

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Terapêutica Hormonal em Pessoas Trans: Conhecimento, Adequação, Adesão, Cumprimento de Metas e Efeitos Adversos

Rafael Luís Baptista de Sá Santos

M

2021



Terapêutica Hormonal em Pessoas Trans:

Conhecimento, Adequação, Adesão, Cumprimento de Metas e Efeitos Adversos

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rafael Luís Baptista de Sá Santos, estudante

Aluno do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina em:
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Rua de Jorge Viterbo Ferreira 228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: rafaellbss@gmail.com

Prof. Doutora Carolina Luísa Cardoso Lemos, orientadora

Professora Auxiliar em:
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Rua de Jorge Viterbo Ferreira 228, 4050-313 Porto

Investigadora Principal em:
i3S (Instituto de Investigação e Inovação em Saúde), Universidade do Porto
Rua Alfredo Allen 208, 4200-135 Porto

Dra. Zélia Maria Teixeira Brandão Figueiredo, coorientadora

Colaboradora Externa em:
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Rua de Jorge Viterbo Ferreira 228, 4050-313 Porto

Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria em:
Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.
Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

Dr. Miguel Bruno Antunes Saraiva, coorientador

Interno de Formação Específica em Endocrinologia e Nutrição em:
Centro Hospitalar e Universitário do Porto, E.P.E.
Largo do Professor Abel Salazar, 4099-001 Porto

Terapêutica Hormonal em Pessoas Trans:

Conhecimento, Adequação, Adesão, Cumprimento de Metas e Efeitos Adversos

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rafael Luís Baptista de Sá Santos, estudante



Prof. Doutora Carolina Luísa Cardoso Lemos, orientadora



Dra. Zélia Maria Teixeira Brandão Figueiredo, coorientadora



Dr. Miguel Bruno Antunes Saraiva, coorientador



AGRADECIMENTOS

Ao Miguel, por toda a magia que disponibilizou para este projeto. Obrigado pela calma.

À Professora Carolina, pela constante disponibilidade. Obrigado pelo exemplo.

Aos meus pais, por me terem permitido ir mais longe. Obrigado pela compreensão.

Aos meus amigos, por me fazerem tão feliz. Obrigado pela sanidade.

Aos professores que me ensinaram para lá dos livros. Obrigado pela visão.

A todos aqueles que à força me fizeram crescer. Obrigado pelo destino.

A todos os centros LGBTQI+ que colaboraram neste projeto e um obrigado especial à Ana pela dedicação e confiança.

À Dra. Zélia, um obrigado de *todes*.

A todas as minorias, que a sua luta seja a luta de todos.

“Truth always rests with the minority, and the minority is always stronger than the majority, because the minority is generally formed by those who really have an opinion, while the strength of a majority is illusory, formed by the gangs who have no opinion.”

– Søren Kierkegaard

RESUMO

Introdução: A prevalência de pessoas assumidamente transgénero e das que procuram realizar transição hormonal tem vindo a aumentar em todo o mundo, não sendo o seu número em Portugal negligenciável. Esta terapêutica tem-se provado altamente eficaz contra a disforia de género, não estando, no entanto, isenta de riscos e efeitos adversos.

Objetivo: Este estudo foca-se na terapêutica hormonal de afirmação de género em adultos trans portugueses, procurando diferenças e semelhanças entre os participantes a realizar terapêutica masculinizante e aqueles em tratamento feminizante.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal com 142 pessoas transgénero, residentes em Portugal, maiores de 18 anos, que estivessem a realizar ou tivessem realizado terapêutica hormonal. Os participantes preencheram um questionário original, através do *Google Forms*, que lhes foi enviado por instituições LGBTQI+ portuguesas que colaboraram connosco.

Resultados: O conhecimento acerca da terapêutica foi avaliado com uma mediana de 5/6 pontos em todos os parâmetros, a internet foi a principal fonte de informação e a qualidade das informações fornecidas por profissionais de saúde com 5/6 pontos. 71,2% apontaram entraves ao início da terapêutica hormonal. 8,5% obtiveram, pela primeira vez, hormonoterapia sem prescrição médica. A terapêutica feminizante apresentou um custo significativamente superior ($p < 0,001$). 43,4% não foram sujeitos a consentimento informado antes de iniciar a terapêutica. Questões sobre fertilidade apenas foram discutidas com 53,2% e só 2,8% decidiu mantê-la. Endocrinologistas eram os principais prescritores de terapêutica (72,7%). A segurança sentida com a monitorização do tratamento foi avaliada em 5/6 pontos. A taxa de desistência do tratamento era baixa (6,3%), mas significativamente superior na terapêutica feminizante ($p = 0,010$). As alterações físicas, psicológicas e efeitos secundários foram avaliados com 4/6 pontos ou mais no que concerne expectativas, surgimento de alterações e satisfação. O impacto sociopsicológico do tratamento hormonal foi significativamente positivo em todas as variáveis analisadas ($p < 0,001$). A satisfação global com o tratamento foi avaliada com 5/6 pontos e com o seguimento médico em 4,5/6 pontos.

Conclusão: Existem diferenças significativas entre a população trans em terapêutica masculinizante e feminizante. Parece haver uma sensação de segurança no tratamento e de conhecimento sólido sobre o mesmo. Vários entraves ainda se apresentam ao seu início e médicos dos cuidados de saúde primários parecem ser relutantes a iniciar e continuar o tratamento. A hormonoterapia demonstrou ter sucesso e um impacto extremamente positivo nas vidas das pessoas trans que a procuram.

Palavras-chave: trans, terapêutica hormonal, conhecimento, segurança, satisfação, impacto.

ABSTRACT

Introduction: The percentage of openly transgender people and those seeking to undergo hormonal transition has been growing all over the world, and their number in Portugal is not negligible. This therapy has been proven to be highly effective against gender dysphoria, however, it is not free from risks and side effects.

Objective: This study focuses on gender-affirming hormone therapy in trans Portuguese adults, searching for differences and similarities between participants undergoing masculinizing therapy and those undergoing feminizing treatment.

Methods: This is a cross-sectional study with 142 transgender people, residing in Portugal, over 18 years old, who were undergoing or had undergone hormonal therapy. Participants completed an original questionnaire, via *Google Forms*, which was sent to them by Portuguese LGBTQI+ institutions that collaborated with us.

Results: Knowledge about therapy was assessed with a median of 5/6 points in all parameters, the internet was the main source of information and the quality of information provided by health professionals scored 5/6 points. 71.2% pointed out obstacles to starting hormonal therapy. 8.5% obtained, for the first time, hormone therapy without a medical prescription. Feminizing therapy had a significantly higher cost ($p < 0.001$). Informed consent before starting therapy was not obtained in 43.4%. Fertility issues were only discussed with 53.2% and only 2.8% decided to keep it. Endocrinologists were the main drug prescribers (72.7%). The safety felt with treatment monitoring was rated at 5/6 points. The dropout rate from treatment was low (6.3%), but significantly higher for feminizing therapy ($p = 0.010$). Physical and psychological changes and secondary effects were rated 4/6 points or more in terms of expectations, appearance of changes and satisfaction. The sociopsychological impact of hormonal treatment was significantly positive in all analyzed variables ($p < 0.001$). Overall satisfaction with treatment was rated 5/6 points and with medical follow-up 4.5/6 points.

Conclusion: There are significant differences between the trans population in masculinizing and feminizing therapy. There seems to be a sense of security in the treatment and a sense of solid knowledge about it. There are still several obstacles to its initiation and primary care physicians seem to be reluctant to initiate and continue treatment. Hormone therapy has been shown to be successful and have an extremely positive impact on the lives of trans people who seek it.

Keywords: trans, gender-affirming hormone therapy, knowledge, safety, satisfaction, impact.

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Astract	iii
Índice	iv
Lista de tabelas	1
Introdução	2
Métodos	7
Resultados	8
Discussão	17
Conclusão	20
Bibliografia	21
Tabelas.....	26
Anexos	34

LISTA DE TABELAS

Tabela I. Regimes de tratamento hormonal masculinizante das *Guidelines* da Sociedade de Endocrinologia adaptados à realidade portuguesa atual

Tabela II. Regimes de tratamento hormonal feminizante das *Guidelines* da Sociedade de Endocrinologia adaptados à realidade portuguesa atual

Tabela III. Efeitos da terapêutica masculinizante

Tabela IV. Efeitos da terapêutica feminizante

Tabela V. Características demográficas da amostra

Tabela VI. Fontes de informação acerca do tratamento hormonal

Tabela VII. Entraves, colocados pelo SNS, ao início da terapêutica

Tabela VIII. Terapêutica hormonal realizada

Tabela IX. Entidade recorrida para início de terapêutica hormonal

Tabela X. Entidade fornecedora de terapêutica hormonal, pela primeira vez

Tabela XI. Frequência de realização de análises de controlo ao longo da terapêutica

Tabela XII. Consultas onde é realizado seguimento

Tabela XIII. Motivo de abandono da terapêutica

Tabela XIV. Entidade fornecedora de terapêutica hormonal, atualmente

Tabela XV. Classificação das alterações obtidas após 1 ano de terapêutica masculinizante

Tabela XVI. Efeitos secundários da terapêutica masculinizante

Tabela XVII. Classificação das alterações obtidas após 1 ano de terapêutica feminizante

Tabela XVIII. Efeitos secundários da terapêutica feminizante

Tabela XIX. Comparação da avaliação, antes e depois do tratamento, de diferentes variáveis

Tabela XX. Intenção de realizar cirurgia no futuro

INTRODUÇÃO

Género e sexo são termos largamente usados como sinónimos, no entanto, a maioria dos psicólogos concorda que, enquanto o segundo se refere aos aspetos físicos e biológicos de ser homem ou mulher, “género” tem em conta as características comportamentais, sociais e psicológicas que são atribuídas a cada um destes¹.

Transgénero é um conceito abrangente utilizado para caracterizar aqueles cujo género experienciado não corresponde ao que lhes foi atribuído à nascença (em conformidade com o seu sexo), em oposição ao conceito de cisgénero, que define as pessoas cujo género atribuído é congruente com aquele que experienciam^{2,3}. De notar que a condição de transgénero inclui, também, aqueles que consideram ter ambas identidades masculina e feminina ao mesmo tempo, bem como aqueles que renunciam qualquer género ou que se identificam com um género fora do espetro comum⁴.

Por sua vez, a disforia de género refere-se a um problema clínico descrito como o sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o género experienciado e o género designado à nascença⁵. Muitos indivíduos acabam por experienciar esta disforia quando as intervenções físicas desejadas, quer por hormonoterapia, quer por procedimentos cirúrgicos, não lhes são acessíveis⁵.

Vários estudos demográficos têm sido desenvolvidos na tentativa de estimar a prevalência de pessoas trans no mundo, mas chegar a resultados concretos tem-se revelado um desafio, pela falta de dados demográficos referentes a esta população⁶. É, no entanto, consensual que a prevalência de pessoas assumidamente transgénero e das que procuram realizar transição hormonal e cirúrgica tem vindo a aumentar^{6,7}.

Nos Estados Unidos, um estudo concluiu que 1 em cada 189 adultos se identifica como transgénero, sendo esta população racialmente diversa e com taxas de pobreza e iliteracia mais elevadas⁸. Em Portugal, apesar do número de pessoas trans ser desconhecido, sabe-se que, entre 2011 e o início de 2021, 1227 portugueses procederam à alteração do seu género e nome próprio no registo civil⁹.

Os tratamentos oferecidos a esta população passam essencialmente por: transição social (experiência de vida real), psicoterapia, hormonoterapia e cirurgia⁷. Estas terapêuticas têm-se provado altamente satisfatórias e eficazes contra a disforia de género, estando associadas a melhorias inequívocas das morbilidades psiquiátricas, no entanto, existem inúmeros fatores socioeconómicos que podem representar um obstáculo ao seu acesso^{8,10,11}. Um estudo do último ano (2020) mostrou que as atitudes discriminatórias e a desinformação perante as pessoas trans são frequentes entre os médicos portugueses, constituindo um entrave à procura e acesso a cuidados de saúde por parte desta população¹².

Em Portugal, a intervenção médica no âmbito da transição sexual foi aprovada em 1995 e segue, atualmente, as recomendações atualizadas em 2017 por consenso de várias sociedades internacionais de endocrinologia^{13,14}.

Apesar do plano de tratamento de cada pessoa trans ser individualizado, a hormonoterapia costuma ser a primeira intervenção médica de modificação corporal realizada⁷. Esta deverá basear-se nos objetivos do indivíduo, na ponderação entre riscos e benefícios, na presença de outras morbilidades e ter em conta questões socioeconómicas⁷.

Para a iniciar, recomenda-se que a pessoa trans tenha um diagnóstico de disforia de género cuidadosamente estabelecido (feito por profissionais de saúde mental, baseando-se nos critérios de diagnóstico do DSM-5 ou CID-10) e que tenha sido obtido consentimento informado, assegurando que o indivíduo compreendeu os potenciais benefícios e riscos do tratamento e que é capaz de tomar uma decisão informada^{7,13}. Uma vez que a infertilidade é um dos possíveis efeitos adversos da hormonoterapia e manter a sua capacidade reprodutiva é, geralmente, um desejo da população trans, esta questão deve ser abordada com os utentes e, sempre que possível, ser-lhes oferecida essa opção^{7,15-19}. Indivíduos a realizar terapêutica feminizante deverão ser informados da possibilidade de preservação de espermatozoides e aconselhados a recorrer a bancos de esperma, enquanto aqueles a realizar terapêutica masculinizante poderão optar por criopreservar oócitos ou embriões, recorrendo, futuramente, a gestações de substituição⁷. É importante que os utentes sejam informados do custo geralmente avultado destas técnicas e que as mesmas não estão disponíveis em todos os países⁷.

