



**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**SAÚDE E INTERAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO
ESTADO DE SERGIPE**

JESSY TAWANNE SANTANA

Aracaju
Janeiro – 2024

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**SAÚDE E INTERAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+
NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação de Mestrado submetida à
banca examinadora para a obtenção do
título de Mestre em Saúde e Ambiente, na
área de concentração Saúde e Ambiente.

JESSY TAWANNE SANTANA

Orientadora

Profa. Dra. Cláudia Moura de Melo

Aracaju
Janeiro – 2024

S231s

Santana, Jessy Tawanne

Saúde e integrações sociais da população LGBTQIAPN+ no estado de Sergipe /
Jessy Tawanne Santana; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Cláudia Moura de Melo – Aracaju/
SE: UNIT, 2024.

91 f.il; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes 2024

1. Acesso aos serviços de saúde 2. Condições de saúde 3. Minorias sexuais de gênero
4. Relações sociais 5. Sistema único de Saúde 6. Transexualidade I. Santana, Jessy
Tawanne II. Melo, Cláudia Moura de (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 614.2-055.34

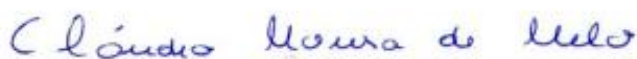
Gislene Maria S. Dias CRB-5/1410

SAÚDE E INTERAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ NO ESTADO DE SERGIPE

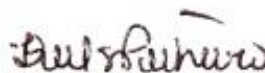
Jessy Tawanne Santana

DISSERTAÇÃO DE METRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE METRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:



Dra. Cláudia Moura de Melo
(Orientadora PSA/Unit)



Dra. Fernanda Gomes Magalhães Soares Pinheiro
(Examinadora externa/UFS)



Dra. Sonia Oliveira Lima
(Examinadora interna PSA/Unit)

Aracaju
Janeiro – 2024

RESUMO

As diversas formas de violência sofrida pela comunidade LGBTQIAPN+ limitam o acesso aos serviços de saúde, refletindo em prejuízos no estado clínico integral. O objetivo do estudo foi avaliar as condições de saúde física e sexual, bem como as configurações que afetam as interações sociais da população LGBTQIAPN+ no Estado de Sergipe. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualiquantitativa. O instrumento de coleta de dados quantitativos foi submetido previamente à validação por expertises e aplicado via *Google Forms* a atores de Organização Não Governamental. Aplicou-se Modelo Calgary para a obtenção dos dados qualitativos com construção de genograma e ecomapa via Canva®. A tabulação e organização do banco de dados foram realizadas no programa Excel e em seguida analisado estatisticamente pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 25,0, a fim de obter as frequências absolutas e relativas, com o intervalo de confiança de 95% para apresentar significância estatística ($p < 0,05$). A análise de Componente Principal (PCA) foi realizada por meio do programa *Paleontological Statistics* (PAST) 4.0. Além disso, utilizou-se o BioEstat 5.0 para a avaliação da *Odds Ratio* e o GraphPad Prism 8.0.1 para a confecção do box plot. Participaram do estudo 162 voluntários, dentre os quais 42,0% são homens cisgêneros e 35,2% homossexuais masculinos. Observou-se hipertensão arterial sistêmica (28,6%) e diabetes (21,4%) em um cenário de 16,7% de indivíduos com diagnóstico de DCNT. Foi evidenciada vulnerabilidade transexual, com menor chance de concluir o ensino médio ($OR = 3,63$; $p = 0,0419$), influenciando negativamente o rendimento salarial e refletindo em menor chance de receber mais que 1 salário mínimo ($OR = 2,78$; $p = 0,0125$), em comparação aos cisgêneros. Os homossexuais apresentam maior probabilidade de sofrerem agressões físicas em comparação aos heterossexuais ($OR = 2,70$; $p = 0,0467$). Os homens trans e não-binários apresentam mais chances de não realizarem exame citopatológico ($OR = 16$; $p = 0,0002$) em comparação às mulheres cisgêneros. Metade dos transexuais avaliados realizaram hormonioterapia e aproximadamente um quarto se submeteram a procedimentos cirúrgicos. Observou-se tendência de valores glicêmicos mais elevados nas mulheres cis e trans, enquanto os homens cis e trans apresentaram alterações no IMC. A configuração das relações familiares dos voluntários se mostra conflituosa, mas com boa interação social com redes de apoio não governamentais. Entretanto, observou-se distanciamento no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde. Dessa forma, o presente estudo evidencia que as especificidades vinculadas às diversidades sexuais e de gênero geram novos desafios na esfera da saúde pública, tornando-se necessária a criação de estratégias de capacitação profissional no manejo assistencial integral e livre de discriminações.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Condições de Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero; Relações Sociais; Sistema Único de Saúde; Transexualidade.

ABSTRACT

The various forms of violence suffered by the LGBTQIAPN+ community limit access to health services, resulting in damage to their overall clinical status. The aim of the study was to assess the physical and sexual health conditions, as well as the configurations that affect the social interactions of the LGBTQIAPN+ population in the state of Sergipe. This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach, carried out at the NGO Astra. The quantitative data collection instrument was validated by experts and applied via Google Forms. The Calgary Model was applied to obtain the qualitative data. The database was tabulated and organized using the Excel program and then statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 software in order to obtain absolute and relative frequencies, with a 95% confidence interval for statistical significance ($p < 0.05$). Principal Component Analysis (PCA) was carried out using the Paleontological Statistics (PAST) 4.0 program. In addition, BioEstat 5.0 was used to evaluate the Odds Ratio and GraphPad Prism 8.0.1 was used to create the box plot. A total of 162 research subjects took part in the study, 42.0% of whom were cisgender men and 35.2% homosexual males. 16.7% of the interviewees were diagnosed with NCDs, particularly systemic arterial hypertension (28.6%) and diabetes (21.4%). There was evidence of transsexual vulnerability, with a lower chance of completing high school ($OR = 3.63$; $p = 0.0419$), reflecting negatively on the salary income of this population, which is less likely to earn more than 1 minimum wage ($OR = 2.78$; $p = 0.0125$) compared to cisgender people. Homosexuals are more likely to suffer physical aggression than heterosexuals ($OR = 2.70$; $p = 0.0467$). Trans and non-binary men were more likely not to have a cytopathology test ($OR = 16$; $p = 0.0002$) than cisgender women. 50.0% of transsexuals underwent hormone therapy and 24.0% surgical procedures. There was a trend towards higher glycemic values in cis women and trans women. Cis and trans men tended to have higher BMIs. The assessment of social interactions showed conflicting family relationships, with good proximity to NGOs. However, there was a gap in the use of health services. In this way, this study shows that the specificities linked to sexual and gender diversity generate new challenges in the public health sphere, making it necessary to create professional training strategies in comprehensive care management, free from discrimination.

Keywords: Access to Health Services; Health Conditions; Sexual and Gender Minorities; Social Relations; Unified Health System; Transsexuality.

LISTA DE SIGLAS

ACOG: *American College of Obstetricians and Gynecologists*

ANTRA: Associação Nacional de Travestis e Transexuais

ASTRAV: Associação das Travestis

CFM: Conselho Federal de Medicina

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde

HDL: *High Density Lipoproteins*

HPV: Papiloma Vírus Humano

INCA: Instituto Nacional de Câncer

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LDL: *Low Density Lipoproteins*

LGBTQIAPN+: Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, *queer*, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binários e outras conformações de gênero e sexualidade

OMS: Organização Mundial da Saúde

PA: Pressão Arterial Sistêmica

PBSH: Programa Brasil sem Homofobia

PEP: Profilaxia Pós-Exposição

PNSILGBT: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PrEp: Profilaxia Pré-Exposição

PrTr: Processo Transexualizador

SLI: Silicone Líquido industrial

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Marcos históricos e legais referentes aos direitos da população LGBTQIAPN+ no território brasileiro.....	20
Figura 2: Distribuição dos Serviços e Procedimentos ofertados via Processo Transsexualizador, conforme a Portaria n.º 2.803/2013.	23
Figura 3: Distribuição do esquema vacinal anti-Covid no público LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.....	41
Figura 4: Distribuição das Doenças Crônicas não Transmissíveis no grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.....	43
Figura 5: Avaliação da expressão do desejo do grupo populacional LGBTQIAPN+ de ter filhos, Sergipe, 2023.....	46
Figura 6: Comparativo entre a frequência de realização do exame citopatológico em mulheres cisgêneros X homens trans e não-binários, Sergipe, 2023.....	48
Figura 7: Distribuição dos efeitos colaterais da terapia hormonal em mulheres e homens trans, Sergipe, 2023.	50
Figura 8: Distribuição das estruturas corpóreas de mulheres e homens trans submetidas a intervenções cirúrgicas, Sergipe, 2023.....	51
Figura 9: Subgrupos do segmento transexual em relação às repostas obtidas por meio do questionário aplicado.	52
Figura 10: Genograma e ecomapa das interações familiares de mulher trans, Sergipe, 2023.....	57
Figura 11: Genograma e ecomapa das interações sociais de homem cisgênero gay, Sergipe, 2023.....	59
Figura 12: Genograma e ecomapa das interações sociais de homem transexual, Sergipe, 2023.....	61
Figura 13: Faixa etária dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.....	63
Figura 14: Distribuição do peso dos indivíduos submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.....	64
Figura 15: Distribuição do IMC dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.....	65

Figura 16: Distribuição dos valores glicêmicos dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.	66
Figura 17: Distribuição da PA dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.....	67

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas do grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.....	38
Tabela 2: Aspectos sociais vinculados a população LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.	40
Tabela 3: Fatores de riscos e condutas relacionadas as DCNT do grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.	42
Tabela 4: Condições de saúde sexual e reprodutiva do grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.	44
Tabela 5: Aspectos relacionados à saúde sexual e imagem corporal do segmento transexual, Sergipe, 2023.....	49
Tabela 6: Distribuição das variâncias percentuais dos componentes principais da amostra analisada, Sergipe, 2023.....	51
Tabela 7: Subgrupo G1 do segmento transexual em relação às repostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.	53
Tabela 8: Subgrupo G2 do segmento transexual em relação às respostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.	54
Tabela 9: Subgrupo G3 do segmento transexual em relação às respostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.	55
Tabela 10: Distribuição da identidade de gênero e orientação sexual dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.	62
 Quadro 1: Classificação do Índice de Massa Corporal.....	 34
Quadro 2: Classificação da Pressão Arterial Sistêmica.	34

Sumário

1- INTRODUÇÃO	14
2 – OBJETIVOS	16
2.1 – OBJETIVO GERAL	16
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 – REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 – Condições de Saúde LGBTQIAPN+: Desafios no âmbito da Saúde Pública .	17
3.2 – O Processo Transexualizador e as especificidades vinculadas a saúde trans	21
3.2.1 – Rastreamento do câncer de colo uterino em Homens Trans	26
3.3 – Interações sociais da População LGBTQIAPN+ e suas repercussões na Saúde	27
4 – MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1 – ÁREA DO ESTUDO	31
4.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.3 – COLETA DE DADOS.....	32
4.3.1 – Processo de validação	32
4.3.2 – Procedimentos de Coleta de Dados	32
4.3.2.1 – Instrumentos de Coleta de Dados Quantitativos.....	32
4.3.2.2 – Instrumentos de Coleta de Dados Qualitativos	33
4.4 – ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.5 – ASPECTOS ÉTICOS	36
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 – Condições de Saúde: DCNT e Saúde Sexual/Reprodutiva	36
5.3 – Interações sociais da população LGBTQIA+	55
6 – CONCLUSÕES	68

7 – REFERÊNCIAS	70
8- ANEXO I - TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL	81
9- ANEXO II– APROVAÇÃO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	82
INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	84
APÊNDICE B	87
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE LGBTQIA+	87
INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO ESTRUTURAL, DE DESENVOLVIMENTO E FUNCIONAL DA FAMÍLIA”	90

DEDICATÓRIA

Essa dissertação é dedicada:

Aos educadores que deixaram um pedacinho do seu “eu”,
da sua ética, compromisso e dedicação em meu ser.

Aos membros da comunidade LGBTQIAPN+, que travam
batalhas diárias contra concepções que ferrem a sua
existência. Espero que esse estudo possa dar voz as suas
urgências sociais.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Tiradentes (UNIT) e ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente (PSA), por toda a estrutura e suporte oferecido.

Aos órgãos de fomento à pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC/SE).

A ASTRA – Direitos Humanos e Cidadania LGBT, pela confiança, espaço e trocas tão importantes.

Ao Consultório de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM/Unit), pela parceria construída.

A Secretaria de Saúde Pública do Estado de Sergipe (SES/SE), pelo fornecimento de insumos para a realização dessa pesquisa.

A Prof^a. Dr^a Cláudia Moura de Melo, pela oportunidade de tê-la como minha orientadora querida. O seu olhar tão interdisciplinar, a sua confiança e suporte, me impulsionaram até aqui.

Aos professores: Dr^a Herifrânia Tourinho Aragão, Dr. Rubens Riscala Madi, Dr^a Lorena Lopes, Msc. Manuela de Carvalho Vieira Martins, por todo apoio e oportunidades concedidas.

A banca de defesa, composta pelas professoras: Dr^a Sonia Oliveira Lima e Dr^a Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro, por suas contribuições tão valiosas.

A minha equipe de Iniciação Científica: Indianara Gois Cardoso e Vitória Teresa Pinto de Oliveira, pela confiança, dedicação e boas risadas.

Gratidão divina e a minha família, em especial ao meu noivo Pedro, por toda a calma e incentivo, por vivenciar cada etapa desse sonho comigo, sempre com um sorriso largo e café fresquinho. A minha mãe Ely e ao meu pai John, por sempre acreditarem em sua “garota sonhadora”. A minha amada avó Lúcia, por ser o meu o meu grande exemplo do potencial transformador da educação.

As amigas Jucy e Dyana, por todo o carinho, cumplicidade, apoio e força concedia.

1- INTRODUÇÃO

As interpretações acerca dos termos gênero e sexualidade são frequentemente permeadas por estereótipos e regidas pelos princípios do essencialismo biológico, fator que restringe tais conceitos a uma visão binária, orgânica e corporal (FUCHS; HINING; TONELI, 2021). A sexualidade humana é condicionada às padronizações preestabelecidas socialmente. Dessa forma, os indivíduos que não se enquadram nos padrões cisgêneros e heteronormativos são rotulados como “imorais” e tratados de maneira desigual e excludente (BYNE, 2017; CRAMWINCKEL *et al.*, 2022).

As interações familiares representam a base da rede social para o desenvolvimento das relações afetivas do indivíduo, contribuindo para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. Sob esta ótica, as fragilidades no apoio social ao público LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, *queer*, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binários e outras conformações de gênero e sexualidade) origina-se no contexto de repreensão no núcleo familiar, especialmente nas conformações familiares enraizadas no patriarcado e no modelo heteronormativo (SANTOS *et al.*, 2020).

A violência estrutural e a marginalização da população LGBTQIAPN+ predispõe prejuízos como o subemprego, déficits nutricionais, instalação de doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas, relacionamentos sociais conflituosos e o comprometimento psíquico (OLIVEIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2022). O Ministério da Saúde do Brasil tem reconhecido a identidade de gênero e a orientação sexual como determinantes e condicionantes da situação de saúde, mediante a exposição ao processo de sofrimento e adoecimento subsequente à rejeição social (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) foi implementada no Brasil após a reivindicação de diversos movimentos sociais, os quais possibilitaram o reconhecimento da complexidade e especificidades que envolvem a saúde LGBT (SILVA, 2020). Dentre os objetivos desta política incluem-se, a exclusão da

homofobia, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a integralidade na atenção à saúde e o asseguramento da utilização do nome social das travestis e transexuais (BRASIL, 2013).

Os avanços promovidos pela PNSILGBT representam marcos importantes no contexto da Saúde Pública nacional. Entretanto, ressalta-se que a população LGBTQIAPN+, sobretudo o segmento transexual, enfrenta uma série de constrangimentos ao buscar a efetivação dos seus direitos à saúde. O déficit de conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao impacto da identidade de gênero e da orientação sexual na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, bem como a escassez de serviços de saúde especializados, associam-se a baixa adesão ao Sistema Único de Saúde (BITENCOURT; RIBEIRO, 2019).

A expectativa de vida de transexuais e travestis corresponde a 35 anos, o que equivale a menos da metade da média da população brasileira (COSTA-VAL *et al.*, 2022). As vivências estigmatizantes e discriminatórias, relacionam-se à resistência do segmento transexual na busca e utilização dos serviços de saúde, mesmo diante de quadros clínicos graves, além de refletir no abandono de tratamentos de saúde (ROCON *et al.*, 2020). Ressalta-se ainda que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) até o momento não adicionou em seus formulários meios de avaliar aspectos socioeconômicos vinculados ao público transexual, gerando obstáculos na efetivação de políticas públicas (SILVA *et al.*, 2023).

