectionate support, and positive social interaction. All questions were answered with a five-items Likert-type scale. The emotional or informational support subscale included eight questions concerning having someone to talk and share personal problems. The tangible support subscale encompasses four questions about actually having help in case of a disease. The affectionate support subscale is composed of three items involving having someone that shows love and make them feel wanted. Finally, the positive social interaction subscale includes three items concerning having someone to share happy moments. The MOS social support survey internal consistency reliability was good with Cronbach alpha coefficients varying from .86 to .92 (Sherbourne & Stewart, 1991).

The discrimination scale was developed by TransYouth CAN! Team. It is composed of nine questions

evaluating previous experiences of discrimination, for example, “because of who you are, have you been called names or heard/saw your identity used as an insult?”. A four-point Likert-type scale was used to answer each question, and it ranged from “never” to “yes, many times in the past year”.

2.2.5 Economic aspects. The Deprivation Scale was developed by TransYouth CAN! Team in order to verify transgender youth access to basic needs. It is composed of five questions each one with a five-point Likert scale from “never” to “always”. For example, “in the last 12 months, how often did you have access to school supplies (like a school bag, notebooks, pencils, etc.) if and when you need them?”.

The School Connectedness is composed of five statements that can be answered with a four-point Likert-type scale ranging from “strongly agree” to “strongly disagree”. For example, “I am happy to be at this school” and “the teachers at this school treat students fairly” (Mcneely, Nonnemaker, & Blum, 2002). The safety at school items were adapted from the Trans Youth Survey and BC Adolescent Health Survey by TransYouth CAN! Team (Veale et al., 2015). It contains seven questions concerning school places where the youth may or may not feel safe, such as, “while at school, how often do you feel safe in your classroom?”. The sentences are answered with a five-point Likert-type scale ranging from “never” to “always”.

2.3 Statistical Analysis

SPSS software version 18.0 was used for data management and statistical analyses. Exclusively participants who answered the questions concerning substance use in the last month were included in the statistical analysis. First, respectively for categorical and continuous variables Pearson chi-square and ANOVA tests were applied to compare young transgender men, young transgender women and gender diverse youth` general characteristics and the substance used. Second, Pearson chi-square and ANOVA tests were applied to compare respectively categorical and continuous sociodemographic characteristics, substance used and modifiable factors variables among three groups: transgender youth who use substance to deal with gender-related stress, who use substance exclusively to deal with general stress and who use substance exclusively with recreational intention. Tukey’s honestly significant difference (HSD) post hoc test was applied after the ANOVA test. Since the same volunteer could report drug use for more than one reason, all the participants that selected gender-related stress were categorized in the first group independently of using substance to also deal with general stress or to have fun. Finally, a multinomial logistic regression model was performed to assess the im-

pact of each modifiable factor that presented $p < 0.05$ in Pearson chi-square or ANOVA tests when comparing the three groups of substance use (to deal with gender-related stress, exclusively to deal with general stress and only with recreational purpose).

3. Results

3.1 General characteristics and substance use among young transgender men, young transgender women and gender diverse youth.

As shown in Table 1, participants have an average of 18.61 (95% CI 18.27-18.95) years. Young transgender women (19.83 years; 18.96-20.71) were older than young transgender men (18.32 years; 95% CI 17.83-18.08) and gender diverse youth (18.24 years; 17.70-18.78) ($p = .001$); the gender identity groups did not present statistically significant differences when comparing, through Pearson chi-square and ANOVA tests, other characteristics. Briefly, the sample was mainly composed by Caucasian (62.03%; CI 95% 54.46-69.59) transgender men (46.97%; CI 95% 40.02-53.92) who live in cities (76.81%; CI 95% 71.06-82.56) from Southeast Brazil (44.78%; CI 95% 37.90-51.65).

The substance use did not vary significantly among gender identity groups. As shown in Table 2, cannabis was the most frequent substance used among transgender youth: 20.88% (CI 95% 23.71-36.19) of participants, and 63.9% of transgender youth who reported drug use, confessed use of cannabis in the previous month. Considering the total sample, 11.45% (CI 95% 11.38-21.47) of volunteers disclosed the use of pain medication, such as codeine, whereas 5.05% (CI 95% 3.71-10.78) revealed the use of sedatives and tranquilizers in the last 30 days. ADHD medication (not prescribed), as well as cocaine and other drugs (such as antihistamines and Hookah), was also reported by 2.36% (CI 95% 0.92-5.84), 2.69% (CI 95% 1.24-6.49) and 4.04% (CI 95% 2.61-8.98) of transgender youth.

3.2 General characteristics and reasons to use substances among transgender youth.

As shown in Table 3, general characteristics did not differ among transgender youth who used substances to deal with gender-related stress, to endure general stress, to “have fun” and who did not report sub-

stance use.

Table 4 summarizes the drug used according to the justification (to deal with gender-related stress, to endure general stress, and to “have fun”). The only substance that differed significantly among groups was sedatives ($p = .021$): tranquilizers were mainly utilized by transgender youth to deal with gender-related stress (22.22% vs. 9.09% and 2.70%).

Cannabis was the preferred drug independently of the reason: 57.41% (CI 95% 48.290-66.52) and 68.18% (CI 95% 48.72-87.64) of transgender youth who use drugs revealed utilizing cannabis to deal with gender-related and general stress respectively, whereas 45.95% (CI 95% 29.89-62.00) of transgender youth reported Cannabis recreational use. The second most prevalent substance reported was pain medications: 24.07% (95% CI 16.19-31.96) and 27.27% (CI 95% 8.66-45.88) of transgender youth disclosed use to face gender-related and general stress respectively, while 40.54% (CI 95% 24.72-56.36) revealed recreational use.

3.3 Modifiable factors and substance use among transgender youth.

As described in Table 5, the modified factors were divided into three main groups: physical, social and economic aspects. All the aspects differed significantly among transgender youth who used substances to deal with gender-related stress, to endure general stress, to “have fun” and who did not report substance use.

Concerning physical aspects, not having a stable place to live was related to higher substance use to face gender-related stress (66.67%; CI 95% 54.09-79.24) than to endure general stress (40.91%; CI 95% 20.36-61.45), recreational use (32.43%; CI 95% 17.35-47.52) and not reporting drugs use (37.93%; CI 95% 27.74-48.12) ($\chi^2(3) = 14.509$; $p = 0.002$). Furthermore, unsafety around the city was associated with using more substance to deal with general stress than to endure gender-related stress ($F(3,190) = 3.456$, $p = .018$).

In relation to social aspects, modifiable factors concerning social structure were associated with an increase in drug use. In particular, experiencing discrimination was associated with higher substance use to deal with gender-related stress when compared to endure general stress, to recreational use and to not report drug use ($F(3,187) = 10.604$, $p = .000$).

Considering economic aspects, less school connectedness was associated with drug use to deal with

gender-related when compared to recreational use ($F(3,165) = 3.222, p = .024$). Feeling unsafe at school, as well as feeling secure around the city, was associated with substance use to deal with gender-related stress when compared to substance use to endure general stress and to “have fun” ($F(3,180) = 3.552, p = .016$).

After a multinomial logistic regression (controlled by home instability, insecurity, school climate, and discrimination), exclusively experiencing discrimination and home instability remained associated with using substance to deal with gender-related stress. As described in Figure 2 and Table 6, having suffered discrimination enhanced 1.183 (95% CI 1.10-1.27 $p = .001$) the odds of using substance, whereas having an unstable home increased 3.270 (95% CI 1.60-6.67 $p = .009$) the odds of using substance.

4. Discussion

To date, this is the first study to describe substance use among Brazilian transgender youth, including young transgender women, young transgender men, and gender diverse youth. Worldwide, it innovates when considering particularities in drug use specifically to endure gender-related and general stress situations in contrast to recreative substance use. It also stands out for assessing the impact of a “risk environment” on drug harm among transgender youth: experiencing discrimination and home instability were associated with using substance to deal with gender-related stress.

Cannabis was the preferred drug among participants who reported substance use in this research, independently of justification. High level of cannabis use was also shown in a 3-year prospective study that evaluated 230 US transgender women aged 19 to 59 years. After alcohol (48.4% to 60.4%), cannabis use was reported by 29.1% to 40.0% participants. Higher odds of alcohol, cannabis and cocaine use (three to four times) were linked to higher levels of physical and psychological gender abuse (Nuttbrock, Bockting, Rosenblum, Hwahng, & Mason, 2014). Another study involving US transgender women (adolescents and mostly adults) showed that cannabis was consumed by 81% of the 38% subjects who used drugs in the past 12 months (Denson et al., 2017).

A multinomial logistic regression model showed that the primary determinants of substance harm among Brazilian transgender youth are physical (home instability) and social (discrimination). Considering physical aspects, in a very plausible response to an unsafe environment, Brazilian transgender youth reported

feeling unsafe in their neighborhoods, their homes, and public transportation during both day and night. The ones that felt less safe used more substance specifically to cope with gender-related stress. A US study that evaluated perceptions of safety using a similar methodology verified that transgender students exhibited a higher history of violent experiences and lower perceptions of safety when compared to their peers (Messman & Leslie, 2018). The same study showed that transgender students report significantly more use of illicit substance and non-prescription substances (Messman & Leslie, 2018). Feeling unsafe is surely much aggravated among transgender youth that experienced homelessness. In a convenience sample of 51 US ethnic-minority young transgender women (aged from 16 to 25 years), 18% reported homelessness; although no association analysis was performed, around 70% of the total sample revealed the previous use of cannabis and other drugs (Garofalo et al., 2006). Transgender youth who experienced homelessness have indeed a particularly high rate of substance use (Cochran, Stewart, Ginzler, & Cauce, 2002) as reported in the present research.

Regarding social issues, the present study showed that previous experiences of discrimination were significantly associated with substance use to deal with gender-related stress. This finding is in accordance with the literature. For example, experiences of discrimination in health care services and the use of substances as a coping mechanism were reported by 28% of 2,578 participants in a study involving transgender men and transmasculine individuals (binary and non-binary) from US (Reisner et al., 2015). Accordingly, 26.3% of 5,612 US transgender women reported alcohol and drugs use to cope with gender abuse (Klein & Golub, 2016), and discrimination based on gender identity was associated to the non-medical use of prescription drugs by 155 US transgender adults (Benotsch et al., 2013).

The present study presents four main limitations. First, even though it is the first study to evaluate substance abuse among Brazilian transgender youth, adolescents and young adults from outside Southern Brazil are underrepresented. Also, the sample is not population-based, preventing prevalence analysis. Second, this sample is composed mostly of white transgender youth able to access the internet and, thus, more marginalized groups may not have had the opportunity to fulfill the online questionnaire. Third, assessing the amount and the frequency of each substance utilized would provide determinant information concerning use patterns; however, these questions were not included in the survey. Finally, the cross-sectional design hampers causality inferences.

Finally, bearing in mind that a “risky” environment was associated with higher odds of substance use, the harm reduction strategies must affect the social and physical aspects of transgender youth lives. For example, US LGBT youth attending schools with a gay-straight alliance reported reduced risk for use cocaine,

hallucinogens, cannabis, non-prescribed ADHD medication and pain medication (Heck et al., 2014). They also presented lower odds of past year discrimination, as well as suicidal thoughts and attempts (Saewyc, Konishi, Rose, & Homma, 2016). A not so easily achievable harm reduction strategy is housing (Thornton et al., 2016). Homelessness transgender youth endure unique adversities: from difficulty to be accepted in shelters to physical and sexual victimization (Quintana, Rosenthal, & Krehely, 2010). Although these challenges are well reported, strategies to actually facilitated transgender youth lives are understudied and often unaddressed.

5. References

- 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. Transgender Europe. Berlin. Retrieved from https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/TvT_research-report.pdf Accessed on January 4, 2019.
- Barnett, T., Whiteside, A., Khodakevich, L., & Kruglov, Y. (2000). The HIV / AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1387–1403. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00104-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00104-0)
- Bauer, G. R., Braimoh, J., Scheim, A. I., & Dharma, C. (2017). Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations. *Plos One*, 12(5), 1–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178043>
- Beavers, W. R., Hampson, R. B., & Hulgus, Y. F. (1985). Commentary: The Beavers systems approach to family assessment. *Family Process*, 24(3), 398–405. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.00398.x>
- Beavers, R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *The Association for Family Therapy*, 22(2), 128–143. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00143>
- Benotsch, E. G., Zimmerman, R., Cathers, L., McNulty, S., Pierce, J., Heck, T., ... Snipes, D. (2013). Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 391–394. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.027>

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 432-432. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., & Strang, J. (1999). Substance use among young people: The relationship between perceived functions and intentions. *Addiction*, 94(7), 1043-50. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94710439.x>
- Clark, T. T., Salas-wright, C. P., Vaughn, M. G., & Whitfield, K. E. (2015). Everyday discrimination and mood and substance use disorders : A latent profile analysis with African Americans and Caribbean Blacks. *Addictive Behaviors*, 40, 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.006>
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., & Cauce, A. M. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*, 92(5), 773–777.
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., ... Koller, S. H. (2016). Healthcare needs of and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, A. B., Fontanari, A. M. V, Catelan, R. F., Schwarz, K., Stucky, J. L., da Rosa Filho, H. T., ... Koller, S. H. (2018). HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS Behav*, 22(8), 2534–2542. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2021-1>
- Day, J. K., Fish, J. N., Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., & Russell, S. T. (2017). Transgender youth substance use disparities: Results from a population-based sample. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 729–735. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>
- De Pedro, K. T., Gilreath, T. D., Jackson, C., & Esqueda, M. C. (2017). Substance Use Among Transgender Students in California Public Middle and High Schools. *Journal of School Health*, 87(5), 303–309. <https://doi.org/10.1111/josh.12499>
- Denson, D. J., Padgett, P. M., Pitts, N., Paz-Bailey, G., Bingham, T., Carlos, J. A., ... Finlayson, T. (2017). Health care use and hiv-related behaviors of black and latina transgender women in 3 us metropolitan

areas: Results from the transgender HIV behavioral survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 75(3), 268–275. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001402>

Dom, G., Sabbe, B., Hulstijn, W., & van Den Brink, W. (2005). Substance use disorders and the orbitofrontal cortex. *British Journal of Psychiatry*, 187(03), 209–220. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.3.209>

Editorial. (2009). Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>

Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>

Gilbert, P. A., Pass, L. E., Keuroghlian, A. S., Green, T. K., & Reisner, S. L. (2018). Alcohol research with transgender populations : A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 186(1), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.016>

Goldbach, J. T., & Gibbs, J. (2015). Strategies employed by sexual minority adolescents to cope with minority stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3):297-306. <https://doi.org/10.1037/sgd0000124>

Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention science*, 15(3), 350–363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>

Goodrich, K. M., Selig, J. P., & Trahan, D. P. (2012). The Self-Report Family Inventory: An exploratory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45(4), 245–256. <https://doi.org/10.1177/0748175612449173>

Grant, B. F., Stinson, F. S., & Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 493–504. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00096-7)

Heck, N. C., Livingston, N. A., Flentje, A., Oost, K., Stewart, B. T., & Cochran, B. N. (2014). Reducing risk

for illicit drug use and prescription drug misuse: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Addictive Behaviors*, 39(4), 824–828. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2014.01.007>

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36(4), 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.005>

Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193–199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>

Mcneely, C. A., Nonnemaker, J. M., & Blum, R. W. (2002). Promoting school connectedness: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of School Health*, 72(4), 138–146. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06533.x>

Messman, J. B., & Leslie, L. A. (2018). Transgender college students: Academic resilience and striving to cope in the face of marginalized health. *Journal of American College Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1465060>

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental-health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.262>

- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., & Mason, M. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women : a 3-year prospective study. *American Journal of Public Health, 104*(11), 2199–2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>
- Quintana, N. S., Rosenthal, J., & Krehely, J. (2010). On the streets: The federal response to gay and transgender homeless youth. Washington, DC: Center for American Progress. Retrieved from: <https://www.americanprogress.org/issues/lgbt/reports/2010/06/21/7983/on-the-streets/> Accessed on 4 January 2019.
- Reisner S. L., Greytak E. A., Parsons J. T., Ybarra M. L. (2014) Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research, 37*-41. doi:10.1080/00224499.2014.886321
- Reisner, S. L., Pardo, S. T., Gamarel, K. E., Hughto, J. M. W., Pardee, D. J., & Keo-Meier, C. L. (2015). Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare. *LGBT Health, 2*(4), 324–332. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0001>
- Saewyc, E. M., Konishi, C., Rose, H. A., & Homma, Y. (2016). School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts, and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in Western Canada. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 5*(1), 1–23. PMID: 26793284.
- Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, M. (2009). Policy recommendations for inclusive data collection of trans people in HIV prevention, care & services. University of California, San Francisco. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/pdf/data-recommendation.pdf> Accessed on January 4, 2019.
- Seibel, B. L., de Brito Silva, B., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Bercht, A. M., Stucky, J. L., ... Costa, A. B. (2018). The impact of the parental support on risk factors in the process of gender affirmation of transgender and gender diverse people. *Frontiers in Psychology, 9*(3), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00399>
- Sherbourne, C. D., Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Sciences and Medicine, 32*(6), 705–734.

32(6), 705–714. PMID: 2035047

Solorio, R., Swendeman, D., & Rotheram-Borus, M. J. (2003). Risk among young gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 80–89. PMID:12630601

Tharp-Taylor, S., Haviland, A., & D'Amico, E. J. (2009). Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.012>

Thornton, R. L. J., Glover, C. M., Cené, C. W., Glik, D. C., Henderson, J. A., Williams, D. R., ... Williams, D. R. (2016). Evaluating strategies for reducing health disparities by addressing the social determinants of health. *Health Affairs*, 35(8), 1416–1423. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1357>

Veale, J., Saewyc, E., Frohard-Dourlent, H., Dobson, S., Clark, B., & Canadian Trans Youth Health, S. R. G. (2015). Being safe, being me: Results of the Canadian trans youth health survey. Retrieved from https://saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2015/05/SARAVYC_Trans-Youth-Health-Report_EN_Final_Web2.pdf
Accessed on 4 January 2019.

Figures



Figure 1. Risk environments. A “risk environment” plays an important role in substance use among transgender youth. Physical (such as having a stable place to live and feeling safe around the city) as well as social (family, parental and social support) and economic (deprivation and school climate) aspects were assessed in the present study.

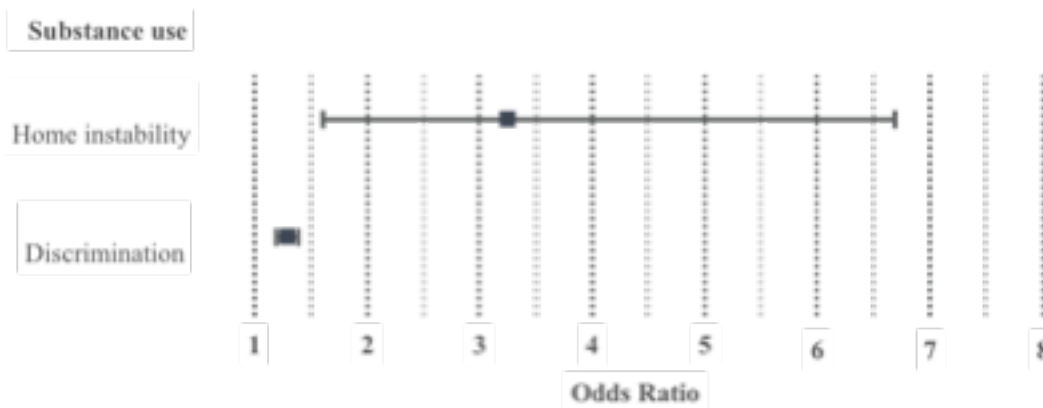


Figure 2. Multivariable logistic regression analyses.

Tables

Table 1. General characteristics of young transgender men and women and gender diverse youth.

Variables	Total			Young transgender men			Young transgender women			Gender diverse youth			p
	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	
Age	18.61	2.47	16.27-18.95	18.52	2.36	17.83-18.08	18.83	2.80	18.56-20.71	18.24	2.14	17.70-18.78	.001 ^a
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	
Ethnicity	156			71			30			49			.305 ^c
White	86	62.03	54.48-68.59	46	67.61	58.72-76.49	20	52.63	38.76-66.51	30	61.22	47.58-74.67	
Non-white	60	37.97	30.41-45.54	23	32.39	21.51-43.28	10	47.37	31.49-63.24	19	38.78	25.13-52.42	
School	207			87			41			68			.361 ^c
Studying	130	62.80	56.22-69.39	63	64.95	55.45-74.44	30	69.18	54.42-81.94	37	56.08	44.09-68.09	
Not studying	77	37.20	30.61-43.78	24	35.05	25.56-44.55	11	31.82	18.05-45.58	29	43.94	31.97-55.91	
Local of residence	207			87			44			68			
City	150	76.81	71.06-82.56	69	71.13	62.12-80.15	38	88.64	79.26-88.01	51	77.27	67.16-87.38	.512 ^c
Suburb	37	17.97	12.68-23.09	20	20.62	12.57-28.70	4	9.09	0.80-17.59	13	19.70	10.10-28.29	
Rural area	6	2.90	0.61-5.18	4	4.12	0.17-8.08	1	2.27	2.13-6.67	1	1.52	1.40-4.46	
Do not know	5	2.42	0.32-4.51	4	4.12	0.17-8.08	0	0.00	0.00-0.00	1	1.52	1.40-4.46	
Brazil region	201			83			43			65			.765 ^c
North	9	4.48	1.82-7.34	5	5.36	0.79-9.96	2	4.85	1.84-10.95	2	3.08	1.12-7.27	
Northeast	25	12.44	7.88-17.00	10	10.75	4.467-17.05	6	13.95	3.80-24.31	9	13.85	5.45-22.24	
Central-West	15	7.48	3.83-11.10	4	4.30	0.18-8.42	4	9.30	0.82-17.98	7	10.77	3.23-18.30	
Southeast	80	44.78	37.90-51.65	41	44.09	34.00-54.18	18	41.85	27.12-55.61	31	47.69	35.55-59.83	
South	62	30.85	24.48-37.23	35	35.48	25.78-45.21	13	30.23	18.51-43.98	18	24.82	14.14-35.09	

Note. Sample size varied according to the question because participants had the possibility to skip sections of the survey. a ANOVA test. b According to Turkey posthoc test, the differences were between young transgender women and young transgender men, as well as between transgender women and gender diverse youth. c Chi-square test.

Table 2. Substance use by gender identity.

Substances	Total			Young transgender men			Young transgender women			Gender diverse youth			p
	207 N	%	95% CI	97 N	%	95% CI	44 N	%	95% CI	66 N	%	95% CI	
Cannabis	82	20.88	23.71-38.19	31	31.96	22.88-41.24	13	29.55	18.08-43.03	18	27.27	18.53-38.02	.812 ^a
Mushrooms	1	0.34	0.46-1.43	1	1.03	0.98-3.04	0	0.00	0.00-0.00	0	0.00	0.00-0.00	.566 ^a
Cocaine	8	2.69	1.24-6.49	4	4.12	0.17-8.08	2	4.55	1.61-10.70	2	3.03	1.11-7.17	.907 ^a
LSD	5	1.88	0.32-4.51	4	4.12	0.17-8.08	0	0.00	0.00-0.00	1	1.52	1.43-4.48	.284 ^a
Fentanyl	1	0.34	0.46-1.43	0	0.00	0.00-0.00	1	2.27	2.13-6.68	0	0.00	0.00-0.00	.155 ^a
Other pain medication besides fentanyl	34	11.45	11.38-21.47	15	15.46	8.27-22.66	4	9.09	0.60-17.59	15	22.73	12.62-32.84	.157 ^a
Sedatives or tranquilizers	15	5.05	3.71-10.78	8	8.25	2.77-13.72	3	6.82	0.63-14.27	4	6.06	0.30-11.82	.863 ^a
ADHD medications^a	7	2.36	0.92-5.84	4	4.12	0.17-8.08	1	2.27	2.13-6.68	2	3.03	1.11-7.17	.838 ^a
Huffing gas and other solvents	2	0.67	0.37-2.30	0	0.00	0.00-0.00	0	0.00	0.00-0.00	2	3.03	1.11-7.17	.116 ^a
Other drugs	12	4.04	2.61-8.98	5	5.15	0.75-9.55	4	9.09	0.60-17.59	3	4.55	0.48-9.57	.566 ^a

Note. Sample size varied according to the question because participants had the possibility to skip sections of the survey. a That were not prescribed. b Chi-Square Test.

Table 3. General characteristics of transgender youth separated by reason to use substance.

Variables	Substance use to...												p
	... deal with gender-related stress			... deal with general stress			... recreational purposes			Did not report substance use			
	59			21			58			Mean	SD	95% CI	
Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI		
Age	18.32	2.30	17.58-18.90	10.71	2.00	17.40-20.00	10.84	2.63	10.05-18.54	10.64	2.47	10.10-19.10	.700
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	
Gender Identity	54	100.00	-	21	100.00	-	37	100.00	-	58	100.00	-	.717
Young transgender men	24	44.44	31.18-57.70	10	47.82	28.28-69.00	18	48.85	32.54-61.75	41	70.67	37.10-80.23	
Young transgender women	10	20.63	17.46-41.51	3	14.29	0.68-25.25	7	18.92	0.30-31.54	10	18.90	10.25-26.83	
Gender diverse youth	19	35.93	14.24-37.81	8	38.10	17.03-60.87	12	31.91	17.05-47.52	7	12.41	23.05-43.71	
Ethnicity	41	100.00	54.52-87.58	18	100.00	-	36	100.00	-	51	100.00	-	.034
White	24	58.54	48.46-73.52	10	65.65	32.60-78.61	20	57.14	40.75-73.54	42	65.96	67.23-80.47	
Non-white	17	41.46	26.38-56.54	8	44.34	21.48-67.40	16	42.86	28.48-58.75	18	34.04	18.53-42.77	
School	54	100.00	-	22	100.00	-	37	100.00	-	57	100.00	-	.211
Studying	38	69.87	54.08-76.24	11	60.00	20.11-70.89	20	54.05	38.00-70.11	50	65.97	59.24-78.69	
Not studying	18	33.33	20.78-45.01	11	60.00	20.11-70.89	17	45.95	20.80-62.00	27	34.03	21.91-40.78	
Local of residence	34	100.00	-	22	100.00	-	37	100.00	-	57	100.00	-	.037
City	42	77.70	60.08-93.97	17	77.27	59.78-94.70	36	94.85	87.31-100.00	50	63.97	59.24-70.69	
Suburb	1	20.37	0.85-31.11	3	13.64	0.70-27.38	1	2.70	2.58-7.93	20	22.96	14.15-31.83	
Rural area	1	1.85	1.74-5.45	0	0.00	0-0	1	2.70	2.58-7.93	4	4.80	0.20-9.00	
Do not know	0	0.00	0-0	2	9.09	2.92-21.10	0	0.00	0-0	3	3.45	0.29-7.28	
Brazil region	51	100.00	-	22	100.00	-	36	100.00	-	56	100.00	-	.411
North	4	7.84	0.48-15.22	3	13.64	0.40-27.48	0	0.00	0.00-0.00	2	2.35	0.85-5.58	
Northwest	3	5.88	0.57-12.34	4	18.18	2.08-34.30	4	11.11	0.85-21.38	12	14.12	8.22-21.52	
Central-West	6	9.90	1.54-17.97	1	4.55	4.10-13.25	3	8.33	0.70-17.36	6	7.65	1.61-12.50	
Southeast	25	48.07	36.30-62.24	8	40.81	20.38-61.45	18	50.00	33.64-68.33	38	49.35	31.85-62.88	
South	14	27.45	15.20-39.40	5	22.73	5.22-40.24	11	30.56	15.51-45.60	28	34.12	24.04-44.20	

Note. Sample size varied according to the question because participants had the possibility to skip sections of the survey. a Chi-Square Test.

Table 4. Substances that transgender youth reported use according to justification.

Substance	Substance use to...									p
	... deal with gender-related stress			... deal with general stress			... recreational purposes			
	54			22			37			
N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI		
Cannabis	31	57.41	48.290-66.52	15	68.18	48.72-87.64	17	45.95	29.89-62.00	.237 ^a
Mushrooms	0	0.00	0-0	1	4.55	4.16-13.25	0	0.00	0.00-0.00	.124 ^a
Cocaine	3	5.56	1.33-9.78	3	13.64	0.70-27.98	2	5.41	1.88-12.69	.409 ^a
LSD	3	5.56	1.33-9.78	2	9.09	2.92-21.10	0	0.00	0-0	.222 ^a
Fentanyl	0	0.00	0.00-0.00	0	0.00	0.00-0.00	1	2.70	2.52-7.93	.355 ^a
Other pain medication besides fentanyl	13	24.07	16.19-31.96	6	27.27	8.66-45.88	15	40.54	24.72-56.36	.231 ^a
Sedatives or tranquilizers	12	22.22	14.56-29.89	2	9.09	2.92-21.10	1	2.70	2.52-7.93	.021^a
ADHD medications^a	6	11.11	5.32-16.91	0	0.00	0-0	1	2.70	2.52-7.93	.107 ^a
Huffing gas and other solvents	1	1.85	0.63-4.34	1	4.55	4.16-13.25	0	0.00	0-0	.440 ^a
Other drugs	5	9.26	3.91-14.60	3	13.64	0.70-27.98	4	10.81	0.81-20.82	.853 ^a

Note. Sample size varied according to the question because participants had the possibility to skip sections of the survey. a Chi-square test.

Table 5. Modifiable factors and substance use among transgender youth.