Uma vez que na grande maioria das crianças/adolescentes pré-púberes com incongruência de género este diagnóstico não persiste, desaconselha-se que o tratamento hormonal seja começado antes do início da puberdade (não significando isto que a criança deva ser desencorajada a adotar papéis do seu género experienciado)^{13,20}.

Antes da prescrição, o clínico deverá levar a cabo uma avaliação inicial do utente, onde, para além da realização de anamnese, exame físico detalhado e testes laboratoriais relevantes, inclua uma discussão acerca dos objetivos da sua transição, aborde cuidados de saúde preventivos e trace, em conjunto com o mesmo, um plano seguro e realista⁷.

É importante que exista colaboração entre o endocrinologista, que geralmente é quem inicia a terapêutica hormonal, o médico assistente de medicina geral e familiar e outros profissionais de saúde que acompanham a transição do indivíduo, de modo a que este possa ser orientado em segurança⁷.

No que concerne ao tratamento hormonal, alguns indivíduos trans procuram desenvolver ao máximo as características sexuais do género com o qual se identificam, enquanto que para outros é suficiente uma apresentação andrógina (coexistência de características femininas e masculinas), resultante da simples atenuação de caracteres sexuais secundários pré-existent^{21,22}.

Assim, o objetivo final da terapêutica hormonal será sempre o de frear a produção de hormonas endógenas, substituindo-as por hormonas exógenas correspondentes ao género experienciado^{7,13}. Estas alterações físicas costumam fazer-se acompanhar de importantes melhorias no bem-estar psicológico^{23,24}.

A hormonoterapia masculinizante baseia-se na administração de testosterona parentérica ou transdérmica, seguindo os princípios gerais da reposição hormonal no hipogonadismo masculino^{25,26}. Ocasionalmente, progestativos podem ser adicionados ao regime terapêutico, se houver dificuldades em atingir a amenorreia²⁷. Atualmente, em Portugal, apenas estão disponíveis formulações parentéricas (intramusculares). (*Tabela I*)

A terapêutica feminizante é mais complexa e, comumente, envolve vários fármacos adjuvantes orais, parentéricos ou transdérmicos, com o intuito de, por um lado, induzir características feminizantes (estrogénios) e, por outro, de atenuar as características sexuais masculinas (anti-androgénios e análogos de GnRH)^{13,28,29}. A associação de progesterona, apesar de não preconizada nas recomendações da WPATH (World Professional Association for Transgender Health), poderá ter algum benefício no processo de feminização e melhorar a densidade óssea e saúde cardiovascular³⁰. (*Tabela II*)

Não existe evidência científica que sugira que determinados métodos de administração de hormonas sejam superiores na obtenção de características físicas desejadas, mas estrogénios transdérmicos parecem ser mais seguros que formulações orais⁷.

De modo a evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários, o clínico deve zelar para que os utentes mantenham expectativas realistas e estejam conscientes do tempo previsto que as alterações físicas, atingíveis a partir da hormonoterapia, demoram a surgir¹³.

Embora algumas alterações como clitoromegalia, diminuição da massa gorda e redução/cessação do fluxo menstrual costumem começar a aparecer após um mês de terapêutica masculinizante, outras como voz mais grave, aumento da pilosidade e incremento da massa muscular demoram, em média, seis ou mais meses a surgir^{28,31-33}. *(Tabela III)*

Em relação à hormonoterapia feminizante, ao fim de um mês poderá já ser percebida diminuição das ereções espontâneas, enquanto alterações como pele menos gordurosa e macia, redução do tamanho dos testículos, aumento do volume mamário, aumento da massa gorda e redução da massa muscular, geralmente, demoram três ou mais meses a aparecer, podendo a diminuição da pilosidade demorar mais de seis meses até ser notória^{28,31,32}. *(Tabela IV)*

De referir que estes limites temporais são altamente variáveis entre indivíduos e que algumas alterações podem demorar anos a atingir o seu máximo^{28,31-33}. *(Tabelas III e IV)*

A terapêutica hormonal não está isenta de riscos e efeitos adversos, sendo estes dependentes de fatores intrínsecos ao medicamento e ao indivíduo⁷. De modo a tentar evitá-los, é imperativo que a concentração de hormonas exógenas nunca atinja valores suprafisiológicos⁷.

É expectável que pessoas a fazer hormonas masculinizantes apresentem um risco provavelmente aumentado de eritrocitose, ganho ponderal, acne, alopecia e apneia de sono, e possivelmente aumentado de lesão hepática, dislipidemia, doença cardiovascular, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2^{7,13}.

Indivíduos sob terapêutica feminizante têm maior probabilidade de desenvolver tromboembolismo venoso, litíase biliar, lesão hepática, ganho ponderal, hipertrigliceridemia e doença cardiovascular. Estas pessoas têm, ainda, um possível aumento de risco de patologias como hipertensão arterial, hiperprolactinemia/prolactinomas e diabetes mellitus tipo 2^{7,13}.

Ao longo da terapêutica hormonal, deverá ser realizada uma monitorização individualizada, que inclua, pelo menos, avaliação clínica e analítica com periodicidade trimestral no primeiro ano seguida de semestral ou anual, para avaliar se a transição é consistente com os desejos do indivíduo e pesquisar possíveis efeitos adversos^{7,13}.

Naqueles que pretendem realizar terapêutica hormonal masculinizante é desejável que a hemoglobina e o hematócrito sejam medidos antes do início do tratamento e, depois, segundo o regime sugerido, dado o risco de eritrocitose^{13,25}. Os níveis de testosterona deverão ser medidos a cada três meses até que se encontrem dentro do intervalo fisiológico para homens cisgênero¹³. Indivíduos que, não tendo realizado cirurgias de afirmação de gênero, mantenham tecido mamário e/ou colo do útero, deverão integrar os rastreios do cancro da mama e/ou do colo do útero, na altura preconizada para mulheres cis da mesma idade¹³. Se tiver sido realizada mastectomia, um exame físico mamário anual será suficiente¹³.

Em pessoas a iniciar tratamento feminizante, a concentração sérica de testosterona e estradiol deverá ser medida trimestralmente durante o primeiro ano, almejando valores no intervalo de normalidade para uma mulher cis pré-menopáusicas¹³. O ionograma deverá ser adicionado à avaliação indicada, sobretudo se espironolactona integrar o esquema terapêutico¹³. Pelo risco acrescido de hiperprolactinemia, também a concentração de prolactina deverá ser alvo de aferição periódica¹³. O rastreio de cancro da próstata deverá ser ponderado de acordo com o risco do indivíduo, enquanto o do cancro da mama deverá ser realizado, por este ser um tumor hormonodependente¹³.

Muitas pessoas trans sentem a necessidade de optar por cirurgias de afirmação de gênero para concluir o seu processo de transição¹³. É aconselhável (mas não obrigatório no caso da mastectomia em homens trans) que estas realizem, pelo menos, um ano de terapêutica hormonal antes de serem aprovadas para cirurgia e que estejam completamente satisfeitas com a sua transição até aquele ponto, não persistindo dúvidas quanto à vontade de serem operadas^{13,34,35}.

Cirurgias de redesignação sexual em pessoas que desejam feminização incluem a gonadectomia, penectomia e criação de uma neovagina, enquanto a mamoplastia de aumento é o exemplo mais comum de cirurgia realizada sem impacto na fertilidade¹³. Em pessoas que desejam masculinização, a mastectomia é considerada a cirurgia mais importante e mais vezes executada, uma vez que as cirurgias de redesignação sexual, como a ooforectomia, vaginectomia, histerectomia total e criação do neopénis são, geralmente, caras, pouco acessíveis e ainda insatisfatórias¹³. A mastectomia é a única cirurgia de afirmação de gênero que pode ser realizada antes dos 18 anos, após, pelo menos, 2 anos em terapêutica masculinizante¹³.

Planos terapêuticos que incluem procedimentos cirúrgicos como adjuvantes à hormonoterapia são benéficos para a saúde mental dos utentes^{24,36}.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, durante o mês de março de 2021, que consistiu no preenchimento de um questionário original (em anexo) por pessoas transgénero, residentes em Portugal, maiores de 18 anos, que estivessem a realizar ou tivessem realizado terapêutica hormonal, independentemente de há quanto tempo tivessem iniciado ou parado a mesma. As perguntas do questionário eram referentes a esta terapêutica, pretendendo-se avaliar a forma como o tratamento estava a ser orientado, o conhecimento das pessoas trans acerca do processo de transição, nomeadamente no que toca a efeitos adversos e segurança da hormonoterapia, a adesão e cumprimento terapêuticos e, por fim, as expectativas relativamente aos efeitos desejados e adversos e conseqüente satisfação geral com o tratamento hormonal.

A colheita de dados ocorreu a nível nacional, em colaboração com várias associações e cooperativas portuguesas de apoio à população LGBTQI+ (“Associação AMPLOS”, “Associação Plano I”, “Ação Pela Identidade”, Associação ILGA – Portugal”, “Casa QUI”, “Grupo Transexual Portugal”, “Identidades e Afetos”, “Opus Diversidades”, “Rede ex-aequo”, “TransMissão”, “Variações” e “Cooperativa SEIES”), que se propuseram a aceder às suas bases de dados e enviar o endereço eletrónico do questionário (elaborado na plataforma *Google Forms*) às pessoas associadas que estivessem registadas como sendo transgénero. Foi obtido um total de 142 respostas válidas, das quais 101 eram de indivíduos a realizar terapêutica masculinizante e 41 de pessoas trans em hormonoterapia feminizante. Todos os dados foram registados de forma anónima, respeitando a proteção de dados dos inquiridos.

Ao longo do questionário foi pedido aos inquiridos que atribuíssem uma classificação a diversas variáveis, sendo esta um número inteiro entre “0” e “6”, inclusive, onde “0” correspondia ao pior resultado e “6” ao melhor.

As variáveis categóricas foram apresentadas como distribuições de frequência e comparadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. Para cada variável contínua foi testada a normalidade da distribuição através da observação do histograma e teste de Kolmogorov-Smirnov e tendo-se verificado que a quase totalidade de variáveis tinha uma distribuição não normal os resultados foram apresentados com a mediana. As amostras foram comparadas através de testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Wilcoxon para amostras dependentes e Mann-Whitney para independentes, sendo a hipótese nula rejeitada quando $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics versão 27.

RESULTADOS

Este estudo é composto por uma amostra de 142 adultos trans, residentes em Portugal, que, em qualquer fase da sua vida, haviam realizado terapêutica hormonal com o intuito de afirmação de género. Destes, 71,7% (101) realizaram terapêutica masculinizante e 28,9% (41) feminizante. Os resultados seguintes serão apresentados em função da totalidade da amostra (grupo *T*), dos inquiridos que realizaram terapêutica masculinizante (grupo *M*) e daqueles que fizeram tratamento de feminização (grupo *F*).

Dados demográficos

No momento de preenchimento do questionário, a mediana de idade dos inquiridos era de 25,0 [M=23,0; F=33,0] anos. Quando ambos os grupos foram comparados, verificou-se que os participantes do grupo *F* eram, significativamente, mais velhos ($p < 0,001$).

Verificou-se, ainda, que 9,9% [M=5,9%; F=19,5%] dos participantes não eram naturais de Portugal, apesar de aí residirem. Esta prevalência era consideravelmente superior no grupo *F* ($p = 0,014$).

A maioria dos participantes habitava a Área Metropolitana de Lisboa [T=36,5%; M=34,7%; F=41,5%] e Norte do país [T=32,4%; M=30,7%; F=36,6%].

Quanto à escolaridade, 93,0% [M=95,0%; F=87,8%] haviam, pelo menos, terminado o ensino secundário e, ainda, 38,7% [M=37,6%; F=41,5%] tinham algum grau académico, quer licenciatura, quer mestrado.

Profissionalmente, 16,2% [M=14,9%; F=19,5%] estavam desempregados, enquanto a maioria dos restantes ou tinha emprego [T=46,5%; M=46,5%; F=46,3%], quer por conta própria ou de outrem, ou estudava exclusivamente [T=28,2%; M=28,7%; F=26,8%].

Em relação ao género dos participantes, 63,4% [M=89,1%] identificavam-se com o género masculino, 26,8% [F=92,7%] com o género feminino e 9,9% [M=10,9%; F=7,3%] identificavam-se como não binários.

Por último, 66,2% [M=93,1%] dos inquiridos tinham uma expressão de género masculina, 23,9% [F=82,9%] feminina e 9,9% [M=6,9%; F=17,1%] uma expressão andrógina.

As características demográficas supracitadas e outras encontram-se detalhadas na *Tabela V*.

Identidade e expressão de género

Os participantes reportaram ter reconhecido que o seu género diferia daquele que lhes fora atribuído à nascença a uma idade mediana de 8,0 [M|F=8,0] anos. Ainda, a maioria dos inquiridos afirmou ter tido esta compreensão até aos 10 anos [T=53,2%; M=51,5%; F=57,5%].

Por sua vez, a mediana da idade na qual os indivíduos indicaram ter começado a expressar publicamente o seu género experienciado foi de 18,0 [M=17,0; F=21,5] anos. Neste caso, os indivíduos do grupo F indicaram ter iniciado a sua expressão de género mais tarde, de modo estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Verificou-se, ainda, que a maioria dos participantes começou a expressar a sua verdadeira identidade depois dos 10 e até aos 20 anos [T=56,7%; M=61,0%; F=46,3%]. De notar que, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), um número maior de indivíduos do grupo F começou a sua expressão de género apenas após os 35 anos, quando comparado com o número de pessoas do grupo M que o fez [T=10,6%; M=2,0%; F=31,7%].