As discussões em torno do movimento LGBTQIAPN+ constituem um fenômeno contemporâneo, associado a ampliação da representatividade do gênero, que ainda possui forte influência da restrita dicotomia feminino/masculino. Por conseguinte, o estudo justifica-se pela necessidade de compreender de forma mais assertiva os impactos da LGBTfobia no processo saúde-doença e na conformação das interações sociais. Ademais, tenciona-se o fomento da discussão relacionada a oferta de serviços de saúde em conformidade com as necessidades LGBTQIAPN+, de modo a atenuar a invisibilidade inerente a este grupo populacional.

2 – OBJETIVOS

2.1 – OBJETIVO GERAL

- ✓ Avaliar as condições de saúde física e sexual, bem como as configurações que afetam as interações sociais da população LGBTQIAPN+ no Estado de Sergipe.

2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas do grupo populacional LGBTQIAPN+;
- ✓ Analisar condutas de riscos relacionadas a saúde sexual/reprodutiva do grupo populacional LGBTQIAPN+;
- ✓ Analisar as interações sociais/familiares do grupo avaliado via modelo Calgary.

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – Condições de Saúde LGBTQIAPN+: Desafios no âmbito da Saúde Pública

A década de 1970 foi marcada pela ascensão de movimentos sociais em países latino-americanos, os quais visavam a minimização das desigualdades socioeconômicas, a redução da pobreza e o fortalecimento dos sistemas de saúde. No cenário brasileiro, as bases do movimento de Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde nortearam o caminho para a reformulação dos ideais dos sistemas de saúde brasileiros e a consequente formação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição de 1988, destacando a necessidade de integração de populações marginalizadas (BEZERRA *et al.*, 2019).

O SUS embasa-se nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, os quais viabilizam o acesso eficaz, gratuito e livre de discriminações aos serviços de saúde em seus variados níveis de complexidade. A Constituição Federal Brasileira, de 1988, determina, no artigo 196, que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Os direitos de saúde das diversidades sexuais e de gênero são historicamente negligenciados. Nos anos 80, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) evidenciou ainda mais a vulnerabilidade do público LGBT, o qual foi definido como um grupo de risco para o que a sociedade descrevia como “câncer gay”. Tal conotação reforçou ações estigmatizantes e discriminatórias, promovendo diversos tipos de violência (CAZEIRO *et al.*, 2023).

Nesse sentido, as abordagens em saúde voltadas para essa comunidade foram durante muito tempo restritas ao modelo biomédico. Devido à repercussão socio-histórica, frequentemente, os profissionais de saúde estabelecem a concepção prévia de que as demandas do público LGBTQIAPN+ se restringem ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Essa visão rompe a integralidade do cuidado, dificulta os planejamentos voltados para a interrupção da cadeia de transmissão e implementação de testagens

de IST, além de prejudicar as estratégias de prevenção combinada do HIV, a exemplo da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) - (SANTOS *et al.*, 2020).

A expansão do movimento feminista e LGBT promoveram uma maior visibilidade das demandas sociais desses grupos populacionais, tornando possível a verificação de situações de preconceito e de discriminação vivenciadas por esses indivíduos, além da análise de condutas que contribuem para o seu processo de adoecimento. Assim, houve a articulação destes grupos na busca pela igualdade de gênero e pela efetivação dos direitos humanos (LIMA, SOUZA, DANTAS, 2016).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constituem uma iniciativa global, consolidada em metas que não se restringem a proteção ambiental, mas que se ampliam ao combate das iniquidades sociais (MARQUES; SCHMITT, 2021). Assim, o quinto objetivo consiste em “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as meninas e mulheres”, destacando que a igualdade de gênero não constitui apenas um direito humano fundamental, mas representa a base para a consolidação de um ambiente pacífico, próspero e sustentável (DEERE, 2018).

A nível nacional, houveram readequações nas metas referentes ao quinto ODS, com o objetivo de ampliar a visibilidade dos fenômenos sociais associados ao gênero no Brasil, expandindo a problemática ao contexto das experiências de desigualdade e discriminação de múltiplos grupos sociais. Assim a meta 5.2 fundamenta-se em:

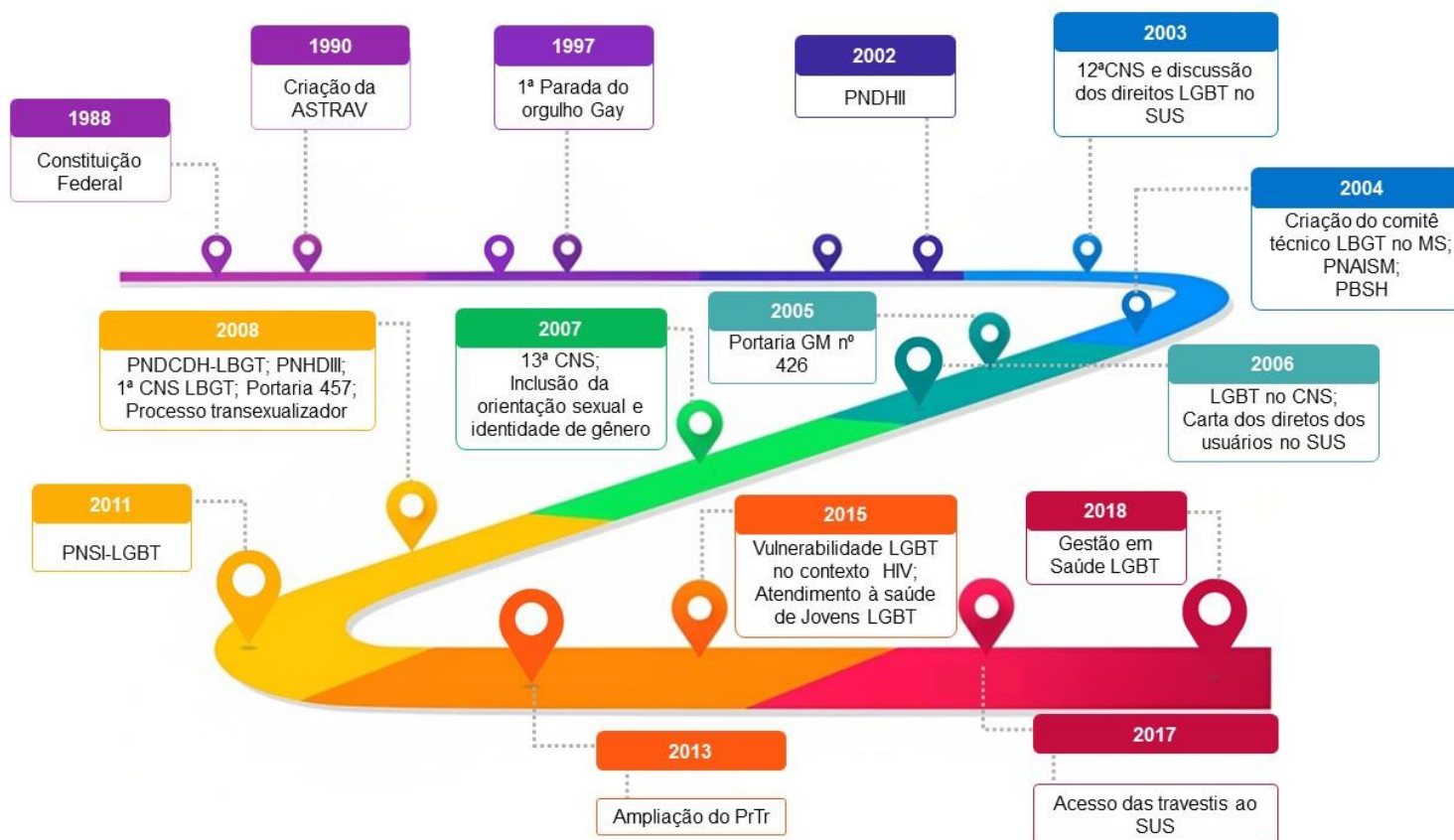
“Eliminar todas as formas de violência de gênero nas esferas pública e privada, destacando a violência sexual, o tráfico de pessoas e os homicídios, nas suas intersecções com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade.” (IPEA, 2019).

Nesse sentido, no âmbito brasileiro, a abrangência das questões que envolvem o ODS igualdade de gênero são influídas pelos “eixos”: identidade de gênero e orientação sexual, uma vez que sem a inclusão desses parâmetros há limitação no combate à violência de gênero em suas variadas conformações. Deste modo, expõe-se que para ocorrer o desenvolvimento social e prosperidade do Estado Democrático de Direito, é fundamental a consolidação de direitos e

construção de políticas públicas específicas para a comunidade LGBTQIAPN+ (NASCIMENTO; FÉLIX, 2020).

O movimento LGBTQIAPN+ se fortaleceu e alcançou avanços sociopolíticos (Figura 1), tais como a instituição do Programa Brasil sem Homofobia, a Portaria GM nº 426/2005, no eixo do SUS, que instaurou a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e a Portaria GM nº 1.707/2008, que estabeleceu o Processo Transexualizador no SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008). Tal processo foi redefinido e ampliado pela portaria nº 2.803/2013, estabelecendo a promoção e proteção integral à saúde das pessoas transexuais, abrangendo o acolhimento, hormonioterapia e adequação do corpo biológico à identidade de gênero, por meio de procedimentos cirúrgicos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica (BRASIL, 2013; SOUZA, BERNARDES, 2019).

Figura 1: Marcos históricos e legais referentes aos direitos da população LGBTQIAPN+ no território brasileiro.



Legenda: **ASTRAV:** Associação das Travestis; **PNDHII:** Programa Nacional de Direitos Humanos; **CNS:** Conferência Nacional de Saúde; **PNAISM:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; **PBSH:** Programa Brasil sem Homofobia; **PNSI:** Política Nacional de Saúde Integral LGBT; **PrTr:** Processo Transexualizador.

O estudo de Rocon *et al.* (2016) evidencia os obstáculos estruturais no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, destacando que dentre os membros da comunidade LGBTQIAPN+, as pessoas travestis e transexuais são as que mais enfrentam dificuldades associadas ao despreparo dos profissionais de saúde e a transfobia institucionalizada nos espaços de atendimentos, sendo estas em muitos dos casos, correlacionadas ao preconceito aliados a outros marcadores sociais, tais como aparência física, pobreza e etnia. O desrespeito e burocratização afastam essa população dos serviços públicos de saúde, os estimulando a buscarem os serviços privados ou outros meios alternativos de “cuidados”, em acordo com sua realidade econômica (PAIVA *et al.*, 2023).

A utilização do nome social pelo grupo trans representa um direito assegurado pela portaria n. 1820/2009 do Ministério da Saúde. Tal resolução tornou obrigatória a inclusão do nome social em prontuários, registros e documentos de identificação dos usuários do SUS. Entretanto, ao acessar os serviços de saúde, a população transexual enfrenta uma série de preconceitos e violações que desfavorecem a implementação de um atendimento humanizado. Dessa forma, o desrespeito ao nome social é apontado como um dos principais fatores que impedem o acesso universal e integral ao sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

3.2 – O Processo Transexualizador e as Especificidades Vinculadas a Saúde Trans

O grupo trans engloba os transgêneros, transexuais, travestis e não-binários, que são caracterizados como indivíduos que não se identificam com o seu sexo biológico e com as imposições socioculturais atreladas a este. Frequentemente, as necessidades de saúde desse público são negligenciadas, o que se associa ao receio em revelar a sua identidade de gênero, constantemente omitida durante os atendimentos, objetivando diminuir o discurso patologizador atribuído às transidentidades (SOUZA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2017).

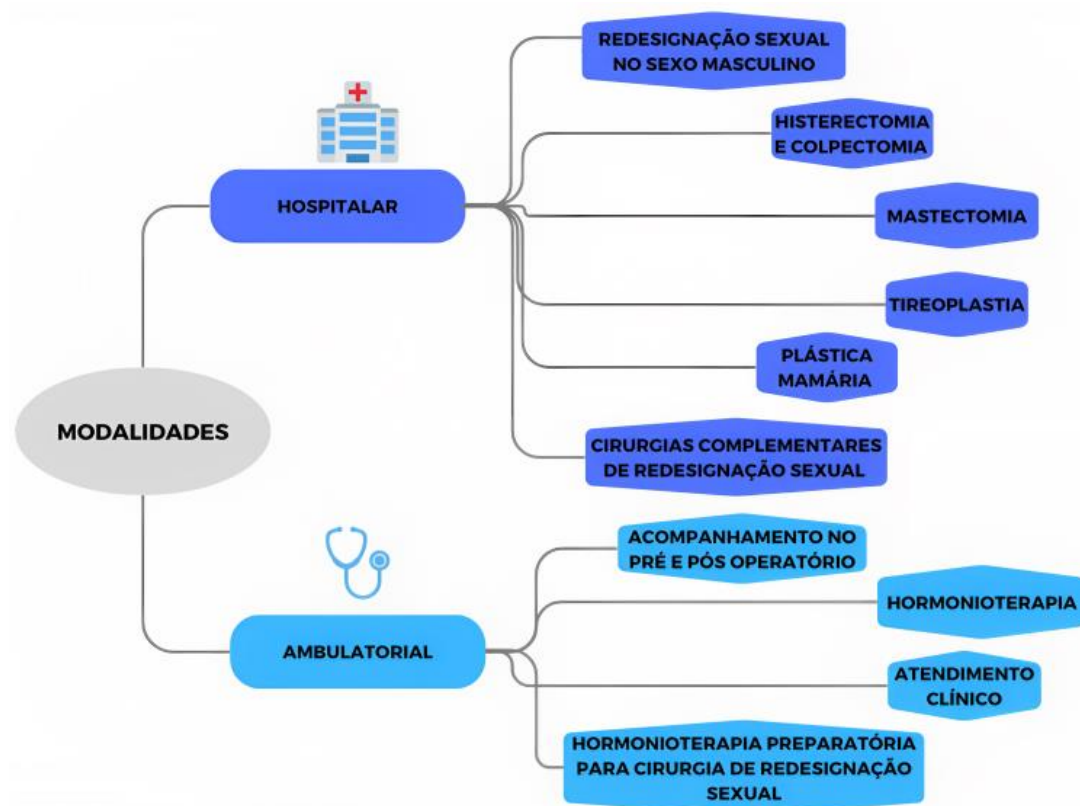
A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), vigente desde 1990, incluía a transexualidade na classificação dos Transtornos Mentais relacionados à identidade e desvio de conduta sexual.

Entretanto, ressalta-se que as hipóteses associadas a patologização das transgeneridades nunca foram comprovadas e que as mesmas se apoiam na aversão ao modelo não-binário (ABADE; CHAVES; SILVA, 2020).

A 72ª Assembleia Mundial da Saúde, que ocorreu na Genebra, em 2019, oficializou a decisão histórica da Organização Mundial da Saúde (OMS) referente a retirada da transexualidade da sessão de Transtornos Mentais da CID. Tal ação desmistifica os conceitos fortemente influenciados pelo patriarcado e cristianismo, que estabelecem a necessidade de “cura” face às diversidades de gênero (NOVAES, 2021). Apesar dos avanços promovidos pela OMS, o acesso aos serviços transexualizadores brasileiros ainda são condicionados pelo diagnóstico de transexualismo (ROCON *et al.*, 2019).

O Processo Transexualizador (PrTr) abrange uma série de procedimentos, serviços ambulatoriais e hospitalares voltados para a saúde de transexuais e travestis que expressem o desejo de modificar características corporais e sexuais (BRASIL, 2013) – (Figura 2). No cenário brasileiro, os procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual foram permitidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), desde 1997. A evolução dos protocolos terapêuticos fez com que no ano 2008, o Ministério da Saúde instituísse os serviços do PrTr exclusivamente para as mulheres transexuais via SUS. Somente em 2013, o Ministério da Saúde expandiu a regulamentação, permitindo o acesso das travestis e dos homens transexuais aos serviços de saúde associados ao PrTr (PREU; BRITO, 2018).

Figura 2: Distribuição dos Serviços e Procedimentos ofertados via Processo Transexualizador, conforme a Portaria n.º 2.803/2013 (BRASIL).



O acesso aos serviços ofertados pelo PrTr apresenta diversas barreiras associadas a limitação termos de quantidade ou de variabilidade dos recursos e procedimentos, somado as exigências de condições e/ou critérios que não contemplam a abrangência e necessidades distintas das diversidades de gênero (ROCON *et al.*, 2020). Ademais, há uma limitação geográfica das unidades de saúde habilitadas para oferta do PrTr, tendo em vista que dentre dez instituições existentes no Brasil, seis situam-se na região sudeste (CAZEIRO *et al.*, 2022).