Modifiable factors	Total			Substance use to...									Did not report substance use			p
				... deal with gender-related stress			... deal with general stress			... recreational purposes						
	200			54			22			37			87			
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	
Physical aspects																
Have a stable place to live (no)	90	45	38.11-51.89	36	66.67	54.09-79.24	9	40.91	20.36-61.45	12.00	32.43	17.35-47.52	33.00	37.93	27.74-48.12	.002
	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	
Feel safe around the city	10.53	4.39	9.91-11.15	9.12	4.49	7.88-10.35	12.31	4.12	10.48-14.13	11.18	4.27	9.75-12.60	10.68	4.25	9.75-11.61	.018
Social aspects																
Social support scale	64.34	20.03	61.48-67.19	59.61	18.63	54.52-64.69	68.14	16.41	60.46-75.82	62.82	20.82	55.77-69.86	67.22	21.01	62.58-71.87	.131
Discrimination scale	26.62	6.62	25.67-27.56	30.63	5.53	29.09-32.17	24.60	6.54	21.54-27.66	26.23	6.83	23.88-28.57	24.78	6.16	23.44-26.11	.000
Self-Report Family Inventory																
Health and competence	49.87	16.18	46.74-53.00	52.76	20.66	44.23-61.29	48.38	16.54	38.39-58.38	46.59	14.29	39.24-53.93	49.92	14.29	45.86-53.98	.664
Conflict	31.79	11.89	29.46-34.13	33.88	11.04	29.32-38.44	30.00	13.77	22.38-37.62	34.93	12.89	27.79-42.07	30.26	11.39	26.91-33.60	.405
Cohesion	11.04	3.89	10.39-11.69	10.92	3.96	9.64-12.21	11.20	4.18	8.89-13.51	10.40	4.01	8.74-12.06	11.35	3.77	10.38-12.32	.776
Expressiveness	11.52	4.41	10.80-12.24	12.30	4.29	10.87-13.73	10.39	4.95	7.93-12.85	11.92	4.17	10.20-13.64	11.24	4.42	10.15-12.33	.427
Leadership	8.30	3.21	7.77-8.82	7.90	3.45	6.78-9.02	8.18	3.70	6.28-10.08	8.71	3.86	7.08-10.34	8.42	2.69	7.75-9.08	.779
Parental support for gender identity																
Mother (no support)	97.00	48.50	41.57-55.43	35.00	64.81	52.08-77.55	10.00	45.45	24.65-66.26	14.00	37.84	22.21-53.46	38.00	43.68	33.26-54.10	0.12
Father (no support)	122.00	61.00	54.24-67.76	39.00	72.22	60.28-84.17	11.00	50.00	29.10-70.89	19.00	51.35	35.25-67.46	53.00	60.92	50.67-71.17	0.44
Economic aspects																
School climate																
School connectedness	11.16	3.90	10.57-11.75	12.34	4.15	11.13-13.56	12.00	4.16	9.78-14.22	9.85	4.01	8.38-11.32	10.78	3.44	9.99-11.57	.024
School security	20.57	9.86	19.13-22.00	17.02	8.74	14.51-19.53	23.89	11.27	18.46-29.33	22.71	8.55	19.62-25.79	21.07	10.16	18.86-23.27	.016
Deprivation scale	21.50	3.80	20.95-22.05	20.46	4.22	19.26-21.66	21.53	2.86	20.15-22.90	21.58	3.89	20.27-22.90	22.09	3.60	21.29-22.88	.126

Note. Sample size varied according to the question because participants had the possibility to skip sections of the survey. a Chi-Square Test. b ANOVA test.

Table 6. Multinomial logistic regression including modifiable factors with p < 0.05.

Modifiable factors	...deal with gender-related stress						Substance use to... ...deal with general stress						...recreational purposes					
	p	OR	95% CI	p	aOR	95% CI	p	OR	95% CI	p	aOR	95% CI	p	OR	95% CI	p	aOR	95% CI
Physical aspects																		
Have a stable place to live (no)	.001	3.270	1.60-6.67	.009	3.225	1.34-7.76	.798	1.133	0.434-2.94	.694	1.287	0.37-4.52	.561	.785	0.35-1.77	.658	.798	0.29-2.17
Feel safe around the city	.042	0.918	0.84-1.00	.420	1.050	0.93-1.18	.119	1.093	0.98-1.22	.169	1.123	0.95-1.32	.560	1.027	0.94-1.12	.573	1.038	0.91-1.18
Social aspects																		
Discrimination scale	.000	1.183	1.10-1.27	.001	1.145	1.06-1.24	.913	.996	0.92-1.07	.950	1.003	0.91-1.11	.269	1.035	0.97-1.10	.391	1.033	0.96-1.11
Economic aspects																		
School climate																		
School connectedness	.033	1.110	1.01-1.22	.705	1.025	0.90-1.17	.245	1.086	0.94-1.25	.143	1.133	0.96-1.34	.239	.931	0.83-1.05	.622	.965	0.83-1.11
School security	.023	0.957	0.92-0.99	.296	.969	0.91-1.03	.248	1.032	0.98-1.09	.510	1.027	0.95-1.11	.411	1.018	0.98-1.06	.740	.990	0.93-1.05

ARTIGO 2: TABAGISMO.

TITLE PAGE

Title: TOBACCO USE AMONG TRANSGENDER AND GENDER NON-BINARY YOUTH IN BRAZIL.

Titulo: USO DE TABACO ENTRE JOVENS TRANSGÊNEROS E NÃO-BINÁRIOS DO BRASIL.

Authors: Anna Martha Vaitses Fontanari MD¹, Siobhan Churchill MSc³, Maiko Abel Schneider PhD¹, Bianca Soll PhD¹, Angelo Brandelli Costa PhD², Maria Inês Rodrigues Lobato PhD¹

¹Department of Psychiatry / Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brazil

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brazil.

³Western University

London, Ontario, Canada.

Corresponding author: Anna Martha Vaitses Fontanari / Departamento de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre / CEP 90035-903, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil / Telephone (5551)

Role of the funding source: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) provided financial support through scholarships.

Acknowledgments: We thank the Health Equity and Epidemiology Research Group (HEER) for multiple, and very useful, insights. We also thank TransYouth CAN! Team for sharing their survey. We also acknowledge both CNPq and CAPES for funding this research through scholarships.

Ethical Considerations: The project was approved by the Ethical Committee and Research Commission of Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psychology Institute (14221513.4.0000.5334). Volunteers were informed about the research objectives, and the inexistence of direct benefits for joining the survey, before signing the consent. Confidentiality and anonymity were assured, as well as the possibility to withdraw at any time.

Declaration of interest: None.

Detailed disclosures: None.

RESUMO

Jovens transgêneros e não-binários são particularmente vulneráveis ao tabagismo e suscetíveis a seus malefícios a saúde. Ou seja, esses grupos estão em especial risco para começar a fumar e, após o início, tendem a apresentar resultados piores quando comparados a seus pares cisgêneros. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto de fatores associados ao uso do tabaco em jovens transgêneros e não-binários. Jovens brasileiros, com idade entre 16 e 25 anos, que se identificam como transgêneros ou não-binários responderam um questionário *on-line*. Uma Regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para prever o consumo de cigarros com base em fatores individuais e ambientais. 14,1% de 206 jovens relataram fumar cigarros diariamente, enquanto 9,3% dos participantes revelaram fumar cigarros eletrônicos ocasionalmente. Uso de drogas, falta de suporte social, experiências de privação, discriminação, espera para procedimentos médicos de afirmação de gênero e evasão escolar foram associados ao consumo de cigarros entre jovens transgêneros e não-binários brasileiros. Sendo assim, os fatores individuais e contextuais citados devem receber especial enfoque no planejamento de intervenções de prevenção e interrupção do tabagismo voltados a jovens transgêneros e não-binários brasileiros.

Palavras-chave: transgêneros, diversidade de gênero, juventude, tabagismo.

ABSTRACT

Transgender and gender non-binary youth are particularly vulnerable to tobacco smoking and susceptible to smoking adverse health outcomes. That is, they are in special risk to start smoking and, after starting, they may face worse outcomes when comparing to their cisgender peers. Therefore, the present study aims to evaluate the impact of associated factors on tobacco use among transgender and gender non-binary youth. Brazilian youth aged 16 to 25 who identify as transgender or gender non-binary answered an online questionnaire. Poisson regression with robust variance was run to predict smoking cigarettes based on individual and environmental factors. 14.1% of 206 youth reported smoking cigarettes daily, whereas 9.3% of participants reported smoking e-cigarettes occa-

sionally. Drug use, lack of social support, deprivation, discrimination, the wait for medical gender-affirming procedures and being outside school were associated with smoking cigarettes. Contextual and individual factors should be further explored in causal analysis and taken into consideration when planning smoking prevention and cessation interventions for transgender and gender non-binary youth.

Key-words: gender non-binary youth, smoking, tobacco, transgender youth.

Titulo: USO DE TABACO ENTRE JOVENS TRANSGENEROS E NÃO-BINÁRIOS DO BRASIL.

Title: TOBACCO USE AMONG TRANSGENDER AND GENDER NON-BINARY YOUTH IN BRAZIL.

RESUMO

Jovens transgêneros e não-binários são particularmente vulneráveis ao tabagismo e suscetíveis a seus malefícios a saúde. Ou seja, esses grupos estão em especial risco para começar a fumar e, após o início, tendem a apresentar resultados piores quando comparados a seus pares cisgêneros. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar fatores associados ao uso do tabaco em jovens transgêneros e não-binários. Jovens brasileiros, com idade entre 16 e 25 anos, que se identificam como transgêneros ou não-binários responderam um questionário *on-line*. Uma Regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para prever o consumo de cigarros com base em fatores individuais e ambientais. 14,1% de 206 jovens relataram fumar cigarros diariamente, enquanto 9,3% dos participantes revelaram fumar cigarros eletrônicos ocasionalmente. Uso de drogas, falta de suporte social, experiências de privação, discriminação, espera para procedimentos médicos de afirmação de gênero e evasão escolar foram associados ao consumo de cigarros entre jovens transgêneros e não-binários brasileiros. Sendo assim, os fatores individuais e contextuais citados devem receber especial enfoque no planejamento de intervenções de prevenção e interrupção do tabagismo voltados a jovens transgêneros e não-binários brasileiros.

Palavras-chave: transgêneros, diversidade de gênero, juventude, tabagismo.

ABSTRACT

Transgender and gender non-binary youth are particularly vulnerable to tobacco smoking and

susceptible to smoking adverse health outcomes. That is, they are in special risk to start smoking and, after starting, they may face worse outcomes when comparing to their cisgender peers. Therefore, the present study aims to evaluate factors associated with tobacco use among transgender and gender non-binary youth. Brazilian youth aged 16 to 25 who identify as transgender or gender non-binary answered an online questionnaire. Poisson regression with robust variance was run to predict smoking cigarettes based on individual and environmental factors. 14.1% of 206 youth reported smoking cigarettes daily, whereas 9.3% of participants reported smoking e-cigarettes occasionally. Drug use, lack of social support, deprivation, discrimination, the wait for medical gender-affirming procedures and being outside school were associated with smoking cigarettes. Contextual and individual factors should be further explored in causal analysis and taken into consideration when planning smoking prevention and cessation interventions for transgender and gender non-binary youth.

Key-words: gender non-binary youth, smoking, tobacco, transgender youth.

INTRODUCTION

Transgender and gender non-binary youth face many adversities related to stigma and discrimination. In fact, they endure a broad spectrum of gender-related discrimination that, in Brazil, may present as more subtle barriers (such as difficulty accessing general health care¹) as well as very explicit violence (for example, homicide²). Chronic stress as a result of marginalization increases the prevalence of depressive symptoms, psychological distress, suicide, substance abuse and smoking among this population^{3,4}.

Currently, smoking cigarettes is the leading cause of preventable disease and death worldwide⁵. The smoking epidemic is on a decline in developed countries while rapidly on the rise in developing countries⁶. In Brazil, an estimated 13.6% of all adult deaths are attributable to smoking-related chronic airway obstruction, lung cancer, ischemic heart disease and cerebrovascular disease⁷. Smoking tobac-

co is an especially concerning issue among adolescents and young adults since experimenting with cigarettes in youth increases the odds of addiction and, thus, continuing to smoke in adulthood⁸. Besides, early smoking increases risk of using other psychoactive substances⁹ and aggravates the health impacts of tobacco¹⁰. For example, smokers who started smoking before 15 years of age present twice the risk of lung cancer when compared with those who had started after 20 years of age¹⁰. Smoking may be especially deleterious for transgender and gender non-binary youth who seek gender-affirming medical treatment, such as hormonal therapy and surgery, because it increases risk of thromboembolic events¹¹ and worse surgical outcomes¹².

To date, there is scarce data concerning cigarette smoking among transgender and gender non-binary youth worldwide^{13,14}; regarding Brazilian transgender and gender non-binary youth, there is no known published data. An American retrospective cross-sectional analysis of electronic health records involving 46 transgender patients ages 12 to 29 found that 21.74% of them were current smokers¹³. Another US study, encompassing 2,369 transgender students, found that transgender adolescents exhibited the highest prevalence of substance use (including smoking and vaping) compared to cisgender males and females, including cisgender Lesbian, Gay and Bisexual (LGB) students³.

The disparities in smoking rates between gender and sexuality minorities and cisgender heterosexual peers may be explained by several factors: from personal characteristics (i.e., other substance use) and interpersonal relationships (i.e., social support) to environmental (i.e., discrimination and deprivation) and structural issues (i.e., security and lack of health care access). A systematic review, that assessed papers focusing on tobacco use among sexual minorities, listed personal characteristics, such as depression, alcohol use and stress as possible reasons for these differences¹⁵. Considering interpersonal relationships, a qualitative US study, which interviewed LGBT youth, found that stress to “fit in” and peer pressure was the most frequently cited reasons for smoking¹⁶. Furthermore, youth that reported rejection by family and peers, as well as lack of support, use more tobacco^{3,16}. Environmental and structural factors were also determinants to cigarette use. Among them, victimization¹⁵ and waiting more time to access medical gender-affirming procedures (such as hormone therapy)¹³ were associated with a higher prevalence of smoking.

Electronic cigarettes (or e-cigarettes) are battery-powered nicotine delivery devices¹⁷. E-ciga-

rettes were first released in 2004 with the promise of reducing tobacco risks¹⁷. Since then, their popularity has increased rapidly, while issues concerning their safety and efficacy for smoking cessation remain controversial¹⁸. For this reason, the WHO Framework Convention on Tobacco Control recommends avoiding the promotion of e-cigarettes, especially among youth¹⁹. Accordingly, the Brazilian Health Regulatory Authority Agency, in 2009, introduced policy banning the sale, import and advertisement of e-cigarettes²⁰. However, there is evidence that e-cigarettes are being illegally sold in Brazil²¹. Furthermore, recent research shows that 4.6% of 721 Brazilian students had used e-cigarettes in the past six months²¹. In contrast to cigarettes, e-cigarettes are predominately utilized by more educated Brazilian youth who perceive e-cigarettes to be harmless²¹.

The present study aims to evaluate factors associated with tobacco use among transgender and gender non-binary youth.

METHODS

Theoretical Framework

The Bioecological Model for Human Development emphasizes development as systemic and dynamic, meaning that it is composed of many different trajectories depending on interactions between persons and their immediate environments²². Considering the mature version of Bronfenbrenner's ecological theory, this interaction is a combination of four components: Process, Person, Context and Time (PPCT)²². Accordingly, this study evaluates the Process of starting to smoke cigarettes and e-cigarettes. It includes Person as features that may influence smoking, such as previous history of substance, as well as demographic characteristics and deprivation experiences. The study design presents a particular interest in assessing Context, mainly because public policies may have a more critical impact on changing environment than directly affecting one's personality. Thus, Micro and Mesosystems included information concerning family and school relationships, whereas Exo and Macrosystems encompassed discrimination experiences and social support. See Figure 1.

While the PPCT model may help to explain smoking among adolescents in the general population, Minority Stress Theory clarifies the higher smoking rates found among transgender youth. The Minority Stress Model was designed to explain the higher prevalence of mental disorders among LGB populations when compared to heterosexual groups²³, but it was also applied for transgender persons²⁴. Briefly, Meyer proposed three main processes that affect LGB populations: external events that occur as a result of one's minority status, the anticipation that these external stressors will happen, and internalized homophobia. These three processes result in worse mental health outcomes. Considering Minority Stress Theory, being transgender may affect both Person and Context Bronfenbrenner's categories. Accordingly, being perceived as transgender (a Demand characteristic) may affect interactions, for example, aggravating school interactions with both peers and teachers²⁵. Furthermore, Resources characteristics may be affected by internalized transphobia, since it has been associated with poorer coping skills²⁶ and low self-esteem²⁷. Regarding Context, both victimization and stigma anticipation highly vary according to macrosystems. That is, living in communities with high structural stigma enhances sexual minority violent deaths rates²⁸.

Participants

Participants were recruited by convenience sampling through a Facebook announcement that was available from February to April 2018. The advertisement was visible for Facebook users who lived in Brazil; were between 16 and 25 years old; and "liked" or joined groups or events related to transsexuality. Facebook statistics suggested that 1.37% of the impressions directed volunteers to the main page of the study.

Ethical Considerations

The project was approved by the Ethical Committee and Research Commission of Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psychology Institute (14221513.4.0000.5334). Volunteers were informed about the research objectives, and the inexistence of direct benefices for joining the survey, before signing the consent. Confidentiality and anonymity were assured, as well as the possibility to withdraw at any time.

Measures

The survey was modeled after the TransYouth CAN! Project, a cohort study that will document sociodemographic and health-related characteristics of Canadian transgender and gender non-binary youth and their parents/caregivers. The procedure for cross-cultural adaptation of the instrument for Brazilian populations was based on Borsa et al. (2012)²⁹.

The present study assessed modifiable (study, place of residence, drug and alcohol use) and non-modifiable (age, ethnicity) individual-level factors, as well as interpersonal relationships (social and familial support), environmental issues (discrimination and deprivation) and structural issues (insecurity and lack of health care access).

Process

Regarding smoking, participants answered whether they currently smoke both cigarettes and e-cigarettes (or vaping), choosing between “yes” or “no” options.

Person

Gender identity was assessed by the two-step method³⁰. The first question concerns the sex assigned at birth and the second question asks how the participants describe their gender identity. Participants were included if they reported a gender different from the sex assigned to them at birth. Based on their self-reported gender identity, participants were re-categorized as young transgender women, young transgender men and gender non-binary youth. Young transgender women were those who were designated as male at birth but identified as women, transgender women or *travestis* (cultural-specific term). Young transgender men were those who were designated as female at birth but identified as men or transgender men. Finally, gender non-binary youth were those who identified with a gender identity outside the binaries (male and female), such as queer, non-binary, a-gender, and others.

In order to evaluate substance use, participants answered whether, in the last 12 months, they had used any substance, including cannabis and medications that were not prescribed.

The Deprivation Scale was developed by TransYouth CAN! Team in order to verify whether transgender youth had access to basic needs. It is composed of five questions each one with a 5-point Likert scale from “always” to “never”. For example, “in the last 12 months, how often did you have access to proper seasonal clothing (such as coat, hat, boots, etc.) if and when you need them?”.

Access to medical gender-affirming processes was measured by asking participants who reported the desire to access gender-affirming procedures whether they were still waiting to access or have already accessed medical services that provide, for example, hormone therapy.

Context

To assess family cohesion, transgender youth were asked to choose, using a scale of one to five, from “my family works well together” to “we really need help”. This question is part of Self-Report Family Instrument³¹.

The MOS Social Support Scale is composed of four domains³²: emotional/ informational support, tangible support, affectionate support and positive social interaction. All questions were answered with a five-item Likert-type scale. The emotional/informational support subscale included eight questions concerning having someone to talk and share personal problems. The tangible support subscale includes four questions about actually having help in case of disease. The affectionate support subscale is composed of three items involving having someone that shows love and make them feel wanted. Finally, the positive social interaction subscale includes three items concerning having someone to share happy moments with.

The discrimination scale was developed by the TransYouth CAN! Team. It is composed of nine questions evaluating previous experiences of discrimination, for example, “because of who you are, have you been called names or heard/saw your identity used as an insult?”. A four-point Likert-type scale was used to answer each question, ranging from “never” to “yes, many times in the past year”.

The instrument to evaluate security was developed by TransYouth CAN! Team. It encompasses four questions each one with a 5-point Likert scale from “always” to “never”. For example, “how often do you feel safe in the following places: in your neighborhood in the daytime?”.

Statistical Analysis

SPSS software version 18.0 was used for data management and statistical analyses. Ethnicity, age, gender identity, the Brazilian region, substance use, and family structure were transformed into dummy variables, whereas security, social support, deprivation and discrimination were included as continuous variables. Shapiro-Wilks test of normality was utilized to assess the normality of continuous variables. When the assumption of normality was confirmed, t-tests were applied. When either one or both of group’s data was not normally distributed, or the groups` sizes differed significantly, Mann-Whitney U Tests were utilized.

Since the prevalence of smoking cigarettes was higher than 10% among transgender and gender non-binary youth, the odds ratio from a logistic regression model would overestimate the risk ratio. Thus, Poisson regression with robust variance was applied to estimate crude prevalence ratios (PR) for smoking cigarettes, with individual and contextual factors as independent variables³³. The first set of models considered all independent variables individually to produce crude PRs, while the second model included all individual- and contextual-level factors to produce adjusted PRs.

RESULTS

General characteristics

A total of 206 participants were included. Among them, 97 (47.1%) were identified as transgender boys, 43 (20.9%) as transgender girls, and 66 (32.0%) as gender non-binary youth. The mean age of participants was 18.6. More than a half (62.0%) of transgender and gender non-binary youth were currently in school, either in middle/high school or undergraduate programs. They were mainly

Caucasian and located in Southern Brazil. Concerning general characteristics, transgender and gender non-binary youth who smoked were older ($p = .015$) and were more frequently currently in school ($p = .014$) compared to transgender and gender non-binary youth who did not smoke. It is noteworthy that, as described in Table 1, no statistically significant difference was found among transgender boys, transgender girls and gender non-binary youth concerning smoking status. For more detail on general characteristics see Table 2.

Smoking prevalence among transgender youth

Fourteen percent of transgender and gender non-binary youth reported smoking cigarettes daily, whereas 9.3% of participants referred to smoke e-cigarettes occasionally. Only one participant reported smoking e-cigarettes daily in contrast with 29 transgender and gender non-binary youth who smoked cigarettes daily.

Factors associated with smoking cigarettes

As shown in Table 2, participants who smoked cigarettes reported more experiences with discrimination ($p = .006$) and deprivation ($p < .001$), as well as reported waiting for gender-affirming procedures ($p = .024$) and using drugs more frequently in the last 12 months ($p < .001$) compared to transgender youth who did not smoke cigarettes.

Poisson regression with robust variance was run to predict smoking cigarettes based on individual-level factors (age, study, ethnicity, drug use and Brazil region) and contextual factors (discrimination, security, social support, deprivation, family support and previous access to medical gender-affirming process). As shown in Figure 2, a generally less supportive Context was associated with an elevated prevalence of smoking cigarettes compared to those with a more supportive contextual environment. More precisely, lack of social support (PR = 1.004, 95% CI 1.000-1.007), deprivation (PR = 1.125, 95% CI 1.034-1.225), discrimination (PR = 1.011, 95% CI 1.001-1.022), the wait for medical gender-affirming procedures (PR = 1.203, 95% CI 1.001-1.431) and being outside school (PR = 1.146, 95% CI 1.005-1.307) were associated with smoking cigarettes. Among individual-level variables, only drug use was associated with smoking (PR = 1.172, 95% CI 1.051-1.307). See Table 3.

DISCUSSION

To date, the present research is the first to assess the associations of Person (age, ethnicity, study, place of residence and drug use) and Context factors (social and familial support, discrimination and deprivation, insecurity and lack of healthcare access) with smoking among transgender and gender non-binary youth. Furthermore, it is the only study that attempts to estimate the prevalence of smoking (both e-cigarettes and cigarettes, respectively) among transgender and gender non-binary youth who live in a developing country. While the observed prevalence and associations should be considered exploratory given the lack of population-based sample, they remain valuable given the paucity of data on Brazilian transgender and gender non-binary youth and the practical impediments to capturing such a group with population-based sampling.

According to the current study, in comparison to Brazilian students captured by Barreto et al. (2014), transgender youth presented a 2.3 times higher prevalence of tobacco use (14.1%, 6.1%)⁵⁰. While these two samples cannot be compared directly, previous literature on Minority Stress Theory and substance use among transgender youth supports the finding that this population may engage more frequently in smoking than non-transgender youth. According to Minority Stress Theory, belonging to a minority group generates chronic exposure to three principal forms of stress^{23,24,34}. First, transgender youth suffer from explicit discrimination, such as verbal harassment or physical assault. For example, according to the Trans Murder Monitoring Project, Brazil has one of the highest numbers of transgender homicides in the world². Also, among LGBTQ+ populations, transgender people are the most frequent victims of hate crimes, including severe bodily injury and homicide³⁵. Second, transgender youth are in constant anticipation of adverse external events, which leads to avoidance of specific situations. For example, Brazilian transgender and gender non-binary people that reported previous experiences of discrimination from health care providers avoided seeking medical assistance, even during emergency situations¹. Finally, experiencing internalized transphobia may cause, for example, fear of disclosing their gender identities and sexual orientations to health care professionals³⁶. Similarly, the present study shows that minority-stressors such as suffering discrimination and lack of social support, as well as facing barriers to access gender-affirming medical care, may increase the prevalence of cigarette

smoking among transgender youth.

Factors at the structural level appeared to have a stronger influence on smoking than individual-level factors. These factors included having difficulty to access gender-affirming medical care and not attend school. In accordance, current data show that transgender youth who experienced incongruent puberty presented higher rates of anxiety and depression, and gender-affirming medical assistance attenuates these symptoms^{37–39}. Also supporting the results, transgender students have reported high levels of school victimization^{40,41}, leading to depression, self-harm, and suicidal ideation⁴². Since smoking has been listed as a stress-related coping strategy⁴³, the higher prevalence of smoking among transgender and gender non-binary youth who experience more structural barriers is not surprising. The absence of governmental strategies to address these structural barriers is, however, outstanding. According to the Resolution No 8/13 of the Brazilian Federal Council of Medicine, outpatient clinics specialized on gender identity and behavior can provide care to children and adolescents exclusively as research projects. Even though many outpatient clinics support adults, currently, there are only two hospitals able to provide hormonal suppression and therapy to Brazilian transgender youth: Gender Identity Program (PROTIG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and Ambulatory of Gender Identity and Sexual Orientation (AMTIGOS) at Hospital de Clínicas de São Paulo (HCFMUSP), respectively from South and Southern Brazil. Regarding strategies to alleviate transgender youth victimization in schools, in 2004, a federal government program named “Brazil Without Homophobia” was launched. Producing and distributing educational materials on gender identity and sexual orientation diversity in schools was among its main objectives. Nevertheless, the material was only finalized in 2011 and, in response to pressure from conservative sectors of society, had its release postponed. To date, it has not been launched.

Populations victimized with chronic stress, such as African Americans, exhibit higher smoking incidence, greater tobacco dependence⁴⁴ and poorer cessation outcomes⁴⁵. Although no data is focusing on interventions specially developed for transgender and gender non-binary youth, it is safe to assume that – since they also use smoking to manage discrimination, low social support, and insufficient material resources – they would endure some similar difficulties with other groups victimized by minority stress. The Last Drag was an American seven-session group workshop tailored for LGBT smokers.

The results of this intervention were promising: 60% of participants were smoke-free at the end of the intervention, and 36% remained smoke-free six months post-intervention⁴⁶. Transgender and gender non-binary youth, however, do not exclusively carry “transgender” status, they also face issues that are common for adolescents and young adults. US adolescents aged 18 to 25 smoke more than any other age group⁴⁷ and, even though more than half want to quit or reduce smoking⁴⁸, only a few are successful⁴⁸. A randomized controlled trial, including 164 young adults (from 18 to 25 years old), evaluated the effectivity of a text messaging-based smoking cessation program⁴⁹. They also obtained satisfactory results: intervention participants (39%) were more likely than the control group (21%) to have quit at four weeks post intervention⁴⁹. It is clear that interventional programs should be adjusted according to the main factors affecting smoking among transgender and gender non-binary youth: deprivation, discrimination, difficulty in accessing specialized care and not attending school.

The present research is the first to evaluate the prevalence of e-cigarette use among transgender and gender non-binary youth from a developing country. Nine percent of transgender and gender non-binary youth occasionally use e-cigarettes; thus, Brazilian transgender and gender non-binary youth presented 2.0 times higher rate of smoking e-cigarettes when compared to Brazilian youth. Similarly, it has been shown that US transgender adults have a higher risk than cisgender adults to use novel tobacco products, such as e-cigarettes¹⁴. Factors associated with e-cigarette smoking appear to differ from those associated with cigarette smoking, including a low perception of harmfulness and a higher educational level²¹.

This study has some limitations. First, and most important, the recruitment strategy was convenience sampling. Although being the first Brazilian research to evaluate smoking among transgender and gender non-binary youth, adolescents and young adults from outside Southern Brazil are under-represented. Furthermore, this sample is composed of transgender and gender non-binary youth able to access the internet and more marginalized groups may not have had the opportunity to access the online questionnaire. Therefore, the sample does not represent the Brazilian transgender and gender non-binary youth population; consequently, it is not possible to definitively assess smoking prevalence. However, this study had the advantage of including participants without requiring parental consent, meaning that transgender and gender non-binary youth with and without parental support for their gen-

der identity were likely included. Second, the cross-sectional design and small sample size precluded the authors from assessing causality between the given risk factors and smoking. The present study should be considered exploratory, and if possible supplemented by more extensive, population-based studies. It is the authors' hope that this study may serve as a starting point for further research on the causes of smoking among transgender and gender non-binary youth in developing countries.

CONCLUSION

This study provides the first exploratory evidence that smoking prevalence may be elevated among Brazilian transgender and gender non-binary youth compared to population-based estimates from the general population. Furthermore, minority stressors such as lack of access to gender-affirming medical care may contribute to this elevated prevalence. Future studies should continue to investigate these potential differences, acknowledging that stressors and determinants of smoking may be distinct for LGB youth compared to gender non-binary youth. Furthermore, research should focus on developing and evaluating smoking prevention and cessation interventions designed specifically for transgender and gender non-binary adolescents and young adults – that is, programs that take into account population-specific barriers to health including deprivation, discrimination, and lack of access to necessary medical care.

REFERENCES

1. Costa AB, da Rosa Filho HT, Pase PF, et al. Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *J Immigr Minor Heal* 2016;0(0):1-9.
2. Balzer C, Hutta JS, Adrián T, Hyndal P. *Transrespect versus transphobia worldwide: A compar-*

ative review of the human-rights situation of gender-variant/trans people. Berlin; 2012. Available on https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/TvT_research-report.pdf.