Conhecimento e informação

Aos participantes foi pedido que avaliassem o seu conhecimento, em diferentes áreas, relativamente ao tratamento hormonal.

A mediana da classificação atribuída ao conhecimento da forma como a terapêutica funciona a nível fisiológico foi de 5,0 [M|F=5,0] pontos. A classificação mais frequentemente atribuída foram 5 pontos [T=45,1%; M=49,5%; F=34,1%]. No entanto, para o grupo F, as pontuações mais atribuídas foram, igualmente, 4 (34,1%) e 5 (34,1%) pontos.

O conhecimento sobre as principais alterações corporais que ocorrem ao longo do tratamento hormonal foi classificado com uma mediana de 5,0 [M|F=5,0] pontos e a pontuação mais atribuída foram 5 pontos [T=50,0%; M=47,5%; F=56,1%]. De notar que, enquanto 40,6% dos participantes do grupo M atribuíram 6 pontos a esta variável, apenas 24,4% do grupo F o fez.

Por último, a mediana de pontos atribuída ao conhecimento relativo a efeitos secundários expectáveis foi 5,0 [M|F=5,0] pontos e a pontuação mais prevalente foi, igualmente, 5 pontos [T=37,3%; M=36,6%; F=39,0%].

Em relação às fontes de informação, as mais votadas pelos inquiridos, como sendo aquelas através das quais consideram ter obtido a maioria do seu conhecimento acerca do tratamento hormonal, foram a internet [T=76,8%; M=78,2%; F=73,2%] e os profissionais de saúde [T=71,1%; M=75,2%; F=61,0%]. (Tabela VI)

Quando questionados em relação à qualidade da informação, relativa à terapêutica, que lhes havia sido transmitida por profissionais de saúde, os participantes classificaram-na com uma mediana de 5,0 [M=5,0; F=4,0] pontos. Apesar da diferença entre as medianas dos dois grupos estudados, esta não foi estatisticamente significativa ($p=0,213$). Por sua vez, 5 foi a pontuação mais frequentemente atribuída [T=30,3%; M=31,7%; F=26,8%]. De notar que, enquanto apenas 11,9% do grupo M atribuiu 3 pontos a esta variável, 24,4% dos do grupo F o fez.

Ainda, 14,1% [M=8,9%; F=26,8%] dos inquiridos negou sentir que tinha conhecimento suficiente sobre terapêutica hormonal para a iniciar de forma segura e com confiança. Esta prevalência foi significativamente superior em inquiridos do grupo F ($p=0,005$).

Hormonoterapia e o seu início

Dos inquiridos que recorreram ao Sistema Nacional de Saúde, com o intuito de iniciar terapêutica hormonal, 71,2% [M=68,4%; F=78,0%] referiram ter-se deparado com algum tipo de dificuldade/entrave para o fazer. Os problemas mais frequentemente reportados por estes foram os longos períodos de espera para obter uma consulta [T=69,7%; M=73,1%; F=62,5%], seguido de dificuldades em obter informações sobre o tratamento [T=43,4%; M=38,8%; F=53,1%] e obter prescrições [T=40,4%; M=34,3%; F=53,1%]. (*Tabela VII*)

No que concerne aos fármacos usados no tratamento hormonal, todos os inquiridos do grupo M (a realizar masculinização) indicaram ter usado, pelo menos, testosterona. Por sua vez, os participantes do grupo F (em terapêutica feminizante) afirmaram ter realizado, maioritariamente, estrogénios (95,0%) e, com menor prevalência, antagonistas de androgénios (67,5%), finasterida (50,0%) ou outros, mais raramente. (*Tabela VIII*). Enquanto a grande maioria dos inquiridos do grupo M referiram apenas realizar tratamento isolado com um fármaco [T=70,2%; M=93,1%; F=12,5%], a maioria daqueles do grupo F tomavam 2 [T=17,7%; M=6,9%; F=45,0%] ou 3 fármacos diferentes [T=10,6%; M=0,0%; F=37,5%].

Em relação ao custo da terapêutica hormonal, os participantes reportaram gastar, aproximadamente, uma mediana de 10,0 [M=10,0; F=35,0] euros, por mês. No entanto, o grupo F suporta um custo que é superior ao do outro grupo de forma estatisticamente significativa ($p<0,001$). De notar, ainda, que, apesar de apenas 26,8% [M=14,9%; F=56,1%] dos inquiridos ter referido gastar pelo menos 20€ por mês nestes fármacos, este custo mais elevado recai, maioritariamente, e de forma estatisticamente significativa ($p<0,001$), nas pessoas do grupo F.

A maioria dos integrantes do estudo afirmaram ter realizado terapêutica hormonal por um período igual ou superior a 1 ano [T=80,3%; M=86,1%; F=65,9%]. Esta tendência era significativamente superior no grupo M ($p=0,006$).

A mediana de idade a que estes indicaram ter iniciado o tratamento foi de 22,0 [M=21,0; F=25,0] anos. Os indivíduos do grupo F iniciaram tratamento hormonal numa idade superior, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). A maioria dos inquiridos referiu ter iniciado a terapêutica depois dos 15 e antes dos 25 anos [T=66,2%; M=73,3%; F=48,8%]. De modo estatisticamente significativo ($p<0,001$), verificou-se uma tendência superior no grupo F para iniciar terapêutica apenas após os 35 anos [T=14,8%; M=4,0%; F=41,5%].

Quando questionados a quem recorreram inicialmente para começar terapêutica hormonal, o psicólogo/sexólogo foi a entidade mais frequentemente indicada [T=34,8%; M=40,6%; F=20,0%], com uma prevalência consideravelmente superior no grupo M ($p=0,021$). Ainda, 8,5% [M=2,0%; F=25,0%] dos inquiridos afirmaram ter recorrido a alguém que não era profissional de saúde, sendo esta tendência significativamente superior em participantes do grupo F ($p<0,001$).
(Tabela IX)

Por sua vez, em relação à forma como obtiveram terapêutica hormonal pela primeira vez, a grande maioria dos inquiridos afirmou ter sido através de prescrição por um endocrinologista [T=73,2%; M=79,2%; F=58,5%], sendo esta percentagem maior no grupo M, de modo estatisticamente significativo ($p=0,012$). De salientar que, apesar da parcela de indivíduos que conseguiu obter hormonoterapia, pela primeira vez, sem prescrição médica, ser reduzida, esta tendência mostrou-se significativamente ($p<0,001$) mais importante em participantes do grupo F [T=8,5%; M=3,0%; F=22,0%]. (Tabela X)

Segurança, seguimento e controlo

Relativamente à segurança do tratamento, 43,3% [M=39,6%; F=52,5%] negaram ter sido sujeitos ao processo de consentimento informado, 16,3% [M=13,0%; F=24,4%] indicaram que não lhes haviam sido explicados os efeitos expectáveis, quer desejáveis, quer adversos, da terapêutica hormonal e 11,3% [M=5,9%; F=24,4%] dos participantes afirmaram não ter realizado análises de controlo antes de iniciarem a terapêutica. Verificou-se que, de forma estatisticamente significativa, os inquiridos do grupo F afirmaram não ter realizado análises de controlo antes de iniciarem a terapêutica com maior frequência ($p=0,002$).

No que concerne à fertilidade e manutenção da mesma, esta questão foi discutida com 53,2% [M=54,5%; F=50,0%] dos inquiridos antes do início da terapêutica. Dos 75 [M=55; F=20] participantes com os quais esta problemática havia sido abordada, a possibilidade de realizar criopreservação de gâmetas ou embriões foi oferecida a 66,7% [M=76,4%; F=40,0%], notando-se uma prevalência significativamente maior no grupo M ($p=0,003$). Dos 50 [M=42; F=8] inquiridos a quem foi oferecida criopreservação, apenas 8,0% [M=2,4%; F=37,5%] a realizaram, com clara maior frequência no grupo F ($p<0,001$). Assim, da totalidade de participantes, a 35,5% [M=41,6%; F=20,0%] foi oferecida a possibilidade de manter a fertilidade por técnicas de criopreservação e 2,8% [M=1,0%; F=7,5%] optaram por realizá-la.

Acerca do controlo do próprio tratamento, 79,6% [M=83,2%; F=70,7%] dos participantes afirmaram realizar análises de rotina regularmente. Destes 113 [M=84; F=29] inquiridos, 75,2% [M=79,8%; F=62,1%] referiram realizar controlo hormonal de acordo com o esquema sugerido pela WPATH (análises trimestrais no primeiro ano e semestrais/anuais a partir daí). (*Tabela XI*)

Aos participantes foi ainda perguntado se eram seguidos em consultas médicas para avaliação da eficácia e segurança do tratamento, tendo 87,3% [M=89,1%; F=82,9%] afirmado realizar seguimento. Destes, a grande maioria era seguida em endocrinologia [T=83,9%; M=86,7%; F=76,5%] e cada inquirido a realizar seguimento fazia-o, mais frequentemente, em consultas de, pelo menos, duas especialidades médica [T=58,9%; M=61,1%; F=52,9%]. (*Tabela XII*)

Seguidamente, os participantes classificaram a segurança que sentiram na maneira como o tratamento hormonal foi executado e monitorizado com uma mediana de 5,0 [M=5,0; F=4,3] pontos. Os inquiridos do grupo F atribuíram-lhe uma classificação inferior de modo estatisticamente significativo ($p=0,007$). Ainda, 6 pontos foi a classificação atribuída pelo maior número de inquiridos [T= 43,0%; M=48,5%; F=29,3%], notando-se que para o grupo F as pontuações atribuídas foram distribuídas, de modo estatisticamente significativo, por valores mais baixos ($p=0,036$).

De todos os participantes, 6,3% [M=3,0%; F=14,6%] não estavam a realizar terapêutica hormonal na altura do estudo, verificando-se, então, uma maior frequência de desistência da terapêutica no grupo F ($p=0,010$). De notar que, daqueles 9 [M=3; F=6] inquiridos que haviam desistido, a maioria não havia recorrido a um profissional de saúde para a iniciar [T=77,8%; M=66,7%; F=83,3%] nem esta havia sido iniciada por prescrição de um médico [T=77,8%; M=66,7%; F=83,3%]. Os motivos indicados para abandono da terapêutica foram diversos, sendo o mais frequentemente apresentado a ocorrência de efeitos adversos considerados insuportáveis [T=37,5%; M=33,3%; F=40,0%]. (*Tabela XIII*)

Daqueles que estavam a realizar hormonoterapia na altura do estudo, a grande maioria obtinha prescrições médicas através de um endocrinologista [T=72,7%; M=73,5%; F=70,6%].
(Tabela XIV)

No que concerne à revisão e cumprimento da medicação, 93,7% [M=97,0%; F=85,4%] dos questionados afirmaram ter a sua medicação revista, regularmente, por um médico, sendo esta percentagem significativamente inferior nos inquiridos do grupo F ($p=0,010$). Destes 133 [M=98; F=35] participantes, 3,8% [M=5,1%] referiu não cumprir a medicação de acordo com as recomendações do médico, sendo de notar que todos eles pertenciam ao grupo M. Dos 5 participantes que não cumpriam as indicações, 1 tomava uma dose mais elevada na tentativa de acelerar o processo de transição, enquanto 4 tomavam uma dose mais baixa por distração ou esquecimento, impossibilidade de realizar o tratamento com a frequência recomendada ou desejo de ter uma transição mais lenta.

Expectativas, surgimento de alterações e satisfação

Para estudar o impacto do tratamento hormonal em diferentes campos do indivíduo, e tendo em conta o intervalo necessário para que os fármacos comecem a produzir alterações, as questões relacionadas com este assunto foram colocadas apenas aos participantes que haviam realizado hormonoterapia por, pelo menos, 1 ano ininterrupto. Assim, os resultados apresentados de seguida, referentes à terapêutica hormonal, têm em conta a resposta de 114 participantes (grupo T), 87 em terapêutica masculinizante (grupo M) e 27 feminizante (grupo F).

Aos participantes foi pedido que classificassem as suas expectativas, a noção de aparecimento de alterações e a satisfação com as mesmas, quer a nível físico, quer psicológico.

Quanto a alterações físicas, os inquiridos avaliaram as suas expectativas com uma mediana de 5,0 [M=5,0; F=4,0] pontos, o surgimento de alterações com 4,0 [M=5,0; F=4,0] pontos e a satisfação com estas alterações com 5,0 [M=5,0; F=4,0] pontos. Verificou-se, então, que as pontuações atribuídas pelo grupo F às expectativas e à satisfação com as alterações físicas eram inferiores às do outro grupo de modo estatisticamente significativo ($p=0,013$ e $p=0,016$, respetivamente).

No que concerne a alterações psicológicas, os inquiridos classificaram as suas expectativas com uma mediana de 4,0 [M=5,0; F=3,0] pontos, o surgimento de alterações com 5,0 [M=5,0; F=4,0] pontos e a satisfação com estas com 5,0 [M=5,0; F=4,0] pontos. Percebeu-se, então, que as pontuações atribuídas pelo grupo F às expectativas perante alterações psicológicas eram inferiores às do outro grupo de modo estatisticamente significativo ($p=0,016$), porém a mesma significância

não se verificou em relação à diferença entre as medianas das pontuações atribuídas ao surgimento e satisfação com as alterações ($p=0,164$ e $p=0,083$, respetivamente).

Ainda, os participantes classificaram o impacto das alterações, físicas e psicológicas, desejáveis da terapêutica hormonal na sua vida com uma mediana de 6,0 [M|F=6,0] pontos.