Dessa forma, torna-se necessária a revisão do PrTr, sobretudo no que se refere a oferta de procedimentos de modificação corporal, a exemplo da colocação bilateral de próteses de silicone na mama, que é apontada como procedimento complementar à cirurgia de redesignação sexual. Assim, as mulheres transexuais e travestis que queiram realizar a implantação de silicone nas mamas, mas não desejem se submeter a cirurgia de redesignação sexual, não poderão ter acesso a tal procedimento via SUS (PINTO *et al.*, 2017).

As restrições do PrTr refletem em ações como o uso indiscriminado de hormônios sexuais, realização de intervenções cirúrgicas e procedimentos estéticos clandestinos, a exemplo da aplicação de silicone líquido industrial (SLI) (OLIVEIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2022). A aplicação clandestina de injeções SLI é frequentemente utilizada por travestis e mulheres transexuais. É importante acentuar que tal composto não possui indicação para ser aplicado no ser humano, uma vez que este é desenvolvido para o emprego em lubrificação de máquinas na indústria automobilística e civil. Assim, o uso desta substância associa-se a diversos problemas de saúde, dentre os quais evidenciam-se as necroses teciduais, processos infecciosos, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, embolia pulmonar e até mesmo o óbito (PINTO *et al.*, 2017; MCBRITTON *et al.*, 2018).

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2022), a hormonioterapia é frequentemente empregada na afirmação de gênero, com os objetivos de reduzir aspectos sexuais secundários induzidos biologicamente, além de introduzir características sexuais da nova identidade de gênero. O processo de transição via endócrina se estende por toda a vida do indivíduo transexual, sendo que o seu mecanismo se baseia na redução dos níveis hormonais endógenos e na substituição por hormônios esteróides sexuais. O hormônio frequentemente utilizado no desenvolvimento de características físicas masculinas é a testosterona, enquanto o estrogênio agregado ao antiandrógeno vincula-se ao desenvolvimento de características físicas femininas (COSTA *et al.*, 2021).

Em um período de 3 a 6 meses após o início da terapia hormonal algumas mudanças podem ser observadas. No caso dos homens trans, nota-se o crescimento dos pelos faciais e corporais, engrossamento da voz e a cessação da menstruação. Ressalta-se que o crescimento clitoriano demanda um maior período de terapia hormonal. Enquanto nas mulheres trans, observa-se a redução dos pelos faciais, o desenvolvimento do tecido mamário e a redistribuição da gordura corpórea. O processo de atrofia prostática e testicular ocorre de maneira mais tardia (SAFER; TANGPRICHA, 2019).

A terapia hormonal à base de estrogênio, frequentemente utilizada por mulheres trans, pode apresentar alguns fatores de risco, especialmente em pacientes sedentárias, tabagistas e com idade superior a 40 anos. Os principais

efeitos adversos envolvem os eventos tromboembólicos, elevação dos níveis de enzimas hepáticas, hiperprolactinemia e colelitíase. A terapia antiandrogênica, por sua vez, pode ocasionar episódios de fadiga e a diminuição da libido (FERNANDEZ; TANNOCK, 2016).

Embora o PrTr viabilize a terapia hormonal, há uma escassez de unidades de saúde que ofertem os hormônios prescritos e o acompanhamento com profissionais especializados. Dessa forma, o desejo de adquirir características sexuais secundárias compatíveis com a identidade de gênero, pode levar a prática da automedicação, sendo em muitos dos casos utilizadas altas doses hormonais, o que se justifica pela crença de que maiores quantidades de hormônio geram resultados mais rápidos e eficazes. Destaca-se que existe uma facilidade na obtenção dos hormônios sem receita médica nos ambientes farmacêuticos, sendo, este um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos (SILVA *et al.*, 2022).

Estudo realizado por Costa *et al.* (2021) revelou que a utilização de estrogênio em conjunto com a progesterona no processo de hormonioterapia, eleva o risco do desenvolvimento de câncer mama, uma vez que estrogênio estimula a ação proliferativa de células mamárias, o que intensifica as mutações de DNA, promovendo a carcinogênese. Enfatiza-se que as Sociedades Científicas Endócrinas e Ginecológicas não desenvolveram diretrizes específicas na vigilância de alterações decorrentes da terapia hormonal de afirmação de gênero, sendo assim torna-se necessário a obtenção/análise de dados complementares na avaliação de riscos associados a hormonioterapia voltada para a população trans (ARRUDA *et al.*, 2022).

A utilização da testosterona pode predispor alterações no perfil lipídico dos homens trans, ocasionando a redução do colesterol HDL, elevação do colesterol LDL e dos triglicerídeos (COSTA *et al.*, 2020). Além disso, a terapia hormonal pode ocasionar o aumento da pressão arterial sistólica e diastólica, bem como elevar a resistência à insulina, favorecendo a instalação de diabetes mellitus tipo II, especialmente em pacientes obesos e sedentários. Destaca-se ainda o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e hepáticas, além de mudanças de humor e alterações na qualidade do sono (BOURNS, 2015; DEFREYNE; T'SJOEN, 2019).

3.2.1 – Rastreamento do Câncer de Colo Uterino em Homens Trans

Os homens trans são indivíduos que nasceram com características sexuais e reprodutivas vinculadas ao sexo feminino, todavia, a sua identidade de gênero é correspondente ao sexo masculino (LANZ, 2019). Portanto, da mesma forma que as mulheres cisgêneros, os homens transexuais que não realizaram a remoção cirúrgica dos órgãos sexuais e reprodutivos, apresentam riscos na obtenção de malignidades ginecológicas, tais como o câncer de mama, de ovário e de colo uterino (MOTA *et al.*, 2021).

O câncer do colo uterino ou câncer cervical tem como principal etiologia um processo infeccioso persistente decorrente de tipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano (HPV), resultando na multiplicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, o qual compromete o tecido subjacente (estroma) e pode apresentar potencial de invadir outros órgãos (INCA, 2021). O HPV é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais frequente no contexto global. Dentre os fatores de risco para HPV, destacam-se: multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos, sobrepeso e iniciação precoce da vida sexual (GUEDES *et al.*, 2020).

O esfregaço cervicovaginal, também conhecido como exame de lâmina ou Papanicolau, constitui a principal estratégia na detecção precoce das lesões precursoras do câncer de colo de útero. O público-alvo para a realização periódica do exame compreende as mulheres cisgêneros e homens transexuais que possuem o útero e que apresentam ou que já apresentaram vida sexual ativa, sobretudo na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, de 25 a 64 anos (BRASIL, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Como os homens trans apresentam baixa adesão às consultas ginecológicas, os resultados dos exames de lâmina são menos atualizados em comparação às mulheres cisgênero, como resultado da não periodicidade na realização do exame (ARRUDA, 2022). Patel *et al.* (2019) observaram que somente 27,0% da comunidade trans dos Estados Unidos que ainda possui o útero realiza periodicamente o exame de lâmina. Assim, a probabilidade de identificar as lesões por HPV na fase inicial nessa população são inferiores quando comparadas com mulheres cisgênero.

A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) orienta que o rastreamento do câncer de colo de útero em homens transexuais deve ser realizado em consonância com as mesmas diretrizes de mulheres cisgênero, devido a inexistência de normativas específicas para o manejo ginecológico de pacientes transexuais (HARB *et al.*, 2019). Além da escassez de serviços e regulamentações especializadas na abordagem clínica do público trans, o preconceito institucional, a caracterização predominantemente feminina dos ambientes ginecológicos e até mesmo a negação de atendimento assistencial por profissionais de saúde em decorrência de suas crenças pessoais, faz com que esse segmento populacional busque cada vez menos os serviços de saúde (SHIRES *et al.*, 2019).

Nesse sentido, destaca-se ainda que os homens transexuais que possuem útero, apresentam risco elevado na contração de infecções sexualmente transmissíveis (IST), destacando-se o HPV em comparação a outras categorias, como tricomoníase, HIV e herpes. Ademais, os transexuais possuem maior prevalência de tabagismo, sendo este considerado um fator de risco relevante para o câncer cervical (FLORIDO, ELIAN, 2019).

No que se refere a realização do exame citopatológico em homens trans, ressalta-se que em muitos dos casos, a coleta do material biológico é realizada de forma inadequada. Tal fato é associado ao despreparo dos profissionais da saúde em relação aos efeitos e repercussões da terapia hormonal em transgêneros. Frequentemente, os homens transexuais realizam a hormonioterapia com testosterona, o que ocasiona a atrofia vulvovaginal, tornando a realização do exame ainda mais desafiadora. Dessa forma, algumas alternativas podem ser implementadas a fim de reduzir o desconforto durante o exame, tais como: a utilização de um espéculo de menor calibre e aplicação de lubrificantes de base aquosa, buscando minimizar a dor durante a coleta (SEAY *et al.*, 2017; GATOS, 2018).

3.3 – Interações Sociais da População LGBTQIAPN+ e suas Repercussões na Saúde

O preconceito contra a população LGBTQIAPN+ geralmente inicia-se no espaço doméstico e intrafamiliar, quando os próprios familiares repreendem e

não aceitam a expressão da identidade de gênero e/ou sexualidade do indivíduo. O núcleo familiar exerce significativa influência na qualidade das interações sociais internas e externas. Dessa forma, a falta de apoio familiar tem repercussões na propagação de agressões físicas, psicológicas e exclusão social (SANTOS *et al.*, 2020).

As famílias representam o primeiro espaço em que as padronizações acerca de gênero e sexualidade são observadas. A forte influência da cisheteronormatividade gera desafios ao público LGBTQIAPN+ no estabelecimento do diálogo sobre o seu gênero e sexualidade, os quais são constantemente omitidos por receios de situações constrangedoras, medidas punitivas, afastamento da família, expulsão de casa e deslegitimação dos seus relatos. Assim, a LGBTfobia pode gerar insegurança, ansiedade, depressão, relações sociais conflituosas, abuso de substâncias psicoativas e até mesmo acentuar o risco de suicídio (BRAGA *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2023).

A expulsão do ambiente domiciliar vivenciada por alguns membros do grupo LGBTQIAPN+, os tornam ainda mais vulneráveis, uma vez que muitos não possuem uma rede de apoio externa e acabam indo morar nas ruas. As mulheres trans e as travestis em situação de rua são mais propensas a sofrer violência e assédio sexual em decorrência do machismo enraizado na sociedade (CAMPOS *et al.*, 2019). À vista disso, faz-se necessária a ampliação de abrigos para o acolhimento dessa população. Entretanto, por não se encaixarem nos padrões de gênero impostos pelos abrigos femininos ou masculino, indivíduos transexuais, travestis e transgêneros são frequentemente discriminados e excluídos desses serviços (GLICK *et al.*, 2019).

A inclusão do público LGBTQIAPN+ nos espaços sociais é marcada por diversas barreiras. Embora, a escola seja um espaço propício para o aprendizado e respeito aos direitos humanos, esse ambiente sofre grande influência dos padrões sociais binários, produzindo preconceitos que podem ser observados nos atos de violências físicas e verbais praticadas pelos discentes ou até mesmo pelos educadores e coordenadores institucionais (SILVA; LAGE, 2021). As vivências estigmatizantes dos alunos LGBTQIAPN+ reforçam a sensação de não pertencimento e consequente marginalização social. Além de

comprometer o rendimento escolar e se associarem a interrupção precoce dos estudos, impactando negativamente em sua inserção no mercado de trabalho (SILVA *et al.*, 2021).

Dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), coletados em 2022, revelaram que 70,0% dos transexuais não concluíram o ensino médio. Tal informação reflete no prejuízo na inserção desse grupo populacional na educação superior, sendo que apenas 0,02% dos indivíduos trans são universitários. Por conseguinte, observam-se disparidades sociais, sobretudo na escassez de oportunidades no acesso à educação inclusiva e na ocupação de cargos laborais bem remunerados. Destaca-se ainda que muitos ambientes laborais são regulamentados por princípios sexistas e não incentivam a abertura de vagas específicas para o público transgênero. Diante disso, a prostituição enquanto fonte de renda torna-se a realidade da grande parcela da população transexual (LOPES *et al.*, 2020; GRUBBA; DONELLI, 2023).

Segundo a ANTRA (2018), cerca de 90,0% das mulheres transexuais e das travestis obtém o seu rendimento econômico a partir de atividades de prostituição. A prostituição representa um fator de risco para a exposição a múltiplas formas de violência. Santana *et al.* (2016) destacam que, em muitos casos, as profissionais do sexo são prejudicadas com a recusa de pagamento por parte dos clientes, os quais utilizam de intimidação física e moral para não cumprir o acordo financeiro combinado previamente. Atrelado a isto, a multiplicidade de parceiros sexuais, a não utilização de preservativos como um meio de obter remunerações maiores e o consumo elevado de álcool e de substâncias ilícitas, aumentam os riscos de IST (ABREU *et al.*, 2019).

O papel desempenhado pelas Organizações não Governamentais (ONG's) de proteção aos direitos LGBTQIAPN+, promove uma série de impactos positivos, como a melhoria do bem-estar biopsicossocial, por meio do acolhimento e diminuição da exclusão social, compartilhamento de vivências, ampliação da rede de apoio social e o desenvolvimento da autoconfiança. Esses espaços implementam ações educativas, a exemplo do estímulo a utilização de preservativos durante as relações sexuais e direcionamentos quanto ao tratamento e prevenção de doenças. Além disso, as ONG's desenvolvem uma

importante função na capacitação da população para a inserção no mercado de trabalho. Entretanto, observa-se um declínio de incentivos financeiros para o fortalecimento dessas ações (ALMEIDA *et al.*, 2021).

A formulação de ações educativas para fomento da discussão em torno das temáticas gênero e sexualidade são fundamentais para promoção do respeito às diversidades. No entanto, diversos parlamentares brasileiros articulados com grupos religiosos fundamentalistas têm elaborado projetos de leis que proíbem a discussão desses temas em ambientes educacionais. Essa proibição é sustentada pela alegação de que essa temática expõe os jovens aos supostos perigos da “ideologia de gênero” (BARACUHY; PEREIRA, 2020). Ressalta-se que durante os debates em torno do papel do Programa Brasil sem Homofobia nas escolas, alguns parlamentares o intitularam pejorativamente de “Kit gay”, argumentando que tais iniciativas promovem a sexualização precoce de crianças e adolescentes (FEITOSA, 2021).

O cenário da pandemia da COVID-19 intensificou o risco de violência contra o grupo populacional LGBTQIAPN+. Uma vez que o isolamento social, enquanto medida preventiva frente a disseminação viral, aumentou o convívio familiar e conseqüentemente agravou possíveis exposições às discriminações, discussões e agressões. Ademais o contexto de fragilidade econômica, constatado na elevação do desemprego e da pobreza no Brasil, exacerbou as vulnerabilidades enfrentadas por esse público (BORDIANO *et al.*, 2021).

Dados publicados no relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB) em 2021, expõem que o Brasil é considerado o país mais perigoso para a população LGBTQIAPN+, devido aos seus altos índices de mortalidade violenta, os quais correspondem a uma morte a cada 29 horas. Estima-se que em 2021, houveram mortes de 300 indivíduos, sendo 92,0% homicídios e 8,0% suicídios. Ressalta-se ainda que o maior número de mortes LGBTQIAPN+ ocorreram na região nordeste com 35,3% dos casos, seguido da região sudeste com 33,7% e centro-oeste com 11,0%.

4 – MATERIAL E MÉTODOS

4.1 – ÁREA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantiquantitativa, desenvolvido com integrantes das ações elaboradas pela organização não governamental Astra - Direitos Humanos e Cidadania LGBT, localizada na cidade de Aracaju/Sergipe.

A ASTRA, fundada em 2001, atua em 19 cidades do estado de Sergipe, como rede de apoio da população LGBTQIAPN+, juntamente ao Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv) do Governo Federal e à Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. A ASTRA é a instituição que realiza a Parada LGBT de Sergipe (sob a lei de nº3.730 de 30 de junho de 2009), sendo a maior manifestação social em via pública no estado.

4.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Com base nas informações obtidas por meio da coordenação da Astra (2022), estima-se o cadastramento de 300 indivíduos vinculados a organização. Utilizando-se o cálculo amostral de Barbetta (2010), a amostra do estudo corresponde a 171 indivíduos. Nessa perspectiva, os critérios de inclusão da pesquisa compreendem: idade maior que 18 anos e participação regular nas atividades desenvolvidas na Astra nos últimos 12 meses. Os critérios de exclusão referem-se a presença de comprometimento cognitivo grave. Mesmo com a parceria estabelecida entre Astra e grupo de pesquisadores, nove indivíduos se recusaram a participar do estudo, correspondendo a perda amostral de 5%, o que reforça a classificação da amostra enquanto público de difícil acesso.

A estratégia consistiu em estabelecer contato com a coordenação da Astra, com o intuito de explicitar os objetivos e relevância da pesquisa, além de obter uma troca de informações/experiências concernentes ao funcionamento da instituição, linhas de atuação e missão, de modo a adaptar a pesquisa, respeitando os princípios e valores institucionais. Assim foi criado um termo de concordância institucional, o qual foi assinado pela gestora da ONG,

assegurando a consolidação da parceria entre a Astra e o grupo de pesquisa na realização da coleta de dados (ANEXO 1).