3. Coulter RWS, Bersamin M, Russell ST, Mair C. The effects of gender- and sexuality-based harassment on lesbian, gay, bisexual, and transgender substance use disparities. *J Adolesc Heal*. 2018;62(6):688-700.
4. Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among canadian transgender youth. *J Adolesc Heal*. 2017;60(1):44-49.
5. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*. 2014;370:69-8.
6. Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child. *Pediatrics*. 2006;118(3):890-905.
7. Corrêa PCRP, Barreto SM, Passos VMA. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. *BMC Public Health*. 2009;13(9):1-13.
8. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Whiteman M, Cohen P, Finch SJ. Developmental trajectories of cigarette smoking from adolescence to the early thirties: Personality and behavioral risk factors. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(8):1283-1291.
9. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L De, Crespo C. Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents. *J Epidemiol Community Heal*. 2012;66:723-730.
10. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000;321:323-329.
11. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during

- cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *Eur J Endocrinol.* 2013;169(4):471-478.
12. Goddard JC, Vickery RM, Qureshi A, Summerton DJ, Khoosal D, Terry TR. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: Early and long-term surgical results. *BJU Int.* 2007;100(3):607-613.
 13. Menino DD, Katz-Wise SL, Veters R, Reisner SL. Associations between the length of time from transgender identity recognition to hormone initiation and smoking among transgender youth and young adults. *Transgender Heal.* 2018;3(1):82-87.
 14. Buchting FO, Emory KT, Kim Y, Fagan P, Vera LE, Emery S. Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *Am J Prev Med.* 2016:1-7.
 15. Blosnich J, Lee JGL, Horn K. A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tob Control.* 2014;22(2):66-73.
 16. Remafedi G. Lesbian, gay, bisexual, and transgender youths: Who smokes, and why? *Nicotine Tob Res.* 2007;9(1):65-71.
 17. Cobb NK, Byron MJ, Abrams DB, Shields PG. Novel nicotine delivery systems and public health: the rise of the “e-cigarette”. *Am J Public Heal.* 2010;100(12):2340–2342.
 18. Chapman SLC, Wu L-T. E-cigarette prevalence and correlates of use among adolescents versus adults: A review and comparison. *J Psychiatr Res.* 2015;54:43-54.
 19. WHO. *WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva: World Health Organization; 2003.
 20. ANVISA. *Resolução RDC No 46, de 28 de Agosto de 2009. Prohibits the Commercialization, Import and Propaganda of any Electronic Device for Smoking, Known as Electronic Cigarette (Proíbe a Comercialização, Importação e Propaganda de Quaisquer Dispositivo Eletrônico Para Fumar, Conhecidos Como Cigarro Eletrônico).* Brasília - DF; 2009.

21. Perez CDA, Thrasher JF, Szklo M, et al. Electronic cigarette awareness, use, and perception of harmfulness in Brazil: findings from a country that has strict regulatory requirements. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):138-147.
22. Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Sage; 2005.
23. Meyer IH. Minority stress and mental-health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):38-56.
24. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;43(5):460-467.
25. Greytak EA, Kosciw JG, Diaz EM. *Harsh Realities: The Experiences of Transgender Youth in Our Nation's Schools*. New York; 2009.
26. Mizock L, Mueser KT. Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2014;1(2):146-158.
27. Austin A, Goodman R. The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *J Homosex*. 2017;64(6):825-841.
28. Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med*. 2014;103:33-41.
29. Borsa JC. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations (Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações). *Padeia*. 2012;22(53):423-432.
30. Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes M. *Policy Recommendations for Inclusive Data Collection of Trans People in HIV Prevention, Care & Services*. University of Cal-

ifornia, San Francisco; 2009. Available on <http://transhealth.ucsf.edu/pdf/data-recommendation.pdf>.

31. Beavers R, Hampson RB. The Beavers systems model of family functioning. *Assoc Fam Ther*. 2000;22:128-143.
32. Sherbourne CD, Stewart AL, Corporation TR, Street M, Monica S. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-714.
33. Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;13:1-13.
34. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-697.
35. Calaf PP, Bernardes GC, Rocha GS. *Report on homophobic violence in Brazil: Year of 2011 (Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: Ano de 2011)*. Bras Secr Direitos Humanos. 2012.
36. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1):2.
37. Kivalanka KA, Weiner JL, Mahan D. Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *J GLBT Fam Stud*. 2014;10(4):354-379.
38. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696-704.
39. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who

are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153223-e20153223.

40. Day JK, Perez-Brumer A, Russell ST. Safe schools? Transgender youth' s school experiences and perceptions of school climate. *J Youth Adolesc*. 2018;47:1731-1742.
41. Grossman AH, Haney AP, Edwards P, et al. Lesbian, gay, bisexual and transgender youth talk about experiencing and coping with school violence: A qualitative study. *J LGBT Youth*. 2009;6(1):24-46.
42. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress among lgbt youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc*. 2009;38(7):1001-1014.
43. Liautaud MM, Leventhal AM, Pang RD. Happiness as a buffer of the association between dependence and acute tobacco abstinence effects in African American smokers. *Nicotine Tob Res*. 2017;1-8.
44. Branstetter SA, Mercincavage M, Muscat JE. Predictors of the nicotine dependence behavior time to the first cigarette in a multiracial cohort. *Nicotine Tob Res*. 2014;17(7):819-824.
45. Feigelman W, Gorman B, Feigelman W, Gorman B. Toward explaining the higher incidence of cigarette smoking among black Americans. *J Psychoactive Drugs*. 1989; 21(3):299-305.
46. Eliason MJ, Dibble SL, Rn D, et al. The last drag: An evaluation of an LGBT-specific smoking intervention. *J Homosex*. 2012;59(6):864-878.
47. CDC. Vital signs: current cigarette smoking among adults aged ≥ 18 years with mental illness. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(35):1135.
48. Reeder AI, Williams S, McGee R, Poulton R. Nicotine dependence and attempts to quit or cut down among young adult smokers. *N Z Med J*. 2001;114(1139):403.

49. Ybarra ML, Holtrop JS, Prescott TL, Rahbar MH, Strong D. Pilot RCT results of stop my smoking USA: A text messaging – based smoking cessation program for young adults. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(8):1388-1399.
50. Barreto ISM, Giattill L, Oliveira-Campos M, Andreazzi MA, Malta DC. Experimentation and use of cigarette and other tobacco products among adolescents in the Brazilian state capitals (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 62-74.

FIGURE TITLES AND LEGENDS/NOTE

Figure 1. Factors associated with smoking cigarettes among transgender and gender non-binary youth.

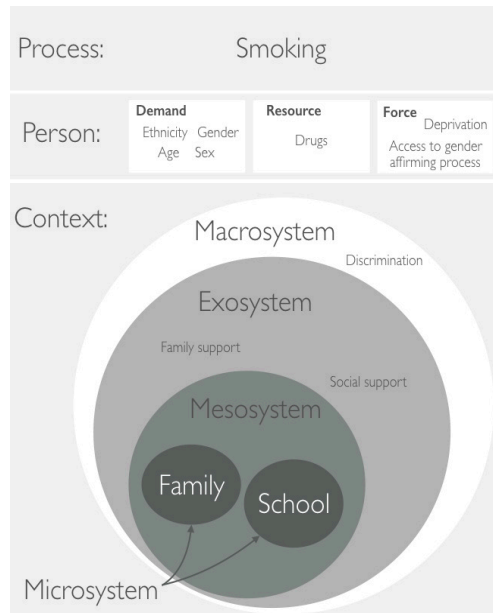


Figure 2. Prevalence ratio of factors associated with smoking cigarettes.

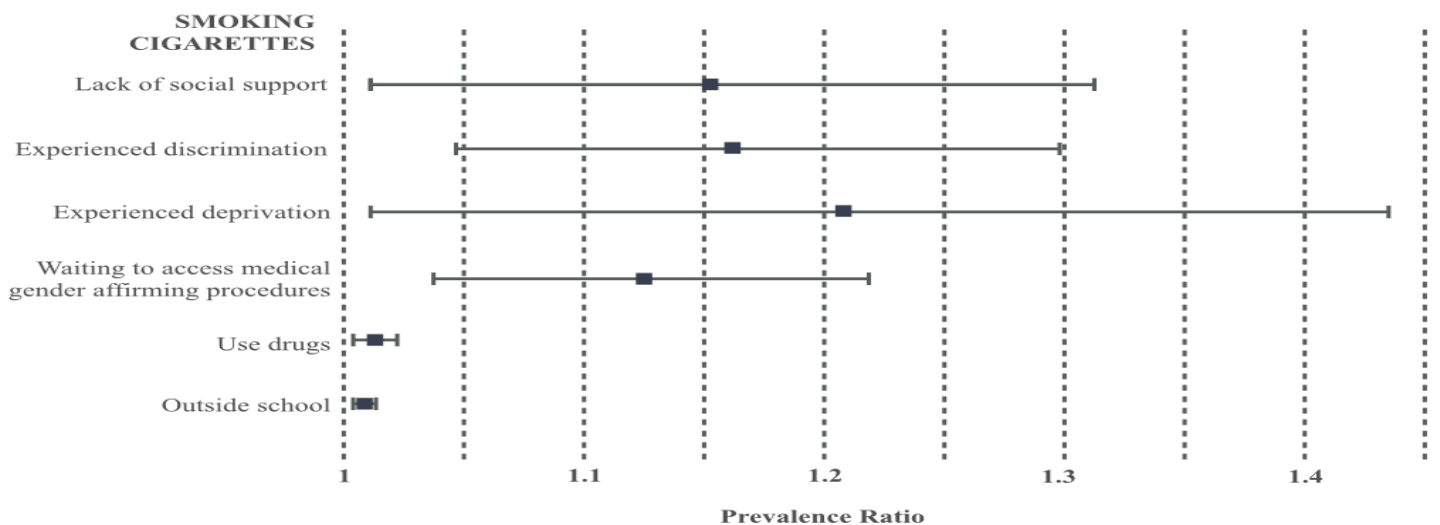


Table 1. Smoking cigarettes and e-cigarettes rates among transgender boys, transgender girls and gender non-binary youth.

N	Total		Transgender boys		Transgender girls		Gender non-binary youth		<i>p</i>
	206		97		43		66		
	N (%)	95 % CI	N (%)	95 % CI	N (%)	95 % CI	N (%)	95 % CI	
Cigarette smoking									
Yes	29 (14.1)	9.6-19.6	13 (13.4)	7.3-21.8	8 (18.6)	8.4-33.3	8 (12.1)	5.4-22.5	.614 ^a
No	177 (85.9)	80.4-90.4	84 (86.6)	78.2-92.7	35 (81.4)	66.6-91.6	58 (87.9)	77.5-94.6	
E-cigarette smoking									
Yes	19 (9.3)	5.7-14.1	13 (13.5)	7.3-21.8	3 (7.0)	1.5-19.1	3 (4.5)	0.9-12.7	---
No	186 (90.7)	85.9-94.3	86 (86.5)	80.6-94.2	40 (93.0)	80.9-98.5	63 (95.5)	87.3-99.1	

Note. ^a Chi-square test.

Table 2. General characteristics.

Covariates	Total N = 206		Smoking cigarettes				
			Yes N = 29		No N = 177		<i>p</i>
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Age	18.6	2.5	19.4	2.0	18.5	2.5	.015^a
	N (%)	95% CI	N (%)	95% CI	N (%)	95% CI	
Studying (no)	79 (38.0)	31.7-45.4	18 (22.8)	14.1-33.6	61 (77.2)	66.4-85.9	.014^c
Ethnicity (non-white)	61 (38.1)	23.5-36.4	11 (18.0)	9.4-30.0	50 (82.0)	70.0-90.6	.829 ^c
Region from Brazil (Southern)	153 (75.4)	67.7-80.1	23 (15.0)	9.8-21.7	130 (85.0)	78.3-90.2	.816 ^c
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	<i>p</i>
Discrimination	26.5	6.7	29.6	5.6	25.9	6.7	.006^a
Security	10.8	4.3	10.3	4.8	10.4	4.3	.922 ^b
Social support	64.6	20.1	65.8	20.0	64.4	20.1	.723 ^a
Deprivation	4.8	1.1	5.6	1.6	4.7	0.9	.000^a
	N (%)	95% CI	N (%)	95% CI	N (%)	95% CI	
Family support (bad)	85 (47.0)	34.5-48.3	14 (16.5)	9.3-26.1	71 (83.5)	73.9-90.7	.677 ^c
Alcohol abuse (yes)	23 (11.1)	7.2-16.3	6 (26.1)	10.2-48.4	17 (73.9)	51.6-89.8	.114 ^c
Drug use (yes)	108 (51.9)	45.4-59.4	27 (25.0)	17.2-34.3	81 (75.0)	65.7-82.8	.000^c
Waiting to access to medical gender affirming process	139 (72.0)	60.6-73.8	15 (10.8)	6.2-17.2	124 (89.2)	82.8-93.8	.024^c

Note. ^a Mann-Whitney test, ^b t test, ^c Chi-square test, bold = variables that exhibited $p < 0.05$.

Table 3. Poisson regressions with robust variance predicting smoking cigarettes based on Person factors (age, study, ethnicity, gender identity, drug use and Brazil region) and Context factors (discrimination, security, social support, deprivation, family support and previous access to medical gender affirming process).

	<i>p</i>	PR	95% CI	<i>p</i>	aPR	95% CI
Age	.043	1.018	1.001 1.036	.613	.992	.962 1.023
Studying (no)	.012	1.144	1.030 1.271	.041	1.146	1.005 1.307
Ethnicity (non-white)	.761	.981	.870 1.107	.163	.905	.786 1.041
Region from Brazil (Southern)	.576	1.031	.927 1.147	.671	1.030	.900 1.179
Drug use (yes)	.000	1.246	1.141 1.361	.004	1.172	1.051 1.307
Gender identity						
Gender diverse youth	.809	.987	.890 1.095	.931	.994	.865 1.141
Transgender women	.449	1.053	.921 1.205	.362	.934	.806 1.082
Context						
	<i>p</i>	PR	95% CI	<i>p</i>	aPR	95% CI
Discrimination	.002	1.010	1.004 1.017	.039	1.011	1.001 1.022
Security	.927	.999	.988 1.011	.482	1.007	.987 1.027
Social support	.717	1.000	.998 1.003	.029	1.004	1.000 1.007
Deprivation	.000	1.099	1.043 1.158	.006	1.125	1.034 1.225
Family support (bad)	.582	1.030	.928 1.143	.241	.921	.803 1.057
Waiting to access to medical gender affirming process	.038	1.142	1.008 1.294	.037	1.203	1.011 1.431

Note. PR = prevalence ratio, aPR = adjusted prevalence ratio, CI = confidence interval, bold = variables that exhibited $p < 0.05$.

ARTIGO 3: EXPERIÊNCIAS ESCOLARES.

Title Page

It is not about the money: Impact of school climate on absenteeism and school dropout among transgender and gender non-binary youth.

Authors: Anna Martha Vaitses Fontanari MD¹, Siobhan Churchill MSc², Mozer Ramos MSc³, Marina Feijó BSc⁴, Elder Cerqueira-Santos PhD³, Maria Inês Rodrigues Lobato PhD¹, Angelo Brandelli Costa PhD⁴

¹Department of Psychiatry / Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

²Western University

London, Ontario, Canada.

³Universidade Federal de Sergipe

São Cristóvão, Sergipe, Brazil.

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

Corresponding author: Anna Martha Vaitses Fontanari / Departamento de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre / CEP 90035-903, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil / Telephone (5551) 3359-8000 / E-mail annamarthavf@gmail.com or avaitses@uwo.ca

Role of the funding source: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) provided financial

support through scholarships.

Acknowledgments: We thank the Health Equity and Epidemiology Research Group (HEER) for multiple, and very useful, insights. We also thank TransYouth CAN! Team for sharing their survey. Finally, we acknowledge both CNPq and CAPES for funding this research through scholarships.

Ethical Considerations: The project was approved by the Ethical Committee and Research Commission of Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psychology Institute (14221513.4.0000.5334). Volunteers were informed about the research objectives, and the inexistence of direct benefices for joining the survey, before signing the consent. Confidentiality and anonymity were assured, as well as the possibility to withdraw at any time.

Declaration of interest: None.

Detailed disclosures: None.

Abstract

Background: Transgender and gender non-binary youth are currently under-represented in the education literature.

Objective: To assess the impact of school connectedness on dropout among Brazilian transgender and gender non-binary youth, controlling for background variables such as social support and socioeconomic status.

Participants and Setting: A total of 149 transgender and gender non-binary youth between the ages of 16 and 18 were included.

Methods: Participants were recruited through a Facebook advertisement and answered an online survey containing the School Connectedness Scale.

Results: 70.5% (95%CI 61.9,78.1) of them disclosed not feeling safe in their schools. Gender-segregated spaces were the most feared places, with 67.4% (95% CI 58.9,75.1) of youth reporting feeling unsafe in the washrooms. 43.5% (95% CI 35.1,52.2) of them have been away from school for more than two weeks and 18.1% (95% CI 12.1,25.6) of have dropped out of school. A logistic regression, controlled for background factors, was performed to assess the impact of school connectedness on school dropout. The model was responsible for 43.8% of the variance in school dropout and exhibited a large effect size with a Cohen's f^2 of .780. A one-unit increase in the school connectedness score multiplied the odds of remaining at school by roughly nine times (95% CI 2.9,28.8).

Conclusions: Considering the repercussions of an unfavorable school climate on the lives of transgender and gender non-binary youth, Brazilian schools should repeal transphobic policies and practices, train staff in the importance of creating a safer school environment, and reformulate their curricula to include sex and gender diversity in a positive way.

Keywords

School climate; transphobia; school absenteeism; school dropout; transgender youth; gender non-binary youth.

School Climate: Connectedness and Safety.

Adolescents spend a great amount of time in school; thus, the school climate has a crucial role in their lives (Sellstrom & Bremberg, 2006). School climate refers to a sense of belonging and positive interpersonal relationships, as well as feeling safe within the school limits (Cohen, 2009). Besides influencing one's achievements, the school climate also impacts on adolescent's health and well-being. Accordingly, a better school climate has been associated with enhanced academic performance (Maxwell & Maxwell, 2016) and reduced absenteeism (Kearney & Hendron, 2016). A negative school climate may lead to deleterious short and long-term outcomes (Låftman, Alm, Sandahl, & Modin, 2018). Research aiming to evaluate school climate usually applies safety and school connectedness measurements (Maxwell & Maxwell, 2016; Thapa & Guffey, 2013). School connectedness is defined as the belief that adults in the school care about student learning as much as their individuality (CDC, 2009). Bonding and engagement in school activities are excellent indicators of school connectedness. School connectedness as measured by bonding and engagement in activities has been associated with higher academic achievement and better mental health outcomes, such as less frequent suicidal ideation among LGBT youth (Whitaker et al., 2016).

Understanding the role of school climate has become a focus of research interest in the last few years (Cohen, 2009; Thapa & Guffey, 2013), particularly in the United States. Studies from Latin America have found associations between school climate and well-being (Varela et al., 2019), prosocial behaviors (Kanacri et al., 2017), and performance (López et al., 2017). Although improving remarkably since the nineties, school enrollment and dropout rates still worse in Latin America when compared to developed countries, especially considering gender minorities and lower socioeconomic status (SES) (Bassi, Busso, & Muñoz, 2013). Due to critical socio-cultural differences, results from developed countries cannot be generalized to draw conclusions about developing countries.

Most studies concerning school climate do not consider SES and social support as potentially confounding the relationship between school climate and student outcomes (Sellstrom & Bremberg, 2006), even though researchers often assess students from schools located in a wide range of neighborhoods, with different structures and encompassing students from the most diverse socioeconomic backgrounds. Lower SES has been associated with school climate variables such as joining fewer extracurricular activities (Greytak, Kosciw, Villenas, & Giga, 2016), and has repeatedly been associated with elevated dropout rates

(Cairns, Cairns, & Neckerman, 1989; Cholewa, Hull, Babcock, & Smith, 2017; Gonzalez-Betancor & Lopez-Puig, 2016; Lansford, Dodge, Pettit, & Bates, 2017; Ross & Wu, 1995; Wood, Kiperman, Esch, Leroux, & Truscott, 2017). SES moderates the relationship between school climate and physical abuse among US students (Jain et al., 2018). Furthermore, social support is a known protective factor against adversities among North American adolescents (Marie, Oscar, Heather, Jayne, & Barrios, 2018; Valentine & Shipherd, 2018; Veale, Peter, Travers, & Saewyc, 2017), such as bullying, and school dropout has been previously justified by low social support among Latin American students (Nesman, 2007). Therefore, both SES and social support should be considered as potentially affecting the relationship between school connectedness and dropout.

Transgender Youth at School

The term “transgender” refers to persons whose gender identity does not align with their assigned sex at birth. Since social structures are most frequently not designed to accommodate gender diversity, transgender individuals often experience direct as well as systemic marginalization (Hendricks & Testa, 2012). As a result, transgender students often experience discrimination and violence at school, which can lead to school disconnectedness (Day, Perez-Brumer, & Russell, 2018; McGuire, Anderson, Toomey, & Russell, 2010; Zeluf et al., 2016). In the United States, most transgender students report feeling unsafe at school because of their gender identity (Grossman et al., 2009; Kosciw, Greytak, & Diaz, 2009; Kosciw, Greytak, Giga, Villenas, & Danischewski, 2016; McGuire et al., 2010), and they are not wrong: US transgender students experience high levels of school victimization, varying from verbal harassment to physical assault (Day et al., 2018; Grossman et al., 2009; McGuire et al., 2010). Compared to their cisgender peers, transgender students from the United States were more likely to have been bullied at school and have been absent from school for three or more days in the past month (Pampati et al., 2018). Almost half of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer or questioning (LGBTQ+) students feel unsafe at school because of their minority status (Kosciw, Greytak, Zongrone, Clark, & Truong, 2018). Consequently, one in ten LGBTQ+ students missed four or more days of school in the past month due to feeling uncomfortable or unsafe (Kosciw et al., 2018). Participants also reported avoiding gender-segregated spaces in schools, such as bathrooms and locker rooms, for fear of harassment (Kosciw et al., 2018).

A hostile school environment can negatively affect the academic success and labor market engagement of transgender youth (Birkett, Espelage, & Koenig, 2009; Greytak et al., 2016; Kosciw et al., 2016). The US transgender youth who experienced harassment were more likely to miss school due to safety concerns than their cisgender peers (Greytak et al., 2016). Furthermore, transgender students had lower grades and were less ambitious when it came to college attendance (Kosciw et al., 2016). Educational attainment has been linked to later success in terms of income, occupational status, and life satisfaction (Mirowsky & Ross, 1998; Ross & Wu, 1995).

In Latin America, research focusing on the effects of school climate among transgender youth remains scarce. Qualitative reports from Brazil suggest that Brazilian transgender youth face similar difficulties: violence and systematic exclusion from educational environments (Bento, 2011; Bohm, 2009; Cruz, 2011; Souza & Bernardo, 2014). A Brazilian adaptation of the North American National School Climate Survey national was completed by 1016 LGBTQ+ students aged 13 to 21 (ABGLT, 2016). 43% of sampled students felt insecure in school because of their gender identity (ABGLT, 2016). More than half (55%) of them heard derogatory comments about the *trans* identity (ABGLT, 2016). Furthermore, 68% and 25% of students, respectively, suffered from verbal and physical aggressions related to their gender identity (ABGLT, 2016). These adverse experiences were associated with depressive symptomatology, and higher chances of absenteeism in the last month (ABGLT, 2016).

The physical and non-physical forms of violence are present in Brazilian school as instruments to enforce "normality" (Junqueira, 2012; Louro, 2018). That is, aggressions which occur in response to atypical gender behaviors, regardless of the youth's sexual orientation. These atypical gender behaviors confront heteronormativity (Bochenek & Brown, 2001; Junqueira, 2012; Louro, 2018). "Heteronormativity" is a concept that describes the belief that people naturally distribute themselves into male and female categories, with heterosexuality being the norm governing their relationships (Warner, 1993). According to heteronormativity, there is a natural alignment between sex, sexuality and gender identity, and this norm is essential for the maintenance of human bonds (Warner, 1993). In consequence, boys presenting stereotypical female behaviors are more frequently targeted by violence in schools and are more likely to attempt suicide (Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006). As an example of these aggressions, qualitative data

suggest that Brazilian transgender youth often encounter problems using gendered bathrooms (labeled as “male” or “female”), as well as frequent harassment by teachers, staff, and other students.

Hypothesis

Transgender youth are currently under-represented in the education literature (Day et al., 2018), especially within Latin America and when considering transgender youth separately from lesbian, gay, and bisexual youth. Therefore, the present research aims to assess the impact of school connectedness on absenteeism and dropout among Brazilian transgender and gender non-binary youth, controlling for background variables such as social support and socioeconomic status (here, deprivation). Additionally, we present a descriptive analysis of school connectedness and safety rates among Brazilian transgender youth.

Methods

Participants

Participants were invited through a Facebook announcement available online from February to April of 2018. The announcement was displayed for users of Facebook who indicated the following characteristics on their profiles: lived in Brazil; were between 16 and 25 years old; and “liked” pages on Facebook related to the LGBTQ+ movement.

In Brazil children and adolescents between the ages of 6 and 18 are expected to be in school. Aiming to assess adolescents that should be at school, the current study only included transgender youth younger than 18 years. Therefore, the inclusion criteria included were: 1) identifying as transgender girls or women, transgender boys or men or gender non-binary youth in the two-steps question method, 2) ages between (and including) 16 and 18 years old, and 3) living in Brazil.

Measures

The survey was inspired by TransYouth CAN! Project (see <http://transyouthcan.ca/>). For further information concerning the cross-cultural adaptation of the instrument for Brazilian populations, see a previous publication (Fontanari et al., 2019).

Gender Identity

Gender identity was assessed using the two-step method (Sausa, Sevelius, Keatley, Iñiguez, & Reyes, 2009). First, the sex assigned at birth was asked. Second, the participants' gender identity was inquired. Based on their self-reported gender identity, participants were cross-classified as transgender girls or women, transgender boys or men, and gender diverse youth.

Socioeconomic Status

Participants' socioeconomic status was assessed through the Deprivation Scale. The Deprivation Scale was created by the TransYouth CAN! team aiming to evaluate access to basic needs among transgender and gender non-binary youth. It is composed of five questions inquiring whether, in the last 12 months, participants had access to school supplies (like a school bag, notebooks, pencils, etc.), internet (whether at home, school, library, etc.), proper seasonal clothing (such as coat, hat, boots, etc.), other clothing essentials (as socks, underwear, etc.), and reliable transportation (by car or public transit). Each question could be answered using a five-point Likert scale ranging from "never" (equals to five points) to "always" (equals to one point). The score was calculated by the arithmetical mean of the five questions; thus, higher scores represent more deprivation experiences. The Cronbach alpha coefficient was .82 in our sample.

Social Support

The Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey was used to assess social support. The scale is composed of four domains (Sherbourne & Stewart, 1991): emotional or informational support, tangible support, affectionate support, and positive social interaction. The emotional or informational support subscale includes eight questions concerning having someone to talk and share personal problems with, as well as having someone to provide trustful information. The tangible support subscale consists of four questions on having someone to help if the participant was in poor health. The affectionate support subscale is composed of three items involving having someone that shows affection. Finally, the positive social interaction subscale includes three items concerning having someone to share happy moments with. The MOS

social support survey has good internal consistency with Cronbach alpha coefficients varying from .86 to .92 (Sherbourne & Stewart, 1991). In our sample, the Cronbach alpha coefficient was .96.

School Climate

School Connectedness. The School Connectedness measure is composed of five statements that can be answered with a four-point Likert-type scale ranging from “strongly agree” to “strongly disagree”. For example, “I am happy to be at this school” and “The teachers at this school treat students fairly” (Mcneely, Nonnemaker, & Blum, 2002). The response scale was 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neither disagree nor agree, 4 = agree, and 5 = strongly agree, with total scores ranging from 5 to 25 (Furlong, Brennan, & You, 2011). In the current study, the Cronbach alpha coefficient was .88.

School Safety. The School Safety measure was developed by the TransYouth CAN! team. It is composed of eight questions concerning how often the youth feel safe at school. More precisely, in their classrooms, in the washrooms, in the changing rooms, in the hallways, in the library, in the cafeteria, outside in the school grounds and in the way to and from school. For the current study, school safety results were only described since a question concerning safety is already part of the School Connectedness scale.

School Outcomes. Participants responded whether they have been absent from school for more than two consecutive weeks. A positive response to this question was considered problematic absenteeism. If they have been absent from school for more than two weeks, they were asked to specify how long they were missing. They also responded whether they want to, or have already, changed schools in response to transphobic bullying.

Statistical Analysis

STATA software version 15.0 was used for data management and statistical analyses. T-tests and Pearson chi-square were applied to compare means and frequencies, respectively, between youth who reported absenteeism for more than two weeks and who were not absent for more than two weeks, as well as between youth who dropped out of school and who did not drop out of school. Furthermore, t-tests and Pearson chi-square were used to compare school outcomes – more precisely, absenteeism, dropout, and wishing to and changing schools – among transgender girls or women, transgender boys or men, and gender

non-binary youth. Finally, aiming to assess determinants to school dropout, absenteeism and school connectedness were included in a logistic regression controlled by the background factors. Background variables included elements that can not be modified, such as age and racial background, and variables that may affect outcomes, such as deprivation and social support.

Results

Background Characteristics

A total of 149 transgender youth was included. The mean age was 16.8 years old. Of them, 25.9% (95% CI 20.4,32.0) were transgender girls or women, 35.8% (95% CI 29.6,42.3) were transgender boys or men, and 38.4% (95% CI 32.1,45.0) were gender non-binary. They were mainly White (50.8%; 95% CI 43.5,58.8) and lived in cities (79.3%; 95% CI 73.3,84.4). See Table 1.

School Outcomes

As shown in Table 2, 43.5% (95% CI 35.1,52.2) of transgender youth have been away from school for more than two weeks. Of them, 25.4% (95% CI 18.3,33.5) reported being absent from school between two and four weeks, whereas 18.1% (95% CI 12.1,25.6) reported more than eight weeks of absence, at least, once in their lifetime.

More than half of transgender youth had previously wanted to change schools to avoid transphobic bullying. 17.4% (95% CI 11.7,24.5) of them had actually changed schools because of transphobic experiences. Finally, 18.1% (95% CI 12.3,25.3) had dropped out of school and, thus, were not currently studying.

School Climate

The mean school connectedness score was 16.8 (SD 5.6). Transgender and gender non-binary youth who reported problematic absenteeism exhibited a lower school connectedness mean (\bar{x} =16.0, SD = 6.1) than transgender youth who did not disclose problematic absenteeism (\bar{x} =17.7, SD=5.2); however, the difference was not statistically significant, $t(121)=1.7$, $p=.090$, Cohen's $d=.308$. In contrast, transgender and gender non-

binary youth who left school ($\bar{x}=14.6$, $SD=5.5$) reported less school connectedness than transgender youth who continued studying ($\bar{x}=16.8$, $SD=5.6$), $t(135)=-1.96$, $p=.051$, Cohen's $d=.476$. See Figure 1.

Table 4 contains percentages of the school connectedness, as well as safety, components. More than half of transgender and gender non-binary youth felt that they were not close to or part of their schools. Furthermore, 70.5% (95% CI 61.9,78.1) of them disclosed not feeling safe in their schools. Gender-segregated spaces were the most feared contexts: 67.4% (95% CI 58.9,75.1) of youth reported feeling unsafe in the washrooms, and 77.2% (95% CI 69.2,84.0) disclosed feeling unsafe in the changing rooms.