No que concerne aos efeitos adversos, quer em frequência ou gravidade, os inquiridos atribuíram às suas expectativas em relação a estes uma mediana de 4,0 [M=4,0; F=3,0] pontos, o seu surgimento com 4,0 [M=4,0; F=3,0] pontos e a satisfação com a frequência e gravidade dos mesmos em 4,0 [M=4,0; F=3,0] pontos. Note-se que as pontuações atribuídas pelo grupo F às expectativas e à satisfação relativa a efeitos secundários eram inferiores às do outro grupo de modo estatisticamente significativo ($p=0,019$ e $p=0,031$, respetivamente), mas que o mesmo não se verificou em relação às diferenças entre as medianas de pontuação da satisfação ($p=0,438$).

Alterações físicas e efeitos secundários

A amostra de pessoas a realizar terapêutica masculinizante (grupo M) foi avaliada individualmente para alterações masculinizantes típicas. A estes inquiridos foi pedido que classificassem a perceção do surgimento de certas alterações físicas e a satisfação com as mesmas. As alterações classificadas com melhor mediana, no que diz respeito à perceção do seu surgimento, foram a amenorreia (6,0) e clitoromegalia (6,0). Os resultados classificados como mais satisfatórios foram, por sua vez, a amenorreia (6,0), clitoromegalia (6,0) e voz mais grave (5,5). (*Tabela XV*)

Quanto a efeitos secundários, 89,7% dos inquiridos em hormonoterapia masculinizante por, pelo menos 1 anos, afirmaram ter tido algum efeito adverso. Os mais frequentemente reportados por este grupo foram alterações de humor (56,3%), acne (52,9%) e perda de cabelo (37,9%). (*Tabela XVI*)

De igual modo, pessoas em terapêutica feminizante foram avaliadas para alterações feminizantes típicas. Também a este grupo foi pedido que classificassem a perceção do surgimento de certas alterações físicas e a satisfação com as mesmas. No que diz respeito à perceção do seu aparecimento, as alterações que foram avaliadas com melhor mediana de pontos foram a diminuição da produção de sémen (6,0), diminuição de ereções espontâneas (5,0), redução do tamanho dos testículos (5,0) e pele menos oleosa e mais macia (5,0). Os resultados classificados como mais satisfatórios foram, por sua vez, a diminuição de ereções espontâneas (6,0) e diminuição da produção de sémen (6,0). (*Tabela XVII*)

Quanto a efeitos secundários, 96,3% dos inquiridos que fizeram hormonoterapia feminizante por, pelo menos 1 anos, afirmaram ter tido algum efeito adversos. Os mais frequentemente reportados foram diminuição da libido (66,7%) e alterações de humor (63,0%). (Tabela XVIII)

Impacto sociopsicológico

Seguidamente, aqueles que realizaram terapêutica por mais de um ano classificaram a sua autoestima, o seu bem-estar corporal, a sua ideação suicida e as suas relações sociais e familiares, antes e depois do tratamento hormonal.

Os participantes classificaram a sua autoestima antes e depois do tratamento com uma mediana de 1,5 [M=1,0; F=2,0] e 5,0 [M|F=5,0] pontos, respetivamente. A apontar que, apesar das medianas da classificação atribuída antes do tratamento pelos grupos M e F serem diferentes, esta diferença não era estatisticamente significativa ($p=0,417$).

A classificação mediana atribuída ao bem-estar corporal foi 1,0 [M|F=1,0] ponto, antes do tratamento, e 5,0 [M=4,0; F=5,0] pontos depois. De referir que, apesar das medianas da classificação atribuída depois do tratamento pelos dois grupos serem diferentes, esta diferença não era estatisticamente significativa ($p=0,206$).

Os inquiridos atribuíram uma mediana de 3,0 [M|F=3,0] pontos antes do tratamento e 5,0 [M=5,0; F=3,0] pontos depois do tratamento à sua ideação suicida. A apontar que, apesar das medianas da classificação atribuída depois do tratamento pelos grupos M e F serem diferentes, esta diferença não era estatisticamente significativa ($p=0,180$).

Os participantes classificaram, ainda, as suas relações sociais com 3,0 [M|F=3,0] e 5,0 [M|F=5,0] pontos, antes e depois da terapêutica, respetivamente.

Por último, avaliaram as suas relações familiares com 3,0 [M|F=3,0] pontos antes do tratamento e 4,0 [M=4,0; F=5,0] depois deste, porém, a diferença entre as medianas de pontos referentes a depois do tratamento não era estatisticamente significativa ($p=0,908$).

Todas as variáveis avaliadas melhoraram de forma estatisticamente significativa ($p<0,001$) com o tratamento, quer na amostra total (grupo T), quer na amostra a realizar terapêutica masculinizante (grupo M). Na amostra de inquiridos em feminização (grupo F), isoladamente, a ideação suicida não melhorou de forma estatisticamente significativa após o tratamento ($p=0,406$), ao contrário das restantes variáveis. (Tabela XIX)

Satisfação global

Os participantes que haviam realizado, pelo menos, um ano de terapêutica classificaram, ainda, a sua satisfação global com os resultados do tratamento com uma mediana de 5,0 [M | F=5,0] pontos e a sua satisfação global com o seguimento médico recebido com uma mediana de 4,5 [M=4,0; F=5,0] pontos. A diferença entre as medianas da avaliação global do seguimento médico atribuída por cada um dos grupos não foi estatisticamente significativa ($p=0,681$).

Procedimentos cirúrgicos

A totalidade dos inquiridos foi questionada acerca da realização de tratamento cirúrgico, tendo 46,4% [M=58,0%; F=17,5%] afirmado já ter efetuado algum procedimento cirúrgico como parte do seu processo de transição, notando-se uma considerável maior prevalência de realização de procedimentos cirúrgicos no grupo M ($p<0,001$). Daqueles 76 [M=42; F=34] inquiridos que não realizaram nenhuma cirurgia, 82,9% [M=90,5%; F=73,5%] afirmou desejar fazê-lo, no futuro, sendo, também, esta tendência significativamente superior no grupo M ($p=0,024$). (*Tabela XX*)

DISCUSSÃO

Neste estudo procurou-se abordar, de modo geral, a terapêutica hormonal realizada pela população adulta trans portuguesa e o impacto na sua qualidade de vida, analisando diferenças e semelhanças entre os grupos de pessoas que realizaram tratamento masculinizante ou feminizante.

Apesar de não haver informações sobre a realidade demográfica desta população, o nosso estudo mostrou uma prevalência consideravelmente maior de indivíduos a realizar terapêutica masculinizante e que aqueles a fazer hormonas feminizantes eram mais velhos e, com maior frequência, naturais do estrangeiro. Estas diferenças poderão ser explicadas por a população em terapêutica feminizante a iniciar a uma idade consideravelmente superior, o que está de acordo com um estudo de *Meyer et. al (2020)*³⁷. Ainda, as taxas de desemprego desta população eram mais do dobro da população portuguesa (16,2% vs. 6,8% em 2020)³⁸, valores semelhantes aos de outros estudos, resultando, provavelmente, da maior estigmatização, do maior número de morbilidades psiquiátricas e comportamentos aditivos destas pessoas³⁹⁻⁴¹.

O presente estudo vai ao encontro de outros que mostram que a maioria das pessoas trans teve perceção da sua disforia de género ainda antes dos 10 anos, mas, em comparação com estes, a nossa população reportou ter vivido menos anos com disforia de género até ter iniciado transição, quando começou a expressão da sua verdadeira identidade de género. Um estudo de *Puckett et al. (2021)* mostrou que, nos últimos anos, pessoas trans assumem a sua identidade de género real muito mais cedo, pela recente maior validação e representatividade perante esta população^{40,42,43}.

Os nossos resultados mostraram que os utentes sentem ter um bom conhecimento acerca da terapêutica hormonal, sendo importante referir que o local de onde acreditam ter obtido mais informação foi a internet, colocando os profissionais de saúde em segundo lugar, e que os indivíduos em terapêutica feminizante consideraram a qualidade das informações transmitidas por estes ser inferior e com maior frequência indicaram sentir não ter conhecimento suficiente para iniciar tratamento de forma segura e com confiança. De facto, foram vários os estudos que indicaram falta de conhecimento, por parte de profissionais de saúde, sobre cuidados de saúde voltados para pessoas trans e que estes tiveram perceção dessas limitações⁴⁴⁻⁴⁶.

Este estudo apontou barreiras ao início da terapêutica hormonal diferentes dos referidos por *James et al. (2016)*, um estudo no qual as mais prevalentes estavam associadas a custos elevados ou entraves adiantados por sistemas de seguros de saúde, problemas menos colocados em Portugal⁴⁰. A hormonoterapia feminizante mostrou exigir custos significativamente maiores, o que poderá, em parte, ser explicado pela maior necessidade de associar diferentes medicamentos.

Percebeu-se ainda que, com elevada frequência, não só o primeiro prescritor da terapêutica não foi um médico dos cuidados de saúde primários, como a maioria dos participantes continuavam a obter, no momento do estudo, as suas prescrições através de um endocrinologista. Tal constatação vai ao encontro de outros estudos que verificaram existir elevada relutância dos profissionais dos cuidados de saúde primários em iniciar e continuar este tipo de terapêutica por diversas razões, quer pessoais, quer profissionais, tais como falta de empatia, transfobia e desconhecimento^{47,48}.

Ainda, uma percentagem significativa, especialmente de pessoas em terapêutica feminizante, obteve inicialmente medicação sem ser através de profissionais de saúde, nomeadamente, comprando-a através da internet, um problema já focado em outros estudos com resultados semelhantes a este, adiantando como possíveis causas: experiências negativas passadas com prescritores e limitação de acesso a recursos e serviços^{49,50}.

Os nossos resultados mostraram, ainda, que os efeitos físicos e psicológicos da terapêutica são satisfatórios e os efeitos secundários toleráveis, gerando um impacto extremamente positivo na qualidade de vida destas pessoas, tal como sugerido extensamente na literatura, apresentando como possíveis razões a indução de modificações físicas aumentar a autoconfiança, melhorar o conforto com os outros e as habilidades sociais ao reforçar a afirmação do género experienciado com melhor reconhecimento social e, ainda, as hormonas poderem ter efeito direto no humor⁵¹⁻⁵⁵.

Quase metade de todos os participantes negaram ter sido sujeitos a consentimento informado, um quarto das pessoas em terapêutica feminizante não realizaram análises previamente ao estudo e, como possível consequência, classificaram a segurança como significativamente inferior e desistiram com maior frequência da terapêutica. Ainda, a maioria das desistências ocorreu com pessoas que não haviam tido apoio no início da transição hormonal, revelando que uma terapêutica orientada, desde o seu início, e com bom seguimento diminui a probabilidade de abandono e melhora os resultados.

Estudos mostraram que o aconselhamento sobre fertilidade, antes de iniciar a terapêutica, é infrequente e que a realização de técnicas de preservação da fertilidade, tal como verificado no nosso estudo, é extremamente rara, apresentando razões como custo elevado, invasividade dos procedimentos e desejo de não atrasar a transição⁵⁶⁻⁵⁸.

Quanto a alterações desejadas obtidas quer por terapêutica masculinizante, quer feminizante, os nossos resultados foram sobreponíveis aos de outros estudos⁵⁹⁻⁶⁷. Sobre os efeitos adversos, este estudo veio reafirmar aquilo que outros já haviam demonstrado, nomeadamente que o acne é um dos efeitos secundários mais prevalentes, enquanto outros mais graves, como

eritrocitose, tromboembolismo venoso e aumentos significativos das enzimas hepáticas são raros^{37,68-72}.

Vários estudos associaram a realização de terapêutica de afirmação de género com melhorias na satisfação com a imagem corporal e autoestima, aumento da congruência género-corpo e diminuição do desconforto com o mesmo, adiantando como motivo a redução das discrepâncias físicas entre género atribuído e experienciado. Estas descobertas são semelhantes às do nosso estudo^{52,66,73-81}.

Este estudo mostrou que existe uma clara melhoria na ideação suicida após a terapêutica hormonal, estando de acordo com outros^{51,82,83}. Tal pode ser explicado por as alterações físicas resultantes do tratamento, ao reduzirem a incongruência género-corpo e, potencialmente, a marginalização, gerarem melhores resultados em saúde mental e diminuïrem consideravelmente o risco de suicídio^{82,84-87}.

Os nossos resultados também mostraram melhoria nas relações sociais e familiares após o tratamento, concordante com outros estudos que notaram melhorias na socialização, funcionamento e sensibilidade interpessoal e diminuição da hostilidade^{52,74,88,89}.

Notou-se ainda, na generalidade das respostas, uma maior insatisfação com a terapêutica e uma menor confiança em profissionais de saúde por parte dos indivíduos em tratamento feminizante. Esta menor satisfação poderá ser gerada pelo maior estigma que mulheres trans enfrentam, em comparação com homens trans, mesmo após a transição. Um estudo de *Verbeek et al. (2020)* mostrou que mulheres trans experienciam maior estigma social, não só pela misoginia em si, mas também por serem percecionadas como uma ameaça para mulheres cis, e cujas razões são o pânico de género (medo que surge quando mulheres trans são permitidas em locais exclusivos para mulheres) e a cultura da violação (crença de que alguém que cresceu como homem terá maior tendência em ser violador)⁹⁰.