4.3 – COLETA DE DADOS

4.3.1 – Processo de Validação

Os instrumentos de coleta de dados quantitativos foram submetidos a validação por um comitê de três juízes especialistas em estudos sobre a população LGBTQIAPN+. Os pesquisadores foram escolhidos e convidados via amostragem não probabilística por conveniência, mediante a análise do currículo Lattes. Após a avaliação das orientações dadas pelos especialistas, houve a adaptação dos questionários, buscando consolidar as variáveis do estudo.

4.3.2 – Procedimentos de Coleta de Dados

4.3.2.1 – Instrumentos de Coleta de Dados Quantitativos

Foi aplicado, via *Google Forms*, durante o ano de 2023, o instrumento semiestruturado de coleta de dados quantitativos “Avaliação sociodemográfica”. O questionário foi disponibilizado no formato link para a coordenação e atores cadastrados na Astra. O instrumento foi embasado no IBGE (2019) e nos estudos de Souza; Araújo; Lins (2020) e Barrientos Delgado *et al.* (2021) com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão dos aspectos sociodemográficos, estabelecendo correlações com os seus impactos na saúde LGBTQIAPN+. Tal instrumento é composto pelas seguintes variáveis: identidade de gênero, orientação sexual, descrição étnica, escolaridade máxima, rendimento mensal, entre outras (APÊNDICE A). Além desse instrumento de coleta de dados, aplicou-se o instrumento “Avaliação das condições de saúde LGBTQIAPN+”, de caráter quantitativo, baseado nos estudos de Souza; Araújo; Lins (2020) e Corone *et al.* (2021) o qual objetivou avaliar as condições de saúde integral da população LGBTQIAPN+, apresentando variáveis relacionadas a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, prática regular de atividade física, consumo de bebidas alcóolicas e tabaco, práticas sexuais, realização de hormonioterapia e intervenções cirúrgicas de modificação corporal, entre outras (APÊNDICE B).

4.3.2.2 – Instrumentos de Coleta de Dados Qualitativos

Para a obtenção dos dados qualitativos, foi aplicado o questionário “Avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional da família”, fundamentado no estudo de Wright; Leahey (2012) – (APÊNDICE C). Este questionário fundamentou-se no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), o qual organiza-se em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Tal modelo permite analisar os vínculos familiar e externo dos indivíduos. Os discursos dos sujeitos foram recolhidos por entrevistadores prévia e devidamente treinados. As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos voluntários, no período de maio a setembro de 2023. As entrevistas foram realizadas em ambiente domiciliar ou na ONG Astra, de acordo com a preferência do voluntário, e gravadas (smartphone) para a posterior transcrição das informações registradas na íntegra. Os discursos foram analisados conforme o MCAF e, a partir dessa análise, foram elaborados o genograma e ecomapa das interações sociais internas e externas da população LGBTQIAPN+.

4.3.2.3 – Obtenção de Dados Clínicos

No período de janeiro a agosto de 2023, foram realizadas as coletas de dados clínicos da população LGBTQIAPN+ no espaço da ONG Astra. As ações foram executadas pelos membros do grupo de pesquisa em parceria com Consultório de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes, o qual é composto por professores especialistas em Saúde Sexual e Reprodutiva.

Inicialmente, foi realizado o acolhimento dos voluntários e a realização da anamnese, com o intuito de fortalecer a relação enfermeiro-paciente e ampliar a segurança dos participantes no prosseguimento das práticas de saúde. Realizou-se a mensuração de dados antropométricos, tais como: peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC), seguindo os parâmetros das Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016). Os indivíduos foram orientados a manter uma posição ereta e remover os calçados durante a avaliação do peso e altura. O cálculo do IMC deu-se pela equação 1. Posteriormente, houve a classificação em seis categorias, conforme explicitado no quadro 1.

Equação 1: Equação para o cálculo do IMC

$$IMC = \frac{P}{A^2}$$

Onde:

P= massa corporal (kg)

A= altura (m)

Quadro 1: Classificação do Índice de Massa Corporal

Classificação	IMC
Peso normal	Entre 18,5 e 24,9 kg/m ²
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Sobrepeso	Entre 25,0 e 29,9 kg/m ²
Obesidade grau I	Entre 30,0 e 34,9 kg/m ²
Obesidade grau II	Entre 35 e 39,9 kg/m ²
Obesidade grau III	> 40 kg/m ²

A pressão arterial sistêmica dos voluntários foi classificada conforme as atualizações previstas nas Diretrizes de Hipertensão Arterial da *European Society of Hypertension* (ESH, 2023). Dúvidas eventuais e obtenção de informações sobre o consumo de cafeína, substâncias alcoólicas e tabaco nos últimos 30 minutos e a realização de atividade física nos últimos 60 minutos antes da aferição, foram sanadas antes do procedimento. Caso o indivíduo se enquadrasse em uma dessas práticas, houve o estabelecimento do repouso antes da realização do procedimento.

Os voluntários foram então orientados a permanecerem sentados, com o dorso encostado na cadeira, pernas descruzadas e pés apoiados no chão. Somado a isto, os indivíduos foram instruídos a não conversarem durante a aferição da pressão arterial. A pressão arterial foi classificada em oito categorias, conforme as regulamentações da ESH (QUADRO 2).

Quadro 2: Classificação da Pressão Arterial Sistêmica.

Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótimo	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84

Alto-normal	130-139	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	90-99
Hipertensão grau 2	169-179	100-109
Hipertensão grau 3	≥ 180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Hipertensão diastólica isolada	≤ 140	≥90

O procedimento de verificação da glicemia capilar foi realizado com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019). Os indivíduos foram orientados previamente a manterem um jejum calórico de no mínimo oito horas para a realização do procedimento. Foi utilizado o glicosímetro da marca Bioland G-423S, com capacidade de leitura de 20 a 600mg/dL. Os valores desejáveis para a glicemia em jejum compreendem a <100 mg/dL.

Foram realizados testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, obtidos na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. A execução dos testes seguiu os protocolos preconizados pelo Programa de Educação Permanente do Ministério da Saúde - Telelab. Durante todas as etapas dos atendimentos, a privacidade dos indivíduos foi assegurada. O protocolo de encaminhamento dos resultados apresentou o seguinte fluxo em casos de amostras reagentes para HIV: o paciente foi submetido a uma nova testagem, com o uso do material de um fabricante diferente do teste anterior; em caso de diagnóstico confirmado, o indivíduo é encaminhado para Centro de Especialidades Médicas de Aracaju. Já nos casos de amostras reagentes para sífilis ou hepatite B e C, o paciente é encaminhado para a Unidade Básica de Saúde de referência. Independentemente da natureza dos resultados, todos os participantes receberam orientações acerca da manutenção da saúde sexual e reprodutiva.

4.4 – ANÁLISE DE DADOS

A tabulação e organização do banco de dados foram realizadas no programa Excel e em seguida analisado estatisticamente pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 25,0, a fim de obter as

frequências absolutas e relativas, com o intervalo de confiança de 95% para apresentar significância estatística ($p < 0,05$). A análise de Componente Principal (PCA) foi realizada por meio do programa *Paleontological Statistics* (PAST) 4.0. Além disso, utilizou-se o BioEstat 5.0 para a avaliação da *Odds Ratio* e o GraphPad Prism 8.0.1 para a confecção do box plot. O agrupamento da amostra foi desenvolvido de acordo com a identidade de gênero dos indivíduos. A representação gráfica das relações familiares (genograma e ecomapa) foram realizadas por meio do programa Canva®.

4.5 – ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes-UNIT com nº de parecer 5.742.860, CAAE: 61245522.7.0000.5371 (ANEXO 2). Durante o desenvolvimento das etapas metodológicas foram contemplados e resguardados os aspectos éticos e legais, de acordo com a Resolução nº 466/2012, segundo a qual participantes receberam orientações e esclarecimentos acerca da participação voluntária, objetivo do estudo e etapas metodológicas. Os sujeitos que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 – Condições de Saúde: DCNT e Saúde Sexual/Reprodutiva

Participaram do estudo 162 voluntários, com o cenário de perda amostral de 5%, o que reforça a classificação da amostra populacional como público de difícil acesso. A faixa etária global dos participantes variou entre 18 e 61 anos. A identidade de gênero mais frequente foi de homens cisgênero (42,0%), e a orientação sexual foi homossexual masculino (gay – 35,2%). O estudo evidenciou que, dentre os entrevistados, 44,4% (72) possuem o ensino médio como o grau de formação máxima, sendo em sua maioria negros ou pardos (70,5%). No que se refere ao rendimento mensal individual, aproximadamente 36,0% afirmaram não possuir rendimento e 31,1% declararam possuir renda de até 1 salário mínimo (TABELA 1).

A identidade de gênero foi um fator determinante para o nível de escolaridade do grupo populacional estudado, uma vez que os transexuais, quando comparados aos cisgêneros, apresentam mais chances de não finalizar o ensino médio (OR=3,63; IC95% entre 1,15-11,43; $p=0,0419$), como também menor probabilidade de concluir o ensino superior (OR=2,49; IC95% entre 1,27-4,86; $p=0,0113$). Essas variáveis também repercutem no rendimento mensal dos transexuais, sendo que esses apresentam 2,78 mais chances de não ganhar mais que 1 salário mínimo em comparação aos cisgêneros (IC95% entre 1,29-5,97; $p=0,0125$). Tais dados corroboram com estudo realizado com ONGs LGBT do estado do Rio Grande do Norte, o qual evidenciou uma baixa escolaridade associada a 77,6% dos transexuais participantes da pesquisa, refletindo em rendimento mensal médio da população equivalente a R\$ 935,19 (SILVA et al, 2021).

A estigmatização e exclusão social atribuídas a população transexual são os principais fatores que limitam o acesso à educação e o ingresso no emprego formal. Devido a situação de marginalização socioeconômica, grande parcela dos transexuais, sobretudo as mulheres trans, se inserem no trabalho sexual sendo expostas a diversos abusos e violências (MAGNO et al, 2018).

Tabela 1: Características sociodemográficas da população LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.

<i>Idade</i>	<i>n (%)</i>
18 a 24 anos	71 (43,8%)
25 a 29 anos	37 (22,8%)
30 a 35 anos	26 (16,0%)
36 a 41 anos	14 (8,6%)
42 a 46 anos	8 (4,9%)
47 a 51 anos	2 (1,2%)
52 a 60 anos	3 (1,9%)
> 60 anos	1 (0,6%)
<i>Identidade de gênero</i>	<i>n (%)</i>
Homem cisgênero	68 (42,0%)
Mulher cisgênero	36 (22,2%)
Homem trans	23 (14,2%)
Mulher trans	18 (11,1%)
Não binário	17 (10,5%)
<i>Orientação sexual</i>	<i>n (%)</i>
Gay	57 (35,2%)
Bissexual	34 (21,0%)
Heterossexual	27 (16,7%)
Lésbica	24 (14,8%)
Pansexual	18 (11,1%)
Assexual	2 (1,2%)
<i>Etnia</i>	<i>n (%)</i>
Pardo	61 (37,7%)
Negro	53 (32,8%)
Branco	42 (25,9%)
Indígena	3 (1,9%)
Não sabe responder	3 (1,9%)
<i>Escolaridade (máxima)</i>	<i>n (%)</i>
Ensino médio	72 (44,4%)
Ensino superior	44 (27,2%)
Ensino técnico profissional	25 (15,4%)
Ensino fundamental	14 (8,6%)
Mestrado concluído	7 (4,3%)
<i>Rendimento mensal (individual)</i>	<i>n (%)</i>
Não tem renda	58 (35,8%)
Até 1 salário-mínimo	52 (31,1%)
De 1 a 3 salários-mínimos	35 (21,6%)
De 3 a 6 salários-mínimos	7 (4,3%)
+ de 6 salários-mínimos	6 (3,7%)
Prefiro não declarar	4 (2,5%)

A tabela 2 apresenta a distribuição dos aspectos sociais da população analisada. No que se refere a situação conjugal, aproximadamente 76,0% são solteiros e 43,8% residem com os pais. Em termos de religiosidade, cerca de 53,0% dos entrevistados referem possuir religião. O poder da religião frente a sexualidade humana pode ser aplicado como um meio de “conversão” da homossexualidade e da transexualidade. Dessa forma, os indivíduos gays, lésbicas e transexuais que frequentam os centros religiosos, podem apresentar uma tendência de omitir a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero e até mesmo buscar se adequar aos padrões cisheteronormativos com o intuito de se encaixar e obter uma boa aceitação na comunidade religiosa (GATTIS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2024).

A maioria dos entrevistados (54,3%) relatou que foi vítima de violência em razão da identidade de gênero e/ou orientação sexual. Perassoli *et al* (2023) destacam que a violência contra indivíduos LGBTQIAPN+ pode ser visualizada em diversos espaços sociais, tais como centros religiosos, no ambiente domiciliar, nas escolas e nos serviços de saúde, sendo esse fator responsável pelo seu afastamento social desses ambientes (TABELA 2).

Verificou-se que os transexuais são mais propensos a sofrerem agressões de natureza física em comparação aos cisgêneros (OR=2,05; IC95% entre 1,05-3,98; $p=0,0486$). Tal dado corrobora com o estudo de Botello-Peñaloza *et al.* (2018), realizado com indivíduos LGBT no Equador, o qual destaca que metade dos participantes foram vítimas de agressões físicas em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero e, dentre os quais, os transexuais foram os mais afetados (66,5%).

No quesito orientação sexual, foi possível observar que os homossexuais (gays e lésbicas) apresentam 2,70 mais chances de serem vítimas de violência física em comparação aos heterossexuais (IC95% entre 1,10-6,60; $p= 0,0467$). Esse dado se assemelha com o estudo de Pinto *et al.* (2020), o qual se propôs a analisar o perfil das notificações de violências contra indivíduos LGBT no Brasil. O referido estudo evidenciou que a maioria dos registros de violência (57,6%) tem sido contra indivíduos homossexuais, sendo a orientação sexual um fator determinante para o ato de violência.

Os altos índices de violência contra os homossexuais e transexuais associam-se a homofobia e a transfobia, sendo essas caracterizadas como uma aversão ou rejeição às diversidades sexuais e de gênero (FEDDES *et al.*, 2020). Dessa forma, a intensificação dos crimes de intolerância contra esses grupos populacionais possui repercussões pessoais e coletivas, como o comprometimento da integridade física e psicológica, o aumento da morbimortalidade e a elevação dos custos hospitalares vinculados ao tratamento e reabilitação das vítimas (KOVCO-VUKADIN, 2020).

É importante ressaltar que a violência contra homossexuais, bissexuais e transexuais é de notificação compulsória. Assim, durante a abordagem clínica, os profissionais de saúde devem avaliar essa possibilidade, caso haja a identificação de casos suspeitos de violência, os profissionais devem registrar rigorosamente a ocorrência (GASPAR, *et al.*, 2018).

Tabela 2: Aspectos sociais vinculados a população LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.