School Connectedness and School Outcomes

A logistic regression controlled for deprivation and social support was performed to assess the impact of school connectedness on dropout. The adjusted model was responsible for 43.8% of the variance in school dropout and exhibited a large effect size with a Cohen's f^2 of .780. A one-unit increase in the school connectedness score increased the odds of remaining in school by 9.1 (95% CI 2.9,28.8). For more details, see Table 3.

Discussion

A brief review in the Medline database found scarce literature evaluating school climate (Bear et al., 2016; Franco & Cicillini, 2016). Even controlling for background factors, such as social support and deprivation, school connectedness exhibited a critical impact on school dropout among transgender and gender non-binary youth. Furthermore, transgender and gender non-binary youth described feeling unsafe in their schools, and disconnected from professors and other staff.

More than half of transgender and gender non-binary youth felt neither close to nor part of their schools. They also disclosed feeling unsafe inside the school, particularly in gender-segregated locals, such as washrooms. These findings were probably related to the role that Brazilian schools play as guardians of social norms: they, in general, reproduce prejudice and discrimination towards gender and sexual minorities present in Brazilian society (Franco & Cicillini, 2016; Junqueira, 2012).

School, as an institution, could positively influence transgender and gender non-binary students' attendance by investing in creating a favorable school climate. However, Brazilian schools are not known for welcoming young transgender and gender non-binary students. Episodes of school discrimination, violence, and exclusion, often perpetuated by the school staff, have been repeatedly reported (Bento, 2011; Costa, Peroni, Camargo, Pasley, & Nardi, 2015; Cruz & Santos, 2016; Franco & Cicillini, 2016; Peres, 2009). A poor school climate is an initial step in a lifelong disadvantage trajectory faced by transgender populations as low levels of education aggravate access to health care and the labor market (Souza, & Bernardo, 2014). Accordingly, Brazilian transgender youth have a lower life expectancy than general population (Bortoni, 2018) and report more difficulties in accessing health services (Cerqueira-Santos, Calvetti, Rocha, Moura, Barbosa, & Hermel, 2010; Costa et al., 2016; Costa et al., 2018; Rocon, Rodrigues, Zamboni, & Pedrini, 2016).

Brazil has the third highest rate of school dropout in the world: on average, 40.8% of students do not complete secondary school until the age of 19 (Todos, 2019). When considering students from lower SES, the rates are even worse: 91.1% of youth from higher SES complete high school before 19 years old compared to 42.7% of adolescents from lower SES (Todos, 2019). Indeed, it is surprising that an extremely vulnerable population, such as transgender and gender non-binary youth, showed a dropout rate of only 18.10% (Todos,

2019). Unfortunately, selection bias is the most coherent justification for this finding. Bearing in mind that our results are based on an online survey one hour in length, only youth with internet access were able to fulfill it. Therefore, we recommend caution in generalizing these findings.

Limitations

Besides the selection bias, a second limitation is the cross-sectional nature of our study. Even though the school climate logically precedes dropout, the same rationally does not apply to absenteeism. Meaning that the trajectory leading to absenteeism is not clearly due to lack of reported school connectedness: some students could have reported a school connectedness and safety that apply to a different school from the one they were absent.

Conclusions

Education is one of the most important predictors of health; thus, school dropout should be seen as a public health concern (Freudenberg & Ruglis, 2007). In our report, school connectedness was associated with school dropout, even when controlled for social support and SES. Knowing that the school as an institution can positively influence transgender and gender non-binary students' attendance by investing in a favorable school climate, it is fair to inquire how schools may promote a safer and more inclusive environment.

The Centers for Disease Control and Prevention (2009) and The Institute for Educational Sciences (2008) suggested promoting school climate as a data-driven strategy to prevent dropouts (Dynarski et al., 2008; CDC, 2009). Accordingly, the school climate is frequently targeted in school-based programs aiming to improve students' development and ameliorate behavior issues. Institutional support can assume multiple formats. For example, creating a gay-straight alliance or similar club, supporting educators and other staff to become trained in LGBTQ issues, including sex and gender in the curriculum, and implementing comprehensive anti-bullying policies may improve school climate for transgender students (Kosciw, Palmer, Kull, & Emily, 2013).

Bearing in mind the repercussions of an unfavorable school climate on the lives of transgender youth, Brazilian schools should work on recognizing their transphobic practices, re-training their staff, and reformulating its curriculum to include sex and gender diversity (Colling, 2013; Miskolci, 2015).

Furthermore, health care providers, as well as school counsellors, should engage transgender and gender non-binary youth and their caregivers about the importance of school environment, and selecting schools with gay-straight alliances, supportive staff, inclusive curriculum, and extensive anti-bullying policies.

References

- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT). (2016). National Survey on the Educational Environment in Brazil 2015: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender and transsexual adolescents and young people in our educational environments [Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: As experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais]. Curitiba: Curitiba.
- Bassi, M., Busso, M., & Muñoz, J. S. (2013). Is the glass half empty or half full? School enrollment, graduation, and dropout rates in Latin America. *Inter-American Development Bank*.
- Bear, G. G., Holst, B., Lisboa, C., Chen, D., Yang, C., & Chen, F. F. (2016). A Brazilian Portuguese survey of school climate: Evidence of validity and reliability. *International Journal of School & Educational Psychology, 3603*.
- Bento, B. (2011). In school you learn that difference makes the difference [Na escola se aprende que a diferença faz a diferença]. *Estudos Feministas, 549–559*.
- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 38(7)*, 989–1000.
- Bochenek, M., & Brown, A. W. (2001). Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in US schools. Human Rights Watch.
- Bohm, A. M. (2009). The “monsters” and the school: identity and education among travestis [Os “Monstros” e a Escola: identidade e escolaridade de sujeitos travestis]. Master’s thesis. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/29931> . Accessed on 25 March, 2019.
- Bortoni, L. (2018). Life expectancy of transsexuals is 35 years, half of the national average [Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional]. *Jornal do Senado*. Retrieved from <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional> Accessed on 25 March, 2019.
- Cairns, R. B., Cairns, B. D., & Neckerman, H. J. (1989). Early school dropout: Configurations and

- determinants. *Child Development*, 60(6), 1437–1452.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). *School connectedness: Strategies for increasing protective factors among youth*. Atlanta, GA: U.S. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyyouth/protective/pdf/connectedness.pdf>. Accessed on 25 March, 2019.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Perception of gay, lesbian, bisexual and transgender users, transsexuals and transvestites of the Unified Health System [Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde.] *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2).
- Cholewa, B., Hull, M. F., Babcock, C. R., & Smith, A. D. (2017). Predictors and academic outcomes associated with in-school suspension. *School Psychology Quarterly*, 33(2), 191–199.
- Cohen, J. (2009). School climate: Research, policy, teacher education and practice. *Teachers College Record*, 111(1), 180–213.
- Colling, L. (2013). Equality does not make my gender-In defense of the policies of differences for respect for sexual and gender diversity in Brazil [A igualdade não faz o meu gênero–Em defesa das políticas das diferenças para o respeito à diversidade sexual e de gênero no Brasil]. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 3(2), 405-427.
- Costa, A. B., Peroni, R. O., de Camargo, E. S., Pasley, A., & Nardi, H. C. (2015). Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian Public University: prevalence, awareness, and the effects of education. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(4), 261-272.
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., ... Koller, S. H. (2016). Healthcare needs of and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 1–9.
- Costa, A., Fontanari, A., Catelan, R., Schwarz, K., Stucky, J., da Rosa Filho, H., ... Koller, S. (2018). HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS and Behavior*, 22(8), 2534–2542.
- Cruz, E. F. (2011). Bathrooms, transvestites, gender relations and differences in the daily life of the school [Banheiros, travestis, relações de gênero e diferenças no cotidiano da escola]. *Revista Psicologia Política*, 11(21), 73–90.

- Cruz, T. M., & Santos, T. Z. dos (2016). School experiences of trans students [Experiências escolares de estudantes trans]. *Reflexão e Ação*, 24(1), 115-137.
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 1731–1742.
- Dynarski, M., Clarke, L., Cobb, B., Finn, J., Rumberger, R., & Smink, J. (2008). Dropout Prevention. IES Practice Guide. NCEE 2008-4025. *National Center for Education Evaluation and Regional Assistance*.
- Fontanari, A. M. V., Pase, P. F., Churchill, S., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., ... Lobato, M. I. R. (2019). Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100166.
- Franco, N., & Cicillini, G. A. (2016). Transvestites, transsexuals and transgenders at school: A state of the art. *Cadernos de Pesquisa*, 23(2), 122–137.
- Freudenberg, N., & Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. *Prevention Chronic Disease*, 4(4), 1–11.
- Friedman, M. S., Koeske, G. F., Silvestre, A. J., Korr, W. S., & Sites, E. W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 621–623.
- Furlong, M. J., Brennan, L. M. O., & You, S. (2011). Psychometric properties of the add health school connectedness scale for 18 sociocultural groups. *Psychology in the Schools*, 48(10), 986–997.
- Gonzalez-Betancor, S. M., & Lopez-Puig, A. J. (2016). Grade retention in primary education is associated with quarter of birth and socioeconomic status. *Plos One*, 11(11), 1–19.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Diaz, E. M. (2009). *Harsh realities: the experiences of transgender youth in our nation's schools*. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). New York.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., Villenas, C., & Giga, N. M. (2016). From teasing to torment: School climate revisited. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*. New York: GLSEN. Retrieved from https://www.glsen.org/sites/default/files/TeasingtoTorment%202015%20FINAL%20PDF%5B1%5D_0.pdf Accessed on 25 March, 2019.
- Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., Howell, T. J., ... Haney, A. P. (2009). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth talk about experiencing and coping with school violence:

- A qualitative study. *Journal of LGBT Youth*, 6(1), 24–46.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.
- Jain, S., Cohen, A. K., Paglisotti, T., Subramanyam, M. A., Chopel, A., & Miller, E. (2018). School climate and physical adolescent relationship abuse: Differences by sex, socioeconomic status, and bullying. *Journal of Adolescence*, 66, 71–82.
- Junqueira, R. D. (2012). The pedagogy of the closet: heterosexuality and gender surveillance in school everyday. [A pedagogia do armário: Heterossexismo e vigilância de gênero no cotidiano escolar]. *Revista Educação On-Line PUC, Rio de Janeiro*, (10), 64–83.
- Kanacri, B. P. L., Eisenberg, N., Gerbino, M., & Caprara, G. V. (2017). Longitudinal relations among positivity, perceived positive school climate, and prosocial behavior in Colombian adolescents. *Child Development*, 88(4), 1–15.
- Kearney, C. A., & Hendron, M. (2016). School climate and student absenteeism and internalizing and externalizing behavioral problems. *Children & Schools*, 38(2), 1–8.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., & Diaz, E. M. (2009). Who, what, where, when, and why: Demographic and ecological factors contributing to hostile school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 976–988. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/204633485?accountid=8034> Accessed on 25 March, 2019.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Giga, N. M., Villenas, C., & Danischewski, D. J. (2016). The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*. New York: GLSEN.
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Zongrone, A. D., Clark, C. M., & Truong, N. L. (2018). The 2017 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*. New York: GLSEN.
- Kosciw, J. G., Palmer, N. A., Kull, R. M., & Emily, A. (2013). The effect of negative school climate on academic outcomes for LGBT youth and the role of in-school supports. *Journal of School Violence*, 12(45), 37–41.

- Låftman, S. B., Alm, S., Sandahl, J., & Modin, B. (2018). Future orientation among students exposed to school bullying and cyberbullying victimization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(605), 1–12.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2017). A public health perspective on school dropout and adult outcomes: A prospective study of risk and protective factors from age 5 to 27. *Journal of Adolescent Health*, *58*(6), 652–658.
- López, V., Oyanedel, J. C., Bilbao, M., Torres, J., Oyarzún, D., Morales, M., ... Carrasco, C. (2017). Performance in Chilean high schools: The mediating role of subjective wellbeing in school-related evaluations. *Frontiers in Psychology*, *8*(1 189), 1–15.
- Louro, G. L. (2018). The Educated Body: Pedagogies of Sexuality [O corpo educado: Pedagogias da sexualidade]. Autêntica. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/30353576.pdf>. Accessed on 25 March, 2019.
- Marie, M., Oscar, J., Heather, B., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, *39*(3), 263–301.
- Maxwell, L. E., & Maxwell, L. E. (2016). School building condition, social climate, student attendance and academic achievement: A mediation mode. *Journal of Environmental Psychology*, *46*, 206-216.
- McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(10), 1175–1188. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/746772400?accountid=8034> Accessed on 25 March, 2019.
- Mcneely, C. A., Nonnemaker, J. M., & Blum, R. W. (2002). Promoting school connectedness: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of School Health*, *72*(4), 138–146.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health: A human capital hypothesis. *Research on Aging*, *20*(4), 415–449.
- Miskolci, R. (2015). Queer theory: A learning by differences [Teoria queer: Um aprendizado pelas diferenças]. Autêntica.
- Nesman, T. M. (2007). A participatory study of school dropout and behavioral health of Latino adolescents.

Journal of Behavioral Health Services & Research, 34(4), 414–430.

- Pampati, S., Andrzejewski, J., Sheremenko, G., Johns, M., Lesesne, C. A., & Rasberry, C. N. (2018). School climate among transgender high school students: An exploration of school connectedness, perceived safety, bullying, and absenteeism. *The Journal of School Nursing*, 1–11.
- Peres, W. S. (2009). Scenes of exclusions announced: transvestites, transsexuals, transgenders and the Brazilian school [Cenas de exclusões anunciadas: travestis, transexuais, transgêneros e a escola brasileira]. In: Junqueira, R. D. *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 235-264.
- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Difficulties experienced by trans people in access to the Unified Health System [Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2526.
- Ross, C. E., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719–745.
- Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, M. (2009). *Policy recommendations for inclusive data collection of trans people in HIV prevention, care & services*. University of California, San Francisco. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/pdf/data-recommendation.pdf> Accessed on 25 March, 2019.
- Sellstrom, E., & Bremberg, S. (2006). Is there a “school effect” on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(2), 149–155.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Sciences and Medicine*, 32(6), 705–714.
- Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2014). Transsexuality: The consequences of school prejudice for working life [Transexualidade: As consequências do preconceito escolar para a vida profissional]. *Bagoas- Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades*, 8(11).
- Thapa, J. C. A., & Guffey, A. H.-D. S. (2013). A review of school climate research. *Review of Educational Research*, 83(3), 357–385.
- Todos pela educação (2019, 25 March). Retrieved from <https://www.todospelaeducacao.org.br/pag/cenarios->

[da-educacao](#) Accessed on 25 March, 2019.

- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review, 66*, 24–38.
- Varela, J. J., Sirlopú, D., Melipillán, R., Espelage, D., Green, J., & Guzmán, J. (2019). Exploring the influence school climate on the relationship between school violence and adolescent subjective well-being. *Child Indicators Research*, 1-16.
- Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017). Health enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health, 2*, 207–216.
- Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory* (Vol. 6). University of Minnesota Press.
- Whitaker, K., Shapiro, V. B., & Shields, J. P. (2016). School-based protective factors related to suicide for lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 63–68.
- Wood, L., Kiperman, S., Esch, R. C., Leroux, A. J., & Truscott, S. D. (2017). Predicting dropout using student-and school-level factors: An ecological perspective. *School Psychology Quarterly, 32*(1), 35.
- Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Nilunger Mannheimer, L., Deogan, C., Höijer, J., & Ekéus Thorson, A. (2016). Health, disability and quality of life among trans people in Sweden-a web-based survey. *BMC Public Health, 16*, 903.

Table 1.
Background characteristics.

Background characteristics	Absenteeism				<i>p</i>	Dropout				<i>p</i>
	No		Yes			No		Yes		
	Sample	Mean (SD)	Sample	Mean (SD)		Sample	Mean (SD)	Sample	Mean (SD)	
Age	78	16.79 (1.07)	60	16.88 (.88)	.605 ^a	122	16.68 (1.00)	27	17.48 (.58)	.001 ^c
Deprivation	75	1.50 (.54)	60	1.67 (0.76)	.140 ^a	119	1.57 (.65)	27	1.63 (.66)	.656
MOS	52	3.37 (1.06)	38	3.38 (1.06)	.895 ^a	82	3.23 (1.02)	19	3.35 (1.08)	.648
	Sample	Percent	Sample	Percent		Sample	Percent	Sample	Percent	
Gender identity										
Transgender girls and women	17	21.79%	11	18.33%	.706 ^b	22	18.03%	6	22.22%	.448 ^d
Transgender boys and men	35	44.87%	25	41.67%		57	46.72%	9	33.33%	
Gender non-binary	26	33.33%	24	40.00%		43	35.25%	12	44.44%	
Total	78	100.00%	60	100.00%		122	100.00%	27	100.00%	
Racial background										
Racialized	31	46.97%	28	56.00%	.335 ^b	55	53.40%	7	46.97%	.094 ^d
White	35	53.03%	22	44.00%		48	46.60%	14	53.03%	
Total	66	100.00%	50	100.00%		103	100.00%	21	100.00%	
Brazilian region										
South	14	18.18%	18	31.03%	.217 ^b	27	22.50%	9	34.62%	.557 ^d
Southeast	36	46.75%	27	46.55%		56	46.67%	12	46.15%	
Northeast	16	20.78%	6	10.34%		22	18.33%	2	7.69%	
North	1	1.30%	2	3.45%		3	2.50%	1	3.85%	
Midwest	10	12.99%	5	8.62%		12	10.00%	2	7.69%	
Total	77	100.00%	58	100.00%		120	100.00%	26	100.00%	
Area										
Inside the city	66	86.84%	43	76.79%	.132 ^b	101	86.32%	19	73.08%	.096 ^d

Outside the city (suburbs or rural areas)	10	13.16%	13	23.21%	16	13.68%	7	26.92%
Total	76	100.00%	56	100.00%	117	100.00%	26	100.00%

Notes. Bold = $p < .05$

^a t-test was applied to compared groups that were absteent from school for more than two weeks, at least, once in their lifetime and that were not.

^b Pearson chi-square was applied to compared groups that were absteent from school for more than two weeks, at least, once in their lifetime and that were not.

^c t-test was used to compared groups that were droped out from school and that did not.

^d Pearson chi-square was utilized to compared groups that were droped out from school and that did not.

Table 2. School outcomes by gender identity.

	Transgender girls and women		Transgender boys and men		Gender non-binary		Total		<i>p</i>
	N	Percent	N	Percent	N	Percent	N	Percent	
Absenteeism?									
Never	17	60.70%	35	58.30%	26	52.00%	78	56.50%	.757
2-8 weeks	7	25.00%	16	26.70%	12	24.00%	35	25.40%	
> 8 weeks	4	14.30%	9	15.00%	12	24.00%	25	18.10%	
Total	28	100.00%	60	100.00%	50	100.00%	138	100.00%	
Dropout?									
No	22	78.60%	57	86.40%	43	78.20%	122	81.90%	.448
Yes	6	21.40%	9	13.60%	12	21.80%	27	18.10%	
Total	28	100.00%	66	100.00%	55	100.00%	149	100.00%	
Changed schools due to transphobic bullying?									
No	26	86.70%	52	86.70%	45	83.30%	123	82.60%	.716
Yes	4	13.30%	13	13.30%	9	16.70%	26	17.40%	
Total	30	100.00%	65	100.00%	54	100.00%	149	100.00%	
Wanted to change schools due to transphobic bullying?									
No	16	55.20%	26	41.90%	18	41.90%	60	43.50%	.335
Yes	13	44.80%	36	58.10%	29	58.10%	78	56.50%	
Total	29	100.00%	62	100.00%	47	100.00%	138	100.00%	

Table 3. Logistic regression.

	School drop out												
	Unadjusted logistic regression						Adjusted logistic regression						
	OR	SE	Z	p	95% CI		aOR	SE	Z	p	95% CI		
Absenteeism *													
2-4 weeks	1.61	1.23	0.62	.536	0.36	- 7.19	3.13	4.63	0.77	.440	0.17	- 56.67	
> 8 weeks	0.15	0.11	-2.68	.007	0.04	- 0.60	0.18	0.37	-0.83	.404	0.00	- 9.94	
Connectedness	2.96	1.43	2.26	.024	1.15	- 7.62	9.14	5.36	3.78	.000	2.90	- 28.84	

Note. All analysis were controlled by age, racial background, deprivation and social support.

Bold = p < .05

* Never was the reference category

Table 4. School climate.

School Climate	Total	
School connectedness	Sample	Percent
<i>I feel close to people at my school.</i>		
Agree	61	46.60%
Disagree	70	53.40%
Total	131	100.00%
<i>I feel I am part of my school.</i>		
Agree	63	48.10%
Disagree	68	51.90%
Total	131	100.00%
<i>I am happy to be at my school.</i>		
Agree	47	36.70%
Disagree	81	63.30%
Total	128	100.00%
<i>I feel the teachers at my school treat me fairly.</i>		
Agree	30	24.40%
Disagree	93	75.60%
Total	123	100.00%
<i>I feel safe in my school.</i>		
Agree	39	29.50%
Disagree	93	70.50%
Total	132	100.00%
<i>Teachers and other school staff care about me.</i>		
Very much or somewhat	81	63.30%
Very little or not at all	47	36.70%
Total	128	100.00%
School safety		
<i>In your classroom?</i>		
Safe	90	64.30%
Unsafe	50	35.70%
Total	140	100.00%
<i>In washrooms?</i>		
Safe	45	32.60%
Unsafe	93	67.40%
Total	138	100.00%
<i>In changing rooms?</i>		
Safe	31	22.80%
Unsafe	105	77.20%
Total	136	100.00%

In the hallways and stairwells?

Safe	74	54.00%
Unsafe	63	46.00%
Total	137	100.00%

In the library?

Safe	107	77.00%
Unsafe	32	23.00%
Total	139	100.00%

In the cafeteria?

Safe	81	61.40%
Unsafe	51	38.60%
Total	132	100.00%

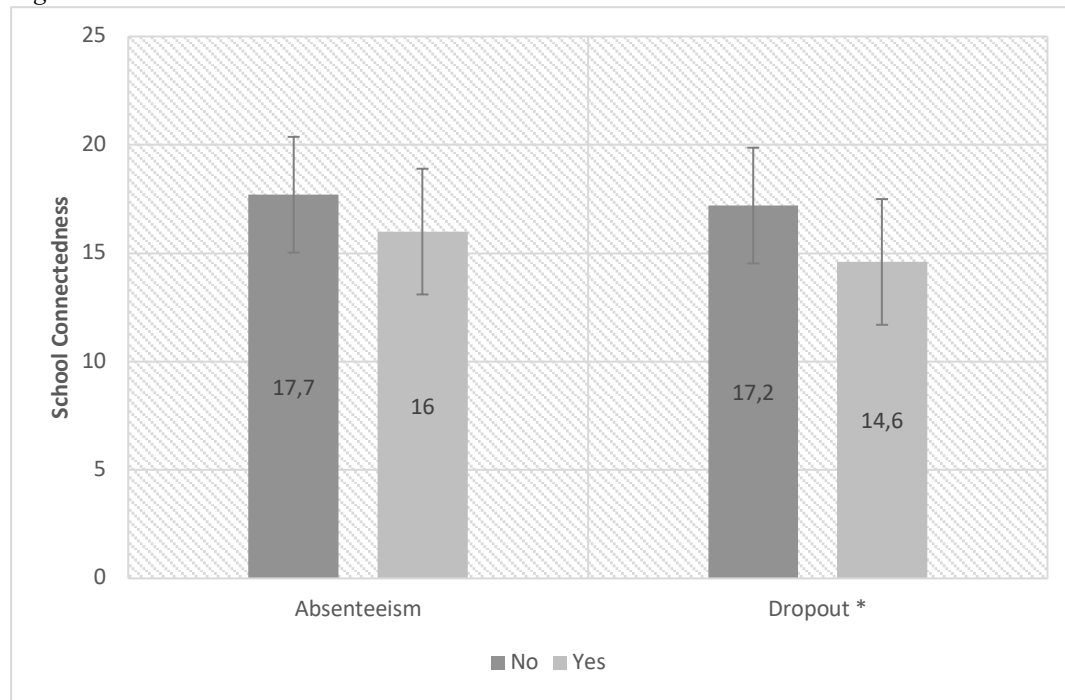
Outside on school grounds?

Safe	70	51.50%
Unsafe	66	48.50%
Total	136	100.00%

Getting to/from school?

Safe	56	41.50%
Unsafe	79	58.50%
Total	135	100.00%

Figure 1. School connectedness.



* $p < .05$

ARTIGO 4: PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO.

1 **Gender-Affirming processes Improves the Mental Health of Transgender**
2 **and Gender Non-Binary Youth**

3 Anna Martha Vaitses Fontanari, MD,¹ Felipe Vilanova, BSc,² Maiko Abel Schneider, PhD,³ Itala
4 Chinazzo, MSc,¹ Bianca Machado Soll, PhD,¹ Karine Schwarz, PhD,⁴ Maria Inês Rodrigues
5 Lobato, PhD,¹ and Angelo Brandelli Costa, PhD²

6
7 ¹Postgraduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and
8 Legal Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul,
9 Brazil.

10 ²Postgraduate Program in Psychology, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul,
11 Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

12 ³Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, Faculty of Health Sciences,
13 McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

14 ⁴Speech Therapy Department, Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre, Rio Grande do
15 Sul, Brazil.

16
17 **Running Title:** Gender-affirming processes improves mental health.

18 **Keywords:** gender-affirmation, gender-affirming, gender non-binary, transgender youth,
19 transition

20 **Address correspondence to:**

21 Anna Martha Vaitses Fontanari, MD
22 Department of Psychiatry and Legal Medicine
23 Federal University of Rio Grande do Sul

24 Porto Alegre

25 Rio Grande do Sul, Brazil

26 Mailing Address: Faculdade de Medicina - Campus Saúde / Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2°

27 andar / Porto Alegre, RS / CEP 90035003

28 Telephone (5551) 3308-5624

29 E-mail: annamarthavf@gmail.com or avaitses@uwo.ca

30

31

32 **Abstract**

33 **Purpose:** The present study aimed to evaluate the impact of each gender-affirming step (social,
34 medical, and legal) on the mental health of transgender and gender non-binary youth.

35 **Methods:** Three hundred and fifty transgender boys, transgender girls, and gender non-binary
36 Brazilian youth, ages 16 to 25 years old, answered an online survey.

37 **Results:** A total of 333 youth participated in this study, of those 142 (42.64%) identified as
38 transgender boys, 82 (24.62%) identified as transgender girls, and 109 (32.73%) identified as
39 gender non-binary youth. The mean age was 18.62 (95% CI 18.34-18.90) years. Having accessed
40 multiple steps of gender-affirming processes was associated with fewer symptoms of depression
41 and less anxiety. Furthermore, engaging in gender-affirming processes helped youth to develop a
42 sense of pride and positivity about their gender identity and a feeling of being socially accepted.

43 **Conclusion:** Enabling transgender and gender non-binary youth to access gender-affirming
44 processes more easily should be considered as a strategy to reduce depression and anxiety
45 symptoms as well as to improve gender positivity.

46

47

48 **Introduction**

49 As children and adolescents, transgender and gender non-binary youth face anxiety
50 related to the physical changes of puberty and to the pubertal transformations that they have
51 already experienced.¹ Puberty may trigger symptoms of anxiety and depression in transgender
52 and gender non-binary youth.²⁻⁴ In addition, as social structures are not usually designed to
53 accommodate gender diversity, transgender and gender non-binary youth experience
54 discrimination directly and indirectly, which may cause economic marginalization⁵⁻⁷ and social
55 isolation, leading to substance abuse,⁸⁻¹¹ depression,¹² and suicide.¹³ Therefore, some
56 transgender and gender non-binary youth seek hormone therapy and gender-affirming surgeries
57 to feel more comfortable with their bodies.¹⁴

58 Gender affirmation refers to the process of being socially recognized in one's true gender
59 identity. Gender affirmation is a multidimensional process that includes, in particular, social,
60 medical, and legal domains.^{15,16} The social domain of gender affirmation includes interpersonal
61 and institutional recognition, such as being called by one's chosen name or receiving family
62 support after disclosing one's gender identity.¹⁵ The medical process may include hormone
63 therapy, and gender-affirming surgeries. Voice modification through vocal training and/or voice
64 modification surgery (WPATH SOC7 can be cited here) may also be employed. Finally, the legal
65 domain involves adjusting legal documents such as birth certificates and passports to reflect
66 one's affirmed gender identity.¹⁵

67 Gender affirmation attenuates the distress and mental health issues associated with gender
68 dysphoria.¹⁶⁻²⁶ Regarding the social domain of gender affirmation, social support is significantly
69 associated with reductions in suicidal ideation as well as suicide attempt risk among those with
70 suicidal ideation.¹⁷ Furthermore, parental support has been shown to improve self-esteem among

71 transgender and gender non-binary people.²¹ Considerable evidence has established the
72 importance of medical gender affirming processes (GA) including hormonal and surgical
73 treatments (GA).²²⁻²⁵ Puberty suppression and gender-affirming hormone treatment may be
74 prescribed to adolescents ages 12 to 16 years and adolescents ages 16 to 18 years, respectively,
75 to delay and after to foment the development of secondary sex characteristics, thereby improving
76 psychological functioning over time.²² Hormone therapy has been shown to enhance quality of
77 life and reduce depressive symptoms and suicidal ideation.²³⁻²⁵ Regarding the legal domain,
78 having one or more identity documents concordant with lived gender was significantly
79 associated with reductions in past-year ideation¹⁷

80 Transgender and gender non-binary youth who have socially transitioned experience
81 fewer mental health problems. Unlike the literature involving transgender adults, current
82 available data on mental health outcomes of GA , mainly medical/surgical, for transgender and
83 gender non-binary youth are scarce²⁷ and studies consist mainly of small samples and case
84 reports. Results from qualitative interviews with five mothers of transgender girls showed
85 positive changes after the girls had socially transitioned.²⁶ According to their parents, the
86 children went from shy and depressed to happy and well-adjusted.²⁶ Furthermore, a longitudinal
87 study with 55 young transgender adults who had received puberty suppression and hormone
88 treatment and subsequently underwent gender-affirming surgery, showed that their quality of life
89 and happiness were indistinguishable from the general population.²⁸ A more recent cross-
90 sectional study supported the previously described findings: seventy-three transgender children
91 after social transition exhibited similar depression rates and only slightly elevated anxiety rates
92 when compared with their peers.¹⁹

93 In Brazil, where the present study took place, the public health system has offered
94 medical GA since 1997^{5,6} and, currently, approximately twenty outpatient clinics offer
95 psychological and endocrinological care to transgender people.²⁹ Brazil is a vast territory that is
96 divided into five regions: North, Northeast, Central-West, Southeast, and South. Even
97 considering that the Brazil South-Southeast regions are more densely populated, outpatient
98 clinics are not well distributed geographically: at least seven are located in the South-Southeast
99 region.²⁹ Only three units provide specialized health care to children and adolescents, and they
100 are all situated in the South-Southeast regions.