Este estudo está, no entanto, sujeito a potenciais limitações, nomeadamente diferenças significativas entre o número e características dos participantes de cada um dos grupos analisados, a falta de estudos anteriores relativos a este tema e grupos amostrais pequenos não representativos da população alvo para algumas variáveis. Alguns pontos fortes foram, no entanto, o número elevado de participantes, tendo em conta o tamanho reduzido da população alvo, e terem-se obtidos resultados de variáveis que ainda não haviam sido estudadas em outras investigações. Desta forma, e tendo em conta tratar-se do primeiro estudo a abordar esta temática em Portugal, mais estudos na área da endocrinologia voltados para pessoas trans devem ser realizados, de modo a ultrapassar estas e outras possíveis limitações.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou diferenças significativas no número de portugueses trans a realizar terapêutica masculinizante e feminizante, bem como diferenças demográficas consideráveis entre estes, que poderão ter por base a idade de início de cada tipo de tratamento. Verificou-se, ainda, que a taxa de desemprego parece ser consideravelmente superior nesta população, provavelmente fruto do estigma que sofre.

A população trans tem noção da sua incongruência de género ainda em idade pré-púbere e, no fim da adolescência, começa a expressar a sua verdadeira identidade, iniciando pouco depois a transição hormonal, de modo a tornar o seu corpo mais congruente com a sua mente.

As pessoas trans portuguesas parecem ter um bom conhecimento do tratamento hormonal que realizam, apesar da fonte de informação principal não serem os profissionais de saúde, já que a quantidade de informação que estes têm sobre a terapêutica parece continuar a ser limitada.

Ao contrário do verificado noutros estudos, em Portugal o custo da terapêutica não é uma barreira frequente ao seu início, apesar do preço da feminizante ser significativamente superior, provavelmente por, mais comumente necessitarem de associar diferentes fármacos.

Concluiu-se ainda, tal como verificado noutros estudos, que os prescritores principais continuam a não ser médicos dos cuidados primários, reiterando a sua relutância em realizar prescrições, ora por falta de conhecimento acerca da terapêutica, ora por fatores pessoais. Ainda, experiências negativas passadas com profissionais de saúde poderão estar na base de uma ainda considerável percentagem de utentes obter a sua medicação sem prescrição médica, pela internet.

A população trans parece sentir-se segura com o tratamento realizado, no entanto, ainda muitos utentes não são sujeitos ao processo de consentimento informado e a alguns não lhes são explicados os efeitos expectáveis e adversos, nomeadamente a perda da fertilidade, havendo ainda uma franja significativa de pessoas a desistir deste tratamento.

Os nossos resultados reforçaram, uma vez mais, que os efeitos físicos e psicológicos da terapêutica são satisfatórios, enquanto os adversos são maioritariamente leves e bem tolerados, estando na base de melhorias na autoestima, bem-estar corporal, ideação suicida e relações sociais e familiares, tendo um impacto extremamente positivo na qualidade de vida global dos utilizadores.

Este é um estudo piloto em Portugal na área da transexualidade, pelo que seria importante outros estudos, com amostras maiores e de outras regiões geográficas, para colmatar possíveis lacunas e trazer novas informações.

BIBLIOGRAFIA

1. Pryzgodna J, Chrisler JC. Definitions of Gender and Sex: The Subtleties of Meaning. *Sex Roles*. 2000;43(7):553-569.
2. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. 2015;70(9):832-864.
3. Schilt K, Westbrook L. Doing Gender, Doing Heteronormativity. *Gender & Society*. 2009;23(4):440-464.
4. Diamond LM, Pardo ST, Butterworth MR. Transgender Experience and Identity. *Handbook of Identity Theory and Research* 2011:629-647.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Nolan IT, Kuhner CJ, Dy GW. Demographic and temporal trends in transgender identities and gender confirming surgery. *Transl Androl Urol*. 2019;8(3):184-190.
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.
8. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *Am J Public Health*. 2017;107(2):213-215.
9. Casaca M, Vasconcelos C. Mudar de sexo e nome. "As pessoas eram sujeitas a perguntas de como se vestiam, de que profissões tinham". [TSF Rádio Notícias]. 2021; www.tsf.pt/portugal/sociedade/mudar-de-sexo-e-nome-as-pessoas-eram-sujeitas-a-perguntas-de-como-se-vestiam-de-que-profissoes-tinham-13459283.html. Accessed 31/05/2021.
10. White Hughto JM, Reisner SL. A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgend Health*. 2016;1(1):21-31.
11. Gijs L, Brewaeyns A. Surgical Treatment of Gender Dysphoria in Adults and Adolescents: Recent Developments, Effectiveness, and Challenges. *Annual Review of Sex Research*. 2007;18(1):178-224.
12. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 2020;6(3):98-108.
13. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903.
14. Giestas A, Palma I. Endocrine treatment in gender identity disorder. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 2012;6(4):180-187.
15. Dunne P. Transgender Sterilisation Requirements in Europe. *Med Law Rev*. 2017;25(4):554-581.
16. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266-269.
17. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*. 2014;124(6):1120-1127.
18. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(Suppl 2):332.
19. Tornello SL, Bos H. Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health*. 2017;4(2):115-120.

20. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*. 2013;64(2):288-297.
21. Factor R, Rothblum E. Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*. 2008;17(3):235-253.
22. Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, T'Sjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):95-102.
23. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuypere G. Effects of Different Steps in Gender Reassignment Therapy on Psychopathology: A Prospective Study of Persons with a Gender Identity Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014;11(1):119-126.
24. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1953-1966.
25. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(6):2536-2559.
26. Pelusi C, Costantino A, Martelli V, et al. Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *J Sex Med*. 2014;11(12):3002-3011.
27. Dickersin K, Munro M, Langenberg P, et al. Surgical treatments outcomes project for dysfunctional uterine bleeding (STOP-DUB): design and methods. *Controlled Clinical Trials*. 2003;24(5):591-609.
28. Gooren L, Harmsen-Louman W, Van Kessel HJCe. Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-treated male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction. *Clinical endocrinology*. 1985;22(2):201-207.
29. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A. Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2005;113(10):586-592.
30. Prior JC. Progesterone Is Important for Transgender Women's Therapy-Appling Evidence for the Benefits of Progesterone in Ciswomen. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(4):1181-1186.
31. Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, et al. Venous Thrombosis and Changes of Hemostatic Variables during Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual People. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2003;88(12):5723-5729.
32. Asscheman H, Gooren L, Assies J, Smits J, De Slegte RJCe. Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals. *Clinical endocrinology*. 1988;28(6):583-588.
33. Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, et al. Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med*. 2014;11(8):1999-2011.
34. Ettner R, Monstrey S, Coleman E. *Principles of transgender medicine and surgery*. Routledge; 2016.
35. Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, et al. Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach. *Acta chirurgica Belgica*. 2001;101(5):200-209.
36. Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, et al. Sexual Desire in Trans Persons: Associations with Sex Reassignment Treatment. *J Sex Med*. 2014;11(1):107-118.
37. Meyer G, Mayer M, Mondorf A, Flugel AK, Herrmann E, Bojunga J. Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: an analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. *Eur J Endocrinol*. 2020;182(2):149-156.
38. PORDATA INE. Taxa de desemprego: total e por sexo (%). [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentage m\)-550-3168](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentage+m)-550-3168). Accessed 31/05/2021.

39. Meyer G, Mayer M, Mondorf A, Herrmann E, Bojunga J. Increasing normality-persisting barriers: Current socio-demographic characteristics of 350 individuals diagnosed with gender dysphoria. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2020;92(3):241-246.
40. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi Ma. The report of the 2015 US transgender survey. 2016.
41. Reisner SL, Biello KB, White Hughto JM, et al. Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women: Baseline Findings From Project LifeSkills. *JAMA Pediatr*. 2016;170(5):481-486.
42. Zaliznyak M, Bresee, C., Garcia, M. M. Age at First Experience of Gender Dysphoria Among Transgender Adults Seeking Gender-Affirming Surgery. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e201236.
43. Puckett A, Tornello S, Mustanski B, Newcomb M. Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2021.
44. Bell J, Purkey E. Trans individuals' experiences in primary care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2019;65(4):e147-e154.
45. McPhail D, Rountree-James M, Whetter I. Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. *Canadian medical education journal*. 2016;7(2):e70.
46. Shuster SM. Uncertain expertise and the limitations of clinical guidelines in transgender healthcare. *Journal of Health and Social Behavior*. 2016;57(3):319-332.
47. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*. 2018;35(5):576-581.
48. Willis P, Dobbs C, Evans E, Raithby M, Bishop JA. Reluctant educators and self-advocates: Older trans adults' experiences of health-care services and practitioners in seeking gender-affirming services. *Health Expect*. 2020;23(5):1231-1240.
49. de Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF. Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health*. 2015;2(4):313-323.
50. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1830-1836.
51. Achille C, Taggart T, Eaton NR, et al. Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: preliminary results. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2020;2020:8.
52. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, et al. Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(11):996-1000.
53. Van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ, Frijda NH, Van de Poll NE. Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology*. 1995;20(4):343-363.
54. Miles C, Green R, Hines M. Estrogen treatment effects on cognition, memory and mood in male-to-female transsexuals. *Hormones and behavior*. 2006;50(5):708-717.
55. Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. *Qual Life Res*. 2006;15(9):1447-1457.
56. Chen D, Simons L, Johnson EK, Lockart BA, Finlayson C. Fertility Preservation for Transgender Adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):120-123.
57. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40-44.

58. Chen D, Matson M, Macapagal K, et al. Attitudes Toward Fertility and Reproductive Health Among Transgender and Gender-Nonconforming Adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(1):62-68.
59. Klaver M, Dekker MJHJ, de Mutsert R, Twisk JWR, den Heijer M. Cross-sex hormone therapy in transgender persons affects total body weight, body fat and lean body mass: a meta-analysis. *Andrologia*. 2017;49(5).
60. de Blok CJM, Klaver M, Wiepjes CM, et al. Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(2):532-538.
61. Mayerhofer A. Human testicular peritubular cells: more than meets the eye. *Reproduction*. 2013;145(5):R107-116.
62. Schneider F, Neuhaus N, Wistuba J, et al. Testicular Functions and Clinical Characterization of Patients with Gender Dysphoria (GD) Undergoing Sex Reassignment Surgery (SRS). *J Sex Med*. 2015;12(11):2190-2200.
63. Bremner WJ. Contraception for men: a breakthrough new approach. *Cell*. 2012;150(4):667-668.
64. Bultynck C, Pas C, Defreyne J, Cosyns M, den Heijer M, T'Sjoen G. Self-perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *Laryngoscope*. 2017;127(12):2796-2804.
65. Cler GJ, McKenna VS, Dahl KL, Stepp CE. Longitudinal Case Study of Transgender Voice Changes Under Testosterone Hormone Therapy. *J Voice*. 2020;34(5):748-762.
66. Fisher AD, Castellini G, Ristori J, et al. Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4260-4269.
67. Ahmad S, Leinung M. The Response of the Menstrual Cycle to Initiation of Hormonal Therapy in Transgender Men. *Transgend Health*. 2017;2(1):176-179.
68. Giltay EJ, Gooren LJG. Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2000;85(8):2913-2921.
69. Wierckx K, Van de Peer F, Verhaeghe E, et al. Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *J Sex Med*. 2014;11(1):222-229.
70. Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, et al. Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. *Andrologia*. 2014;46(7):791-795.
71. Arnold JD, Sarkodie EP, Coleman ME, Goldstein DA. Incidence of Venous Thromboembolism in Transgender Women Receiving Oral Estradiol. *J Sex Med*. 2016;13(11):1773-1777.
72. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(10):2641-2651.
73. Glynn TR, Gamarel KE, Kahler CW, Iwamoto M, Operario D, Nemoto T. The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2016;3(3):336-344.
74. Bouman WP, Claes L, Marshall E, et al. Sociodemographic Variables, Clinical Features, and the Role of Preassessment Cross-Sex Hormones in Older Trans People. *J Sex Med*. 2016;13(4):711-719.
75. Jones BA, Haycraft E, Bouman WP, Brewin N, Claes L, Arcelus J. Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross-Sex Hormone Treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(2):120-128.
76. Testa RJ, Rider GN, Haug NA, Balsam KF. Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychol*. 2017;36(10):927-936.

77. Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, et al. Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals. *J Sex Med.* 2018;15(4):591-600.
78. Corda E, Bandecchi C, Deiana V, et al. Body image and gender role perceived in gender dysphoria: Cross-sex hormone therapy effects. *European Psychiatry.* 2020;33(S1):S589-S589.
79. Manieri C, Castellano E, Crespi C, et al. Medical Treatment of Subjects with Gender Identity Disorder: The Experience in an Italian Public Health Center. *International Journal of Transgenderism.* 2014;15(2):53-65.
80. Turan S, Aksoy Poyraz C, Usta Saglam NG, et al. Alterations in Body Uneasiness, Eating Attitudes, and Psychopathology Before and After Cross-Sex Hormonal Treatment in Patients with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2018;47(8):2349-2361.
81. Kuper LE, Stewart S, Preston S, Lau M, Lopez X. Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics.* 2020;145(4).
82. Bailey L, J. Ellis S, McNeil J. Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Mental Health Review Journal.* 2014;19(4):209-220.
83. Allen LR, Watson LB, Egan AM, Moser CN. Suicidality and well-being among transgender youth after gender-affirming medical interventions. *J Clinical Practice in Pediatric Psychology.* 2019.
84. McNeil J, Ellis SJ, Eccles FJ. Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *J Psychology of Sexual Orientation Gender Diversity.* 2017;4(3):341.
85. Irwin JA, Coleman JD, Fisher CM, Marasco VM. Correlates of suicide ideation among LGBT Nebraskans. *J Homosex.* 2014;61(8):1172-1191.
86. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58(1):10-51.
87. Wiegjes CM, den Heijer M, Bremmer MA, et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(6):486-491.
88. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology.* 2014;39:65-73.
89. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuyper G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med.* 2014;11(1):119-126.
90. Verbeek MJA, Hommes MA, Stutterheim SE, van Lankveld J, Bos AER. Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands. *Int J Transgend Health.* 2020;21(2):220-233.