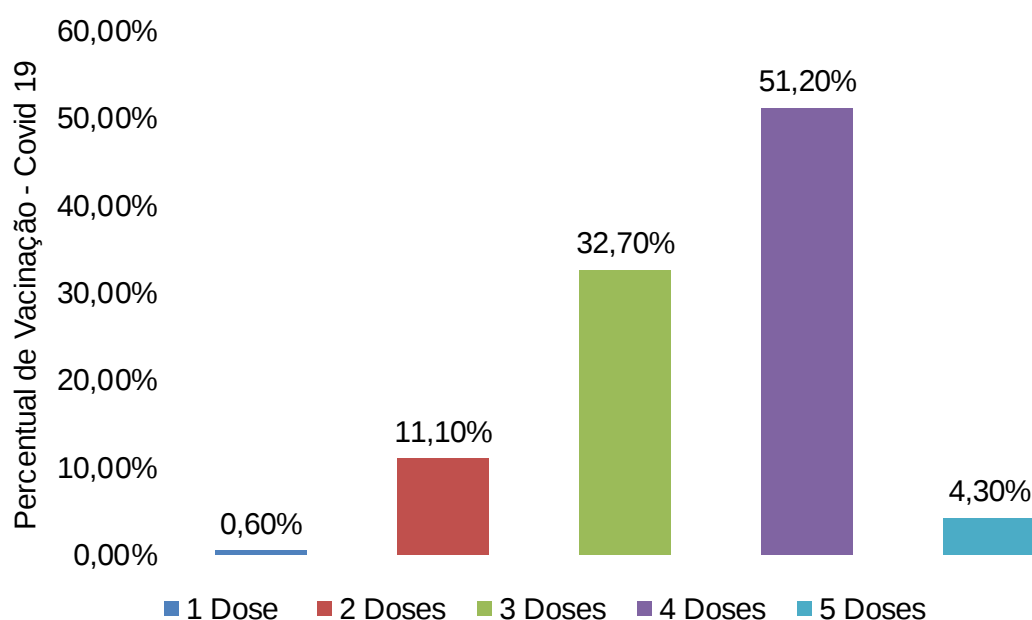
<i>Situação conjugal</i>	<i>n (%)</i>
Solteiro	120 (75,9%)
Casado	18 (11,1%)
União estável	16 (9,9%)
Divorciado	4 (2,5%)
Viúvo	1 (0,6%)
<i>Com quem reside</i>	<i>n (%)</i>
Pais	71 (43,8%)
Sozinho	38 (23,5%)
Cônjuge	36 (22,2%)
*Outros	17 (10,5%)
<i>Religião</i>	<i>n (%)</i>
Não possui religião	76 (46,9%)
Católica	31 (19,1%)
Candomblé	25 (15,4%)
Espírita	14 (8,6%)
Evangélica	9 (5,6%)
Umbanda	7 (4,3%)
<i>Já foi vítima de violência em razão da sua identidade de gênero ou orientação sexual?</i>	<i>n (%)</i>
Sim	88 (54,3%)
Não	69 (42,6%)

Prefiro não declarar	5 (3,1%)
<i>Sua orientação sexual é abertamente expressa no meio social?</i>	n (%)
Sim	136 (84,0%)
Não	26 (16,0%)

*Outros refere-se a amigos (3,5%), namorada (3,5%) e primos (3,5%)

No que concerne à Covid-19, pode-se observar que houve a predominância do diagnóstico negativo (75,3%), no intervalo dos últimos 12 meses, estando a maioria dos voluntários (84,0%) imunizados com 3 a 4 doses da vacina anti-Covid (FIGURA 3). A ampla cobertura vacinal relaciona-se aos avanços tecnológicos e científicos na produção de imunobiológicos e ao potencial de mobilização horizontal da rede de apoio das organizações sociais. Somado a isto, a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) fortaleceu a implementação de ações de vigilância, bem como a intensificação das campanhas de vacinação, reduzindo a morbimortalidade por Covid-19 (VIANA *et al*, 2023).

Figura 3: Distribuição do esquema vacinal anti-Covid no público LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.



O mapeamento das condições de saúde física da população LGBTQIAPN+ avaliada revelaram baixa ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) diagnosticadas, acometendo um percentual de apenas

16,7% dos entrevistados. Apesar disso, a maioria dos entrevistados (82,1%) afirmou ter histórico familiar para alguma DCNT. Aproximadamente 62,0% dos voluntários declararam o consumo alcoólico ocasional e 83,3% relataram não serem tabagistas. Em relação a prática de atividades físicas, 53,1% declaram que não realizam exercícios físicos de forma regular (TABELA 3). A identidade de gênero foi determinante para o tabagismo, pois o segmento transexual apresentou maior chance de ser tabagista em comparação aos cisgêneros (OR= 3,89; IC95% entre 1,64 a 9,23; p= 0,0027).

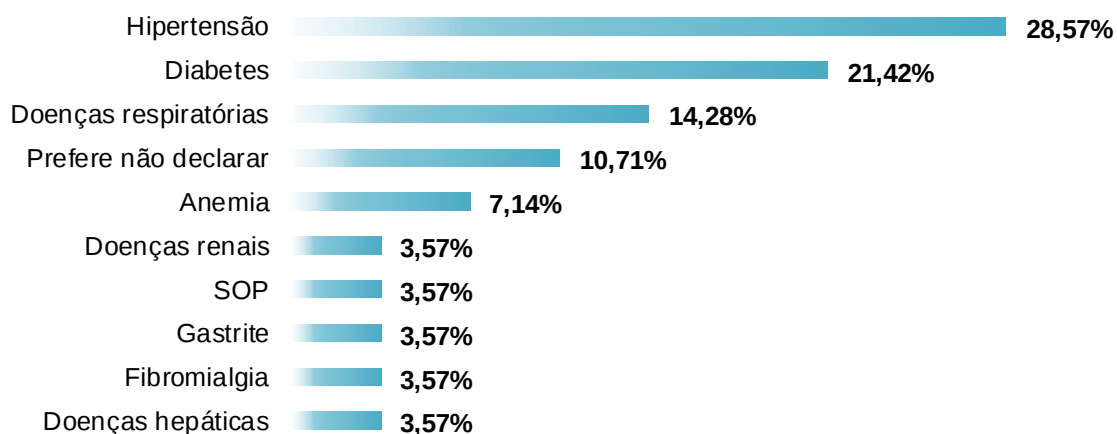
Conforme o plano de enfrentamento das DCNT realizado pelo Ministério da Saúde (2021) no Brasil, os fatores de risco classificam-se em fatores não modificáveis e fatores modificáveis. Dentre os fatores não modificáveis destacam-se o aumento da idade e o histórico familiar de DCNT. Assim, ao estabelecer relação com o presente estudo, observa-se que o perfil etário da população estudada é predominantemente adulto jovem (66,6% classificados no intervalo de 18 a 29 anos), o que pode justificar a baixa ocorrência de DCNT. Entretanto, verifica-se a prevalência do histórico familiar positivo, somado a fatores de risco modificáveis, tais como o consumo de álcool e o sedentarismo.

Tabela 3: Fatores de riscos e condutas relacionadas as DCNT do grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.

<i>Possui doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)?</i>	n (%)	Realiza tratamento	
		Sim	Não
Sim	27 (16,7%)	22 (81,48%)	5 (18,52%)
Não	135 (83,3%)		
Fatores de risco			
<i>Possui histórico familiar de DCNT?</i>	n (%)		
Sim	133 (82,1%)		
Não	29 (17,9%)		
<i>Pratica atividades físicas regularmente?</i>	n (%)		
Sim	76 (46,9%)		
Não	86 (53,1%)		
<i>Consome bebidas alcóolicas?</i>	n (%)		
Sim, regularmente	25 (15,4%)		
Sim, ocasionalmente	100 (61,7%)		
Não utiliza	37 (22,8%)		
<i>É tabagista?</i>	n (%)		
Sim	27 (16,7%)		
Não	135 (83,3%)		

Conforme os dados apresentados na Tabela 2, ao serem questionados sobre o diagnóstico clínico laboratorial de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), observou-se que 16,7% (27) relataram possuir DCNT, das quais destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (28,6%), diabetes (21,4%) e doenças do trato respiratório (14,3%), especificamente asma e rinite (FIGURA 4).

Figura 4: Distribuição das Doenças Crônicas não Transmissíveis no grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.



***SOP:** Síndrome do Ovário Policístico* **Doenças respiratórias:** Asma (7,14%) e Rinite (7,14%)

Em relação à saúde sexual, aproximadamente 72,0% dos entrevistados relataram possuir uma vida sexual ativa e destes, 50,0% afirmaram não possuir parceiro sexual fixo. No que se refere ao início da vida sexual, 70,4% declararam ter iniciado a vida sexual entre 15 e 20 anos. No tocante uso de preservativos sexuais, aproximadamente 40,0% afirmaram não utilizar preservativos, enquanto 19,1% informaram uso esporádico (TABELA 4). Conforme observado nos estudos de Abreu *et al* (2019) e de Sousa *et al* (2023), a inconsistência na utilização de preservativos pode associar-se a fatores como o excesso de confiança nos parceiros sexuais fixos, a atuação enquanto profissional do sexo e ao abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

A visão dos profissionais de saúde na África do Sul acerca da *promiscuidade* atribuída as diversidades sexuais e de gênero representa uma barreira no acesso a informações e cuidados locais relacionados a saúde sexual, de modo a criar resistência na realização de testes para a detecção de IST, além de predispor comportamentos de risco (WIKRAMANAYAKE *et al*, 2020), demonstrando que estas barreiras independem de país ou sistema de saúde. A pesquisa destaca ainda que 27,6% das lésbicas sulafricanas relataram de forma impactante que caso identificassem algum fator de risco para IST, aguardariam os sintomas “desaparecerem” ao invés de buscar assistência médica, em razão do histórico de violações dos seus direitos.

Tabela 4: Condições de saúde sexual e reprodutiva do grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.

<i>Possui vida sexual ativa?</i>	n (%)
Sim	116 (71,6%)
Não	46 (28,4%)
<i>Com qual idade iniciou sua vida sexual?</i>	n (%)
Com menos de 15 anos	32 (19,8%)
Entre 15 e 17 anos	58 (35,8%)
Entre 18 e 20 anos	56 (34,6%)
Com mais de 20 anos	16 (9,9%)
<i>Possui parceiro(a) sexual fixo?</i>	n (%)
Sim	75 (46,3%)
Não	81 (50,0%)
Prefiro não declarar	6 (3,7%)
<i>Utiliza preservativos durante as relações sexuais?</i>	n (%)
Sim, sempre	54 (33,3%)
Sim, às vezes	31 (19,1%)
Não	64 (39,5%)
Prefiro não declarar	13 (8,0%)
<i>Possui alguma infecção sexualmente transmissível (IST)?</i>	n (%)
Sim	11 (6,8%)
Não	151 (93,2%)
<i>Possui filhos(as)?</i>	n (%)
Sim	10 (6,7%)
Não	152 (93,8%)
<i>Expressa o desejo de ter filhos?</i>	n (%)
Sim	86 (53,1%)

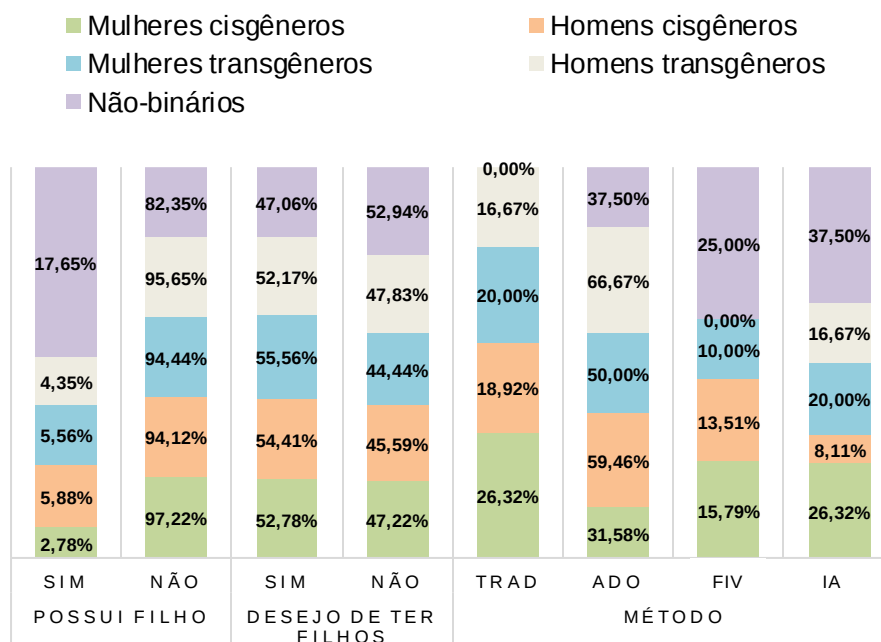
Não	76 (46,9%)
<i>Caso expresse o desejo de ter filhos, qual meio pretende utilizar?</i>	n (%)
Adoção	46 (30,4%)
Inseminação artificial	16 (9,9%)
Método tradicional	13 (8,0%)
Fertilização <i>in vitro</i>	11 (6,8%)

Conforme apresentado na tabela 4, aproximadamente metade do grupo populacional estudado (53,1%) tem desejo de ter filhos. Ao analisar a expressão positiva sobre o desejo de ter filhos de acordo com a identidade de gênero, destacam-se as mulheres trans (56,0%). No que se refere ao método pretendido, evidencia-se a adoção como opção de aproximadamente 67,0% dos homens trans e 50,0% das mulheres trans (FIGURA 5).

Apesar da adoção por casais do mesmo sexo ser aprovada pelo Conselho Nacional de Justiça, desde o ano de 2011, a concepção de família é tradicionalmente baseada em princípios da cisheteronormatividade, os quais colocam em questão a qualidade e capacidade de casais formados por gays e lésbicas no desenvolvimento infantil. Somado a isso, existem discussões em torno da homoparentalidade influenciar na orientação sexual dos filhos, predispondo que estes tenham maior tendência em se tornarem homossexuais em comparação a filhos de casais heterossexuais (RODRIGUES *et al.*, 2023).

No caso dos indivíduos transexuais, nota-se o discurso social de “esterilidade simbólica”, o qual determina que indivíduos cisgêneros podem ter filhos, porém indivíduos transexuais não podem. Dessa forma, o desejo de ter filhos expresso pelos membros da comunidade LGBT é constantemente ameaçado pelas desaprovações e barreiras sociais (ANGONESE *et al.*, 2017).

Figura 5: Avaliação da expressão do desejo de ter filhos e de método no grupo populacional LGBTQIAPN+, Sergipe, 2023.



*TRAD: tradicional; ADO: Adoção; FIV: Fertilização *in vitro*; IA: Inseminação artificial

Ao serem questionados sobre o diagnóstico laboratorial específico das infecções sexualmente transmissíveis (IST), observou-se que se destacam a sífilis (36,4%) e HIV (36,4%), além da ocorrência de herpes (9,1%) e hepatite (9,1%). Ressalta-se que 9,1% dos casos diagnosticados expressavam coinfeção *Treponema pallidum* e HIV. Foi possível verificar que o diagnóstico de IST independe da identidade de gênero, não havendo, portanto, diferença estatística entre os transexuais e cisgêneros (OR=2,36; IC95% entre 0,49-11,34; $p=0,439$).

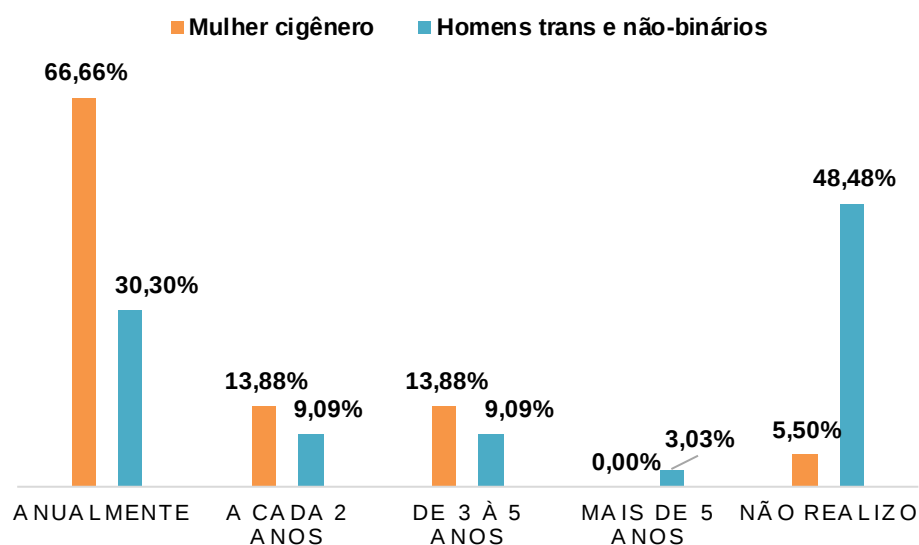
A população LGBTQIAPN+ é constantemente associada ao acometimento e propagação de IST, sendo tal relação influenciada pela epidemia de HIV, que ocorreu no início da década de 1980 e foi fortemente vinculada aos homossexuais e às travestis. Entretanto, verifica-se uma mudança no perfil dos pacientes que possuem diagnóstico de IST. O boletim epidemiológico de HIV/Aids levantado pelo Ministério da Saúde, com base nos dados providos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), enfatizou que entre os anos de 2010 e 2016, houve a notificação de 125.806 novos casos de HIV em homens cisgêneros, sendo que dentre esses indivíduos, 75,0% eram heterossexuais (BRASIL, 2017). Contudo, a avaliação da saúde

sexual evidencia riscos comportamentais quanto ao uso dos preservativos, sendo que a maioria dos participantes do estudo (58,6%) apresentam fatores de exposição a IST relacionados a inadequações na utilização dos métodos de barreira.

No que concerne ao exame citopatológico, observou-se que 69 indivíduos o realizaram, dos quais 36 (52,2%) correspondem a mulheres cisgêneros e 33 (47,8%) a homens trans e não-binários. Dessa forma, observou-se que a frequência de realização do exame diferiu entre os dois grupos, uma vez que cerca de 70,0% das mulheres cisgêneros realizam o exame anualmente, enquanto 48,5% dos homens trans e não-binários não o realizam (Figura 6). Foi possível verificar por meio da *Odds Ratio* que os homens trans e não-binários apresentam 16 vezes mais chances de não realizar o exame de lâmina, comparados as mulheres cisgêneros (IC95% entre 3,29 a 77,76; $p=0,0002$).