101 Brazilian transgender and gender non-binary people also face challenges in accessing
102 social and legal gender-affirming domains. In 2009, in a unanimous and unprecedented decision,
103 the Brazilian Federal Supreme Court allowed a transgender woman to change her name after
104 gender-affirming surgery, obligating other judges across the country to accept the juridical
105 process in these situations. Consequently, several judges only agree to a name change after
106 surgery, which can be considered an institutional violence as it forces the sterilization of
107 transgender people ^{29,30} – since 2018 this is not the case of Brazil. However, juridical acceptance
108 of a name change varies by State, and some judges allow the change without requiring
109 surgery.^{29,30} Therefore, Brazilian transgender people endure a high prevalence of mental health
110 disorders and well-documented barriers to accessing medical, and legal GA.^{5-7,31-33}

111 *Current study*

112 The present study aimed to evaluate the impact of each GA domain (social, legal, and
113 medical) on the mental health of Brazilian transgender and gender non-binary youth. In
114 particular, the influence of GA on anxiety and depression symptoms, as well as on gender
115 distress and gender positivity feelings, was explored.

116

117 **Methods**

118 *Study sample*

119 Participants were invited to respond to a one-hour long questionnaire available online on
120 the Qualtrics platform (Qualtrics, Provo, UT and Seattle, WA). Participants were recruited
121 through Facebook advertisements that appeared to Brazilian youth who were at least 16 and
122 younger than 25 years old, who “liked” pages or joined groups related to the LGBTQ+
123 movement. Recruitment occurred from February to April 2018. A total of 706 adolescents and
124 young adults initiated the survey; however, to assure the quality of the data, participants who did
125 not identify as transgender or gender non-binary using the two-step method questions (sex
126 assigned at birth and current gender identity) were excluded. In addition, duplicates and
127 discrepant answers (such as “I’m 200 years old”) were excluded. Finally, 350 participants were
128 included in the data analysis. The Ethical Committee and Research Commission of Universidade
129 Federal do Rio Grande do Sul Psychology Institute approved the project
130 (14221513.4.0000.5334). All participants signed an online ethical consent form.

131

132 *Measures*

133 The survey was modeled after the TransYouth CAN! Project, which is a cohort study that
134 documents sociodemographic and health-related characteristics of Canadian transgender youth
135 and their parents or caregivers. The procedure for cross-cultural adaptation for Brazilian
136 populations was based on Borsa et al.³⁴ and conducted by a group of health professionals and
137 members of LGBTQ+ communities.¹¹

138 Socioeconomic status (SES). Participants' SES was assessed with the Deprivation Scale.
139 The Deprivation Scale was created by the TransYouth CAN! Team to evaluate transgender and
140 gender non-binary youths' access to basic needs. It is composed of five questions inquiring
141 whether, in the last 12 months, participants had access to school supplies (such as a school bag),
142 the Internet, proper seasonal clothing (such as boots), other clothing essentials (such as socks),
143 and reliable transportation. Each question could be answered using a five-point Likert scale
144 ranging from "never" (five points) to "always" (one point). The score was calculated by the
145 arithmetical mean of the five questions; thus, higher scores represented more deprivation
146 experiences. The Cronbach's alpha coefficient was .820.

147 Gender identity. Gender identity was evaluated by the two-step method.^{35,36} First, sex
148 assigned at birth was determined by asking the question: "What sex were you assigned at birth,
149 on your original birth certificate?"^{35,36} Participants could choose between "female" and "male"
150 options. It is noteworthy that transgender and gender non-binary youth could choose not to
151 disclose their sex assigned at birth by skipping questions. Second, gender identity was
152 determined by asking "How do you currently describe your gender?", which was an open-ended
153 question, and "Which of the following alternatives better describes your gender identity?"
154 answered with "female or primarily feminine", "male or primarily masculine", and "gender non-
155 binary or something other than male or female" alternatives.^{35,36} Participants were excluded if they
156 matched sex assigned at birth with current gender identity. Based on their self-reported gender
157 identities, participants were divided into the following categories: transgender girls, transgender
158 boys, and gender non-binary youth. Transgender girls included youth assigned male at birth who
159 identified as girls, woman, transgender girls, or as *travestis*. Transgender boys were those
160 assigned female at birth who identified as man, boys or transgender boys. Finally, gender non-

161 binary youth encompassed adolescents and young adults who reported having a gender identity
162 outside the binaries of male and female, such as queer, non-binary, a-gender, and others.

163 Domains of Gender Affirmation. We examine three domains of gender affirmation :
164 social, legal and medical/surgical. Regarding the social domain, participants were asked if they
165 preferred to be called by another name, and only those who said that they asked somebody to use
166 another name were then asked whether their mother or father had actually called them by their
167 true names. Furthermore, participants were asked if they expressed their true gender in their day-
168 to-day life. Regarding the legal domain, only participants who reported the desire to change their
169 name were included. These participants were asked whether they had already legally changed
170 their name or if they weren't or were in the process of changing it. Regarding the medical
171 domain, participants were asked whether they had undergone any clinical treatment (including
172 hormone therapy and surgical procedures) and, specifically, the youth who desired hormone
173 treatment were asked about the waiting time to access this treatment.

174 Mental health evaluation. The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)
175 was used to evaluate anxiety and impairment,³⁷ whereas the Modified Depression Scale (MDS)
176 was used to assess depression symptoms.³⁸ The OASIS total score ranges from zero to 20 with a
177 cut-off of eight: individuals with a score higher than eight are more likely to have an anxiety
178 diagnosis.³⁹ The MDS total score ranges from five to 25 points with higher scores indicating
179 more depression symptoms.³⁸ Both the OASIS and MDS have good internal consistency, as
180 shown by Cronbach's alpha coefficients of .89 and .78, respectively.

181 The gender distress scale (GDS) is a questionnaire designed by the TransYouth CAN!
182 Team based on the Utrecht Gender Dysphoria Scale.⁴⁰ The GDS contains six questions separated
183 into two groups: distress related to their gendered social lives and distress related to their sexed

184 bodies. All of the questions were designed using a Likert scale to measure positive and negative
185 responses that ranged from one to five points (1= disagree completely, 2= disagree somewhat, 3=
186 neutral, 4= agree somewhat, and 5= agree completely). Participants who presented more gender
187 distress mostly agreed with phrases such as “I feel like I cannot trust what my body might do as I
188 get older”.

189 Finally, the gender positivity scale (GPS) was also developed by the TransYouth CAN!
190 Team based on focus group input. The GPS contains 12 questions divided into three domains:
191 enjoyment or pride in their genders, positivity related to their social lives, and positivity about
192 their bodies. In accordance with the GDS, GPS questions were designed using a Likert scale to
193 measure positive and negative responses that ranged from one to five (1= disagree completely,
194 2= disagree somewhat, 3= neutral, 4= agree somewhat, and 5= agree completely). Participants
195 with more gender positivity usually agreed with phrases such as “Being trans or non-binary is
196 one of the cool things about me”.

197 *Statistical analysis*

198 First, two separate exploratory factor analyses (EFA) were conducted to investigate the
199 factor structure of the GDS and GPS instruments followed by parallel analyses. Two assessment
200 methods were used to assess the data adequacy for the factor analysis: the Kaiser-Meyer-Olkin
201 (KMO) criterion and Bartlett’s Test of Sphericity. Then, the EFAs were conducted using
202 principal axis factoring and oblimin rotation. Factor loadings above .30 were deemed adequate.
203 Confirmatory factor analyses (CFA) were then performed to test the models obtained in the EFA.
204 The CFAs were performed using the weighted least squares mean and variance (WLSMV)
205 adjusted estimation method, and the comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), and

206 root mean square error of approximation (RMSEA) fit indices were considered. Values of the
207 CFI and TLI > .90 and values of the RMSEA < .08 were deemed adequate.⁴¹

208 SPSS software version 18.0 (Chicago: SPSS Inc., 2009) was used for data management
209 and statistical analyses. First, chi-square and analysis of variance (ANOVA) tests were applied to
210 compare the sociodemographic characteristics of transgender boys, transgender girls, and gender
211 non-binary youth. When statistically significant, a least significant difference (LSD) post hoc test
212 was utilized. Second, Poisson regression and analysis of covariance (ANCOVA), followed by an
213 LSD post hoc test, were used to compare gender identity groups controlling for SES. Third, the
214 influence of gender-affirming processes on mental health outcomes, controlling for SES, was
215 assessed by comparing mental health between the groups that had versus had not accessed each
216 gender-affirming procedure using ANCOVA tests followed by an LSD post hoc test.

217 Finally, a new variable unifying the variables “legally changed your name” (as 1=yes or
218 0=no), “living as the desired gender” (as 2=always, 1=part time, 0=never), and “underwent any
219 clinical treatment” (0=no and 1=yes) was designed in order to assess (and better illustrate)
220 whether having accessed more steps of the GA process had more influence on mental health.
221 Differences among the four groups (none, legally changed your name, living as the desired
222 gender, underwent any clinical treatment) were assessed using the ANCOVA test followed by an
223 LSD post hoc test. In all phases, the OASIS, the MDS, the GDS, and the GPS were assessed as
224 continuous variables.

225

226 **Results**

227 *Confirmatory factor analyses and internal consistency*

228 The models obtained in the EFA for the GDS and the GPS were tested through CFA. The
229 models found in the EFA are described further in the Supplementary Material. The bifactor
230 structure for the GDS presented acceptable data fit indices (RMSEA=.078; 90% CI [.067, .090];
231 CFI=.927; TLI=.913), whereas the bifactor structure for the GPS presented marginally
232 acceptable fit for one of the indices (RMSEA=.121; 90% CI [.103, .140]) but acceptable fit for
233 the two other indices (CFI=.965; TLI=.952). Therefore, our results demonstrated that the bifactor
234 structure was adequate, in general, for our context.

235 Cronbach's alpha coefficients were calculated to investigate the internal consistency of
236 the factor scores. Factor scores were calculated as the simple arithmetic means of the scores of
237 the items that compose each factor. Cronbach's alpha coefficient of the score for the GDS
238 indicated high internal consistency ($\alpha=.78$). Similarly, the coefficient of the GPS was $\alpha=.82$.

239

240 *Differences among gender identity groups*

241 General characteristics. Three hundred and fifty participants answered the survey.
242 Although only participants who reached the end of the survey were included in the present study,
243 the adolescents could skip questions; thus, the sample size varied depending on the question. A
244 total of 333 youth participated in this study, among them, 142 (42.64%) identified as transgender
245 boys, 82 (24.62%) as transgender girls, and 109 (32.73%) as gender non-binary youth. As shown
246 in Table 1, age differed significantly among the groups, $F(2,330)=6.45$, $p=0.002$, $\eta_p^2=.04$. An
247 LSD post hoc test showed that the mean age of the transgender girls was significantly higher
248 than the mean age of the transgender boys ($p=0.021$) and that of the gender non-binary youth
249 ($p<0.001$). Gender non-binary youth assigned male at birth and those assigned female at birth did

250 not differ in general characteristics, in accessing the three domains of gender affirmation, and in
251 mental health outcomes, as shown in Supplementary Tables S1, S2, and S3.

252 In order to verify whether the amount of time and organization needed to complete the
253 entire survey selected transgender and gender non-binary youth with specific characteristics,
254 such as less anxiety, ANOVA tests and linear regressions were applied to compare the
255 percentage of the questionnaire that each participant answered (ranging from 21 to 100%) and
256 general characteristics, accessing the domains of gender affirmation, and mental health
257 outcomes. Only the GDS was associated with survey dropout, $F(1,326)=11.55, p=0.001,$
258 $R^2=.034$. These results are presented in Supplementary Tables S4, S5, and S6).

259 Gender-affirming processes. As shown in Table 2, when controlling for SES, having
260 undergone any medical treatment was less common among gender non-binary youth than among
261 transgender girls ($p<0.001$) and transgender boys ($p=0.001$). Having already accessed hormone
262 therapy was more common among transgender girls than it was among transgender boys and
263 gender non-binary youth ($p=0.014$).

264 Mental health outcomes. As shown in Table 3, gender distress, $F(2,323)=3.15, p=0.014,$
265 $\eta_p^2=.019$, and gender positivity, $F(2,298)=4.03, p=0.019, \eta_p^2=.027$, differed among the groups.
266 An LSD post hoc test demonstrated that transgender boys exhibited more gender distress than
267 did gender non-binary youth ($p=0.013$), whereas transgender girls showed more gender positivity
268 than did transgender boys ($p=0.012$). Using the OASIS cut-off,²⁸ 67.9% (95% CI 62.30-73.52) of
269 transgender youth had a high risk of receiving an anxiety diagnosis.

270

271 *Gender-affirming processes and mental health outcomes*

272 Social domain. As shown in Table 4, transgender and gender non-binary youth who asked
273 to be called by a different name exhibited a higher depression symptoms, $F(1,177)=3.89$,
274 $p=0.050$, $\eta_p^2=.022$, and gender distress, $F(1,275)=5.41$, $p=0.021$, $\eta_p^2=.019$, than youth who had
275 not asked to be called by a different name. Among those who asked to be called by a different
276 name, having their father use their true name was associated with exhibiting fewer depression
277 symptoms, $F(2,79)=4.22$, $p=0.018$, $\eta_p^2=.10$. An LSD post hoc test showed that youth whose
278 fathers always used their true name reported fewer depressive symptoms ($p=0.005$) than those
279 whose fathers never used their true name. A similar result was found for mothers using their true
280 name: youth whose mothers used their true name had less anxiety, $F(2,107)=4.86$, $p=0.010$,
281 $\eta_p^2=.086$, and fewer depressive symptoms, $F(2,115)=5.70$, $p=0.004$, $\eta_p^2=.093$, than those whose
282 mothers did not use their true name. After an LSD post hoc test, the statistically significant
283 impact on anxiety ($p=0.003$) and depressive ($p=0.001$) symptoms was between those whose
284 mothers always and never used their children's true name.

285 Having their mother use their true name was also associated with reporting more gender
286 positivity, $F(2,166)=8.01$, $p<0.001$, $\eta_p^2=.090$. An LSD post hoc test showed that transgender and
287 gender non-binary youth whose mothers always used their true name exhibited more gender
288 positivity than youth whose mothers used their true names sometimes ($p=0.002$) or never
289 ($p=0.000$). Finally, never being able to express their true gender identities was associated with
290 presenting more anxiety, $F(2,178)=3.40$, $p=0.036$, $\eta_p^2=.051$, when compared to ($p=0.012$) being
291 able to express their true gender identities all of the time. In addition, gender expression was
292 associated with depressive symptoms, $F(2,188)=5.11$, $p=0.007$, $\eta_p^2=.053$: youth never able to
293 express their true gender identities showed more depressive symptoms when compared to youth
294 who expressed their true gender identities half of the time ($p=0.009$) or all of the time ($p=0.002$).

295 Legal domain. Transgender and gender non-binary youth who legally changed their
296 names had less anxiety, $F(1,112)=6.25, p=0.014, \eta_p^2=.054$, and fewer depressive symptoms,
297 $F(1,116)=4.78, p=0.031, \eta_p^2=.041$, compared with those who had not legally changed their name
298 or were in the process of changing their name (for example, collecting the necessary
299 documentation for each identity document).

300 Medical domain. Having undergone any clinical treatment was associated with less
301 anxiety, $F(1,169)=10.61, p=0.001, \eta_p^2=.060$, and with fewer depressive symptoms,
302 $F(1,178)=21.31, p=0.000, \eta_p^2=.109$. In addition, transgender and gender non-binary youth who
303 had already accessed hormone therapy had less anxiety, $F(1,94)=7.83, p=0.006, \eta_p^2=.079$, fewer
304 depressive symptoms, $F(1,98)=13.39, p=0.000, \eta_p^2=.124$, and more gender positivity,
305 $F(1,144)=4.22, p=0.042, \eta_p^2=.029$, compared with those who were still waiting for hormone
306 treatment.

307 Multiple steps of gender-affirmation. Even when controlling for SES, having accessed
308 gender affirmation within multiple domains of gender affirmation was associated with less
309 anxiety, $F(4,105)=4.16, p=0.004, \eta_p^2=.144$, and fewer depression symptoms, $F(4,108)=4.167,$
310 $p=0.004, \eta_p^2=.140$. An LSD post hoc test showed that anxiety differed significantly between
311 youth who had not accessed any gender affirmation (12.37, 95% CI 9.03-15.71) and those who
312 had accessed three (7.94, 95% CI 6.29-9.58, $p=0.020$) or four steps (none, legally changed your
313 name, living as the desired gender, underwent any clinical treatment) of GA (7.56, 95% CI 4.75-
314 10.38, $p=0.031$). Anxiety symptoms also differed between youth who had accessed one (12.26,
315 95% CI 10.30-14.23) and three ($p=0.001$) or four ($p=0.008$) gender-affirming steps.

316 An LSD post hoc test indicated that depressive symptoms were higher among youth who
317 had not accessed GA (20.48, 95% CI 17.66-23.31) compared with youth who had accessed two

318 (17.03, 95% CI 15.61-18.45, $p=0.032$), three (15.35, 95% CI 13.99-16.70, $p=0.002$), or four
319 (14.95, 95% CI 12.56-17.33, $p=.004$) steps of the gender-affirming process. Furthermore,
320 depressive symptoms also varied significantly between youth who accessed one (18.17, 95% CI
321 16.55-19.80) and three ($p=0.009$) or four ($p=0.029$) steps of the gender-affirming process.
322 Gender distress and gender positivity did not differ among the groups.

323

324 **Discussion**

325 This study pioneers the evaluation of social, legal, and medical gender-affirming
326 processes impact on transgender and gender non-binary youths' anxiety and depression
327 symptoms. In addition, the study is notable for considering gender distress and gender positivity
328 as mental health outcomes that may be affected by gender affirmation. A significant number of
329 participants in this study identified as gender non-binary. Indeed, recent articles suggest that
330 almost one-third of transgender youth identify as gender non-binary.⁴²⁻⁴⁴ Gender is seen as a
331 spectrum that goes beyond the binary of man and woman. Non-binary youth, thus, identify as
332 belonging to a third gender, or encompassing more than one gender, or not having a gender at
333 all.^{42,45} Current literature confirms the effectiveness of medical gender affirmation among
334 transgender youth who identify within binary populations,^{16,22-25,46} but there is little published in
335 this area on non-binary people.⁴⁵

336 Historically, only transgender individuals with binary identity who sought gender-
337 affirming treatment (including both hormone treatment and surgical options) were eligible to
338 receive medical GA.⁴⁷ Among 360 transgender adults receiving GA at an outpatient clinic in the
339 Netherlands, 97 (26.9%) did not chose some treatments mainly to avoid adverse effects but also
340 to aligning their bodies with their non-binary gender identity.⁴⁷ Although gender non-binary

341 youth had undergone clinical treatment less often than the transgender girls and boys in the
342 current study (and in a study from the United Kingdom⁴⁴), gender non-binary youth are
343 represented among adolescents and young adults seeking medical GA.⁴² Gender non-binary
344 youth may avoid the health care system as it currently does not meet their specific needs by, for
345 example, providing goal-focused therapy.⁴² Both transgender and gender non-binary people may
346 seek treatment alternatives; thus, health providers should be trained to fulfill the specific health
347 care needs of these individuals.

348 In our study, gender-affirming processes were significantly associated with presenting
349 less anxiety and depression symptoms. Accessing medical, social, and legal gender affirmation
350 enables transgender and gender non-binary youth to improve their social integration, to enhance
351 their sense of belonging, and to reduce their marginalized social position. Considering the high
352 prevalence of depression and anxiety among transgender youth,⁴⁸ reducing barriers to accessing
353 gender affirmation is essential.

354 A qualitative study with 65 North American transgender youth and caregivers reported
355 six main barriers to accessing medical gender affirmation: few accessible pediatric physicians
356 trained in gender-affirming health care; inconsistent use of chosen names and pronouns; lack of
357 physician awareness of the available professional guidelines to treat transgender and gender non-
358 binary youth;; scarce and late access to hormone therapy; and healthcare coverage rejections.⁴⁹
359 As described previously, Brazilian transgender and gender non-binary individuals face similar
360 barriers to accessing medical assistance.^{5,6,33} Most barriers are related to health professionals'
361 lack of preparedness in providing appropriate care to transgender and gender non-binary youth,
362 leading to the use of outdated language, to uncertain medical advice, and to delayed access to
363 GA. The Endocrine Society,⁵⁰ the American Academy of Pediatrics,⁵¹ the American Academy of

364 Child and Adolescent Psychiatry,⁵² and the World Professional Association for Transgender
365 Health⁴³ guidelines are clear and succinct protocols that should be taught in medical schools and
366 applied in daily care.⁴⁹

367 In addition to facing barriers to accessing medical GA, transgender and gender non-
368 binary youth experience difficulties using their true names and pronouns due to interpersonal and
369 institutional reasons.¹⁹ In response to a legislation vacuum, some Brazilian institutions acted to
370 guarantee transgender and gender non-binary youth the right to use their true names without
371 having to change their legal documents. For example, a transgender girl is able to use her true
372 name at school through a “social name” identity card. The “social name” identity card does not
373 have legal value; therefore, she continues to experience humiliating situations due to carrying
374 documents that are not concordant with her gender identity and expression.³⁰ Social and legal
375 gender-affirming domains are critically important to the mental health of transgender and gender
376 non-binary youth and they should be more accessible. The change to and recognition of their true
377 name is a critical element of transgender and gender non-binary youth identities that reduces
378 their sense of marginalization and promotes social inclusion.^{19,20,29}

379 Gender positivity was associated with social and medical domains of gender affirmation
380 in our study - being actually called by the desired name by their biological mother and accessed
381 hormone therapy. Higher scores on the GPS represent a sense of pride in participants’ gender
382 identities, greater feelings of social acceptance, and fewer body image-related problems.
383 Furthermore, advancement in the process of gender affirmation has been shown to improve body
384 satisfaction as well as social support.^{18,21} In accordance with this finding, gender positivity was
385 higher among transgender and gender non-binary youth who had accessed more gender affirming
386 steps.

387 It is noteworthy that transgender girls demonstrated more gender positivity than did
388 transgender boys. Furthermore, transgender boys exhibited more gender distress than did gender
389 non-binary youth. During puberty, transgender boys may experience more difficulties dealing
390 with sexual characteristics, such as hiding menstruation and breasts, while finding it harder to
391 develop typically male features using testosterone, which is accessible only through medical
392 recommendation.^{29,53,54} Conversely, transgender girls can access informal gender-affirming
393 procedures easily by buying hormonal contraceptives in regular pharmacies or by undergoing
394 breast augmentation in clandestine clinics that are, unfortunately, a reality in Brazil.^{5,6}

395

396 *Limitations*

397 The present study has some limitations. First, despite including a considerable
398 transgender and gender non-binary youth sample compared to previous studies, a convenience
399 sample was used, and youth outside of Southern Brazil were underrepresented. Second, the
400 cross-sectional design prevents assumptions about causality. Third, the questionnaire was long,
401 lasting nearly one hour. Finally, the sample was composed of transgender and gender non-binary
402 youth with access to the internet, and thus, more marginalized populations may not have had the
403 opportunity to join this study. Therefore, the sample is not representative of all Brazilian
404 transgender and gender non-binary youth, and generalizations should be made cautiously.

405

406 **Conclusions**

407 Health professionals should consider enabling transgender and gender non-binary youth
408 to access GA more easily as a strategy to manage depression and anxiety symptoms. In addition
409 to attenuating deleterious mental health outcomes, accessing specific gender-affirming processes

410 was associated with pride and positivity about their gender identity and a feeling of being
411 socially accepted. This is, indeed, how transgender and gender non-binary youth should be able
412 to feel.

413

414 **Acknowledgments**

415 We thank the Health Equity and Epidemiology Research Group (HEER) for multiple, and very
416 useful, insights. We also appreciate the TransYouth CAN! Team sharing their survey. Finally,
417 we acknowledge Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and
418 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for providing financial
419 support through scholarships.

420

421 **Author Disclosure Statement**

422 No competing financial interests exist.

423

424

Table 1. Differences in characteristics among transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth.

Characteristics	Total			Transgender boys			Transgender girls			Gender non-binary youth ^a			<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	95% CI	<i>N</i>	<i>M</i>	95% CI	<i>N</i>	<i>M</i>	95% CI	<i>N</i>	<i>M</i>	95% CI	
Age	333	18.62	18.34-18.90	142	18.61	18.21-19.03	82	19.44 ^b	18.78-20.09	109	18.08	17.67-18.50	.002^c
	<i>N</i>	%	95% CI	<i>N</i>	%	95% CI	<i>N</i>	%	95% CI	<i>N</i>	%	95% CI	<i>p</i>
Race/ethnicity	266			109			73			84			
White	155	58.27	52.34-64.20	69	63.30	54.25-72.35	36	49.32	37.85-60.78	50	59.52	49.03-70.02	.166 ^d
Non-white	111	41.73	35.80-47.66	40	36.70	27.65-45.75	37	50.68	39.22-62.15	34	40.48	29.98-50.97	
School	350			149			85			116			
Studying	221	63.14	58.09-68.20	92	61.74	53.94-69.55	53	62.35	52.05-72.65	76	65.52	56.87-74.17	.807 ^d
Not studying	129	36.86	31.80-41.91	57	38.26	30.45-46.06	32	37.65	27.35-47.95	40	34.48	25.83-43.13	
Area of residence	350			149			105			96			
City	270	77.14	72.74-81.54	106	71.14	63.87-78.42	93	88.57	82.49-94.66	71	73.96	65.18-82.74	.033^d
Suburbs or rural areas	80	22.86	18.46-27.26	43	28.86	21.58-36.13	12	11.43	5.34-17.51	25	26.04	17.26-34.82	
Brazil region	343			145			84			114			
North, Northeast, and Central-West	96	27.99	23.24-32.74	34	23.45	16.55-30.34	24	28.57	18.91-38.23	38	33.33	24.68-41.99	.211 ^d
Southeast and South	247	72.01	67.26-76.76	111	76.55	69.66-83.45	60	71.43	61.77-81.09	76	66.67	58.01-75.32	

^aGender non-binary youth included youth assigned male at birth and those assigned female at birth.

^bAn LSD post hoc test showed that the mean age of the transgender girls was significantly higher than the mean age of the transgender boys ($p=.021$) and that of the gender non-binary youth ($p=0.000$).

^cANOVA was applied to compare means among transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth.

^dChi-square was used to compare frequencies among transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth.

Bold = $p < 0.05$

M, mean; CI, confidence interval.

Table 2. Differences among transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth in access to gender-affirming care.

Gender-affirming care	Total			Transgender boys			Transgender girls			Gender non-binary youth ^a			P
	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	N	%	95% CI	
Social													
Asked to be called by another name	326	100.00		144	100.00		79	100.00		103	100.00		
Yes	262	80.37	76.06-84.68	123	85.42	79.65-91.18	69	87.34	80.01-94.67	70	67.96	58.95-76.97	.317
No	64	19.63	15.32-23.94	21	14.58	8.82-20.35	10	12.66	5.33-19.99	33	32.04	23.03-41.05	
Of them, being actually called by the desired name by their biological father ^b	135	100.00		67	100.00		39	100.00		29	100.00		
Always	19	14.07	8.21-19.94	9	13.43	5.27-21.60	7	17.95	5.90-29.99	3	10.34	0.74-21.43	.659
Sometimes	36	26.67	19.21-34.13	19	28.36	17.57-39.15	12	30.77	16.28-45.25	5	17.24	3.49-30.99	
Never	80	59.26	50.97-67.55	39	58.21	46.40-70.02	20	51.28	35.59-66.97	21	72.41	56.15-88.68	
Of them, being actually called by the desired name by their biological mother ^b	178	100.00		85	100.00		51	100.00		42	100.00		
Always	39	21.91	15.83-27.99	13	15.29	7.64-22.95	20	39.22	25.82-52.62	6	14.29	3.70-24.87	.234
Sometimes	58	32.58	25.70-39.47	29	34.12	24.04-44.20	13	25.49	13.53-37.45	16	38.10	23.41-52.78	
Never	81	45.51	38.19-52.82	43	50.59	39.96-61.22	18	35.29	22.18-48.41	20	47.62	32.51-62.72	
Living in the desired gender	349			149	100.00		85	100.00		115	100.00		
All of the time	158	48.70	40.05-50.49	77	51.68	43.65-59.70	49	57.65	47.14-68.15	32	27.83	19.64-36.02	.117
Half of the time	135	36.40	33.57-43.79	58	38.93	31.10-46.76	21	24.71	15.54-33.87	56	48.70	39.56-57.83	
Never	56	15.00	12.20-19.90	14	9.40	4.71-14.08	15	17.65	9.54-25.75	27	23.48	15.73-31.23	
Legal													
Judicial name change	212	100.00		92	100.00		62	100.00		58	100.00		
Yes	33	15.57	10.69-20.45	21	22.83	14.25-31.40	8	12.90	4.56-21.25	4	6.90	0.38-13.42	.086
No or in process	179	84.43	79.55-89.31	71	77.17	68.60-85.75	54	87.10	78.75-95.44	54	93.10	86.58-99.62	
Medical													
Having undergone any clinical treatment	319	100.00		140	100.00		77	100.00		102	100.00		
Yes	82	25.71	20.91-30.50	37	26.43	19.12-33.73	39	50.65	39.48-61.82	6	5.88	1.32-10.45	<.001
No	237	74.29	69.50-79.09	103	73.57	66.27-80.88	38	49.35	38.18-60.52	96	94.12	89.55-98.68	
Of them, desired and accessed hormone therapy	166	100.00		83	100.00		58	100.00		25	100.00		
Have already accessed hormone therapy	82	49.40	41.79-57.00	37	44.58	33.88-55.27	39	67.24	55.16-79.32	6	24.00	7.26-40.74	.046
Wanted, but still waiting to access hormone therapy	84	50.60	43.00-58.21	46	55.42	44.73-66.12	19	32.76	20.68-44.84	19	76.00	59.26-92.74	

Poisson regression was applied to compare transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth controlling for socioeconomic status (SES). Percentages and 95% CIs are not adjusted for SES.

^aGender non-binary youth included youth assigned male at birth and those assigned female at birth.