TABELAS

Tabela I

Regimes de tratamento hormonal masculinizante das Guidelines da Sociedade de Endocrinologia¹³ adaptados à realidade portuguesa atual

	Dose
<u>Testosterona</u>	
Parentérica (intramuscular)	
Enantato/cipionato de testosterona	250 mg 4/4 semanas ^a
Undecanoato de testosterona	1000 mg 12/12 semanas ^b

^aFrequência poderá variar entre 2/2 semanas a 6/6 semanas conforme necessário

^bFrequência poderá variar entre 10/10 semanas a 14/14 semanas conforme necessário

Tabela II

Regimes de tratamento hormonal feminizante das Guidelines da Sociedade de Endocrinologia¹³ adaptados à realidade portuguesa atual

	Dose
<u>Estrogénios</u>	
Orais	
Estradiol	2,0-6,0 mg/dia
Transdérmicos	
Adesivo transdérmicos de estradiol	0,025-0,2 mg/dia
<u>Anti-androgénios (orais)</u>	
Finasterida	5 mg/dia
Espironolactona	100-300 mg/dia
Acetato de ciproterona	25-50 mg/dia
<u>Agonistas de GnRH (subcutâneos)</u>	3,75 mg/mês 11,25 mg 3/3 meses

Tabela III
*Efeitos da terapêutica masculinizante*¹³

Efeito	Surgimento (meses)	Máximo (anos)
Amenorreia	1 a 6	—
Atrofia vaginal	1 a 6	1 a 2
Clitoromegalia	1 a 6	1 a 2
Pele mais oleosa/acne	1 a 6	1 a 2
Diminuição/redistribuição da gordura	1 a 6	2 a 5
Perda de cabelo	6 a 12	—
Voz mais grossa/grave	6 a 12	1 a 2
Aumento da massa muscular/força	6 a 12	2 a 5
Aumento do pelo facial/corporal	6 a 12	4 a 5

Tabela IV
*Efeitos da terapêutica feminizante*¹³

Efeito	Surgimento	Máximo
Alterações na voz	Nenhuma	—
Diminuição da espermatogénese	Desconhecido	Mais de 3 anos
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Recuperação de cabelo	Variável	—
Diminuição da libido	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Diminuição das ereções espontâneas	1 a 3 meses	3 a 6 meses
Pele menos oleosa/mais macia	3 a 6 meses	Desconhecido
Diminuição da massa muscular/força	3 a 6 meses	1 a 2 anos
Aumento/redistribuição da gordura	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Diminuição do tamanho dos testículos	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Aumento do volume mamário	3 a 6 meses	2 a 3 anos
Redução do crescimento terminal do pelo	6 a 12 meses	Mais de 3 anos

Tabela V
Caraterísticas demográficas da amostra

Variável	Grupo T (N=142)	Grupo M (n=101)	Grupo F (n=41)
Idade (anos) ^a	25,0 (21,0 – 33,0)	23,0 (21,0 – 29,5)	33,0 (22,0 – 44,5)
Naturalidade ^b			
Portugal	90,1	94,1	80,5
Brasil	5,6	4,0	9,8
Moçambique	1,4	1,0	2,4
França	0,7	1,0	
Suíça	0,7		2,4
Espanha	0,7		2,4
Venezuela	0,7		2,4
Área de residência ^b			
Norte	32,4	30,7	36,6
Centro	23,2	24,8	19,5
Área Metropolitana de Lisboa	36,6	34,7	41,5
Alentejo	3,5	4,0	2,4
Algarve	2,1	3,0	
Açores	0,7	1,0	
Madeira	1,4	2,0	
Escolaridade – último concluído ^b			
1º Ciclo	0,7	1,0	
2º Ciclo	0,7		2,4
3º Ciclo	5,6	4,0	9,8
Ensino secundário	39,4	41,6	34,1
Curso profissional	14,8	15,8	12,2
Licenciatura	23,9	27,7	14,6
Mestrado	14,8	9,9	26,8
Estado profissional ^b			
Empregado	46,5	46,5	46,3
Desempregado	16,2	14,9	19,5
Estudante	28,2	28,7	26,8
Trabalhador-estudante	7,7	9,9	2,4
Reformado	1,4		4,9
Estado civil ^b			
Solteiro	87,3	85,1	92,7
Casado	4,9	5,9	2,4
União de facto	6,3	7,9	2,4
Divorciado	1,4	1,0	2,4
Identidade de género ^b			
Masculina	63,4	89,1	
Feminina	26,8		92,7
Não-binária	9,9	10,9	7,3
Expressão de género ^b			
Masculina	66,2	93,1	
Feminina	23,9		82,9
Andrógina	9,9	6,9	17,1

^aOs resultados são apresentados sob a forma de mediana (P25 – P75)

^bOs resultados são apresentados sob a forma de percentagem

Tabela VI
Fontes de informação acerca do tratamento hormonal

	Grupo T (N=142)	Grupo M (n=101)	Grupo F (n=41)
Internet	76,8	78,2	73,2
Profissional de Saúde	71,1	75,2	61,0
Amigo/familiar	26,8	29,7	19,5
Associação LGBTQ+	11,3	12,9	7,3
Livros médicos/científicos	10,6	9,9	12,2
Escola	2,1	3,0	

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que considerou ter obtido informação relevante pelo meio mencionado

Tabela VII
Entraves, colocados pelo SNS, ao início da terapêutica

	Grupo T (N=99)	Grupo M (n=67)	Grupo F (n=32)
Tempos de Espera Longos	69,7	73,1	62,5
Acesso a Informação	43,4	38,8	53,1
Obtenção de Prescrições	40,4	34,3	53,1
<i>Gatekeeping</i>	28,3	31,3	21,9
Custos Elevados	7,1	7,5	6,3

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que reportou cada uma das dificuldades mencionadas

Tabela VIII
Terapêutica hormonal realizada

	Grupo T (N=141)	Grupo M (n=101)	Grupo F (n=40)
Testosterona	71,6	100,0	
Estrogénios	27,0		95,0
Antagonistas dos Androgénios	19,1		67,5
Finasterida	14,2		50,0
Análogos de GnRH	4,3	5,9	
Espironolactona	3,5		12,5
Progestativo	3,5	1,0	10,0

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que afirmou realizar cada uma das terapêuticas mencionadas

Tabela IX
Entidade recorrida para início de terapêutica hormonal

	Grupo T (N=141)	Grupo M (n=101)	Grupo F (n=40)
Psicólogo/sexólogo	34,8	40,6	20,0
Endocrinologista	19,9	19,8	20,0
Psiquiatra	18,4	21,8	10,0
Médico de família	17,7	14,9	25,0
Enfermeiro	0,7	1,0	
Nenhum profissional de saúde	8,5	2,0	25,0

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que indicou a entidade mencionada como aquela a que recorreu para iniciar terapêutica hormonal

Tabela X
Entidade fornecedora de terapêutica hormonal, pela primeira vez

	Grupo T (N=142)	Grupo M (n=101)	Grupo F (n=41)
Endocrinologista	73,2	79,2	58,5
Psiquiatra	14,8	16,8	9,8
Farmácia, sem prescrição	2,8	1,0	7,3
Internet	2,8	1,0	7,3
Amigo/familiar não médico	2,1	1,0	4,9
Médico de família	2,1	1,0	4,9
Amigo/familiar médico	1,4		4,9
Vendedor de rua	0,7		2,4

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que indicou a entidade mencionada como aquela através da qual obteve terapêutica hormonal, inicialmente

Tabela XI
Frequência de realização de análises de controlo ao longo da terapêutica

	Grupo T (N=113)		Grupo M (n=84)		Grupo F (n=29)	
	< 1 Ano	≥ 1 Ano	< 1 Ano	≥ 1 Ano	< 1 Ano	≥ 1 Ano
Trimestral	10,6 →	10,6 ↑	9,5 →	9,5 ↑	13,8 →	13,8 ↑
Quadrimestral	2,7 ↓	7,1 ↑	1,2 ↓	4,8 ↑	6,9 ↓	13,8 ↑
Semestral	2,7 ↓	36,3 →	3,6 ↓	39,3 →		27,6 →
Anual		28,3 →		31,0 →		20,7 →
Bianual		0,9 ↓		1,2 ↓		
Menos frequente que bianual		0,9 ↓				3,4 ↓

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que indicou realizar controlo analítico com a periodicidade mencionada, tendo em conta se realizavam terapêutica hormonal há pelo menos um ano (≥ 1 Ano) ou não (< 1 Ano).

A periodicidade foi classificada em igual (→), superior (↑) ou inferior (↓) à sugerida pela WPATH.

Tabela XII
Consultas onde é realizado seguimento

	Grupo T (N=124)	Grupo M (n=90)	Grupo F (n=34)
Endocrinologia	83,9	86,7	76,5
Psiquiatria	46,0	46,7	44,1
Psicologia	38,7	37,8	41,2
Médico de família	21,8	22,2	20,6
Ginecologia	8,9	11,1	2,9
Urologia	2,4	3,3	

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que afirmou realizar seguimento em consultas de cada uma das especialidades mencionadas

Tabela XIII
Motivo de abandono da terapêutica

	Grupo T (N=8)	Grupo M (n=3)	Grupo F (n=5)
Efeitos secundários insuportáveis	37,5	33,3	40,0
Tratamento descontinuado	25,5	66,7	
Ausência de resultados desejáveis	12,5		20,0
Dificuldade em obter prescrições	12,5		20,0
Falta de apoio social durante a transição	12,5		20,0

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que apresentou o motivo mencionado como um dos que o fez abandonar a terapêutica

Tabela XIV
Entidade fornecedora de terapêutica hormonal, atualmente

	Grupo T (N=132)	Grupo M (n=98)	Grupo F (n=34)
Endocrinologista	72,7	73,5	70,6
Médico de família	28,0	25,5	35,3
Psiquiatra	17,4	17,3	17,6
Internet	2,3	1,0	5,9
Cirurgião plástico	1,5	2,0	
Amigo/familiar médico	1,5	2,0	
Amigo/familiar não médico	0,8		2,9
Farmácia, sem prescrição	0,8		2,9

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que indicou a entidade mencionada como uma através das quais obtém terapêutica hormonal, atualmente

Tabela XV
Classificação das alterações obtidas após 1 ano de terapêutica masculinizante

Alterações no grupo M	Surgimento		Satisfação	
	n	Md (P25 – P75)	n	Md (P25 – P75)
Amenorreia	87	6,0 (5,0 – 6,0)	86	6,0 (6,0 – 6,0)
Aumento da massa muscular	87	4,0 (3,0 – 5,0)	86	5,0 (3,0 – 6,0)
Aumento da pilosidade corporal	87	5,0 (4,0 – 6,0)	86	5,0 (3,0 – 6,0)
Aumento da pilosidade facial	87	5,0 (3,0 – 6,0)	86	5,0 (3,0 – 6,0)
Clitoromegalia	86	6,0 (5,0 – 6,0)	86	6,0 (4,0 – 6,0)
Diminuição de gordura nas ancas	86	4,0 (3,0 – 5,0)	86	5,0 (3,0 – 6,0)
Voz mais grave	87	5,0 (4,0 – 6,0)	86	5,5 (4,0 – 6,0)

Os resultados são apresentados sob a forma de mediana (P25 – P75) de pontos atribuídos à noção de surgimento de alterações e à satisfação com as mesmas, para cada alteração mencionada

Tabela XVI
Efeitos secundários da terapêutica masculinizante

	Grupo M (n=87)
Alterações de humor	56,3
Acne	52,9
Perda de cabelo	37,9
Dor pélvica / no clitóris	23,0
Cefaleias	10,3
Eritrocitose	10,3
Dislipidemia	8,0
Hipertensão arterial	4,6
Exantema	2,3
Toxicidade hepática	2,3

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que apresentou o efeito adverso mencionado

Tabela XVII
Classificação das alterações obtidas após 1 ano de terapêutica feminizante

Alterações no grupo F	Surgimento		Satisfação	
	n	Md (P25 – P75)	n	Md (P25 – P75)
Aumento de gordura nas ancas	27	4,0 (2,0 – 5,0)	27	5,0 (2,0 – 6,0)
Aumento do volume mamário	27	4,0 (2,0 – 6,0)	27	4,0 (2,0 – 6,0)
Diminuição da massa muscular	27	4,0 (3,0 – 5,0)	27	4,0 (3,0 – 6,0)
Diminuição da pilosidade corporal	26	4,0 (2,0 – 6,0)	26	5,0 (2,0 – 6,0)
Diminuição da pilosidade facial	26	4,0 (2,0 – 6,0)	26	4,5 (2,0 – 6,0)
Diminuição da produção de sémen	27	6,0 (2,0 – 6,0)	27	6,0 (4,0 – 6,0)
Diminuição de ereções espontâneas	27	5,0 (4,0 – 6,0)	27	6,0 (5,0 – 6,0)
Diminuição do tamanho dos testículos	27	5,0 (2,0 – 6,0)	27	5,0 (2,0 – 6,0)
Pele menos oleosa e mais macia	27	5,0 (2,0 – 6,0)	27	5,0 (4,0 – 6,0)

Os resultados são apresentados sob a forma de mediana (P25 – P75) de pontos atribuídos à noção de surgimento de alterações e à satisfação com as mesmas, para cada alteração mencionada

Tabela XVIII
Efeitos secundários da terapêutica feminizante

	Grupo F (n=27)
Diminuição da libido	66,7
Alterações de humor	63,0
Exantema	14,8
Náuseas/Vômitos	14,8
Cefaleias	11,1
Dislipidemia	7,4
Hipertensão arterial	7,4
Tromboembolismo venoso	7,4
Acidente vascular cerebral	3,7
Enfarte agudo do miocárdio	3,7
Hiperprolactinemia	3,7