Nos Estados Unidos, cerca de 51,0% dos transexuais não realizaram o exame citopatológico nos últimos 3 anos, justificável em função de barreiras como o despreparo dos profissionais de saúde e a discriminação nos serviços de saúde (SEAY et al, 2017). A maior parte dos transexuais têm preferido preferem realizar a auto-amostragem do HPV como rastreamento primário do câncer do colo do útero, com o intuito de evitar situações constrangedoras durante a realização do exame citopatológico com os profissionais de saúde nos EUA.

Figura 6: Comparativo entre a frequência de realização do exame citopatológico em mulheres cisgêneros X homens trans e não-binários, Sergipe, 2023.



5.2- Caracterização da Saúde Sexual do Segmento Transexual

A Tabela 5 apresenta os dados relacionados a saúde sexual e imagem corporal do segmento transexual, o qual totaliza 58 voluntários, extraídos da amostra populacional estudada (162). Observa-se uma vivência de aceitação do uso do seu nome social, considerando então que a comunidade em geral respeita a sua utilização (76,0%). Com relação a captação de informações para o entendimento da hormonioterapia, metade do segmento transexual afirma que a realizou, dentre os quais aproximadamente 60,0% com acompanhamento de profissional de saúde qualificado.

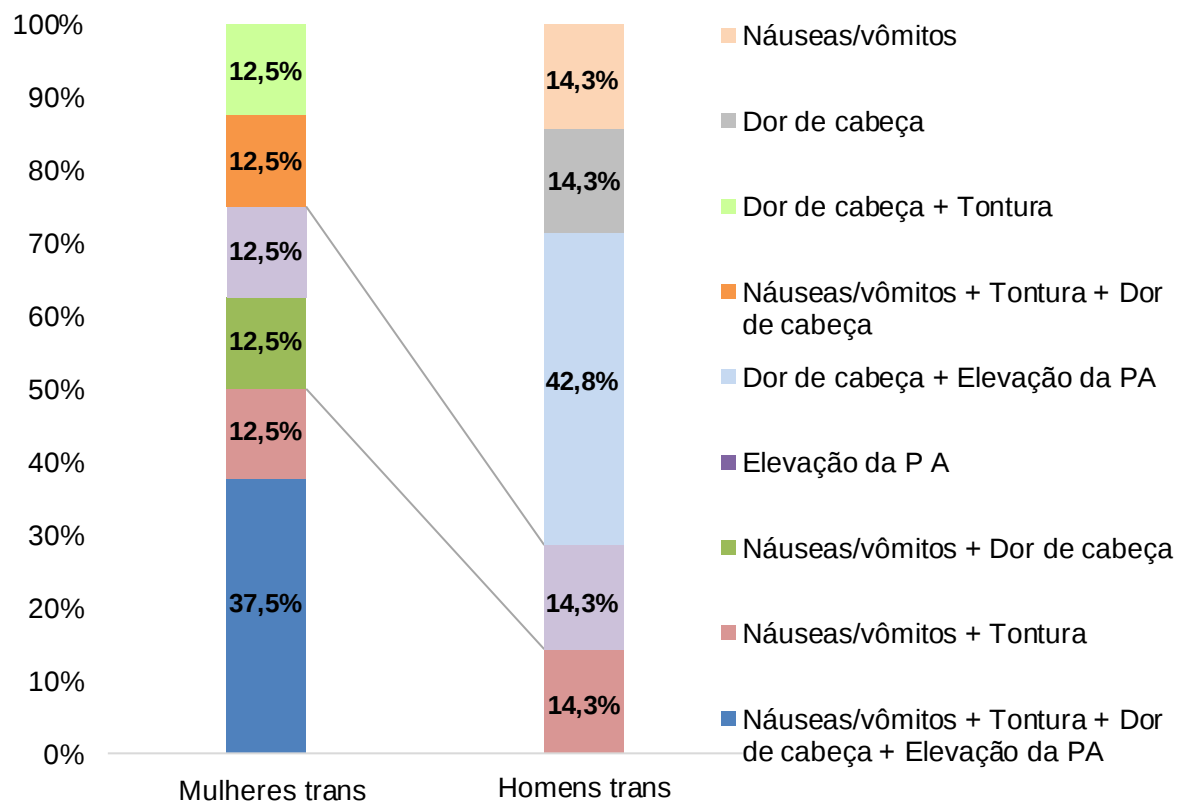
A utilização de procedimentos de modificação corporal foi negada por 76,0% desse segmento transexual. Do total de voluntários que realizaram procedimentos de modificação corporal, aproximadamente 90,0% alegam ter realizado em unidades de saúde legalizadas.

Tabela 5: Aspectos relacionados à saúde sexual e imagem corporal do segmento transexual, Sergipe, 2023.

<i>Realiza ou já realizou hormonioterapia?</i>	n (%)
Sim	29 (50,0%)
Não	28 (48,3%)
Prefere não declarar	1 (1,7%)
<i>O procedimento de hormonioterapia deu-se mediante as orientações de um profissional de saúde?</i>	n (%)
Sim	17 (58,6%)
Não	12 (41,4%)
<i>Durante a hormonioterapia apresentou ou apresenta algum efeito colateral?</i>	n (%)
Sim	15 (51,7%)
Não	14 (48,3%)
<i>Já passou por alguma cirurgia de modificação corporal?</i>	n (%)
Sim	14 (24,1%)
Não	44 (75,9%)
<i>Caso tenha passado por algum processo cirúrgico de modificação corporal, este procedimento foi realizado em uma unidade de saúde legalizada?</i>	n (%)
Sim	12 (85,7%)
Não	2 (14,3%)
<i>Caso tenha passado por intervenções hormonais ou cirurgias de modificação corporal, esses procedimentos foram realizados em qual sistema de saúde?</i>	n (%)
Sistema público	7 (12,1%)
Sistema privado	12 (20,7%)
Ambos os sistemas	5 (8,6%)
Não se aplica	34 (58,6%)

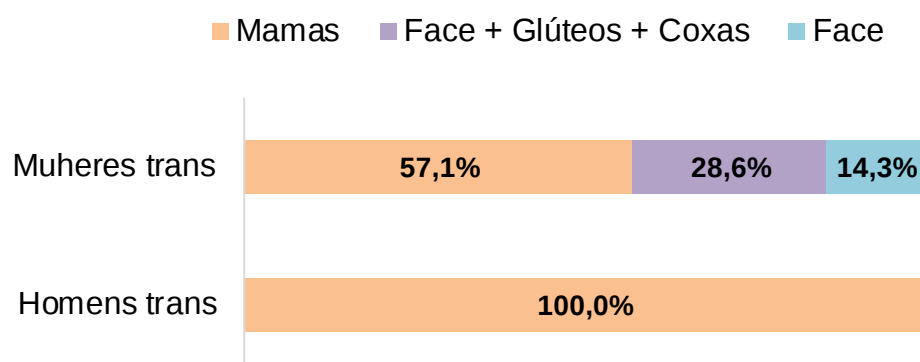
Conforme os dados apresentados na tabela 5, aproximadamente 52,0% dos entrevistados relataram ter apresentado efeitos colaterais durante a terapia hormonal. A figura 7 apresenta a distribuição dos eventos adversos decorrentes da hormonioterapia. Nas mulheres trans destacam-se os efeitos conjuntos: náuseas/vômitos + tontura + dor de cabeça + elevação da pressão arterial sistêmica (37,5%); enquanto nos homens trans destacam-se apenas dor de cabeça + elevação da Pressão arterial sistêmica (42,8%).

Figura 7: Distribuição dos efeitos colaterais da terapia hormonal em mulheres e homens trans, Sergipe, 2023.



A tabela 5 evidencia que 24,1% dos transexuais foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de modificação corporal. Em relação às mulheres transexuais, houve o destaque (57,1%) de intervenções cirúrgicas nas mamas com colocação de próteses de silicone, seguido de modificações faciais, glúteos e coxas (28,6%), enquanto que todos os homens trans realizaram mastectomia (FIGURA 8).

Figura 8: Distribuição das estruturas corpóreas de mulheres e homens trans submetidas a intervenções cirúrgicas, Sergipe, 2023.



A análise de componente principal agrupou os transexuais, os quais compõem uma amostra populacional com 58 indivíduos, em três subgrupos diferentes. Os subgrupos foram formados de acordo com o grau de semelhança das interações dos membros de cada conjunto. Assim, é possível determinar que para essa análise, a soma das duas primeiras componentes principais explicam 68,5% do modelo apresentado (TABELA 6).

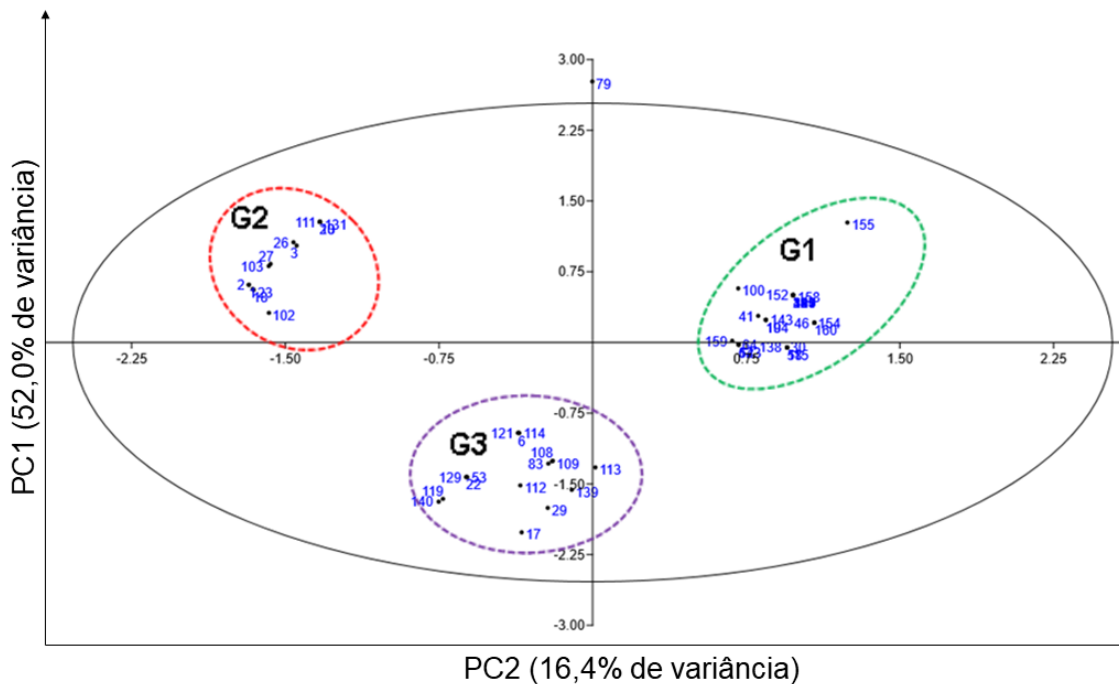
Tabela 6: Distribuição das variâncias percentuais dos componentes principais da amostra analisada, Sergipe, 2023.

PC	Variância explicada (%)	Variância acumulada (%)
1	52,0	52,0
2	16,4	68,5
3	9,5	78,0
4	7,7	85,7
5	6,0	91,8
6	4,8	96,6
7	3,3	100,0

O gráfico de *score* demonstra a formação dos três subgrupos distintos, evidenciando que há diferença estatística entre os indivíduos pertencentes ao segmento transexual. Ao analisar as variáveis intrínsecas de cada um dos subgrupos, observou-se a seguinte conformação: o subgrupo G1, é formado

pelos eixos PC1 + e PC2+, totaliza 28 indivíduos, o subgrupo G2, é formado pelos eixos PC1- e PC2+, totaliza 13 indivíduos e o subgrupo G3, é formado pelos eixos PC1- e PC2-, totaliza 16 indivíduos (FIGURA 9).

Figura 9: Subgrupos do segmento transexual em relação às repostas obtidas por meio do questionário aplicado.



O subgrupo G1 é composto por indivíduos que não realizaram hormonioterapia e que não se submeteram a intervenções cirúrgicas de modificação corporal, sendo heterogêneo e composto por mulheres trans, homens trans e não-binários. No tocante ao uso do nome social, 100,0% das mulheres transexuais e 75,0% dos não-binários afirmaram que a sociedade em geral respeita o seu nome social, enquanto 62,5% dos homens transexuais relataram desrespeito (TABELA 7).

Tabela 7: Subgrupo G1 do segmento transexual em relação às repostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.

n	Mulheres trans		Homens trans		Não-Binário	
	4		8		16	
Respeito ao uso do nome social	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	100,0%	0,0%	37,5%	62,5%	75,0%	25,0%
Realizam hormonioterapia	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Modificação corporal	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

O subgrupo G2 é composto por homens e mulheres que realizaram hormonioterapia e cirurgias de modificação corporal. A maioria das mulheres trans (71,4%) relataram a realização da hormonioterapia sem o acompanhamento de um profissional de saúde, enquanto 100,0% dos homens trans afirmaram ter tido o acompanhamento de profissionais de saúde durante a terapia hormonal. No que se refere aos efeitos colaterais decorrentes da hormonioterapia, a maioria das mulheres trans (71,4%) relataram ocorrência, ao passo que a maioria dos homens trans (66,7%) negaram efeitos adversos. Em relação a realização de cirurgias de modificação corporal, cerca de 30,0% das mulheres transexuais relataram que realizaram esses procedimentos em unidades de saúde não legalizadas (TABELA 8).

Tabela 8: Subgrupo G2 do segmento transexual em relação às respostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.

n	Mulheres trans			Homens trans		
	7			6		
Respeito ao uso do nome social	Sim	Não		Sim	Não	
	85,7%	14,3%		100,0%	0,0%	
Realizam hormonioterapia	Sim	Não		Sim	Não	
	100,0%	0,0%		100,0%	0,0%	
Orientação profissional de saúde	Sim	Não		Sim	Não	
	28,6%	71,4%		100,0%	0,0%	
Efeitos colaterais	Sim	Não		Sim	Não	
	71,4%	28,6%		33,3%	66,7%	
Modificação corporal	Sim	Não		Sim	Não	
	100,0%	0,0%		100,0%	0,0%	
Unidade legalizada	Sim	Não		Sim	Não	
	71,4%	28,6%		100,0%	0,0%	
Sistema utilizado	Público	Privado	Ambos	Público	Privado	Ambos
	85,7%	14,3%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%

O subgrupo G3 é composto por mulheres e homens trans que realizaram hormonioterapia e que não se submeteram a intervenções cirúrgicas de modificação corporal. A maioria das mulheres trans (83,3%) afirmou que realizou hormonioterapia sem orientações de um profissional de saúde, enquanto 90,0% dos homens trans tiveram o acompanhamento profissional durante a terapia hormonal. Esse perfil pode associar-se aos diferentes padrões de cuidado na perspectiva do gênero (LEVORATO *et al.*, 2014), que identificou que o gênero feminino apresenta maior tendência de buscar assistência à saúde, comparado ao gênero masculino. Dessa forma, o fato dos homens trans serem biologicamente vinculados ao sexo feminino, pode exercer influência na busca por acompanhamento profissional durante a terapia hormonal. No que se refere ao sistema de saúde utilizado para a realização da hormonioterapia, 30,0% dos homens trans afirmaram o uso do sistema privado, enquanto a maioria das

mulheres transexuais (66,7%) não responderam sobre o sistema utilizado (TABELA 9).

Há maior facilidade na obtenção do estradiol e da progesterona sem receita médica nos ambientes farmacêuticos brasileiros, sendo esta uma condição favorável para a prática da automedicação, a qual representa um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos na hormonioterapia (SILVA *et al.*, 2022). Ademais, as barreiras no acesso aos serviços de saúde e o despreparo dos profissionais pode estimular a automedicação, bem como as condições socioeconômicas podem inferir na dedução de que quanto maior o nível de hormônio administrado, maior será a rapidez das mudanças corpóreas desejadas (REBACK *et al.*, 2018).

Tabela 9: Subgrupo G3 do segmento transexual em relação às respostas obtidas por meio do questionário aplicado, Sergipe, 2023.

n	Mulheres trans				Homens trans			
	6				10			
Respeito ao uso do nome social	Sim	Não			Sim	Não		
	83,3%	16,7%			80,0%	20,0%		
Realizam hormonioterapia	Sim	Não			sim	Não		
	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		
Orientação profissional da saúde	Sim	Não			Sim	Não		
	16,7%	83,3%			90,0%	10,0%		
Efeitos colaterais	Sim	Não			Sim	Não		
	50,0%	50,0%			50,0%	50,0%		
Modificação corporal	Sim	Não			Sim	Não		
	0,0%	100,0%			0,0%	100,0%		
Sistema utilizado	Públ.	Priv.	Amb	NI	Públ.	Priv.	Amb	NI
	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%

***Públ:** Público; **Priv:** Privado; **NI:** Sistema de saúde não identificado; **Amb:** Ambos.

5.3 – Interações Sociais da População LGBTQIA+

Na avaliação estrutural da família 1, o indivíduo índice, trata-se de uma mulher transexual, de 32 anos, desempregada, que possui antecedentes clínicos

de hipertensão arterial e ansiedade. Na ambiência do contexto familiar materno, ocorrem manifestações crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial (avô), osteoporose e hipertensão (avó), além de câncer de mama (genitora). No histórico familiar paterno, destacam-se comorbidades com perfil mental/psicológico/comportamental: Alzheimer (avô), ansiedade e depressão (avó), além de etilismo e tabagismo (genitor).