^bExclusively youth who reported having contact with their father or mother, wanting to be called by another name, and asking their parents to call them by another name were included.

Bold = $p < 0.05$.

Table 3. Differences among transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth in mental health outcomes.

Mental Health Outcomes	Total			Transgender boys			Transgender girls			Gender non-binary youth ^a			p
	N	M	95% CI	N	M	95% CI	N	M	95% CI	N	M	95% CI	
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) Modified	177	10.10	9.34-10.85	86	9.78	8.69-10.87	41	10.17	8.54-11.80	60	10.50	9.07-11.93	.611
Depression Scale (MDS)	195	17.28	16.69-17.88	90	17.44	16.63-18.25	42	16.69	15.24-18.14	63	17.44	16.34-18.55	.551
Gender Distress Scale (GDS)	326	4.04	3.97-4.11	138	4.14	4.05-4.23	79	4.00	3.83-4.18	109	3.94	3.80-4.60	.014^b
Gender Positivity Scale (GPS)	333	3.34	3.25-3.42	140	3.20	3.08-3.32	79	3.51	3.34-3.68	114	3.39	3.23-3.54	.019^b

Note. An ANCOVA test was applied to compare transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth controlling for socioeconomic status (SES). Means and 95% CIs were not adjusted for SES.

^aGender non-binary youth included youth assigned male at birth and those assigned female at birth.

^bAn LSD post hoc test found that transgender boys exhibited more gender distress than did gender non-binary youth ($p=0.013$), whereas transgender girls demonstrated more gender positivity than did transgender boys ($p=0.012$).

Bold = $p < 0.05$.

Table 4. Gender-affirming care and mental health outcomes.

Gender-affirming care	Mental Health															
	Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)				Modified Depression Scale (MDS)				Gender distress scale (GDS)				Gender Positivity Scale (GPS)			
	N	M	95% CI	p	N	M	95% CI	p	N	M	95% CI	p	N	M	95% CI	p
Social																
Asked to be called by another name	170				180				278				282			
Yes	139	10.05	9.21-10.90	.249	147	17.14	16.47-17.80	.050	223	4.12	4.04-4.20	.021	227	3.24	3.18-3.38	.336
No	31	11.21	9.42-12.99		33	18.69	17.29-20.10		55	3.90	3.74-4.07		55	3.40	3.19-3.60	
Of them, being actually called by the desired name by their biological father ^a	75				79				120				125			
Always	14	7.21	4.42-10.00	.092	14	14.33	12.05-16.61	.018 ^b	18	3.88	3.55-4.20	.273	19	3.54	3.22-3.86	.320
Sometimes	18	9.57	7.10-12.04		20	17.00	15.09-18.90		30	3.94	3.69-4.19		31	3.30	3.05-3.55	
Never	43	10.76	9.18-12.35		45	18.12	16.85-19.39		72	4.12	3.96-4.28		75	3.26	3.11-3.42	
Of them, being actually called by the desired name by their biological mother ^a	107				115				160				166			
Always	26	7.37	5.41-9.32	.010 ^b	25	14.92	13.35-16.49	.004 ^b	35	3.87	3.65-4.09	.153	37	3.68	3.47-3.89	.000 ^c
Sometimes	26	8.94	6.99-10.89		30	16.86	15.43-18.28		52	4.11	3.93-4.29		53	3.23	3.05-3.41	
Never	55	10.98	9.64-12.32		60	18.10	17.09-19.11		73	4.11	3.96-4.26		76	3.17	3.02-3.32	
Living in the desired gender	178				188				293				298			
All of the time	87	9.23	8.17-10.30	.036 ^d	88	16.74	15.88-17.59	.007 ^e	132	4.10	3.99-4.21	.066	135	3.36	3.23-3.49	.346
Half of the time	63	10.38	9.12-11.63		68	17.05	16.08-18.03		111	3.94	3.81-4.06		114	3.38	3.24-3.52	
Never	28	12.00	10.13-13.89		32	19.38	17.96-20.81		50	4.16	3.98-4.34		49	3.19	2.97-3.41	
Legal																
Judicial name change	112				116				175				181			
Yes	17	7.17	4.84-9.53	.014	17	14.78	12.85-16.71	.031	25	4.17	3.93-4.13	.396	27	3.35	3.11-3.60	.715
No or in process	95	10.40	9.41-11.39		99	17.09	16.29-17.89		150	4.06	3.96-4.16		154	3.30	3.20-3.41	
Medical																
Having undergone any clinical treatment	169				178				276				281			
Yes	45	8.03	6.59-9.49	.001	50	15.63	14.06-16.27	.000	75	4.13	3.99-4.28	.184	73	3.36	3.18-3.54	.975
No	124	10.84	9.97-11.71		128	18.21	17.52-18.90		201	4.02	3.93-4.12		208	3.35	3.25-3.46	
Of them, desired and accessed hormone therapy	94				98				146				144			
Have already accessed hormone therapy	45	7.97	6.47-9.48	.006	50	15.12	14.10-16.14	.000	75	4.13	4.00-4.27	.710	73	3.36	3.23-3.50	.042
Wanted, but still waiting for hormone therapy	49	10.92	9.48-12.36		48	17.81	16.77-18.86		71	4.17	4.03-4.31		71	3.16	3.02-3.30	

Note. An ANCOVA test was applied to compare groups controlling for socioeconomic status (SES) and, when statistically significant, followed by an LSD post hoc test.

Means and 95% CIs were adjusted for SES.

^aExclusively youth who reported having contact with their father or mother, wanting to be called by another name, and asking their parents to call them by another name were included.

^bThe statistically significant difference was between always and never.

^cThe statistically significant difference was between always and sometimes, as well as between always and never.

^dThe statistically significant difference was between all of the time and never.

^eThe statistically significant difference was between half of the time and never, as well as between all of the time and never.

Bold = $p < 0.05$.

Supplementary Results

Exploratory Factor Analyses

The adequacy of the data matrix to the factor analysis of the gender distress scale (GDS) was demonstrated with a KMO index of .87 and a statistically significant Bartlett's Test of Sphericity ($p < .001$). Results of the factor extraction in the exploratory factor analyses (EFA) indicated a three-factor solution with eigenvalues above 1, respectively 5.10, 1.76, and 1.13. However, the third factor was excluded as it was the only one that had eigenvalues in the EFA lower than the one generated in the parallel analysis, respectively 1.37, 1.29, and 1.22. Therefore, the retained solution for the GDS was a bifactor structure that accounted for 45.71% of the scale variance. Only one item did not present factor loading higher than .30 in neither of the retained factors: "I like to dress in ways that express my gender".

The content analysis of the items revealed that the first factor grouped items related to distress caused by their sexed bodies. More precisely, "I dislike seeing my naked body", "I feel unhappy because I have a [masculine/feminine] body", "I worry that I might always have a [masculine/feminine] body", "I feel like I can't trust what my body might do as I get older", "I wish I had been born in a different body", "I dislike my voice because I feel that it doesn't match my gender", "I dislike peeing [standing up/sitting down]", "I dislike having a penis or erections because it makes me feel like I'm not my true gender / I dislike having a period because it makes me feel like I'm not my true gender", and "I dislike having facial hair because it makes me feel like I'm not my true gender / I dislike having breasts because they make me feel like I'm not my true gender". The second factor grouped items concerning transgender youths' gendered social life, including the following items: "I worry that people will always treat me as the wrong gender", "I feel hurt if someone calls

me the wrong gender (using the wrong pronouns/wrong name)”, “I feel that society doesn’t accept or embrace me in my gender”, “When people treat me like the wrong gender or expect me to behave like a [boy/girl] I feel hurt”, and “I avoid social situations or activities because I can’t express myself in my gender”.

Regarding the Gender Positivity Scale (GPS), the KMO index was .81, and Bartlett’s Test of Sphericity was statistically significant ($p < .001$). Results of the factor extraction in the EFA also indicated a three-factor solution with eigenvalues above 1, respectively 3.77, 2.10, and 1.06. However, the third factor was excluded as it had eigenvalues in the EFA lower than the one generated in the parallel analysis. The eigenvalues generated by the parallel analysis were respectively 1.32, 1.23, and 1.17. Hence, the retained solution for the GPS was a bifactor structure that accounted for 48.94% of the scale variance. Three items did not present factor loading higher than .30 in neither of the retained factors: “I feel confident trying on new clothes that express my true gender”; “I feel proud for being able to express my true gender” and “Being trans or non-binary is one of my qualities”.

The content analysis of the items revealed that the first factor grouped items related to positivity concerning their sexed bodies: “I am comfortable in my body”, “I feel confident in my body”, “I feel like my body fits with the real me”, “Things about my body that used to bother me don’t bother me as much anymore”, and “I feel attractive”. The second factor grouped items concerning their gendered social life. More precisely, “I feel validated when strangers in public treat me like my gender”, “I feel happy that society sees me on the outside for who I am on the inside”, “I am relieved I don’t have to work as hard as I used to for people to see me as my gender”, and “I enjoy going out in public and doing social activities because I can express myself as my gender”.

Supplementary Table S1. General characteristics of gender non-binary youth assigned male or female at birth.

Characteristics	Gender non-binary youth						<i>p</i>
	Assigned male			Assigned female			
	<i>N</i>	Mean	95% CI	<i>N</i>	Mean	95% CI	
Age	20	18.85	19.6-20.4	75	17.89	74.6-75.4	.099 ^a
	<i>N</i>	Percent	95% CI	<i>N</i>	Percent	95% CI	<i>p</i>
Race/ethnicity	19	100.00		53	100.00		
White	9	47.37	24.92-69.82	33	62.26	49.21-75.31	.195 ^b
Non-white	10	52.63	30.18-75.08	20	37.74	24.69-50.79	
School	21	100.00		80			
Studying	12	57.14	35.98-78.31	57	71.25	61.33-81.17	.165 ^b
Not studying	9	42.86	21.69-64.02	23	28.75	18.83-38.67	
Area of residence	21	100.00		80	100.00		
City	17	80.95	64.16-97.75	63	78.75	69.79-87.71	.546 ^b
Suburbs or rural areas	4	19.05	2.25-35.84	17	21.25	12.29-30.21	
Brazil region	20	100.00		80	100.00		
North, Northeast, and Central-West	5	25.00	6.02-43.98	26	32.50	22.24-46.48	.360 ^b
Southeast and South	15	75.00	56.02-93.98	54	67.50	57.24-77.76	

Note. Some gender non-binary youth chose not to disclose their sex assigned at birth and, therefore, they were not included in the analysis.

^aT-test was applied to compare means between gender non-binary youth assigned male at birth and those assigned female at birth.

^bChi-square was used to compare frequencies between gender non-binary youth assigned male at birth and those assigned female at birth.

Supplementary Table S2. Differences between gender non-binary youth assigned male or female at birth in access to gender-affirming care.

Gender-affirming care	Gender non-binary youth						<i>p</i>
	Assigned male			Assigned female			
	N	Percent	95% CI	N	Percent	95% CI	
Social							
Asking to be called by another name	17	100.00		76	100.00		.972
Yes	11	64.71	41.99-87.42	52	68.42	46.32-90.52	
No	6	35.29	12.58-58.01	24	31.58	9.48-53.68	
Of them, being actually called by the desired name by their biological father ^c	10	100.00	0.00-28.59	18	100.00	0.00-0.00	.820
Always	1	10.00	-8.59, 28.59	2	11.11	-3.41, 25.63	
Sometimes	1	10.00	-8.59, 104.79	4	22.22	3.02-41.43	
Never	8	80.00	55.21-104.79	12	66.67	44.89-88.44	
Of them, being actually called by the desired name by their biological mother ^c	9	100.00		30	100.00		.907
Always	2	22.22	-4.94, 49.38	3	10.00	-0.74, 20.74	
Sometimes	2	22.22	-4.94, 88.02	12	40.00	22.47-57.53	
Never	5	55.56	23.09-88.02	15	50.00	32.11-67.89	
Living with the desired gender	20	100.00	0.00-37.53	80	100.00	0.00-0.00	.971
All of the time	4	20.00	2.47-37.53	23	28.75	18.83-38.67	
Half of the time	11	55.00	33.20-76.80	38	47.50	36.56-58.44	
Never	5	25.00	6.02-43.98	19	23.75	14.42-33.08	
Legal							
Judicial name change	8	100.00	0.00-0.00	44	100.00	0.00-0.00	.307
Yes	1	12.50	-10.42, 35.42	3	6.82	-0.63, 14.27	
No or in process	7	87.50	64.58-110.42	41	93.18	85.73-100.63	
Medical							
Having undergone any clinical treatment	25	184.00		86	176.74		.886
Yes	1	4.00	-4.35, 13.87	5	5.81	1.19, 13.96	
No	20	80.00	86.13-104.35	61	70.93	86.04, 98.81	
Of them, desired and accessed hormone therapy	4	100.00		20	100.00		.901
Have already accessed hormone therapy	1	25.00	-5.30, 17.07	5	25.00	-5.21, 18.36	
Wanted, but still waiting for hormone therapy	3	75.00	-0.47, 0.00	15	75.00	0.82-38.66	

Notes. Many gender non-binary youth chose not to disclose their sex assigned at birth and, therefore, they were not included in the analysis.

Poisson regression was applied to compare gender non-binary youth controlling for socioeconomic status (SES).

Percentages and 95% CIs are not adjusted for SES.

Supplementary Table S3. Differences between gender non-binary youth assigned male or female at birth in mental health outcomes.

Mental Health Outcomes	Gender non-binary youth						<i>p</i>
	Assigned male			Assigned female			
	N	Mean	95% CI	N	Mean	95% CI	
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)	8	95.00	39.01-150.99	44	111.14	94.810-127.47	.431
Modified Depression Scale (MDS)	8	176.25	134.82-217.68	48	176.25	163.66-188.84	.996
Gender Distress Scale (GDS)	20	38.59	35.00-42.19	75	39.76	38.43-41.09	.098
Gender Positivity Scale (GPS)	20	31.56	27.88-35.25	80	33.60	31.75-35.45	.937

Notes. Many gender non-binary youth chose not to disclose their sex assigned at birth and, therefore, they were not included in the analysis.

ANCOVA was applied to compare transgender boys, transgender girls, and gender non-binary youth controlling for socioeconomic status (SES).

Means and 95% CIs are not adjusted for SES.

Supplementary Table S4. Progress on completing the survey by general characteristics.

Characteristics	Progress			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Age	0.00	0.00	0.00	0.98
Gender Identity	<i>N</i>	Mean	<i>SD</i>	<i>p</i>
Transgender boys	149	78.34	29.35	.067
Transgender girls	85	68.91	32.63	
Gender non-binary	116	72.73	31.47	
Ethnicity				
Racialized	112	72.15	30.67	.214
White	157	76.84	30.25	
School				
Not studying	132	74.75	30.68	.793
Studying	221	73.85	31.40	
Area of residence				
City	80	74.23	31.04	.745
Suburbs or rural areas	273	74.18	31.16	
Brazil region				
North, Northeast, and Central-West	97	69.30	30.78	.087
Southeast and South	249	75.67	31.11	

Notes Progress indicates how much of the survey the participant completed. It ranges from 21 to 100%.

An ANOVA test was applied to compare progress among the groups.

Supplementary Table S5. Progress on completing the survey by access to gender-affirming care.

Gender-affirming processes	Progress			
	N	Mean	SD	p
Social				
Asked to be called by another name				
Yes	264	76.06	30.41	.374
No	65	72.28	31.77	
Of them, being actually called by the desired name by their biological father ^a				
Always	19	85.89	24.11	.331
Sometimes	37	83.59	25.32	
Never	80	77.68	27.26	
Of them, being actually called by the desired name by their biological mother ^a				
Always	39	81.51	26.48	.070
Sometimes	58	76.93	27.83	
Never	81	87.07	23.31	
Living in the desired gender				
All of the time	159	76.21	30.46	.587
Half of the time	138	72.62	31.58	
Never	56	73.20	31.93	
Legal				
Judicial name change				
Yes	33	77.06	30.87	.893
No or in process	181	76.28	30.40	
Medical				
Having undergone any clinical treatment				
Yes	82	80.41	27.19	.089
No	239	73.82	31.20	
Of them, desired and accessed hormone therapy				
Have already accessed hormone therapy	82	80.41	27.19	.608
Wanted, but still waiting for hormone therapy	84	78.13	29.90	

Notes Progress indicates how much of the survey the participant completed. It ranges from 21 to 100%.

An ANOVA test was applied to compare progress among the groups.

Supplementary Table S6. Progress on completing the survey by mental health outcomes.

Mental Health Outcomes	Progress				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)	.148	.335	.032	.441	.660
Modified Depression Scale (MDS)	.097	.112	.062	.864	.389
Gender Distress Scale (GDS)	.004	.001	.185	3.399	.001
Gender Positivity Scale (GPS)	.000	.001	-.005	-.088	.930

Notes Progress indicates how much of the survey the participant completed. It ranges from 21 to 100%. Linear regression was applied to assess correlations between the mental health outcomes and progress.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como principal objetivo ampliar conhecimentos a respeito de determinantes de saúde mental em jovens TGNB. Verificou-se que:

1. Fatores sociais, como experiências de discriminação, foram fortemente associados ao uso de substâncias e ao tabagismo. O uso de drogas ilícitas, como maconha e cocaína, foi uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos jovens avaliados.

2. O acesso a procedimentos de afirmação de gênero atenuou sintomas de depressão e ansiedade dos jovens TGNB e foi associado ao menor consumo de tabaco.

3. Uma parcela importante dos jovens TGNB sente-se desconexo e inseguro no ambiente escolar, o que foi associado a aumento do número de faltas e das taxas de evasão escolar.

Os achados nos permitem apontar para possíveis estratégias a serem avaliadas e confirmadas em estudos futuros, preferencialmente com maior número amostral e amostra mais representativa dos jovens brasileiros.

Tem-se que o atendimento a jovens TGNB deve envolver equipe multidisciplinar capaz de abranger plano individual, interpessoal e institucional de tratamento. No plano individual, tem-se atendimento psicológico e psiquiátrico a fim de manejar sintomas de ansiedade e depressão, bem como trabalhar estratégias de resiliência para enfrentamento da violência institucional que cerceia a identidade *trans*. Além disso, oferecer o processo médico de afirmação de gênero, por meio de médicos de família e comunidade, de endocrinologistas e de cirurgiões, tem impacto positivo na saúde mental dos jovens avaliados. A nível interpessoal, promover o engajamento familiar, com proximidade e aceitação, melhora todos os aspectos da vida do jovem. Ademais, estratégias que diminuam o isolamento dos jovens TGNB, como grupos de apoio LGBT em ambiente escolar, são estratégias com comprovada influência na saúde mental reduzindo, por exemplo, consumo de substâncias e tabagismo na amostra analisada. Por fim, reduzir a transfobia na escola, na universidade, no local de trabalho, no hospital e em inúmeras outras instituições que afetam o cotidiano dos jovens TGNB pode ser considerado uma

estratégia de saúde pública para diminuir as disparidades de saúde mental encontradas entre jovens transgêneros e seus pares cisgêneros.

6. REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*(2), 358–372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Adams, G. R., & Marshall, S. K. (1996). A developmental social psychology of identity: Understanding the person-in-context. *Journal of Adolescence*, *19*(5), 429–442. <https://doi.org/https://doi.org/10.1006/jado.1996.0041>
- Aitken, M., Vanderlaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- American Psychological Association. (2015). *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*. *American Psychologist* (Vol. 70). <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*, *164*(4), 635–642. <https://doi.org/10.1530/eje-10-1038>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, *64*(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, *15*(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implica-

tions for practice. *New Directions for Student Services*, 2005(111), 25–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ss.171>

Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and Questioning Students in Schools: The Moderating Effects of Homophobic Bullying and School Climate on Negative Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989–1000. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/204637926?accountid=8034>

Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314> Article

Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., & Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253–265. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000117>

Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2016). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). 10 Leading causes of death by age group, United States, 2015. Retrieved from <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/>

Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., De Vries, A. L. C., & Delemarre-Van De Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489–495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., ... Koller, S. H. (2016). Healthcare needs of and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 0(0), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, A., Fontanari, A., Catelan, R., Schwarz, K., Stucky, J., da Rosa Filho, H., ... Koller, S. (2018). HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS And Behavior*, 22(8), 2534–2542. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2021-1>
- Coulter, R. W. S., Bersamin, M., Russell, S. T., & Mair, C. (2018). The effects of gender- and sexuality-based harassment on lesbian, gay, bisexual, and transgender substance use disparities. *Journal of Adolescent Health*, 62(6), 688–700. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.004>
- Coulter, R. W. S., Blosnich, J. R., Bukowski, L. A., Herrick, A. L., Siconolfic, D. E., & Stalla, R. D. (2016). Differences in alcohol use and alcohol-related problems between transgender- and non-transgender-identified young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 154(1), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.07.006>.Differences
- Day, J. K., Fish, J. N., Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., & Russell, S. T. (2017). Transgender youth substance use disparities: Results from a population-based sample. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 729–735. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>

- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth' s school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*, 1731–1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- De Pedro, K. T., Gilreath, T. D., Jackson, C., & Esqueda, M. C. (2017). Substance Use Among Transgender Students in California Public Middle and High Schools. *Journal of School Health*, *87*(5), 303–309. <https://doi.org/10.1111/josh.12499>
- De Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-Van de Waal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 83–94. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *52*(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A., McGuire, J., Steensma, T., Wagenaar, E., Doreleijers, T., & Cohen-Kettenis, P. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, *134*(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *Plos One*, *6*(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Diamond, L. M. (2010). New Paradigms for Research on Heterosexual and Sexual-Minority Development. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *32*(4), 490–498. <https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204>

- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2016). Pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>. Gender
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2008). A study of transgender adults and their non- transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research, 3*(3), 37–41. <https://doi.org/10.1080/15574090802092879>
- Gardner, W. L., Pickett, C. L., & Brewer, M. B. (2000). Social Exclusion and Selective Memory: How the Need to belong Influences Memory for Social Events. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(4), 486–496. <https://doi.org/10.1177/0146167200266007>
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *J Adolesc Health, 38*(3), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>
- Gibb, B. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2004). Emotional Maltreatment from Parents, Verbal Peer Victimization, and Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000016927.18027.c2>
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(3), 336–344. <https://doi.org/doi:10.1037/sgd0000171>.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J.-C., Pringuey, D., ... Lançon, C. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000046>
- Greytak, E.A., Kosciw, J. G., & Diaz, E. M. (2009). *Harsh realities: the experiences of transgender youth in our nation's schools*. New York.

- Greytak, Emily A, Kosciw, J. G., Villenas, C., & Giga, N. M. (2016). From Teasing to Torment: School Climate Revisited. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., Howell, T. J., ... Haney, A. P. (2009). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth talk about experiencing and coping with school violence: A qualitative study. *Journal of LGBT Youth*, 6(1), 24–46. <https://doi.org/10.1080/19361650802379748>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>.
How
- Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine*, 103, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Hertel, P. T. (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 166.
- Hotton, A. L., Garofalo, R., Kuhns, L. M., & Johnson, A. K. (2013). Substance use as a mediator of the relationship between life stress and sexual risk among young transgender women. *AIDS Education and Prevention*, 25(1), 62–71. <https://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.1.62>
- Jaspal, R., Kennedy, L., & Tariq, S. (2019). Health Human Immunodeficiency Virus and trans women: A

literature review. *Transgender Health*, 3(1), 239–250. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0005>

Jorge, K. O., Vale, M. P., & Kawachi, I. (2017). Binge drinking and associated factors among adolescents in a city in southeastern Brazil: A longitudinal study. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183115>

Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>

Kidd, J. D., Jackman, K. B., Wolff, M., Studies, B., Veldhuis, C. B., & Hughes, T. L. (2018). Risk and protective factors for substance use among sexual and gender minority youth: A scoping review. *Current Addiction Reports*, 5(2), 158–173. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0196-9>.Risk

Kosciw, J G, Greytak, E. A., Zongrone, A. D., Clark, C. M., & Truong, N. L. (2018). *The 2017 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.

Kosciw, Joseph G, Greytak, E. A., Giga, N. M., Villenas, C., & Danischewski, D. J. (2016). The 2015 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth in Our Nation's Schools. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*.

Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014). Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 354–379. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.834529>

Lewis, R. J., Mason, T. B., Winstead, B. A., & Irons, L. B. (2017). Pathways to hazardous drinking among racially and socioeconomically diverse lesbian women: Sexual minority stress, rumination, social isolation, and drinking to cope. *Psychology Women*, 40(4), 564–581. <https://doi.org/10.1177/0361684316662603>.Pathways

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and trans-

gender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>

Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1041.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2018). Review Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8587(18). [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)

McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2017). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674–680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>. Families

McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1175–1188. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/746772400?accountid=8034>

McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image*, 18, 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.004>

McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 153–160.

Menino, D. D., Katz-Wise, S. L., Veters, R., & Reisner, S. L. (2018). Associations between the length of time from transgender identity recognition to hormone initiation and smoking among transgender youth and young adults. *Transgender Health*, 3(1), 82–87. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0002>

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262–265. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.262>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Miller, B. J. (1992). From silence to suicide: Measuring a mother's loss. *Homophobia: How We All Pay the Price, 79–94*.
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(2), 146–158. <https://doi.org/10.1037/sgd0000029>
- Mueller, A., Quadros, C., Schwarz, K., Brandelli Costa, A., Vaites Fontanari, A. M., Machado Borba Soll, B., ... Kauer-Sant'Anna, M. (2016). Rumination as a Marker of Psychological Improvement in Transsexual Women Postoperative. *Transgender Health, 1*(1), 274–278.
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior, 42*(3), 437–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504.
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 391.

- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*. US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.855>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., MacRi, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Olson-Kennedy, J. (2016). Mental Health Disparities Among Transgender Youth Rethinking the Role of Professionals. *JAMA Pediatrics*, 170(5), 423–424. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0155>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2017). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: Gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>.
Research
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), 1–8. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., & Starks, T. J. (2014). The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men ' s daily tobacco and alcohol use. *Social Science & Medicine*, 103, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.005>

- Pampati, S., Andrzejewski, J., Sheremenko, G., Johns, M., Lesesne, C. A., & Rasberry, C. N. (2018). School climate among transgender high school students: An exploration of school connectedness, perceived safety, bullying, and absenteeism. *The Journal of School Nursing*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/1059840518818259>
- Perez-brumer, A., Day, J. K., Population, T., Russell, S. T., Population, T., & Hatzenbuehler, M. L. (2018). Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 12–20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0036487>
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2005). Suicidality and Associated Risk Factors Among Lesbian, Gay, and Bisexual Compared to Heterosexual Austrian Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 661–670. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.661>
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol-attributable mortality : A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review (2014)*, 34(3), 267–277. <https://doi.org/10.1111/dar.12184>
- Puckett, J. A., Woodward, E. N., Mereish, E. H., & Pantalone, D. W. (2015). Parental rejection following sexual orientation disclosure: Impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT Health*, 2(3), 265–269. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0024>
- Reisner, S L, Biello, K. B., White Hughto, J. M., Kuhns, L., Mayer, K. H., Garofalo, R., & Mimiaga, M. J. (2016). Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women: Baseline Findings From Project LifeSkills. *JAMA Pediatr*, 170(5), 481–486. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0067>

- Reisner, S L, Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72(3), 235–242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, Sari L., Vettes, R., Leclerc, M., Zaslou, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent Urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Reisner, Sari L, Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2014). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 37–41. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Riley, E. A., Sitharthan, G., & Clemson, L. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23(3), 181–195. <https://doi.org/10.1080/19317611.2011.593932>
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. RE Krieger.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a National study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276–1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1276>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Seibel, B. L., de Brito Silva, B., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Bercht, A. M., Stucky, J. L., ... Costa, A. B. (2018). The impact of the parental support on risk factors in the process of gender affirmation of transgender and gender diverse people. *Frontiers in Psychology*, 9(MAR), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00399>

- Serano, J. (2016). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Hachette UK.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Silva, D. C. da, Fontanari, A. M. V., Costa, A. B., Silveira, E. M. C., Salvador, J., Garcia, C. C. G. de, ... Lobato, M. I. R. (2016). Programa de identidade de gênero: o âmbito dos cuidados à saúde de transexuais no Brasil. *Clinical and Biomedical Research. Porto Alegre*.
- Simons, L., Schragar, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2014). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health, 53*(6), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>. Parental
- Sjoberg, L. (2012). Toward Trans-gendering International Relations? *International Political Sociology, 6*(4), 337–354.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics, 129*(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., Vries, A. L. C. De, & Cohen-kettenis, P. T. (2013). Hormones and behavior gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior, 64*(2), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Talley, A. E., Hughes, T. L., Aranda, F., Birkett, M., & Marshal, M. P. (2014). Exploring alcohol-use behaviors among heterosexual and sexual minority adolescents: Intersections with sex, age, and race/ethnicity. *American Journal of Public Health, 104*(2), 295–303. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301627>

- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. (2018). Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, *142*(4), e20174218. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blossnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- van Heeringen, C., Vincke, J., & van Heeringen, C. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(11), 494–499. <https://doi.org/10.1007/s001270050270>
- Walls, N. E., Freedenthal, S., & Wisneski, H. (2008). Suicidal Ideation and Attempts among Sexual Minority Youths Receiving Social Services. *Social Work*, *53*(1), 21–29. <https://doi.org/10.1093/sw/53.1.21>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 163.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *27*(3), 160–175.
- Wilson, E C, Iverson, E., Garofalo, R., & Belzer, M. (2012). Parental support and condom use among transgender female youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *23*(4), 306–317. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.09.001>
- Wilson, Erin C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, F., & McFarland, W. (2017). The impact of discrimination on the mental health of trans*female youth and the protective effect of parental support. *AIDS & Behavior*, *20*(10), 2203–2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>.The
- Ziyadeh, N. J., Prokop, L. A., Fisher, L. B., Rosario, M., Field, A. E., Camargo, C. A., & Austin, S. B. (2007).

Sexual orientation, gender, and alcohol use in a cohort study of U. S. adolescent girls and boys.
Drug and Alcohol Dependence, 87, 119–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.004>

ANEXO I

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>SESSÃO A: SOBRE VOCÊ</u>	2
<u>SESSÃO B: EXPERIÊNCIAS COM O SEU GÊNERO</u>	3
<u>SESSÃO C: ACESSO AO PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO</u>	6
<u>SESSÃO D: SITUAÇÃO DE VIDA</u>	7
<u>SESSÃO E: SUA VIDA SOCIAL</u>	8
<u>SESSÃO F: EXPERIÊNCIAS NA ESCOLA</u>	12
<u>SESSÃO G: SUA FAMÍLIA</u>	14
<u>SESSÃO H: COMUNIDADE, APOIO E DISCRIMINAÇÃO</u>	18
<u>SESSÃO I: RELACIONAMENTOS, ROMANCES E INTIMIDADE</u>	21
<u>SESSÃO J: SAÚDE E BEM-ESTAR</u>	23
<u>SESSÃO K: USO DE SUBSTÂNCIA</u>	25
<u>SESSÃO L: SAÚDE MENTAL</u>	26
<u>SESSÃO M: CUIDADO COM VOCÊ MESMO</u>	30
<u>SESSÃO N: DIVIDINDO SEUS PENSAMENTOS</u>	32

QUESTIONÁRIO JOVENS TRANS

Olá, tudo bem?