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que apresentou o efeito adverso mencionado

Tabela XIX
Comparação da avaliação, antes e depois do tratamento, de diferentes variáveis

Variável	Grupo T			Grupo M			Grupo F		
	N	Md (P25 – P75)	p	n	Md (P25 – P75)	p	n	Md (P25 – P75)	p
Autoestima									
Antes	114	1,5 (1,0 – 2,0)	<0,001	87	1,0 (0,0 – 2,0)	<0,001	27	2,0 (1,0 – 2,0)	<0,001
Depois		5,0 (4,0 – 6,0)			5,0 (4,0 – 6,0)			5,0 (4,0 – 6,0)	
Bem-estar corporal									
Antes	114	1,0 (0,0 – 2,0)	<0,001	87	1,0 (0,0 – 2,0)	<0,001	27	1,0 (0,0 – 2,0)	<0,001
Depois		5,0 (4,0 – 5,0)			4,0 (3,0 – 5,0)			5,0 (4,0 – 6,0)	
Ideação suicida									
Antes	114	3,0 (1,0 – 5,0)	<0,001	87	3,0 (1,0 – 5,0)	<0,001	27	3,0 (1,0 – 5,0)	0,406
Depois		5,0 (2,0 – 6,0)			5,0 (3,0 – 6,0)			3,0 (2,0 – 6,0)	
Relações sociais									
Antes	113	3,0 (1,0 – 4,0)	<0,001	86	3,0 (1,0 – 4,0)	<0,001	27	3,0 (1,0 – 4,0)	0,003
Depois		5,0 (3,0 – 6,0)			5,0 (4,0 – 6,0)			5,0 (3,0 – 6,0)	
Relações familiares									
Antes	114	3,0 (2,0 – 4,3)	<0,001	87	3,0 (2,0 – 5,0)	<0,001	27	3,0 (2,0 – 4,0)	0,019
Depois		4,0 (3,0 – 5,0)			4,0 (3,0 – 5,0)			5,0 (3,0 – 5,0)	

Os resultados são apresentados sob a forma de mediana (P25 – P75)

Tabela XX
Intenção de realizar cirurgia no futuro

	Grupo T (N=76)	Grupo M (n=42)	Grupo F (n=34)
Sim	82,9	90,5	73,5
Ainda não decidiu	10,5	4,8	17,6
Não	3,9	4,8	2,9
Não pode realizar	2,6		5,9

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagem (%) de inquiridos que tem ou não intenção de realizar cirurgia como parte da sua transição

ANEXOS

(Questionário original realizado pelos participantes a partir da próxima página)

Terapia Hormonal em Pessoas Trans*: Conhecimento, Adequação, Cumprimento, Resultados e Efeitos Secundários

Questionário

Rafael Luís Baptista de Sá Santos

2021 | MIM | ICBAS

Terapia Hormonal em Pessoas Trans*: Conhecimento, Adequação, Cumprimento, Resultados e Efeitos Secundários

Care participante,

O meu nome é Rafael Luís Santos e sou estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, nas áreas de Psiquiatria e Endocrinologia, sob orientação da Professora Doutora Carolina Lemos e coorientação dos Doutores Zélia Figueiredo e Miguel Saraiva, venho solicitar a sua colaboração no estudo que estou a desenvolver. Este procura estudar o conhecimento da população Trans* portuguesa acerca do tratamento hormonal, a adequação da terapêutica instituída, o cumprimento da mesma e a satisfação com os seus resultados e efeitos adversos.

Podem participar neste estudo todas as pessoas Trans* residentes em Portugal, maiores de 18 anos, que estejam a realizar ou tenham realizado terapêutica hormonal com testosterona, estrogénios ou outra, independentemente de há quanto tempo tenham iniciado ou parado.

Neste estudo está previsto responder a um questionário anónimo, de perguntas simples, de escolha múltipla, relativas a informação demográfica, conhecimento acerca da terapêutica hormonal, adequação da mesma, adesão, cumprimento terapêutico, expectativas e satisfação dos utentes. O tempo médio de preenchimento é de, aproximadamente, 15 minutos.

A sua participação no estudo é de carácter voluntário. Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato. Pode recusar-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Além disso, pode não responder a qualquer questão que não se sinta confortável para o fazer.

Os resultados do estudo serão tratados coletivamente e utilizados apenas para fins de investigação. Peça, assim, que leia as questões com atenção e que responda da forma mais verdadeira o possível. Não existem respostas certas ou erradas.

Ao longo do questionário é utilizada linguagem neutra, seguindo o Sistema Elu, de modo a incluir todas as existências de identidades de género possíveis, sem com isso pretender excluir ou desvalorizar identidades binárias.

Opte por não seleccionar nenhuma opção nas perguntas que não saiba ou não queira responder.

Agradeço, desde já, a atenção e a sua colaboração neste estudo.

Em caso de dúvida, contacte-me em:

- E-mail: rafaelluissantos@sapo.pt;
- Telemóvel: [918366846](tel:918366846);
- Facebook: facebook.com/rafaelluissantos.

Atenciosamente, o investigador, Rafael Luís Santos.

*Obrigatório

Consentimento Informado

1. Compreendi a informação que me foi dada. Aceito participar de livre vontade no estudo supramencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

2. Confirmo que cumpro todos os requisitos necessários para a participação neste estudo, nomeadamente: ter, pelo menos, 18 anos de idade; ser Trans* e realizar ou ter realizado (independentemente de durante quanto tempo e há quanto tempo tenha parado) terapêutica hormonal; residir, atualmente, em Portugal (independentemente do país de origem). *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Dados Demográficos e Questões de Autodeterminação de Género

3. Idade:

4. País de origem (em que nasceu):

5. Região de residência (de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos):

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

6. Escolaridade (grau académico mais elevado que concluiu):

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- 1º ciclo (1º, 2º, 3º e 4º anos)
- 2º ciclo (5º e 6º anos)
- 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos)
- Ensino secundário (10º, 11º e 12º anos)
- Curso profissional
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra: _____

7. Situação profissional:

Marcar apenas uma oval.

- Estudante
- Empregade
- Trabalhadorie-Estudante
- Desempregade
- Reformade
- Outra: _____

8. Estado civil:

Marcar apenas uma oval.

- Solteire
- Casade
- União de facto
- Divorciade
- Viúve
- Outra: _____

9. Identidade de género (género com o qual se identifica – é a forma como, na sua cabeça, experiencia e define o seu género):

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino
- Não-Binária (aqui enquadram-se várias classificações como agénero, bigénero, género fluído, etc.)
- Outra: _____

10. Expressão de género (é a forma como apresenta o seu género, quer por ações, estilo, vestuário, maneiras, aparência, etc.):

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino
- Andrógine (tem uma expressão com traços quer considerados masculinos, quer femininos)
- Outra: _____

11. Com que idade começou a reconhecer que a sua identidade de género era diferente do género que lhe fora atribuído à nascença?

12. Com que idade começou a expressar/mostrar publicamente o género com que se identifica?

Conhecimento das Pessoas Trans* Acerca do Tratamento Hormonal

13. Como classifica o seu conhecimento sobre a forma como o tratamento hormonal funciona a nível fisiológico/corporal?

0: "Não tenho nenhum conhecimento sobre como o tratamento funciona"; 6: "Sei tudo sobre a forma como o tratamento hormonal funciona"

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Como classifica o seu conhecimento relativamente às principais alterações que ocorrem no corpo de alguém que faz tratamento hormonal?

0: "Não tenho nenhum conhecimento sobre as principais alterações que ocorrem no corpo com o tratamento"; 6: "Sei tudo sobre as principais alterações pelas quais o corpo passa com o tratamento"

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Como classifica o seu conhecimento acerca de possíveis efeitos secundários da terapêutica hormonal?

0: "Não tenho nenhum conhecimento relativo a efeitos secundários"; 6: "Conheço todos os possíveis efeitos secundários do tratamento hormonal"

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Onde considera ter obtido **a maioria** do seu conhecimento acerca do tratamento hormonal?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Com um profissional de saúde
- Com um amigo/familiar não médico
- Na internet (quer em fóruns online, quer em artigos médicos/científicos ou outros)
- Através de uma associação LGBTQ+
- Em livros médicos/científicos
- Na escola

Outra: _____

17. Como classifica a qualidade das informações sobre terapêutica hormonal que lhe foram transmitidas por profissionais de saúde?

0: "Qualidade muito pobre / nenhuma informação"; 6: "Qualidade máxima (informações fidedignas e compreensíveis)"

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sente que tinha conhecimento suficiente sobre terapêutica hormonal para realizar este tratamento de forma segura e com confiança?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Adequação do Tratamento Hormonal

19. Quais foram as maiores dificuldades/entraves, **por parte do SNS** (Sistema Nacional de Saúde), que encontrou?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Dificuldade de acesso a informação sobre o tratamento
 Dificuldade em obter prescrições para o tratamento
 Listas de espera longas e demoradas para obter uma consulta
 "Gatekeeping" (relutância médica em prescrever hormonoterapia por não acreditar na sua identidade de género ou tentativa de adiamento do tratamento para uma idade mais velha)
 Elevado custo do tratamento
 Nenhuma dificuldade (se escolher esta opção, não selecione mais nenhuma)

Outra: _____

20. Que tratamento hormonal realiza ou realizou?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Testosterona (como Testoviron® Depot, Sustenon®, Nebido®) - masculinizante
- Progestativos (medroxiprogesterona como Depo®-Provera®) - bloqueador da menstruação, mas por vezes também usado com intuito feminizante
- Estrogénios (como Zumenon®, Estrofem®, Dermestril®) - feminizante
- Finasterida (como Proscar®) - feminizante
- Antagonistas dos androgénios (ciproterona como Androcur®) - blocker feminizante
- Espironolactona (Aldactone®) - blocker feminizante
- Análogos de GnRH (triptorrelina como Decapeptyl®) - bloqueador de produção de hormonas

Outra: _____

21. Quanto dinheiro gasta (ou gastava, caso tenha parado), aproximadamente, por mês, em terapêutica hormonal?

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 20€
- Entre 20€ e menos de 50€
- Entre 50€ e menos de 100€
- 100€ ou mais

22. Há quanto tempo realiza (ou durante quanto tempo realizou, caso tenha parado) tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

- Há menos de 1 mês
- Entre 1 mês e menos de 6 meses
- Entre 6 meses e menos de 1 ano
- Entre 1 ano e menos de 2 anos
- Entre 2 anos e menos de 5 anos
- Há 5 anos ou mais

23. Com que idade iniciou o tratamento hormonal?

24. A quem recorreu em primeira instância para **iniciar** tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

- Médico de família
- Psiquiatra
- Endocrinologista
- Sexólogo/psicólogo
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nenhum** profissional de saúde (se escolher esta opção, não selecione mais nenhuma)
- Outra: _____

25. Onde obteve tratamento hormonal **pela primeira vez**?

Marcar apenas uma oval.

- Prescrição pelo médico de família
- Prescrição por psiquiatra
- Prescrição por endocrinologista
- Através de um amigo/familiar médique (que não se insira nas especialidades acima)
- Prescrição por cirurgião plástico
- Prescrição por médico dentista
- Numa farmácia, sem prescrição médica
- Através de um amigo/familiar não médique
- Através de vendedores de rua
- Através da internet
- Outra: _____

26. Fez análises de controlo (incluindo medição dos níveis das suas hormonas) **antes** de iniciar o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

27. Foi submetido a um processo de consentimento informado (explicaram-lhe os efeitos pretendidos e adversos e assinou um documento a afirmar que tomava esta decisão de forma informada e consciente) antes de iniciar o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

28. Foram-lhe explicados os efeitos que deve esperar (quer desejados, quer indesejados) da terapêutica hormonal e quanto tempo demoram a surgir?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

29. Foi discutida consigo a questão da preservação da fertilidade antes de iniciar o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

Sim *Avançar para a pergunta 30*

Não *Avançar para a pergunta 32*

Avançar para a pergunta 32

30. Foi-lhe oferecida a possibilidade de criopreservação (armazenar a baixas temperaturas para usar mais tarde) de gâmetas (espermatozoides ou óvulos) ou embriões antes de iniciar o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 31*
 Não *Avançar para a pergunta 32*

Avançar para a pergunta 32

31. Realizou criopreservação de gâmetas (espermatozoides ou óvulos) ou embriões antes de iniciar o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

32. Costuma (ou costumava, caso tenha parado o tratamento) fazer análises de controlo (incluindo medição dos níveis das suas hormonas) regularmente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 33*
 Não *Avançar para a pergunta 34*

Avançar para a pergunta 34

33. Com que frequência costuma (ou costumava, caso tenha parado o tratamento) fazer essas análises?

Marcar apenas uma oval.