O indivíduo índice 1 precisou sair da casa dos pais muito jovem devido aos conflitos, sendo que o elo familiar mais próximo era seu irmão que já havia falecido aos 27 anos. No que se refere a configuração dos relacionamentos familiares, a relação do indivíduo índice com o seu pai é considerada conflituosa e com a mãe é distante, mas com contatos eventuais recentes com a genitora. Tal conformação familiar pode ser observada no seguinte discurso:

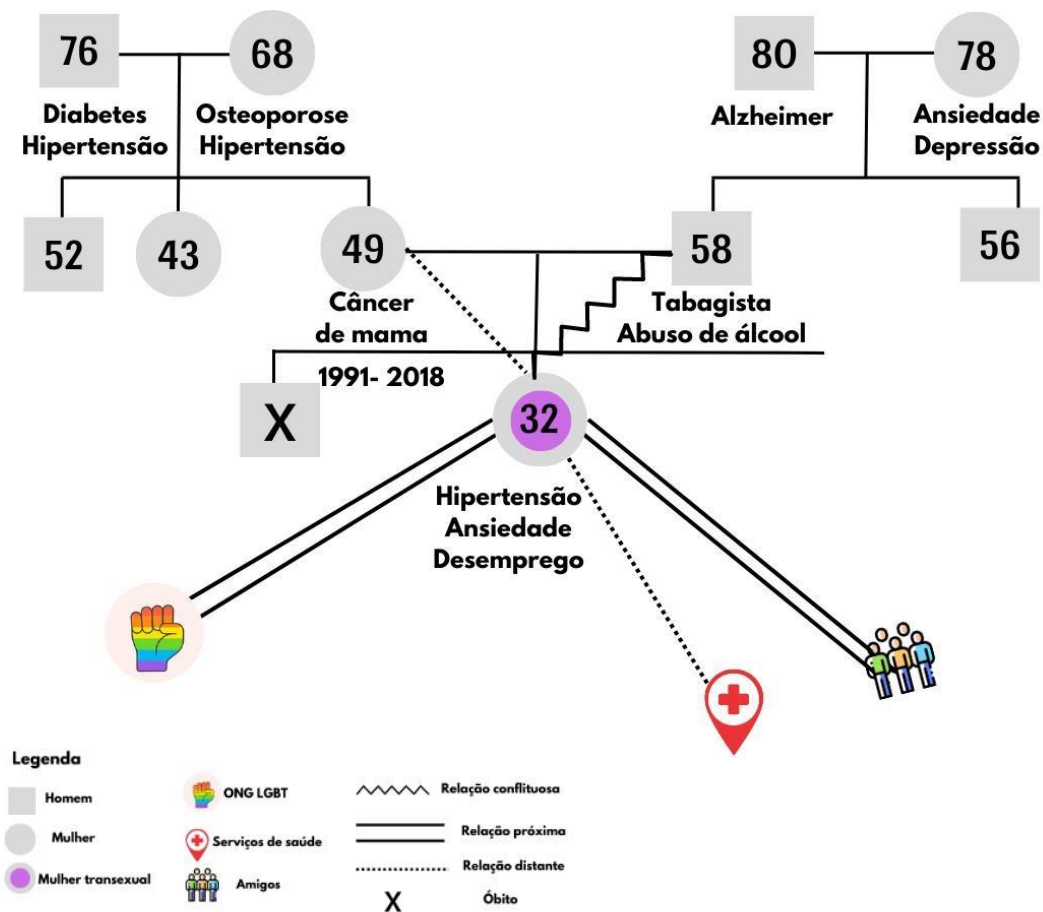
“Fui expulsa de casa criança, meu pai dizia que ia matar ele de vergonha e que não teria filho “viadinho” não. Fui morar na rua e minha mãe não era ignorante como ele (pai), só que também não disse nada para me defender (...) hoje vejo ela (mãe) as vezes, escondido do meu pai, ele não quer saber nada de mim.”

O discurso do indivíduo índice corrobora com dados publicados em 2018 pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), os quais evidenciam que grande parte dos transexuais brasileiros são expulsos do ambiente domiciliar ainda quando crianças, sendo que a faixa etária média de expulsão corresponde a 13 anos.

A avaliação das interações sociais externas demonstra que existe uma relação próxima do indivíduo índice com os amigos e com as Organizações não Governamentais engajadas na proteção dos direitos LGBT, tais como a ASTRA (FIGURA 10). A relação com os serviços de saúde, públicos ou privados, foi classificada como distante, assim como destacado no seguinte discurso:

“(...) Você percebe no olhar das pessoas o julgamento, te tratam como nada e ainda já passei por cada coisa, não falam meu nome certo, falam comigo no masculino, isso me chateia, me deixa arrasada, por essa e outras é uma luta ir no médico.”

Figura 10: Genograma e ecomapa das interações familiares de mulher trans, Sergipe, 2023.



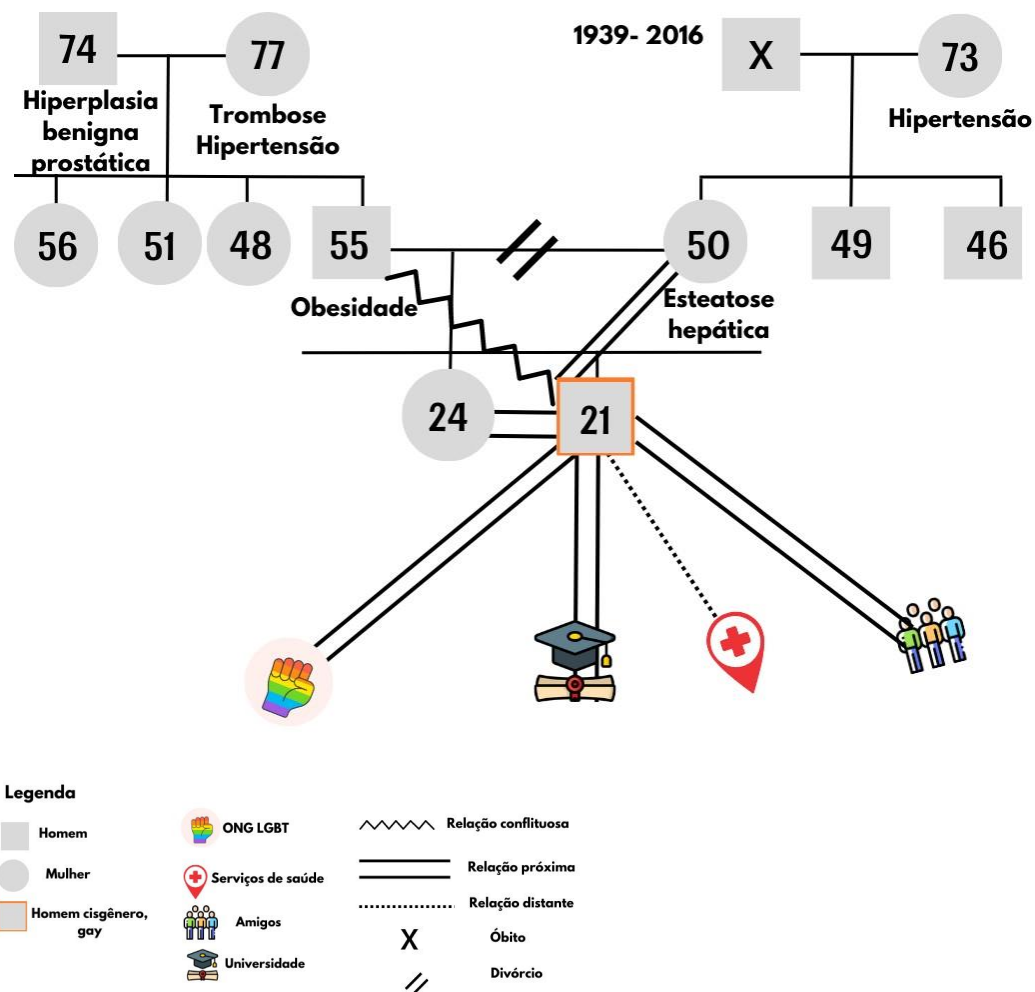
Na avaliação estrutural da família 2, é possível observar que o indivíduo índice se trata de um homem cisgênero, gay, universitário, de 21 anos, que não possui antecedentes clínicos pessoais. Na ambiência familiar paterna, observa-se a ocorrência de hiperplasia benigna prostática (avô), trombose e hipertensão (avô), além de obesidade (genitor). No histórico familiar materno foram relatados o falecimento do seu avô por acidente vascular encefálico (“Derrame”) e a ocorrência de comorbidades, tais como hipertensão arterial (avó) e esteatose hepática (mãe). Na configuração dos relacionamentos familiares deste indivíduo índice 2, evidencia-se que sua relação com as mulheres da primeira geração (mãe e irmã) é considerada próxima, enquanto o relacionamento com seu pai é classificado como conflituoso, conforme destacado no seguinte discurso:

“(...) Meus pais já sabiam que eu era diferente desde pequeno (...) quando me assumi as reações foram diferentes, minha mãe acolheu e meu pai foi muito violento como eu já esperava, até hoje não me dou bem com ele (pai). Meu alicerce é minha mãe e minha irmã, elas que me defendem toda hora.”

O processo de revelação da orientação sexual – *assumir* - é complexo e envolve diferentes reações no âmbito familiar. A intolerância da família pode estar associada ao sentimento de frustração, medo e ao rompimento das idealizações e projeções que os pais atribuem aos seus filhos (SOLIVA *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Dessa forma, a não aceitação familiar frente a homossexualidade predispõe a distanciamento desta projeção pais-filhos, ocorrência de violência e rompimento dos laços afetivos/familiares, conforme observado na relação do indivíduo índice 2 com o seu pai.

A avaliação das interações sociais externas demonstra que existe uma relação próxima do indivíduo índice 2 com a universidade, com as Organizações não Governamentais engajadas na proteção dos direitos LGBT e com o seu grupo de amigos. Entretanto, a relação com os serviços de saúde, públicos ou privados foi considerada distante, uma vez que o indivíduo relata não frequentar regularmente esses serviços (FIGURA 11).

Figura 11: Genograma e ecomapa das interações sociais de homem cisgênero gay, Sergipe, 2023.



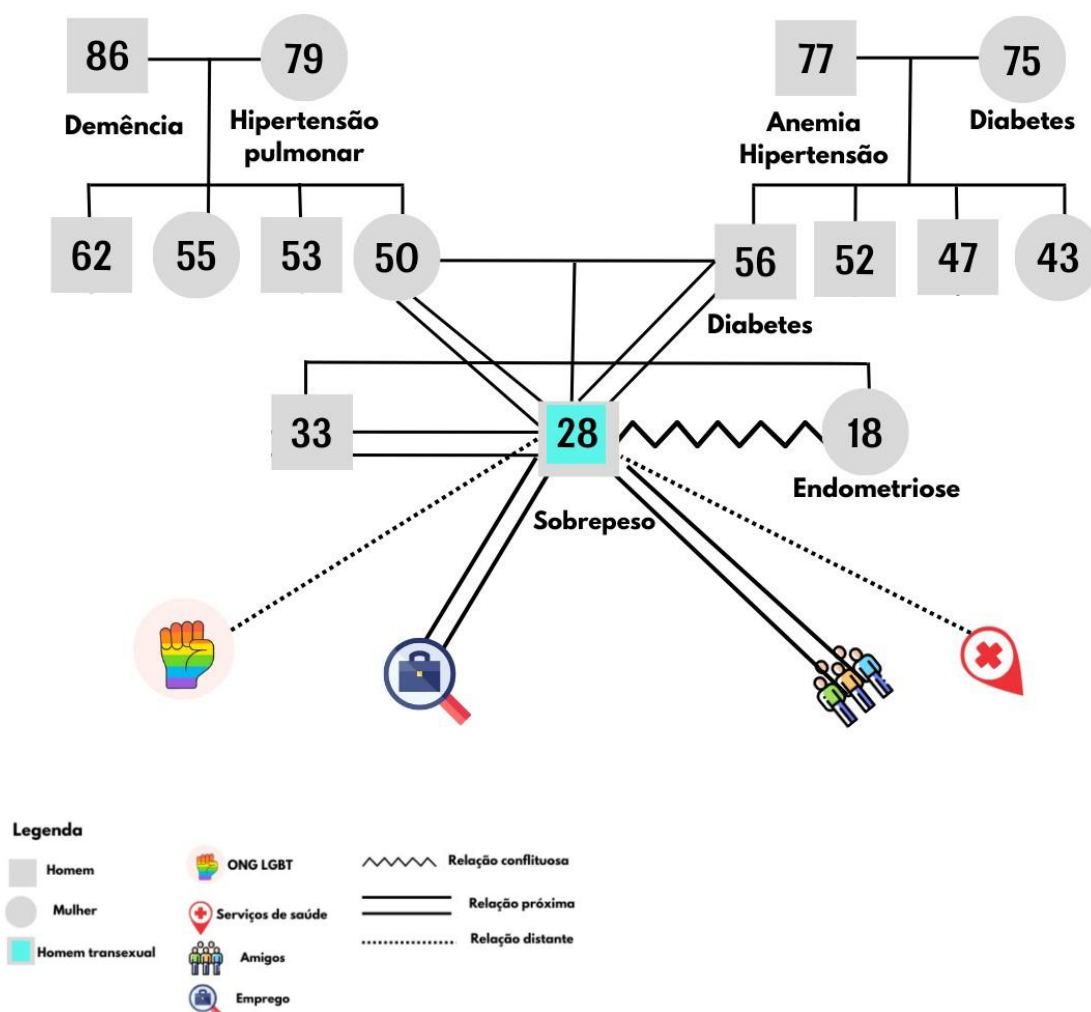
Na avaliação estrutural da família 3, é possível observar que o indivíduo índice se trata de um homem transexual, de 28 anos, atualmente inserido no mercado de trabalho como garçom, que apresenta antecedentes clínicos de sobrepeso. Na ambiência familiar materna, observa-se a ocorrência de demência (avô) e hipertensão pulmonar (avó). No histórico familiar paterno, destaca-se ocorrência de comorbidades como: anemia e hipertensão arterial (avô) e diabetes (avó e pai). Ademais a sua irmã possui endometriose. No que se refere a configuração dos relacionamentos familiares, evidencia-se que a relação do indivíduo índice 3 com a sua mãe, pai e irmão mais velho é considerada próxima, enquanto o relacionamento com sua irmã é classificado como conflituoso, conforme evidenciado no discurso abaixo:

“(...) Ela (irmã) não me aceita como sou, é difícil pra caramba conversar sem ter brigas, o meu jeito de falar, de ser, tudo incomoda ela, é difícil né? Não sei o que fazer (...) ela vive usando Deus para dizer que tudo que faço é pecado, aí é que evito estar perto porque me faz mal.”

A opressão religiosa destacada no discurso do sujeito índice 3 pode ser explicada pelo fato de que as correntes religiosas monoteístas, sobretudo o cristianismo, frequentemente associam a transexualidade a uma conduta pecaminosa, uma vez que segundo os seus preceitos, tais indivíduos são considerados desviantes dos “mandamentos divinos” (NASCIMENTO, 2019).

A avaliação das interações sociais externas demonstra que existe uma relação próxima do indivíduo índice com o ambiente laboral e com seu grupo de amigos. Entretanto, a sua relação com as Organizações não Governamentais engajadas na proteção dos direitos LGBT e com os serviços de saúde foi classificada como distante (FIGURA 12).

Figura 12: Genograma e ecomapa das interações sociais de homem transexual, Sergipe, 2023.



5.4 – Avaliação dos Dados Clínicos

A amostra populacional que aceitou se submeter a avaliação dos dados clínicos compreendeu 45 voluntários cadastrados na ONG Astra, os quais passaram por análise antropométrica e mensurações de sinais vitais. No que se refere a identidade de gênero 57,8% são mulheres transgêneras, seguido por homens cisgêneros (22,2%). Quanto a orientação sexual, 48,9% são identificados como heterossexuais e 28,9% homossexuais masculinos (gay) – (TABELA 10).