Estamos lhe convidando para participar dessa pesquisa sobre diversos aspectos da saúde de adolescentes e jovens adultos trans. Faremos perguntas sobre seus sentimentos, sua saúde geral e mental, seu processo de readequação de gênero, suas experiências familiares, seus relacionamentos, suas amizades, sua vida escolar, e algumas questões sobre sexo. Mas não se preocupe: é tudo anônimo!

As suas respostas serão analisadas em conjunto com as de vários outros jovens, também entrevistados, e os resultados finais poderão ser enviadas para você se tiver interesse. Usaremos esses resultados para entender melhor as necessidades dos jovens trans do Brasil atual e, com isso, ajustar nossos serviços de saúde e pesquisa às reais demandas de vocês.

INTRODUÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos lhe convidar para participar desta pesquisa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que tem como objetivo compreender as **vivências e a saúde das pessoas trans**. Para isso, basta você responder a um questionário. A aplicação leva **1 hora ou menos** e acontecerá em ambiente hospitalar e não hospitalar. Ao participar deste estudo você contribui para maior conhecimento das questões relacionadas a ser transexual ou a ser travesti. Os riscos deste estudo poderão ser o desconforto de falar sobre temas íntimos como gênero, sexualidade, preconceito e suas experiências de vida. Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e a/o participante tem a liberdade para abandoná-la em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu atendimento hospitalar.

Será mantida **privacidade** e sigilo absoluto em relação à identidade ou a dados que permitam a identificação das/os participantes. Os dados coletados serão armazenados pelos pesquisadores responsáveis no Instituto de Psicologia da UFRGS.

Eu fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada, assim como esclareci minhas dúvidas quanto à pesquisa. Sei que em qualquer momento posso interromper minha participação e esclarecer mais questões sobre a pesquisa. Fui informado (a) que caso tenha alguma questão quanto à pesquisa posso contatar o Psic. Angelo Brandelli Costa, responsável pela pesquisa, no telefone (51) 3359-8000 ou pelo e-mail brandelli.costa@ufrgs.br. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado pelo número (51) 3359-7640 ou o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser contatado pelo número (51) 3308-5698.

O pesquisador certifica-me de que todos os dados referentes a mim serão confidenciais, somente para fins de pesquisa, e que, meu tratamento no PROTIG/HCPA (AMTIGOS - HCFMUSP), não sofrerei nenhuma influência pela participação. Tenho liberdade para retirar meu consentimento em qualquer momento.

1. Aceito participar

2. Não aceito participar [encerrar pesquisa]

YIntro_1. Qual o seu código de acesso à pesquisa? _____ [se em branco, pular para sessão N]

YIntro_2. Quantos jovens trans (entre 15 e 24 anos) você conhece?

YIntro_3. Para alcançarmos o maior número possível de jovens trans precisamos da sua ajuda! Você está disposto a indicar o contato de cinco jovens trans para preencher essa pesquisa?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

YIntro_3_1 [se YIntro_5. = 1]. Escreva abaixo o endereço de e-mail ou telefone (ou outra forma de contato) para contato dos jovens trans que você indica. Como o questionário é anônimo não há necessidade de nos dizer nem o seu nome nem o nome das pessoas que você sugeriu. Apenas enviaremos um convite contendo o código, a senha para participação (jovenstrans) e o link da pesquisa.

Contato 1.

Contato 2.

Contato 3.

Contato 4.

Contato 5.

SESSÃO A: SOBRE VOCÊ.

Y00_A1. Quantos anos você tem?

Y00_A2. Qual pronome você gostaria que usássemos pra lhe chamar?

1. Ela / dela

2. Ele / dele

3. Outros

Y00_A2_3. Quais outros?

Y00_A3. Como você descreveria o seu próprio gênero? _____

Y00_A4. Qual das opções abaixo você acha que descreve melhor o seu gênero?

1. Masculino

2. Feminino

3. Não binário

4. Outros

Y00_A4_4. Qual outro? _____

Y00_A5. Na sua vida diária, você vive com esse gênero? Por exemplo, você usa o nome que prefere e veste as roupas que expressam o gênero que você gostaria de ter?

1. Todo o tempo

2. Metade do tempo

3. Nunca

Y00_A6. [se Y00_A5.1 ou Y00_A5.2] Com que idade você começou a viver com o gênero que você lhe identifica? _____

Y00_A7. Com que idade você percebeu, pela primeira vez, que o seu gênero era diferente do que outras pessoas lhe chamavam? _____

Y00_A8. Você se considera indígena?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_A8_2. Você imigrou para o Brasil vindo de outro país?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_A8_3. Você nasceu no Brasil e não é indígena?

- ~~1. Sim~~
- ~~2. Não~~
- ~~3. Não sei~~
- ~~4. Prefiro não responder~~

Y00_A8_4. Seus pais imigraram para o Brasil?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_A9. Você se considera negro?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_A10. Qual a sua etnia? _____

Y00_A11. Você vive em uma comunidade indígena?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_A12. Atualmente você estuda em...

1. Uma escola pública (em que você não paga nada)
2. Em uma escola privada (em que você paga mensalidade)
3. Estudando em casa
4. Não está na escola

Y00_A13. A sua escola é religiosa?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_A13_1. Qual a religião? _____

Y00_A14. Você estuda em uma escola destinada a crianças e adolescentes LGBTQ?

Y00_A15. Você vive em...

1. Uma cidade

2. Na região metropolitana (cidades que são satélites de outras cidades maiores, como Canoas, Viadão, Gravataí, São Leopoldo, Novo Hamburgo...)

3. Em uma zona rural

4. Não sei

5. Prefiro não responder

Y00_A16. Com quais dos seguintes familiares você convive regularmente?

Considere regularmente em uma frequência maior do que apenas em feriados, por exemplo.

1. Pai

2. Mãe

3. Padrasto

4. Madrastas

5. Irmãos

6. Avôs
7. Tios
8. Outros familiares

SESSÃO B: EXPERIÊNCIAS COM O SEU GÊNERO.

Y00_B1. Você pediu pras pessoas com quem convive lhe chamarem por um nome diferente, que reflita sua identidade de gênero?

1. Sim, todos
2. Sim, algumas pessoas
3. Não, meu nome já reflete meu gênero
4. Não
5. Prefiro não responder

Y00_B2. Você mudou legalmente seu nome para que reflita sua identidade de gênero (por meio da carteira social ou processo judicial)?

1. Sim, tenho uma carteira social
2. Sim, mudei judicialmente minha identidade
3. Sim, fiz os dois
4. Estou fazendo o processo
5. Não planejo mudar meu nome
6. Prefiro não responder

Y00_B3. Você gostaria de mudar de nome?

1. Sim
2. Não
3. Prefiro não responder

Y00_B4. Com que frequência pessoas que você **não conhece sabem que você é trans?**

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Cerca da metade do tempo
4. Raramente
5. Nunca
6. Não sei
7. Prefiro não responder

Y00_B5. Em geral, você quer que as pessoas saibam que você é trans sem que você revele para elas?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_B9. A seguir, vamos lhe apresentar uma longa lista, contendo diversas maneiras de vivenciar seu gênero, inicialmente falaremos de aspectos negativos. Responda em uma escala de 1 a 5, sendo 1= discordo totalmente, 2= discordo em parte, 3= neutro, 4= concordo em parte, e 5= concordo totalmente.

	1= discordo totalmente	2= discordo em parte	3= neutro	4= concordo em parte	5= concordo totalmente	Não se aplica
Desejo de nascimento.						
1. Eu gostaria de ter nascido em um corpo diferente.						
Disforia associada à vida social.						
2. Eu evito situações ou atividades porque eu não posso expressar meu gênero.						
3. Incomoda-me ser chamado pelo gênero errado.						
4. Eu gosto de me vestir de maneiras que expressam meu gênero.						
5. Eu sinto que a sociedade não aceita meu gênero.						
6. Preocupo-me com a possibilidade de as pessoas sempre me tratarem pelo gênero errado.						
7. Eu me sinto triste quando me tratam pelo gênero errado ou esperam que eu me comporte como um menino/ menina						
Disforia associada ao sexo						

8. Eu não gosto de ver meu corpo nu.						
9. Eu me sinto infeliz com o meu corpo masculino/ feminino.						
10. Eu me preocupo com a possibilidade de sempre ter um corpo masculino/ feminino.						
11. Eu não gosto de urinar sentado (a)/ de pé.						
12. Eu não gosto de ter um pênis ou ereções porque me faz sentir que não pertencço ao meu verdadeiro gênero / eu não gosto de menstruar porque me faz sentir que não pertencço ao meu verdadeiro gênero.						
13. Eu não gosto de ter pelos faciais porque me faz sentir que não pertencço ao meu verdadeiro gênero / Eu não gosto de ter seios ou ereções porque me faz sentir que não pertencço ao meu verdadeiro gênero.						
14. Eu me sinto inseguro (a) com o que acontecerá com o meu corpo quando ficar mais velho (a).						

15. Eu não gosto da minha voz porque me faz sentir que não pertencço ao meu verdadeiro gênero						
---	--	--	--	--	--	--

Y00_B10. Agora vamos lhe apresentar uma lista contendo aspectos positivos relacionados ao teu gênero. Responda em uma escala de 1 a 5, sendo 1= discordo totalmente, 2= discordo em parte, 3= neutro, 4= concordo em parte, e 5= concordo totalmente.

	1= discordo totalmente	2= discordo em parte	3= neutro	4= concordo em parte	5= concordo totalmente
Orgulho do gênero					
1. Ser trans ou não-binário é uma das minhas qualidades.					
2. Eu sinto orgulho por conseguir expressar meu verdadeiro gênero.					
Euforia associada à vida social.					
3. Eu gosto de sair em público porque consigo expressar meu verdadeiro gênero.					
4. Eu me sinto aprovado (a) quando estranhos em público me tratam com o meu verdadeiro gênero.					
5. Eu me sinto confiante tentando novas roupas que expressam meu verdadeiro gênero.					
6. Eu me sinto feliz quando a sociedade me reconhece externamente da mesma forma que eu me reconheço internamente.					
7. Eu me sinto aliviado (a) que não preciso me esforçar tanto como costumava para que as pessoas me vejam como o meu verdadeiro gênero.					
Euforia associada ao sexo					
8. Eu me sinto confiante com o meu corpo.					
9. Eu me sinto atraente.					
10. Eu me sinto confortável com o meu corpo.					
11. Eu sinto que meu corpo representa meu verdadeiro gênero.					
12. Coisas a respeito do meu corpo, que costumavam me incomodar, não me incomodam mais.					

Y00_B11. Para cada um dos procedimentos listados abaixo, por favor, nos fale se você sente que não precisa realizá-los, está considerando fazê-los ou gostaria de realizá-los.

	Não preciso / Não quero	Considero mudar	Gostaria de mudar
1. Pomo de adão.			
2. Transplante de cabelos.			
3. Remoção de pelos faciais (laser ou eletrólise).			
4. Cirurgia de cordas vocais.			
5. Cirurgia facial para masculinização ou feminilização.			
6. Mastectomia (remoção das mamas).			
7. Redução das mamas.			
8. Aumento das mamas.			
9. Faloplastia (construir um pênis).			
10. Implante de testículos (construir testículos)			
11. Alongamento do canal da uretra.			
12. Metoidioplastia (aumentar o clitóris)			
13. Ooforectomia (remover os ovários)			
14. Histerectomia (remover o útero)			
15. Vaginoplastia (construir a vagina)			
16. Orquiectomia (remover os testículos)			

Y00_B11.1. Você gostaria de ter ou adotar filhos no futuro?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_B11.2. Como você imagina a sua vida em cinco anos?

1. Minha vida será bem fácil.

2. Minha vida será complicada.

3. Eu não consigo imaginar minha vida em cinco anos.

4. Não sei

5. Prefiro não responder

SESSÃO C: ACESSO AO PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO.

Y00_C1. Com quais das seguintes pessoas sua família entrou em contato para conversar sobre a sua identidade de gênero? Pode marcar mais de uma alternativa.

1. Médico da família.

2. Pediatra.

3. Especialista em adolescentes.

4. Psicólogo.

5. Psiquiatra.

6. Outro tipo de conselheiro.

7. Pessoas mais velhas de referência na comunidade.

8. Um padre, rabino, ou outra figura religiosa.

9. Um conselheiro na escola.

10. Outros?

11. Meus familiares não sabem a meu respeito.

12. Meus familiares sabem, mas não procuraram ninguém pra conversar.

Y00_C2. [pular questão se Y00_C1 = 12]. Quantos anos você tinha quando consultou pela primeira vez um conselheiro (médico, psicólogo, ou outros) para discutir sobre sua identidade de gênero?

Y00_C3. Você já fez algum tratamento clínico para alinhar seu gênero ao seu sexo designado ao nascimento (como uso de hormônios ou cirurgias)?

1. Sim, fazia regularmente.

2. Sim, uma ou duas vezes.

3. Não, nunca.

4. Não sei

5. Prefiro não responder

Y00_C4. Faz quantos anos que você começou a buscar tratamento hormonal?

1. Não estou buscando terapia hormonal

2. Menos de 1 ano

3. Entre 1 e 2 anos

4. Entre 2 e 3 anos

5. Mais de 3 anos atrás

Y00_C5. [pular se Y00_C4 = 1] Qual tipo de profissional da saúde você buscou para tirar suas primeiras dúvidas sobre tratamento com hormônios?

1. Médico de família.
2. Enfermeiro.
3. Psiquiatra.
4. Psicólogo.
5. Outro terapeuta.
6. Endocrinologista.
7. Pediatra.
8. Médico especialista em adolescentes.
9. Outro?
10. Não tenho certeza o que o profissional de saúde era!
11. Prefiro não responder

Y00_C6. Você gostaria de acrescentar alguma informação a respeito das suas experiências com médicos, terapeutas, ou outras pessoas fora da sua família que você e sua família procuraram para receber orientações a respeito da sua identidade de gênero?

SESSÃO D: SITUAÇÃO DE VIDA.

Y00_D1. Qual das seguintes afirmações descreve melhor a disponibilidade de alimentos na sua casa nos últimos 12 meses?

1. Eu sempre tive comida o bastante para comer.

2. Às vezes eu não tinha alimento o bastante para comer.
3. Frequentemente eu não tinha comida o bastante para comer.
4. Não sei.
5. Prefiro não responder.

Y00_D2. Você sente que tem um lugar estável para viver?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_D3. Qual a sua situação de vida atual?

1. Moro com pais biológicos ou adotivos.
2. Moro com uma família adotiva
3. Moro em um lar
4. Moro com outros parentes
5. Moro com amigos
6. Moro sozinho
7. Não sei
8. Prefiro não responder

Y00_D4. Você já teve que sair de casa porque algum familiar teve problemas com sua identidade de gênero?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_D5. Qual das seguintes frases representa a sua situação de vida atual?

1. Dormindo em algum lugar que não se destina a habitação regular (provisório), como nas ruas, em um abrigo, em um carro ou em um prédio abandonado.
2. Dormindo em algum lugar temporário, como “no sofá” de familiares, amigos ou estranhos, ou em instalações de tratamento de drogas e prisão.
3. Instalado em habitação regular, como um apartamento ou casa.

Y00_D6. Você se mudou alguma vez nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_D6_1. [se Y00_D6 = 1] Se você se mudou alguma vez no ano passado, qual das seguintes opções reflete sua situação habitacional nos últimos 12 meses?

1. Dormindo em algum lugar que não se destina a habitação regular (provisório), como nas ruas, em um abrigo, em um carro ou em um prédio abandonado.

2. Dormindo em algum lugar temporário, como “no sofá” de familiares, amigos ou estranhos, ou em instalações de tratamento de drogas e prisão.

3. Instalado em habitação regular, como um apartamento ou casa.

Y00_D7. Nos últimos 12 meses, com que frequência você teve acesso às seguintes coisas quando você precisou delas?

1. Suprimentos escolares (como mochila, computador, lápis, etc.)?

1. Nunca

2. Raramente

3. Algumas vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

2. Acesso à Internet (seja em casa, escola, biblioteca, etc.)?

1. Nunca

2. Raramente

3. Algumas vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

3. Roupas adequadas para as estações do ano (como casacos de inverno, botas, etc.)?

1. Nunca

2. Raramente

3. Algumas vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

4. Outros itens essenciais de roupa (como meias, roupas íntimas, etc.)?

1. Nunca

2. Raramente

3. Algumas vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

5. Transporte confiável (carro ou transporte **público**)?

1. Nunca

2. Raramente

3. Algumas vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

SESSÃO E: SUA VIDA SOCIAL.

Y00_E1. Quais dos seguintes parentes fazem parte da sua vida?

1. Mãe
2. Pai
3. Pai ou mãe não-binário
4. Padrasto
5. Madrasta
6. Madrasta ou padrasto não-binário
7. Outros parentes

Y00_E2. Você pediu para algum desses parentes lhe chamar pelo nome e pronome (ela/ele, seu/sua) que reflete sua verdadeira identidade de gênero?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_E3. Com que frequência as pessoas listadas abaixo lhe chamam pelo nome e pronome (ela/ele, seu/sua) que reflete sua verdadeira identidade de gênero?

1. Pai biológico
1. Sempre
2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

2. Mãe biológica

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

3. Padrasto

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

4. Madrasta

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

5. Pai adotivo

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

6. Mãe adotiva

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

7. Irmãos

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

8. Irmãs

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

9. Tios e tias

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

10. Avôs e avós

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo com esse parente

11. Amigos não trans / cis

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

12. Amigos trans

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

13. Amigos LGB

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

14. Amigos online

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

15. Colegas de turma

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

16. Professores

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

17. Professores extra-curriculares (por exemplo, treinadores)

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

18. Padres, rabinos, ou outras figuras religiosas

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

19. Terapeuta, psicólogo ou psiquiatra

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

20. Médico para problemas de saúde em geral (como médico de família ou pediatra)

1. Sempre

2. As vezes

3. Nunca

4. Não pedi que me chamasse

5. Não tenho / não convivo

Y00_E4. Em geral, o quanto as seguintes pessoas apoiam a sua identidade e a sua expressão de gênero?

1. Pai biológico

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

2. Mãe biológica

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

3. Padrasto

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

4. Madrasta

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

5. Pai adotivo

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

6. Mãe adotiva

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

7. Irmãos

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

8. Irmãs

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

9. Tios e tias

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

10. Avôs e avós

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

11. Amigos não trans / cis

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

12. Amigos trans

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

13. Amigos LGB

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

14. Amigos online

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

15. Colegas de turma

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

16. Professores

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

17. Professores extra-currículos (por exemplo, treinadores)

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

18. Padres, rabinos, ou outras figuras religiosas

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

19. Terapeuta, psicólogo ou psiquiatra

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

20. Médico para problemas de saúde em geral (como médico de família ou pediatra)

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio
5. Não tenho / não convivo com esse parente

Y00_E5. Em geral, o quanto seus parentes apoiam seu processo de afirmação de gênero, incluindo tratamento hormonal e procedimentos cirúrgicos?

1. Pai biológico
1. Nenhum apoio
 2. Pouco apoio
 3. Algum apoio
 4. Muito apoio
 5. Não tenho / não convivo com esse parente

2. Mãe biológica

1. Nenhum apoio
2. Pouco apoio
3. Algum apoio
4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

3. Padrasto

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

4. Madrasta

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

5. Pai adotivo

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

6. Mãe adotiva

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

7. Irmãos

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

8. Irmãs

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

9. Tios e tias

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

10. Avôs e avós

1. Nenhum apoio

2. Pouco apoio

3. Algum apoio

4. Muito apoio

5. Não tenho / não convivo com esse parente

Y00_E6. O quão seguro você se sente nos seguintes lugares?

1. No seu bairro durante o dia?

1. Nada seguro

2. Um pouco seguro

3. Mais ou menos seguro
4. Frequentemente seguro
5. Sempre me sinto seguro

2. No seu bairro à noite?

1. Nada seguro
2. Um pouco seguro
3. Mais ou menos seguro
4. Frequentemente seguro
5. Sempre me sinto seguro

3. Dentro da sua casa?

1. Nada seguro
2. Um pouco seguro
3. Mais ou menos seguro
4. Frequentemente seguro
5. Sempre me sinto seguro

4. Usando transporte público?

1. Nada seguro
2. Um pouco seguro

3. Mais ou menos seguro
4. Frequentemente seguro
5. Sempre me sinto seguro

Y00_E7. Você já evitou algum dos lugares listados abaixo por medo de sofrer agressões verbais ou físicas por ser trans?

1. Transporte público
2. Farmácia
3. Shoppings ou lojas de roupas
4. Escolas
5. Viajar para fora do país
6. Clubes ou grupos sociais
7. Vestiários de escola
8. Academias
9. Igreja, sinagoga, templo, mesquita ou outra instituição religiosa
10. Banheiros escolares
11. Banheiros públicos
12. Espaços públicos (por exemplo, parques)
13. Restaurantes ou bares
14. Centros culturais ou comunitários
15. Nenhuma das opções acima

SESSÃO F: EXPERIÊNCIAS NA ESCOLA.

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre suas experiências com a escola. As pessoas sofrem e, eventualmente, deixam a escola por vários motivos, então não se constranja se isso aconteceu com você.

Y00_F1. Você **já** esteve ausente da escola por mais de duas semanas consecutivas?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_F2. [se Y00_F1 = 1] Qual é o período de tempo mais longo que você esteve ausente da escola?

1. De 2 a 4 semanas
2. De 5 a 6 semanas
3. De 7 a 8 semanas
4. Mais de 8 semanas

Y00_F3. [se Y00_F1 = 1] Se você esteve ausente por mais de duas semanas, essa ausência foi relacionada à sua identidade de gênero?

1. Sim
2. Não
3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_F3.1 [se Y00_F3 = 1] Por favor, explique melhor.

Y00_F4. Você já mudou de escola por causa de sua identidade de gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_F4.1 [se Y00_F4 = 1] Por favor, explique melhor.

Y00_F5 [se Y00_F4 = 2, 3 ou 4] Você já pensou seriamente em mudar de escola ou parar de estudar por causa de problemas relacionados a sua identidade de gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_F6. [se Y00_F4 = 1 ou Y005 = 1] Brevemente, qual foi o motivo para mudar ou pensar em mudar de escola?

Y00_F7. Você está estudando?

1. Sim, estou na escola.
2. Sim, estou em curso pré-vestibular.
3. Sim, faço curso técnico.
4. Sim, estou na faculdade.
5. Não.

Y00_F7_0. [se Y00_F7 = 1, 2 ou 3] O quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes frases?

Y00_F7_1. Eu me sinto próximo de pessoas no local onde estudo.

1. Concordo completamente
2. Concordo parcialmente
3. Discordo
4. Discordo completamente
5. Não sei
6. Prefiro não responder

Y00_F7_2. Eu sinto que sou parte do local onde estudo.

1. Concordo completamente
2. Concordo parcialmente
3. Discordo

4. Discordo completamente

5. Não sei

6. Prefiro não responder

Y00_F7_3. Estou feliz por estar no local onde estudo.

1. Concordo completamente

2. Concordo parcialmente

3. Discordo

4. Discordo completamente

5. Não sei

6. Prefiro não responder

Y00_F7_4. Eu sinto que os professores do local onde estudo me tratam de maneira justa.

1. Concordo completamente

2. Concordo parcialmente

3. Discordo

4. Discordo completamente

5. Não sei

6. Prefiro não responder

Y00_F7_5. Eu me sinto seguro (a) no local onde estudo.

1. Concordo completamente
2. Concordo parcialmente
3. Discordo
4. Discordo completamente
5. Não sei
6. Prefiro não responder

Y00_F7_6. Quanto você sente que professores e outros funcionários do local onde estuda se preocupam com você?

1. Nada
2. Pouco
3. Mais ou menos
4. Muito
5. Extremamente
6. Não sei
7. Prefiro não responder

Y00_F8. Quando você está na escola, curso pré-vestibular, curso técnico ou faculdade com que frequência você se sente seguro...

Y00_F8_1. Na sala de aula?

1. Nunca
2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_2. Nos banheiros?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_3. Nos vestiários?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_4. Nos corredores e escadas?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_5. Na Biblioteca?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_6. Na cafeteria?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes

4. Frequentemente

5. Sempre

Y00_F8_7. Ao redor do local de ensino?

1. Nunca

2. Raramente

3. As vezes
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_F8_8. Entrando e saindo do local de ensino?

1. Nunca
2. Raramente
3. As vezes
4. Frequentemente
5. Sempre

SESSÃO G: SUA FAMÍLIA.

Agora vamos perguntar sobre sua família. Para isso definimos família como pais biológicos ou adotivos, irmão ou outras pessoas que você conviveu como uma família por, pelo menos, um ano.

Y00_G1. Isso se aplica a você? Em outras palavras, você tem uma família?

1. Sim
2. Não

Y00_G2. [se Y00_G1 = 1] O quanto religiosa é a sua família?

1. Nada

2. Pouco
3. Mais ou menos
4. Muito
5. Extremamente
6. Não sei
7. Prefiro não responder

Y00_G3. [se Y00_G1 = 1] Qual a religião ou a fé da sua família? Você pode escolher mais de um item.

1. Bahá'í
2. Budismo
2. Cristianismo em geral
3. Catolicismo
4. Protestantismo
5. Adventismo
6. Mormonismo
7. Igreja Ortodoxa
8. Testemunhas de Jeová
9. Espiritismo
10. Islamismo
11. Judaísmo
12. Neopaganismo

13. Religiões afro-brasileiras e indígenas

14. Hinduísmo

15. Religiões hoasqueiras

Y00_G4. Sua família experimentou algum dos seguintes itens por causa da sua identidade de **gênero**?

1. Amigos ou familiares disseram a seus pais ou cuidadores que são pais ou cuidadores ruins?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

2. Estranhos (on-line ou pessoalmente) disseram a seus pais ou cuidadores que são pais ou cuidadores ruins?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

3. Seu pai ou cuidador teve que lidar com conselhos indesejados de parentes ou de amigos?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

4. Seu pai ou cuidador teve que lidar com conselhos de pais indesejados de estranhos (pessoalmente ou on-line)?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

5. O conselho tutelar investigou, ameaçou, tentou ou lhe levou para longe de seus pais ou cuidadores?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

6. Outros familiares deixaram de falar com a sua família?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

7. Membros da sua comunidade deixaram de falar com a sua família?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

8. Outros pais pararam de deixar seus filhos ir à sua casa ou conviver com você?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

9. Outras pessoas pararam de recebê-lo (a) em suas casas para visitar seus amigos?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

10. Alguém da sua família foi chamado na sua escola para discutir questões de gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

11. Alguém da sua família lhe forçou a usar roupas (ou uniformes) que não se adequavam ao seu verdadeiro gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

12. Alguém da sua família teve que defender seu direito de usar um banheiro?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

13. Alguém da sua família foi convidado a não participar mais de uma organização religiosa?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

14. Alguém da sua família teve que defender o seu direito de participar da equipe de esportes ou ativi-

dades extracurriculares do seu verdadeiro **gênero**? Por exemplo, participar de time de futebol específico para meninos ou meninas.

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

15. Alguma vez foi sugerido que você ou a sua família mudasse de médico ou serviço de saúde?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

16. Alguma vez foi sugerido que você ou a sua família mudasse de psiquiatra, psicólogo ou terapeuta?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

17. Tem algo mais sobre a sua família que você gostaria de nos contar?

Y00_G5. Como você descreveria a comunicação entre você e seus pais ou cuidadores?

1. Muito aberto, falamos sobre tudo
2. Falamos sobre quase tudo
3. Mais ou menos
4. Pouco acessível
5. Muito fechado, não falamos sobre nada

Y00_G6. Para cada pergunta, diga a resposta que melhor se adapta à forma como você vê a sua família agora. Se você acha que sua resposta é entre dois dos números rotulados (os números ímpares), escolha o número par que está entre eles.

	1. Sim, se parece muito com a minha família	2	3. Se parece mais ou menos com a minha família.		5. É completamente diferente da minha família.
1. Meus familiares não prestam muita atenção um no outro.					
2. Meus familiares preferem fazer coisas entre si do que com outras pessoas.					
3. Nós todos podem participar das decisões da família.					
4. Os adultos da nossa família entendem e concordam em decisões familiares.					
5. Os adultos da nossa família competem e brigam entre si.					
6. Somos muito próximos na minha família, mas cada um pode ser diferente e especial.					
7. Nós aceitamos os amigos que cada um tem.					
8. Há confusão na nossa família porque não tem um líder.					

9. Os membros da minha família se abraçam.				
10. Os membros da minha família se deixam tristes.				
11. Nós falamos a verdade, não importa as consequências.				
12. Na nossa casa, nós nos sentimos amados.				
13. Mesmo quando nos sentimos próximos, na nossa família temos vergonha de admitir isso.				
14. Nós brigamos muito e nunca resolvemos nossos problemas.				
15. Nossos momentos mais felizes são em casa.				
16. Os adultos da nossa família são líderes fortes.				
17. O futuro parece bom para a nossa família.				
18. Nós normalmente culpamos uma pessoa na nossa família quando as coisas não dão certo.				
19. Os membros da nossa família normalmente fazem o que sentem vontade.				
20. Nossa família se sente orgulha de ser próxima.				
21. Nossa família é boa em resolver problemas.				
22. Os membros da nossa família expressam facilmente amor e carinho entre si.				
23. É permitido gritar e brigar na nossa família.				
24. Um dos adultos da nossa família prefere uma das crianças.				
25. Quando as coisas dão errado culpamos uns aos outros.				
26. Nós dizemos o que pensamos e sentimos.				
27. Os membros da nossa família preferem fazer coisas com outras pessoas do que juntos.				
28. Os membros da nossa família prestam atenção um no outro e escutam o que cada um tem a dizer.				

29. Nós nos preocupamos com ferir os sentimentos um do outro.					
30. Normalmente a minha família está triste e mal humorada.					
31. Nós brigamos muito.					
32. Uma pessoa controla e lidera nossa família.					
33. Minha família é feliz na maior parte do tempo.					
34. Cada pessoa assume responsabilidade por seu comportamento.					