- A cada 3 meses no primeiro ano e depois anualmente
- A cada 3 meses
- A cada 4 meses
- A cada 6 meses
- Anualmente
- A cada 2 anos
- Com um espaço de tempo superior a 2 anos entre análises
- Outra: _____

34. Em que consultas é seguida (ou era seguida, caso tenha parado) para avaliação da eficácia e segurança do tratamento?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Medicina Geral e Familiar
- Psiquiatria
- Endocrinologia
- Urologia
- Ginecologia
- Psicologia
- Nenhuma** (se escolher esta opção, não selecione mais nenhuma)

Outra: _____

35. Como classifica a segurança que sente na maneira como o tratamento hormonal está a ser (ou estava a ser, caso tenha parado) feito e monitorizado?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6

"Não me sinto nada seguro" "Sinto-me totalmente seguro"

36. Faz tratamento hormonal **atualmente**?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 37*
- Não *Avançar para a pergunta 38*

Avançar para a pergunta 39

37. Onde costuma obter tratamento hormonal **atualmente**?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Prescrição pelo médico de família
- Prescrição por psiquiatra
- Prescrição por endocrinologista
- Prescrição por amigo/familiar médique (que não se insira nas especialidades acima)
- Prescrição por cirurgião plástico
- Prescrição por médico dentista
- Numa farmácia, sem prescrição médica
- Através de um amigo/familiar não médique
- Através de vendedores de rua
- Através da internet

Outra: _____

Avançar para a pergunta 39

38. Por que motivo parou de fazer tratamento hormonal?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não estava a obter os resultados desejados
- Os efeitos secundários não estavam a ser suportáveis
- Mudou de ideias em relação a querer fazer tratamento hormonal
- O tratamento que realizava deixou de existir (foi descontinuado)
- Teve dificuldade em obter as prescrições
- As prescrições tinham um custo demasiado elevado
- Falta de apoio familiar/social durante o processo de transição

Outra: _____

Avançar para a pergunta 39

Adesão e Cumprimento Terapêutico

39. A sua medicação hormonal é (ou era, caso tenha parado) prescrita ou revista por um médico?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 40*
 Não *Avançar para a pergunta 45*

Avançar para a pergunta 45

40. Cumpre (ou cumpria, caso tenha parado) o tratamento hormonal de acordo com as instruções do médico?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 45*
 Não *Avançar para a pergunta 41*

Avançar para a pergunta 45

41. De que modo não cumpre (ou não cumpria, caso tenha parado) as instruções dadas pelo médico?

Marcar apenas uma oval.

- Toma uma dose mais baixa (ou toma menos vezes) que a recomendada pelo médico;
Avançar para a pergunta 42
- Toma uma dose mais alta (ou toma mais vezes) que a recomendada pelo médico;
Avançar para a pergunta 43
- Toma uma medicação diferente da recomendada pelo médico. *Avançar para a pergunta 44*
- Outra: _____

Avançar para a pergunta 45

42. Por que razão não segue (ou não seguia, caso tenha parado) as instruções do médico?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Toma uma dose mais baixa para evitar os efeitos secundários
- Toma uma dose mais baixa por distração/esquecimento
- Toma uma dose mais baixa por impossibilidade de fazer o tratamento com a frequência recomendada
- Não compreende a forma como deve tomar a medicação
- Não confia no médico
- Acredita ter mais conhecimento que o médico sobre tratamento hormonal

Outra: _____

Avançar para a pergunta 45

43. Por que razão não segue (ou não seguia, caso tenha parado) as instruções do médico?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Toma uma dose mais alta para acelerar o processo ou obter mais resultados
- Não compreende a forma como deve tomar a medicação
- Não confia no médico
- Acredita ter mais conhecimento que o médico sobre tratamento hormonal

Outra: _____

Avançar para a pergunta 45

44. Por que razão não segue (ou não seguia, caso tenha parado) as instruções do médico?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Para tentar evitar os efeitos secundários
- Para tentar acelerar o processo ou obter mais resultados
- Não compreende a forma como deve tomar a medicação prescrita
- Não confia no médico
- Acredita ter mais conhecimento que o médico sobre tratamento hormonal

Outra: _____

Avançar para a pergunta 45

Expectativas e Satisfação com o Tratamento Hormonal

45. Faz ou fez tratamento hormonal durante, pelo menos, **1 ano seguido** (sem parar)?

Marcar apenas uma oval.

Sim Avançar para a pergunta 46

Não Avançar para a pergunta 64

Avançar para a pergunta 64

Responda às seguintes questões tendo em conta os resultados da terapêutica hormonal que obteve no final de, pelo menos, 1 ano de tratamento seguido.

46. Classifique as ALTERAÇÕES FÍSICAS DESEJÁVEIS com base nas suas **expectativas**, **aparecimento** de alterações e **contentamento** (satisfação) com as mesmas:

(Por alterações físicas desejáveis entenda-se, por exemplo, voz mais grossa/grave e mais pelos faciais/corporais, na terapêutica masculinizante; e menos pelos faciais/corporais e aumento das mamas, na terapêutica feminizante)

	0	6
Expectativas	Expectativas muito negativas ("acreditava que não obteria nenhuma alteração física desejável")	Expectativas muito positivas ("acreditava que obteria imensas alterações físicas desejáveis")
Aparecimento de alterações	Nenhuma alteração ("não notei nenhuma alteração física desejável")	Imensas alterações ("notei imensas alterações físicas desejáveis")
Contentamento	Satisfação muito baixa / nula ("as alterações físicas desejáveis que obtive não me satisfizeram nada")	Satisfação máxima ("as alterações físicas desejáveis que obtive satisfizeram-me totalmente")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aparecimento de alterações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Classifique as ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DESEJÁVEIS com base nas suas **expectativas**, **aparecimento** de alterações e **contentamento** (satisfação) com as mesmas:

(Por alterações psicológicas desejáveis entenda-se, por exemplo, melhor humor, melhor disposição, menos tristeza, etc.)

	0	6
Expectativas	Expectativas muito negativas ("acreditava que o meu estado psicológico não iria melhorar nada")	Expectativas muito positivas ("acreditava que o meu estado psicológico iria melhorar totalmente")
Aparecimento de alterações	Nenhuma alteração ("não notei nenhuma alteração psicológica desejável")	Imensas alterações ("notei imensas alterações psicológicas desejáveis")
Contentamento	Satisfação muito baixa / nula ("as alterações psicológicas desejáveis que obtive não me satisfizeram nada")	Satisfação máxima ("as alterações psicológicas desejáveis que obtive satisfizeram-me totalmente")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aparecimento de alterações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Como classifica o impacto que os resultados físicos e psicológicos desejáveis do tratamento hormonal tiveram na sua vida?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nenhum impacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Impacto extremamente positivo

49. Classifique os EFEITOS SECUNDÁRIOS INDESEJADOS com base nas suas **expectativas**, **aparecimento** de efeitos secundários e **contentamento** (satisfação) com os mesmos:

(Por efeitos secundários indesejados entenda-se, por exemplo, acne e perda de cabelo, na terapêutica masculinizante; perda da libido e humor mais deprimido, na terapêutica feminizante)

	0	6
Expectativas	Expectativas muito negativas ("acreditava que o tratamento iria ter imensos efeitos secundários ou alguns muito graves")	Expectativas muito positivas ("acreditava que o tratamento não iria ter nenhum efeito secundário ou apenas efeitos muito ligeiros")
Aparecimento de efeitos secundários	Imensos efeitos secundários ("notei imensos efeitos secundários ou alguns muito graves")	Nenhum efeito secundário ou efeitos muito ligeiros ("não notei nenhum efeito secundário ou foram todos muito ligeiros")
Contentamento	Satisfação muito baixa / nula ("a quantidade ou gravidade de efeitos secundários deixou-me completamente insatisfeito")	Satisfação máxima ("a quantidade ou gravidade de efeitos secundários satisfez-me totalmente")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aparecimento de efeitos secundários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Que tipo de tratamento hormonal realizou?

Marcar apenas uma oval.

- Masculinizante (com hormonas tipicamente masculinas, como a testosterona)
Avançar para a pergunta 51
- Feminizante (com hormonas tipicamente femininas, como estrogénios)
Avançar para a pergunta 54
- Terapêutica mista (usa hormonas quer masculinizantes, quer feminizantes - mais frequente em não-binários) *Avançar para a pergunta 57*

Avançar para a pergunta 57

Classifique os seguintes parâmetros de acordo com o aparecimento de alterações e satisfação com as mesmas que obteve através da terapia hormonal masculinizante:

51. Aparecimento de alterações:

	0	6
Aparecimento de alterações	Nenhuma alteração ("não notei nenhuma alteração")	Imensas alterações ("Notei alterações muito significativas")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Voz tornou-se mais grossa/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deixou de menstruar (ter o período)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clitóris aumentou de tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição de gordura nas ancas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento do pelo facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento do pelo corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento da massa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENÇÃO! A próxima questão parece igual à anterior, mas não é. A anterior refere-se a "APARECIMENTO DE ALTERAÇÕES" enquanto a seguinte a "SATISFAÇÃO COM AS ALTERAÇÕES"

52. Satisfação com as alterações:

	0	6
Satisfação com as alterações	Nada satisfeito ("as alterações não me satisfizeram nada")	Totalmente satisfeito ("as alterações satisfizeram-me totalmente")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Voz tornou-se mais grossa/grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deixou de menstruar (ter o período)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clitóris aumentou de tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição de gordura nas ancas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento do pelo facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento do pelo corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento da massa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Quais os efeitos secundários **raros** que notou com o tratamento?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Eritrocitose (glóbulos vermelhos altos no sangue)
- Dislipidemia (colesterol ou triglicéridos altos)
- Acne
- Perda de cabelo
- Dor no clitóris ou dor pélvica
- Alterações do humor (irritabilidade, agressividade)
- Hipertensão arterial (tensão alta)
- Cefaleias (dores de cabeça)
- Toxicidade hepática (problemas de fígado)
- Alergia
- Nenhum** (se escolher esta opção, não seleccione mais nenhuma)

Outra: _____

Avançar para a pergunta 57

Classifique os seguintes parâmetros de acordo com o aparecimento de alterações e satisfação com as mesmas que obteve através da terapia hormonal feminizante:

54. Aparecimento de alterações:

	0	6
Aparecimento de alterações	Nenhuma alteração ("não notei nenhuma alteração")	Imensas alterações ("Notei alterações muito significativas")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Diminuição das ereções espontâneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento das mamas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento da gordura nas ancas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de massa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pele menos gordurosa e mais macia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição do tamanho dos testículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição da produção de sémen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição dos pelos faciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição dos pelos corporais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENÇÃO! A próxima questão parece igual à anterior, mas não é. A anterior refere-se a "APARECIMENTO DE ALTERAÇÕES" enquanto a seguinte a "SATISFAÇÃO COM AS ALTERAÇÕES"

55. Satisfação com as alterações:

	0	6
Satisfação com as alterações	Nada satisfeito ("as alterações não me satisfizeram nada")	Totalmente satisfeito ("as alterações satisfizeram-me totalmente")

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Diminuição das ereções espontâneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento das mamas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento da gordura nas ancas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de massa muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pele menos gordurosa e mais macia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição do tamanho dos testículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição da produção de sémen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição dos pelos faciais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição dos pelos corporais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. Quais os efeitos secundários **raros** que notou com o tratamento?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Diminuição da libido
- Trombose venosa (veias entupidadas, geralmente das pernas)
- Dislipidemia (colesterol ou triglicéridos altos)
- Tromboembolismo pulmonar (coágulo de sangue nas artérias dos pulmões)
- Enfarte agudo do miocárdio (ataque cardíaco)
- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Hiperprolactinemia (prolactina alta, pode manifestar-se por produção espontânea de leite pela glândula mamária)
- Alterações do humor (humor mais deprimido, maior emotividade)
- Hipertensão arterial (tensão alta)
- Náuseas ou vômitos
- Cefaleias (dores de cabeça)
- Toxicidade hepática (problemas de fígado)
- Alergia
- Nenhum** (se escolher esta opção, não selecione mais nenhuma)

Outra: _____

Avançar para a pergunta 57

57. Classifique a sua autoestima **antes** e **depois** do tratamento hormonal:

	0	6
Autoestima	Autoestima extremamente baixa, total falta de amor próprio	Autoestima extremamente elevada, muito amor por si próprio

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Classifique o seu bem-estar com o próprio corpo **antes** e **depois** do tratamento hormonal:

	0	6
Bem-estar corporal	Ódio pelo corpo e sem se sentir à vontade com ele	Amor pelo próprio corpo e total à vontade com ele

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Classifique a sua ideação suicida **antes** e **depois** do tratamento hormonal:

	0	6
Ideação suicida	Pensamentos acerca de suicídio muito frequentes ou constantes	Pensamentos sobre suicídio inexistentes

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Classifique as suas relações sociais **antes** e **depois** do tratamento hormonal:

	0	6
Relações sociais	Extremamente isolado e sem amigos	Extremamente sociável com bons amigos

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61. Classifique as suas relações familiares **antes** e **depois** do tratamento hormonal:

	0	6
Relações familiares	Péssimo ambiente familiar, conflitos frequentes ou sem se dar com a família	Ótimo ambiente familiar, sem conflitos e boa relação entre todos

Explicação do significado dos extremos da escala.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6
Antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Como classifica **o seu contentamento global** (satisfação global) com os resultados do tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nada satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito

63. Como classifica **o seu contentamento global** (satisfação global) com o seguimento médico que recebeu durante o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nada satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito

Cirurgias de Redesignação Sexual

64. Já realizou algum procedimento cirúrgico (mastectomia, lipofilling ou cirurgia de redesignação sexual, como meiodioplastia ou faloplastia) como parte do seu processo de transição?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a secção 28 (Inquérito Concluído)*
- Não *Avançar para a pergunta 65*

Avançar para a secção 28 (Inquérito Concluído)

65. Pretende realizar algum procedimento cirúrgico (mastectomia, lipofilling ou cirurgia de redesignação sexual, como meiodioplastia ou faloplastia) como parte do seu processo de transição?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não deseja fazer
- Não pode fazer (por razões de saúde ou outras)
- Ainda não decidiu

Inquérito Concluído

Obrigado pela sua participação

Rafael Luís Baptista de Sá Santos

2021 | MIM | ICBAS