Y00_G5_35. Em uma escala de 1 a 5, eu classificaria minha família como:

1. Minha família funciona bem junta.
- 2.
3. Minha família não funciona bem em conjunto.
- 4.
5. Realmente precisamos de ajuda.

Y00_G5_36. O seu gênero enfraqueceu ou fortaleceu sua família?

1. Enfraqueceu a nossa família.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Fortaleceu a nossa família.

Y00_G5_37. Existe alguma outra coisa que você gostaria de nos contar sobre isso?

SESSÃO H: COMUNIDADE, APOIO E DISCRIMINAÇÃO.

Y00_H1. Existe um grupo para pessoas jovens trans, não binárias, de dois espíritos ou LGBT em sua comunidade?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_H2. [se Y00_H1 = 1] Você participa dele?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_H3. Você acessa grupos online para jovens trans, não binários, de dois espíritos ou LGBT?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_H4. [se Y00_H3 = 1] Existe algum grupo on-line que você recomendaria a outros jovens?

Y00_H5. As próximas perguntas são sobre experiências relacionadas a quem você é, incluindo tanto como você se descreve e quanto como você imagina que os outros lhe descrevem.

Por quem você **é**, você...

1. Ouviu, viu ou leu pessoas fazendo piadas a seu respeito (ou sobre pessoas como você)?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

2. Foi tratado (a) como se você fosse hostil, inútil ou rude?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

3. Foi chamado (a) por nomes desagradáveis, ouviu ou viu alguém usar sua identidade como um insulto?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

4. Foi tratado (a) como se outros tivessem medo de ti?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

5. Foi encarado (a) ou apontado (a) em público?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

6. Disseram-lhe para pensar, agir ou parecer mais com os outros?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

7. Ouviu que pessoas como você não são normais?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

8. Perguntaram-lhe coisas ofensivas, inapropriadas ou muito privadas?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

9. Trataram-lhe como se você fosse menos inteligente ou incapaz?

1. Nunca

2. Sim, mas não no ano passado

3. Sim, uma ou duas vezes no ano passado

4. Sim, muitas vezes no ano passado

Y00_H6. Essas experiências ocorreram por causa do seu gênero?

1. Sim, meu gênero e outras coisas sobre mim

2. Sim, tudo por causa do meu gênero

3. Não

4. Não tenho certeza

Y00_H7. Outras pessoas pararam de falar com seus amigos por causa do seu gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_H8. Outras pessoas ameaçaram ou assediaram seus amigos (pessoalmente ou online) por causa do seu gênero?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_H9. As pessoas às vezes procuram outros em busca de companheirismo, assistência ou outros tipos de suporte. Com que frequência cada um dos seguintes tipos de suporte está disponível para você se você precisar?

1. Alguém com quem você possa contar para lhe ouvir quando precisa conversar.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

2. Alguém que você dê informações para lhe ajudar a entender uma situação complexa.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

3. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma crise.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

4. Alguém em quem confiar ou falar sobre você mesmo (a) ou seus problemas.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

5. Alguém cujo conselho você realmente quer.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

6. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais privados.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

7. Alguém para pedir sugestões sobre como lidar com um problema pessoal.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

8. Alguém que entenda seus problemas.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

9. Alguém para lhe ajudar se você estiver confinado (a) na cama.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

10. Alguém para lhe levar ao médico se você precisar.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

11. Alguém para preparar suas refeições se você não pudesse fazê-las sozinho (a).

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

12. Alguém para ajudar com tarefas diárias se você estivesse doente.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

13. Alguém que mostra amor e carinho.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

14. Alguém para amar e fazer você se sentir querido (a).

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

15. Alguém que lhe abraça.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

16. Alguém para se divertir junto com você.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

17. Alguém para se juntar para relaxar.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

18. Alguém **para fazer algo agradável** com você.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

19. Alguém para fazer coisas juntos quando você precisar tirar alguma ideia da cabeça.

1. Nunca

2. As vezes

3. Metade do tempo

4. Na maior parte do tempo

5. Sempre

Y00_H9_1. Pensando nessas questões, você recebe suporte de quais pessoas? Você pode escolher mais do que um abaixo.

1. Pai biológico

2. Mãe biológica

3. Padrasto

4. Madrasta

5. Pai adotivo

6. Mãe adotiva

7. Irmãos

8. Irmãs

9. Tios e tias

10. Avôs e avós

11. Amigos não trans / cis

12. Amigos trans

13. Amigos LGB

14. Amigos online

15. Colegas de turma

16. Professores

17. Professores extra-currículos (por exemplo, treinadores)
18. Padres, rabinos, ou outras figuras religiosas
19. Terapeuta, psicólogo ou psiquiatra
20. Médico para problemas de saúde em geral (como médico de família ou pediatra)

SESSÃO I: RELACIONAMENTOS, ROMANCES E INTIMIDADE.

Y00_I_Intro.

Não se preocupa! Você já passou da metade do questionário.

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre relacionamentos, romances e sexo. Lembre-se de tudo o que você disser será mantido em segredo!

Seja o mais honesto possível! Essas informações nos ajudarão a entender como passar pelos processos de afirmação de gênero afeta esses aspectos da vida e, com isso, a direcionar mais adequadamente recursos de saúde, melhorando os cuidados e o suporte oferecido a jovens trans.

Y00_I1. Você já foi a encontros com potenciais ficantes ou namorados (as)?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_I2. [se Y00_A1 ≥ 12] Você **já** teve relacionamentos românticos (ficantes, namorados (as), entre outros)?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_I3. Você se preocupa em iniciar relacionamentos românticos por ser um (a) jovem trans?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_I4. Você **já pensou** em ter relações sexuais?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_I5. [Se Y00_I3 = 1 e Y00_I4 = 1] Vamos perguntar sobre algumas ansiedades e preocupações que os jovens costumam ter, e queremos ver se esse tipo de ansiedade pode ser amenizada com os procedimentos de afirmação de gênero.

Quando penso em fazer sexo, eu me preocupo...

1. Não me preocupo
2. Me preocupo um pouco
3. Me preocupo mais ou menos
4. Me preocupo
5. Me preocupo muito

Sobre o que você se preocupa?

1. Preocupa-me que eu não saiba como fazer sexo.

1. Não me preocupo
2. Me preocupo um pouco
3. Me preocupo mais ou menos
4. Me preocupo
5. Me preocupo muito

2. Preocupa-me que outras pessoas pensem que meu corpo não é atraente, porque eu sou trans.

1. Não me preocupo
2. Me preocupo um pouco
3. Me preocupo mais ou menos
4. Me preocupo
5. Me preocupo muito

3. Preocupa-me que poucas pessoas queiram fazer sexo comigo porque eu sou trans.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

4. Preocupa-me que eu não esteja seguro (a) porque sou trans.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

5. Preocupa-me que eu sinta vergonha do meu próprio corpo porque sou trans.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

6. Preocupa-me que, quando ficar nu (a), as pessoas deixem de me ver com o meu verdadeiro gênero.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

7. Preocupa-me que as pessoas só queiram fazer sexo comigo porque eu sou trans.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

8. Preocupa-me que eu não consiga fazer sexo do jeito que quero até fazer uma cirurgia.

1. Não me preocupo

2. Me preocupo um pouco

3. Me preocupo mais ou menos

4. Me preocupo

5. Me preocupo muito

9. Preocupa-me que os sentimentos de disforia de gênero afetarão meu desejo ou minha habilidade de fazer sexo.

1. Não me preocupo
2. Me preocupo um pouco
3. Me preocupo mais ou menos
4. Me preocupo
5. Me preocupo muito

Y00_I6. Você tem alguma ideia de qual (quais) **gênero** (s) você se sente atraído (a)?

1. Sim
2. Não
3. Eu não me sinto sexualmente traído (a) por outras pessoas
4. Não sei
5. Prefiro não responder

Y00_I6_1. [se Y00_I6 = 1] Qual (quais) dos gêneros listados abaixo?

1. Mulheres cis
2. Mulheres trans
3. Homens cis
4. Homens trans
5. Pessoas não-binárias

Y00_I8. Como você descreveria a sua orientação sexual?

Y00_I9. Você recebeu alguma informação de saúde sexual na escola como parte de uma aula?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_I10. [Se Y00_I9 = 1] Essa aula incluiu as diferentes orientações sexuais?

1. Sim
2. Mais ou menos
3. Não

SESSÃO J: SAÚDE E BEM-ESTAR.

Y00_J1_Intro. Alguns dos jovens que responderam esse questionário sentem que a vida não é ótima, enquanto outros pensam que a vida está OK. O que você acha?

Y00_J1_1. Em geral, a minha vida é...

Horrível

Excelente

Y00_J1_2. Considerando a minha saúde, a minha vida é...

Horrível

Excelente

Y00_J2. As próximas seis perguntas são sobre como você se sentiu nos últimos 30 dias.

Y00_J2_1. Com qual frequência, nos últimos 30 dias, você se sentiu nervoso (a)?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo
3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J2_2. Nos últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu sem esperança?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo
3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J2_3. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você se sentiu inquieto (a)?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo

3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J2_4. Com que frequência você se sentiu **tão deprimido** (a) que nada poderia lhe animar?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo
3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J2_5. Nos últimos 30 dias, com que frequência você sentiu que tudo era um esforço?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo
3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J2_6. Nos últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu inútil?

1. Todo o tempo
2. Na maior parte do tempo

3. Na metade do tempo
4. Em uma pequena parte do tempo
5. Não me senti nervoso (a)

Y00_J3. Qual dos seguintes sentimentos positivos você sentiu a respeito do seu gênero? (você pode escolher mais de um)

Y00_J3_1. Senti orgulho de mim mesmo (a).

Y00_J3_2. Senti esperança.

Y00_J3_3. Senti confiança.

Y00_J3_4. Senti que houve uma melhora na relação com meus pais ou cuidadores.

Y00_J3_5. Senti motivação para me envolver com movimentos políticos relacionados a comunidade trans.

Y00_J3_6. Senti pertencer a comunidade trans.

Y00_J3_7. Senti que cresci como pessoa.

Y00_J3_8. Senti que minha família está mais forte.

Y00_J3_9. Senti que recebi um suporte inesperado.

Y00_J3_10. Senti outros sentimentos positivos a respeito de ser trans.

Y00_J3_10_1. Quais outros?

Y00_J4. Você **já mudou** sua comida ou suas atividades para tentar mudar ou controlar seu peso?

1. Sim

2. Não [pular sessão]

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_J5. Essa tentativa de controlar seu peso foi uma iniciativa sua ou algum médico lhe pediu?

1. Um médico me pediu

2. Eu quis

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_J6. [Se Y00_J5 = 2] Essa decisão afetou sua alimentação ou suas atividades nos últimos 30 dias?

1. Sim

2. Não [pular sessão]

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_J7_1. Nos últimos 30 dias, com que frequência você vomitou para mudar ou controlar seu peso?

1. Nunca

2. Uma a três vezes

3. Uma vez por semana

4. Duas a seis vezes por semana

5. Uma vez por dia

6. Mais de uma vez por dia

Y00_J7_2. Nos últimos 30 dias, com que frequência você comeu compulsivamente?

Uma compulsão alimentar é quando você come muito alimento (mais do que você normalmente come) em um período de tempo muito curto (como todos de uma vez, em uma sentada só) e você sente que não pode parar ou está fora de controle, tanto que você nem percebe o quanto está comendo.

1. Nunca

2. Uma a três vezes

3. Uma vez por semana

4. Duas a seis vezes por semana

5. Uma vez por dia

6. Mais de uma vez por dia

Y00_J7_3. Nos últimos 30 dias, com que frequência você se exercitou para mudar ou controlar seu peso?

1. Nunca

2. Uma a três vezes

3. Uma vez por semana

4. Duas a seis vezes por semana

5. Uma vez por dia

6. Mais de uma vez por dia

Y00_J7_4. Nos últimos 30 dias, com que frequência você tomou uma pílula ou alguma outra medicação para mudar ou controlar seu peso?

1. Nunca
2. Uma a três vezes
3. Uma vez por semana
4. Duas a seis vezes por semana
5. Uma vez por dia
6. Mais de uma vez por dia

Y00_J7_5. Nos últimos 30 dias, com que frequência você pulou refeições ou comeu menos comida do que o normal para perder ou controlar seu peso?

1. Nunca
2. Uma a três vezes
3. Uma vez por semana
4. Duas a seis vezes por semana
5. Uma vez por dia
6. Mais de uma vez por dia

Y00_J8. [Se um ou mais de Y00_J7_1 a Y00_J7_1 em (2,3,4,5,6)] O quanto seu desejo de mudar ou controlar seu peso está relacionado a sua identidade de **gênero**?

1. Não está relacionado a minha identidade de gênero
2. Está um pouco relacionado a minha identidade de gênero
3. Está muito relacionado a minha identidade de gênero
4. Está completamente relacionado a minha identidade de gênero

SESSÃO K: USO DE SUBSTÂNCIA.

Y00_K1. No momento, você fuma cigarros diariamente, às vezes, ou não fuma?

1. Diariamente
2. Às vezes
3. Não fumo

Y00_K2. No momento, você fuma cigarros eletrônicos diariamente, ocasionalmente ou não?

1. Diariamente
2. Às vezes
3. Não fumo

A próxima pergunta será sobre beber álcool. Quando usamos a palavra “beber”, significa consumir uma garrafa, uma lata ou um copo de cerveja; um copo de vinho; uma bebida mista contendo destilado; um shot de destilado.

Y00_K3. Com que frequência nos últimos 12 meses você tomou cinco ou mais bebidas em uma ocasião?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Duas a três vezes por mês

5. Uma vez por semana

6. Mais de uma vez por semana

Y00_K4. Nos últimos 12 meses, você usou alguma medicação ou droga que não foi prescrita, incluindo maconha?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_K5. [se Y00_K4 in (1, 3, 4)] Você pode me dizer quais dessas substâncias usou nos últimos 12 meses?

Y00_K5_1. Maconha / marijuana / hashish

Y00_K5_2. Cogumelos (cogumelos mágicos, shrooms, psilocibina)

Y00_K5_3. Spice (K2, K3, Blaze, mamba negra, erva legal, pote falso, IZMS) Y00_K5_4. Sizzurp (robos, dex, DXM, roxo)

Y00_K5_5. Adrenochromes (rodas de vagão, dreens)

Y00_K5_6. Poppers ou nitritos, incluindo ampolas

Y00_K5_7. Crack

Y00_K5_8. Cocaína (coca, sopro, neve, pó,)

Y00_K5_9. Crystal meth (velocidade, manivela, gelo)

Y00_K5_10. PCP (poeira de anjo)

Y00_K5_11. Special K / Ketamine

Y00_K5_12. GHB (G)

Y00_K5_13. LSD (ácido)

Y00_K5_14. Ópio

Y00_K5_15. Heroína (H, junk, smack)

Y00_K5_16. Ecstasy, Molly ou MDMA

Y00_K5_17. Sais de banho

Y00_K5_18. Fentanil

Y00_K5_19. Outro medicamento para dor além do fentanil que não foi prescrito para você (Percocet, Oxycontin, OxyNeo, Tylenol , Demerol, Dilaudid, codeína)

Y00_K5_20. Sedativos ou tranquilizantes não prescritos para você (Valium, Ativan, Xanax, tranqs, downers)

Y00_K5_21 Prescrição de medicamentos déficit de atenção que não foram prescritos para você (Ritalina, Concerta, Adderall, Dexedrine)

Y00_K5_22. Alimando gás ou outros solventes

Y00_K5_23 Nenhuma substância listada acima

Y00_K5_24. Outros

Y00_K5_24_1. Quais outros?

Y00_K6. [se Y00_K4 in (1, 3, 4)] Você pode me dizer quais dessas substâncias você usou nos últimos 30 dias?

Y00_K6_1. Maconha / marijuana / hashish

Y00_K6_2. Cogumelos (cogumelos mágicos, shrooms, psilocibina)

Y00_K6_3. Spice (K2, K3, Blaze, mamba negra, erva legal, pote falso, IZMS) Y00_K6_4. Sizzurp (robos, dex, DXM, roxo)

Y00_K6_5. Adrenochromes (rodas de vagão, dreens)

Y00_K6_6. Poppers ou nitritos, incluindo ampolas

Y00_K6_7. Crack

Y00_K6_8. Cocaína (coca, sopro, neve, pó,)

Y00_K6_9. Crystal meth (velocidade, manivela, gelo)

Y00_K6_10. PCP (poeira de anjo)

Y00_K6_11. Special K / Ketamine

Y00_K6_12. GHB (G)

Y00_K6_13. LSD (ácido)

Y00_K6_14. Ópio

Y00_K6_15. Heroína (H, junk, smack)

Y00_K6_16. Ecstasy, Molly ou MDMA

Y00_K6_17. Sais de banho

Y00_K6_18. Fentanil

Y00_K6_19. Outro medicamento para dor além do fentanil que não foi prescrito para você (Percocet, Oxycontin, OxyNeo, Tylenol , Demerol, Dilaudid, codeína)

Y00_K6_20. Sedativos ou tranquilizantes não prescritos para você (Valium, Ativan, Xanax, tranqs, downers)

Y00_K6_21 Prescrição de medicamentos déficit de atenção que não foram prescritos para você (Ritalina, Concerta, Adderall, Dexedrine)

Y00_K6_22. Alimando gás ou outros solventes

Y00_K6_23 Nenhuma substância listada acima

Y00_K6_24. Outros

Y00_K6_24_1. Quais outros?

Y00_K7. Nos últimos 30 dias, você usou essas substâncias para lidar com eventos estressores em geral da sua vida, como amigos, pais e relacionamento amorosos?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_K8. Nos últimos 30 dias, você usou essas substâncias para lidar com eventos estressores associados a sua identidade de gênero?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

SESSÃO L: SAÚDE MENTAL.

Y00_L1. Nos últimos 30 dias, com que frequência...

Y00_L1_1. Você se sentiu muito triste?

1. Nunca

2. Poucas vezes
3. Médio
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_L1_2. Você se sentiu muito irritado (a) ou de mau humor?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Médio
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_L1_3. Você se sentiu sem esperança com o futuro?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Médio
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_L1_4. Você dormiu muito mais ou muito menos do que o habitual?

1. Nunca

2. Poucas vezes
3. Médio
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_L1_5. Você teve dificuldade para se concentrar em seu trabalho escolar?

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Médio
4. Frequentemente
5. Sempre

Y00_L2. Você já considerou seriamente suicidar-se ou tirar sua própria vida?

1. Sim
2. Não [pular para ansiedade]
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L3. [Se Y00_L2 = 1] Isso foi relacionado ao fato de você ser trans?

1. Sim
2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L4. [Se Y00_L2 = 1] Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L5. [Se Y00_L2 = 1] Alguma vez você tentou se suicidar ou tentou tirar sua própria vida?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L6. [Y00_L5 = 1] Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L7. [Y00_L5 = 1] Você já conversou com um profissional de saúde depois da sua tentativa de suicídio?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L8. [Y00_L7 = 1] Com quem você conversou...

1. Com um médico de família
2. Com um pediatra
3. Com um especialista em medicina para adolescentes
4. Com um psicólogo
5. Com um psiquiatra
6. Com algum outro tipo de conselheiro
7. Com uma pessoa mais velha
8. Com um sacerdote, rabino, imã ou outro líder religioso
9. Com um conselheiro da escola
10. Com outra pessoa

Y00_L8_1. Qual outra pessoa?

Y00_L9. [Y00_L7 = 1] Essa pessoa com quem você conversou entendia de pessoas trans?

1. Sim

2. Não
3. Não conversamos sobre identidade de gênero
4. Não sei
5. Prefiro não responder

Y00_L10. [Y00_L5 = 1] Você conversou com seus pais ou cuidadores após sua tentativa de suicídio?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L11. [Y00_L5 = 1] Quantos anos você tinha quando tentou suicídio pela primeira vez?

_____ anos

No próximo questionário falaremos sobre ansiedade e medo. Esses sintomas podem incluir ataques de pânico, ansiedades situacionais, preocupações, hipervigilância, entre outros. Inclua todos os seus sintomas de ansiedade ao responder a essas perguntas! Para cada item diga a intensidade que melhor descreve sua experiência na SEMANA PASSADA.

Y00_L12_1. Na semana passada, com que frequência você se sentiu ansioso (a)?

0. Não me senti ansioso (a) na semana passada.
1. Senti ansioso (a) poucos dias da semana passada.
2. Senti ansioso (a) na metade dos dias da semana passada: foi difícil relaxar.
3. Senti ansioso (a) frequentemente na semana passada: foi muito difícil relaxar.

4. Senti ansioso (a) constantemente na semana passada: não fiquei verdadeiramente relaxado (a) em momento algum.

Y00_L12_2. Na semana passada, quando você se sentiu ansioso (a), quão intensa ou grave foi sua ansiedade?

0. Nenhuma ou pouca: a ansiedade estava ausente ou mal a percebia.

1. Leve: a ansiedade estava em um nível baixo. Foi possível relaxar quando tentei e os sintomas físicos foram apenas um pouco desconfortáveis.

2. Moderada: a ansiedade foi angustiante às vezes. Foi difícil relaxar ou me concentrar, mas eu conseguia se tentasse. Os sintomas físicos foram desconfortáveis.

3. Severa: a ansiedade foi intensa na maioria das vezes. Foi muito difícil relaxar ou me concentrar em qualquer outra coisa. Os sintomas físicos foram extremamente incômodos.

4. Extrema: a ansiedade foi esmagadora. Foi impossível relaxar. Os sintomas físicos foram insuportáveis.

5. Não sei.

6. Prefiro não responder.

Y00_L12_3. Na semana passada, com que frequência você evitou situações, lugares ou atividades por causa da ansiedade ou do medo?

0. Não evitei: eu não evito lugares, situações ou atividades por medo.

1. Infrequente: evitei poucas vezes, mas geralmente enfrentei a situação de forma que meu estilo de vida foi afetado.

2. Ocasional: tive medo de certas situações, lugares ou atividades, mas ainda foi gerenciável. Meu estilo de vida só mudou de maneira menor. Eu sempre ou quase sempre evitei as coisas que temo quando estou sozinho, mas posso lidar com elas se alguém vier comigo.

3. Frequente: tenho um medo considerável e realmente tento evitar as coisas que me assustam. Eu fiz mudanças significativas no meu estilo de vida para evitar lugares, situações ou atividades que me assustam.

4. Todo o tempo: evitar situações, atividades ou lugares assumiu minha vida. Meu estilo de vida foi amplamente afetado e deixei de fazer coisas que gosto.

5. Não sei.

6. Prefiro não responder.

Y00_L12_4. Na semana passada, o quanto sua ansiedade interferiu na sua capacidade de fazer as coisas que você precisava fazer no trabalho, na escola ou em casa?

0. Nada: não houve interferência no trabalho, em casa ou na escola.

1. Leve: minha ansiedade causou alguma interferência no trabalho, na casa ou na escola. As coisas são mais difíceis, mas tudo o que precisa ser feito ainda está sendo feito.

2. Moderado: minha ansiedade definitivamente interferiu com as tarefas. Consegui fazer a maioria das coisas, mas algumas não.

3. Severa: minha ansiedade realmente mudou minha capacidade de fazer as coisas. Consegui fazer algumas tarefas, mas muitas não consegui. Minha *performance* definitivamente diminuiu.

4. Extremo: minha ansiedade tornou-se incapacitante. Não consigo concluir afazeres e tive que deixar a escola ou o trabalho. Estou enfrentando consequências disso, como não conseguir pagar as contas.

5. Não sei.

6. Prefiro não responder.

Y00_L12_5. Na semana passada, o quanto a ansiedade interferiu com a sua vida social e relacionamentos?

0. Nada: minha ansiedade não afetou meus relacionamentos.

1. Leve: minha ansiedade interferiu ligeiramente em meus relacionamentos. Algumas das minhas amizades e outros relacionamentos sofreram; mas, em geral, minha vida social ainda está bem.

2. Moderado: experimentei alguma interferência na minha vida social, mas ainda tenho alguns relacionamentos íntimos. Eu não passo tanto tempo com amigos e relacionamentos como costumava, mas ainda socializo às vezes.

3. Severo: minhas amizades e outras relações sofreram muito por causa da ansiedade. Não gosto de atividades sociais e socializei muito pouco.

4. Extremo: minha ansiedade perturbou completamente minhas atividades sociais. Todos os meus relacionamentos sofreram ou terminaram. Minha vida familiar é extremamente restrita.

5. Não sei.

6. Prefiro não responder.

Y00_L13. Agora vou lhe perguntar sobre algumas maneiras pelas quais as pessoas podem tentar se machucar. Lembre-se de que só estamos interessados em saber se isso foi de propósito, e não se aconteceu acidentalmente ou por algum outro motivo.

Y00_L13_1. Você **já** fez alguma coisa para se machucar de propósito?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L14. [Se Y00_L13 = 1] Para tentar se machucar, você já...?

Y00_L14_1. Para tentar se machucar, você já cortou-se, arranhou-se, mordeu-se ou queimou a sua pele (não incluindo os seios ou genitais)?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

4. Prefiro não responder

Y00_L14_1_1. [se Y00_L14_1 = 1] Isso aconteceu no último ano?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_2. Para tentar se machucar, você já cortou-se, arranhou-se, mordeu-se ou queimou a seus peitos ou órgãos genitais?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_2_1. [se Y00_L14_2 = 1] Isso aconteceu no último ano?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_3. Para tentar se machucar, você já perfurou ou bateu nos seus peitos ou órgãos genitais?

1. Sim

2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_3_1. [se Y00_L14_3 = 1] Isso aconteceu no último ano?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_4. Para tentar se machucar, você já impediu feridas de curar?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_4_1. [se Y00_L14_4 = 1] Isso aconteceu no último ano?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_5. Há algo mais que você fez para tentar se machucar propositalmente?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

Y00_L14_5_1. [se Y00_L14_5 = 1] O que?

Y00_L14_5_2. [se Y00_L14_5 = 1] Isso aconteceu no último ano?

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. Prefiro não responder

SESSÃO M: CUIDADO COM VOCÊ MESMO.

A seguir, gostaríamos de lhe perguntar sobre coisas que você faz para lidar com o estresse. Assim como antes, vamos lhe perguntar sobre dois tipos de estresse: um estresse geral com coisas do dia a dia e um estresse relacionado a sua identidade de **gênero**.

Vamos listar muitas coisas diferentes que as pessoas podem fazer para ajudá-las a lidar com esses dois tipos de estresse. Para cada item, você pode nos dizer se usou essa estratégia para lidar com estresse geral ou estresse relacionado ao gênero nos últimos 30 dias?

Y00_M1. Ouvir música?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.

2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M2. Assistir filmes, TV ou vídeos online?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M3. Jogar vídeo games?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M4. Falar com seus amigos **LGBT**?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M5. Falar com seus amigos **não-LGBT**?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.

3. Não usei essa estratégia.

Y00_M6. Ir correr ou andar, fazer exercício ou praticar esportes?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M7. Escrever em diário ou caderno de pensamentos?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M8. Exercícios de respiração profunda / relaxamento?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M9. Tomar um banho?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M10. Ler?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M11. Passar o tempo com a sua família?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M12. Criar algo artístico (pintura, música, etc.)?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M13. Passar o tempo com um animal de estimação?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M14. Rezar ou frequentar um estabelecimento religioso?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M15. Cochilar ou dormir para evitar o problema?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M16. Comer?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M17. Passar o tempo com um (a) parceiro (a) romântico?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M18. Meditar?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M19. Pintar suas unhas, cortar ou arrumar seu cabelo, comprar roupas novas?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M20. Procurar encontros românticos ou sexuais?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M21. Passar tempo sozinho (a)?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M22. Fantasiar ou sonhar acordado (a)?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.

2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M23. Defender-se?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M24. Ajudar os outros ou se voluntariar?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M25. Passar tempo com outras pessoas em atividades sociais?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.
3. Não usei essa estratégia.

Y00_M26. Publicar sobre sua vida nas mídias sociais?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.
2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.

3. Não usei essa estratégia.

Y00_M27. Ignorar ou fingir que não é real?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.

2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.

3. Não usei essa estratégia.

Y00_M28. Outras estratégias?

1. Usei para lidar com estresse geral nos últimos 30 dias.

2. Usei para lidar com estresse relacionado a minha identidade de gênero nos últimos 30 dias.

3. Não usei essa estratégia.

Y00_M28_1. Quais outras estratégias?

SESSÃO N: DIVIDINDO SEUS PENSAMENTOS.

Y00_N1. O que você gostaria que fosse feito com o resultado dessa pesquisa?

Y00_N2. Quem precisamos alcançar com os resultados dessa pesquisa? Qual o melhor jeito pra fazer isso?

Y00_N3. Existe alguma outra coisa que você gostaria que soubéssemos?

Y00_N4. Você gostaria de receber o resultado dessa pesquisa? Acreditamos que teremos resultados em poucos meses!

1. Sim

2. Não

Y00_N4_1 [se Y00_N4 = 1]. Qual a melhor maneira de entrarmos em contato com você?

Lembrando que essa pesquisa é anônima. Ou seja, não sabemos a sua identidade!

1. E-mail

2. Mensagens no WhatsApp

3. Telefonemas

Y00_N4_2 [se Y00_N4_1 = 2 ou 3]. Qual o seu telefone?

Y00_N4_3 [se Y00_N4_1 = 1]. Qual o seu e-mail?

Lembrando que essa pesquisa é anônima. Ou seja, não sabemos a sua identidade!

1. E-mail

2. Mensagens no WhatsApp

3. Telefonemas

Finalmente, para alcançarmos o maior número possível de jovens trans precisamos da sua

ajuda!

Caso você prefira não nos passar o contato de cinco conhecidos/ amigos trans. Pode entre em contato pelo e-mail jovenstrans@yahoo.com para receber os CINCO códigos de acesso ao questionário. Além do código de acesso, os novos participantes precisarão do link da pesquisa e da senha de acesso (jovenstrans). Aí você poderá passar esses códigos para CINCO amigos trans que você conhece! Pode ser?

1. Sim, mandarei e-mail pedindo os cinco códigos.
2. Sim, prefiro lhe passar os contatos.
3. Sim, já escrevi os nomes dos contatos no início do questionário.
4. Não.

Escreva abaixo o endereço de e-mail ou telefone (ou outra forma de contato) para contato dos jovens trans que você indica. Como o questionário é anônimo não há necessidade de nos dizer nem o seu nome nem o nome das pessoas que você sugeriu. Apenas enviaremos um convite contendo o código e o link da pesquisa.

Contato 1.

Contato 2.

Contato 3.

Contato 4.

Contato 5.

Muito obrigada pela sua participação!