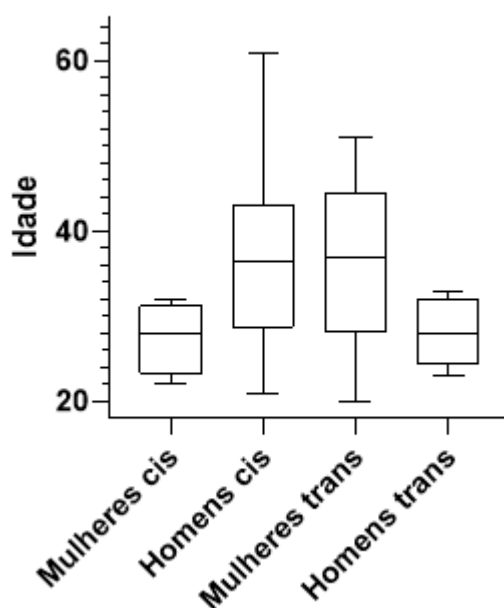
Tabela 10: Distribuição da identidade de gênero e orientação sexual dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.

Identidade de gênero			Orientação sexual		
Classe	nº	%	Classe	nº	%
Mulher Cis	4	8,9	Heterossexual	22	48,9
Homens Cis	10	22,2	Lésbica	5	11,1
Mulheres Trans	26	57,8	Gay	13	28,9
Homens Trans	5	11,1	Bissexual	4	8,9
			Pansexual	1	2,2
Total	45	100	Total	45	100

Os voluntários realizaram testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B e C. Dentre os 45 voluntários, apenas 5 se recusaram a participar, resultando em uma amostra final de 40 participantes. Com a execução dos testes, 3 indivíduos (7,5%) apresentaram resultados reagentes apenas para sífilis. Esse dado corrobora com a amostra global do estudo (162), onde 6,8% dos entrevistados responderam que possuem algum tipo de IST. Destaca-se que as barreiras no acesso aos serviços de saúde e o preconceito dos profissionais desfavorecem a realização dos testes rápidos para a detecção de IST, além de prejudicarem o acesso a informações e cuidados inerentes a saúde sexual, tornando o público LGBTQIAPN+ um grupo de risco para IST (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

As variáveis foram organizadas de acordo com a identidade de gênero. No quesito faixa etária, observa-se que as mulheres cisgêneros apresentaram a idade mínima de 22 anos, máxima de 32, mediana de 28 e a amplitude interquartil foi de 8,5. Em homens cisgêneros, a idade mínima foi de 21, máxima 61, mediana 36,5 e amplitude interquartil foi de 14,2. As mulheres transgêneros apresentavam idade mínima de 20, máxima 51, mediana 37 e a amplitude interquartil foi de 16,2. Entre os homens transgêneros, a idade mínima foi de 23, máxima 33, mediana 28 e a amplitude interquartil foi de 7,5 (FIGURA 13).

Figura 13: Faixa etária dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.

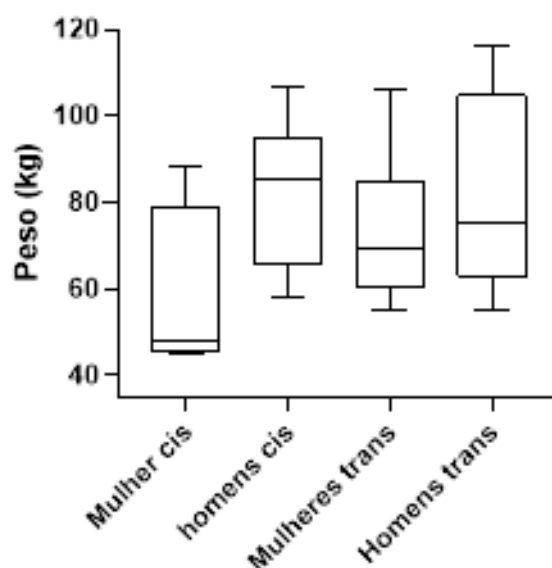


I.G	Mín	Q(-)	Med.	Q(+)	Máx
M.C	22	23,5	28	31,25	32
H.C	21	28,75	36,5	43	61
M.T	20	28,25	37	44,5	51
H.C	23	24,5	28	32	33

*I.G: Identidade de gênero; M.C: Mulher cis, H.C: Homem cis; M.T: Mulher trans; H.T: Homem trans; Mín: Mínima, Q (-): Quartil 1; Q (+): Quartil 2; Máx: Máxima.

Em relação ao peso corporal, as mulheres cisgêneros apresentavam entre 45,1 e 88,6 kg, mediana de 48,0 kg e amplitude interquartil de 33,6. Nos homens cisgêneros, o peso mínimo foi de 58,2 kg, máximo de 107,0 kg, mediana 85,2 kg e a amplitude interquartil foi de 29,4. Nas mulheres trans, o peso mínimo foi de 55,0 kg, máximo de 106 kg, mediana de 69,3 e a amplitude interquartil foi de 24,5. Nos homens trans, o peso mínimo foi de 55,0 kg, máximo de 116,5 kg, mediana de 75,0 kg e a amplitude interquartil foi de 42,0 (FIGURA 14).

Figura 14: Distribuição do peso dos indivíduos submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.



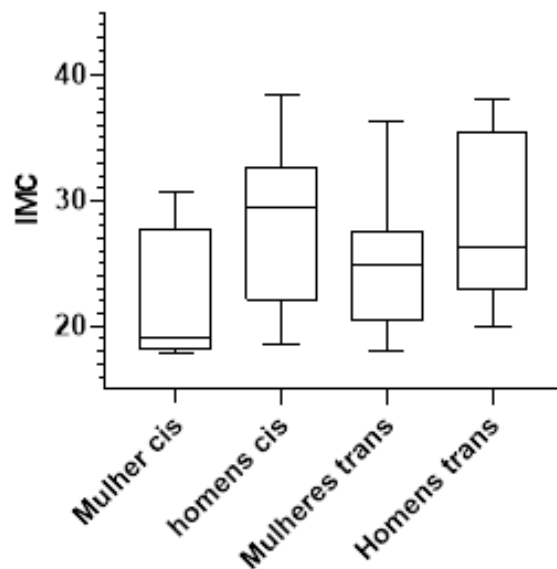
I.G	Mín	Q (-)	Med.	Q (+)	Máx
M. C	45,1	45,33	48	78,95	85,1
H. C	58,2	65,85	85,2	95,25	105,2
M. T	55	60,35	69,35	84,9	105
H. T	55	62,9	75	104,9	115

*I.G: Identidade de gênero; M.C: Mulher cis, H.C: Homem cis; M.T: Mulher trans; H.T: Homem trans; Mín: Mínima, Q (-): Quartil 1; Q (+): Quartil 2; Máx: Máxima.

A avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) evidenciou que o mínimo apresentado pelas mulheres cisgêneros foi de 17,8 kg/m², o máximo de 30,6 kg/m², mediana de 19,1 kg/m² e amplitude interquartil de 9,64. Nos homens cisgêneros, o mínimo foi de 18,5 kg/m², máximo de 38,3 kg/m², mediana 29,4 kg/m² e a amplitude interquartil foi de 10,6. Nas mulheres transexuais, o mínimo foi de 17,9 kg/m², máximo de 36,2 kg/m², mediana de 24,9 kg/m² e amplitude interquartil de 7,1. Nos homens trans, o mínimo foi de 19,9 kg/m², máximo de 38,0 kg/m², mediana de 26,2 kg/m² e amplitude interquartil de 12,5. Observa-se que as mulheres cisgêneros e transgêneros apresentam resultados de IMC mais próximos ao padrão de normalidade, enquanto os homens cisgêneros encontram-se em uma faixa de variação entre eutrofia e obesidade grau I e os transgêneros situam-se entre a eutrofia e a obesidade grau II (FIGURA 15). É importante ressaltar que há uma escassez de parâmetros de Bioimpedância para mulheres e homens transexuais, sendo estes atualmente baseados nos dados de IMC de indivíduos cisgêneros. Dessa forma, a ausência de protocolos

antropométricos para transexuais podem predispor avaliações inadequadas do estado nutricional desse grupo (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Figura 15: Distribuição do IMC dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.



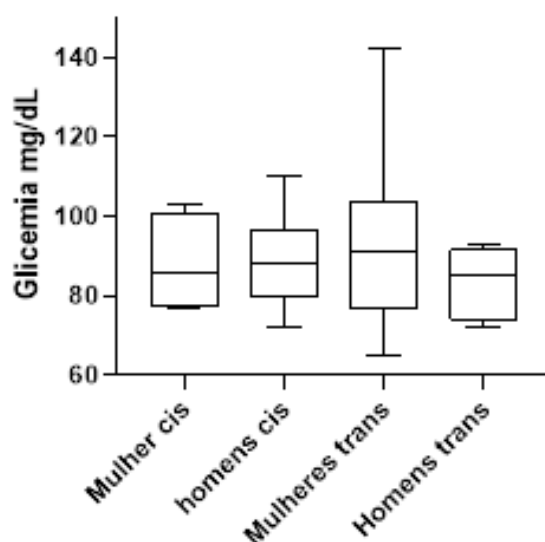
I.G	Mín	Q (-)	Med.	Q (+)	Máx
M. C	17,84	18,14	19,10	27,78	30,66
H. C	18,58	22,11	29,44	32,73	38,37
M. T	17,96	20,48	24,96	27,64	36,25
H. T	19,96	22,99	26,26	35,53	38,04

*I.G: Identidade de gênero; **M.C:** Mulher cis, **H.C:** Homem cis; **M.T:** Mulher trans; **H.T:** Homem trans; **Mín:** Mínima, **Q (-):** Quartil 1; **Q (+):** Quartil 2; **Máx:** Máxima.

A avaliação da glicemia capilar demonstrou que as mulheres cisgêneros apresentaram glicemia mínima de 77 mg/dL, máxima de 103 mg/dL, mediana de 86 mg/dL e amplitude interquartil foi de 23,55. Nos homens cisgêneros, a glicemia mínima foi de 72 mg/dL, máxima de 110 mg/dL, mediana de 88 mg/dL e amplitude interquartil de 17,2. Nas mulheres trans, a glicemia mínima foi de 65 mg/dL, máxima de 142 mg/dL, mediana de 91 mg/dL e a amplitude interquartil foi de 27,05. Nos homens trans, a glicemia mínima foi de 72 mg/dL, máxima de 93 mg/dL, mediana de 85 mg/dL e a amplitude interquartil foi de 17,5. Os dados demonstram que os valores glicêmicos tendem a ser mais elevados nas mulheres cisgêneros e transexuais (FIGURA 16). Esses achados não corroboram com os dados encontrados no estudo de Weinand e Safer (2015), o qual destaca que a hormonioterapia a base de testosterona frequentemente utilizada por homens transexuais possui maior impacto na

elevação da glicemia em jejum e no aumento da resistência à insulina, gerando valores glicêmicos mais elevados em homens trans em comparação as mulheres transexuais.

Figura 16: Distribuição dos valores glicêmicos dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023.

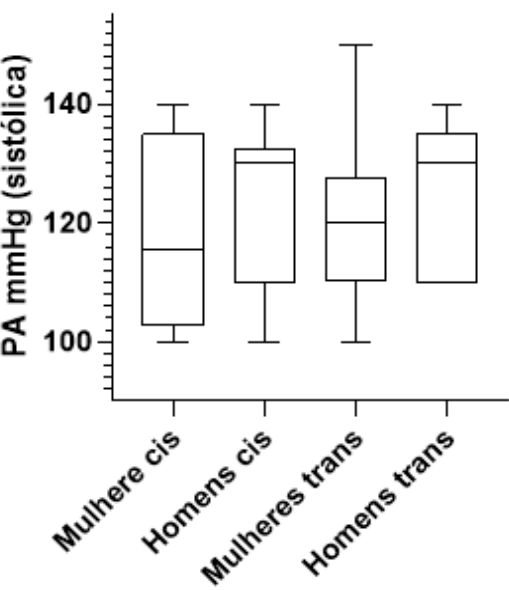


I.G	Mín	Q (-)	Med.	Q (+)	M
M. C	77,00	77,25	86,00	100,8	103,0
H. C	72,00	79,50	88,00	96,75	110,0
M. T	65,00	76,75	91,00	103,8	140,0
H. T	72,00	74,00	85,00	91,50	93,0

*I.G: Identidade de gênero; M.C: Mulher cis, H.C: Homem cis; M.T: Mulher trans; H.T: Homem trans; Mín: Mínima, Q (-): Quartil 1; Q (+): Quartil 2; Máx: Máxima.

A média da pressão arterial sistêmica da população geral (mulheres cisgêneros, homens cisgêneros, mulheres transexuais e homens transexuais) compreendeu a 121/78 mmHg. A PA sistólica foi analisada de acordo com as identidades de gênero. Assim, observou-se que nas mulheres cisgêneros, a PA mínima foi de 100 mmHg, a máxima de 140 mmHg, mediana de 115 mmHg e amplitude interquartil de 32,2. Nos homens cisgêneros, a PA mínima foi de 100 mmHg, a máxima de 140 mmHg, a mediana de 130 mmHg e a amplitude interquartil foi de 22,5. Nas mulheres trans, a PA mínima foi de 100 mmHg, a máxima de 150 mmHg, a mediana 120 mmHg e a amplitude interquartil foi de 17,2. Nos homens trans, a PA mínima foi 110, a máxima de 140 mmHg, a mediana foi de 130 mmHg e a amplitude interquartil foi de 25,0 (FIGURA 17).

Figura 17: Distribuição da PA dos voluntários submetidos a avaliação clínica, Sergipe, 2023



I.G	Mín	Q(-)	Med.	Q(+)	Máx
M.C	100	102,8	115	135	140
H.C	100	110	130	132	140
M.T	100	110	120	127,5	150
H.T	110	110	130	135	140

***I.G:** Identidade de gênero; **M.C:** Mulher cis, **H.C:** Homem cis; **M.T:** Mulher trans; **H.T:** Homem trans; **Mín:** Mínima, **Q (-):** Quartil 1; **Q (+):** Quartil 2; **Máx:** Máxima.

6 – CONCLUSÕES

O presente estudo viabilizou a análise das condições de saúde e das interações sociais da população LGBTQIAPN+ inserida em Aracaju/Sergipe. Com base na pesquisa, evidenciou-se o bom estado de saúde da população no que se refere a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entretanto, ao avaliar o histórico familiar para DCNT, foi observado que a maioria do público possui casos de DCNT na família, além disso destaca-se fatores de riscos comportamentais como a não realização regular de atividades físicas e o consumo de álcool.

Em relação a saúde sexual, verificou-se que a maior parte da população não possui infecções sexualmente transmissíveis (IST), porém é importante ressaltar a ocorrência de comportamentos de riscos na contração de IST, tais como: não utilização ou o uso esporádico de preservativos durante as relações sexuais. A identidade de gênero e orientação sexual demonstraram-se determinantes para a ocorrência de violência física, visto que transexuais e homossexuais apresentam mais chances de serem agredidos fisicamente em comparação a cisgêneros e heterossexuais.

No contexto de rastreamento do câncer de colo uterino foi possível observar a vulnerabilidade dos homens trans e não-binários que não passaram por histerectomia, uma vez que estes apresentam menor probabilidade de realizarem o exame citopatológico ao serem comparados com as mulheres cisgêneros.

No que concerne ao segmento transexual, foi possível verificar que a sociedade respeita a utilização do nome social desse grupo. A hormonioterapia demonstrou-se um mecanismo aplicado no processo de transição, sendo que as mulheres transexuais se apresentam mais propensas a realizarem esse procedimento sem o acompanhamento de um profissional de saúde qualificado, enquanto os homens trans possuem a tendência de obter orientação profissional.

A avaliação das interações familiares e sociais demonstrou a configuração de relações familiares conflituosas, sobretudo entre pai e filho. O relacionamento com os amigos revelou-se frequentemente próximo, assim como as relações com as Organizações não Governamentais de proteção aos direitos LGBT. Entretanto, observou-se um distanciamento no que diz respeito a utilização dos serviços de saúde.

A avaliação dos dados clínicos expôs uma tendência de valores glicêmicos mais elevados nas mulheres cisgêneros e nas mulheres transexuais. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), os homens cisgêneros e os homens transgêneros possuem uma variação de eutrofia a obesidade.

7 – REFERÊNCIAS

ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 2016; ed.4ª. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-brasileiras-de-obesidade-2016-abeso/>>. Acesso em: 10/11/22.

ABREU, P.D; ARAÚJO, E.C; VASCONCELOS, E.M.R; MOURA, J.W.S; HERÁCLIO, I.S; SANTOS, Z.C; SANTOS, C.B.S. Quality of Life of Transexual Women Living with HIV/AIDS. *Cogitare enferm.* 2019; 24:e59749.

ALMEIDA, L.F; GUIMARÃES, M.D.C; DOURADO, I; VERAS, M.A.S.M; MAGNO, L; LEAL, A.F; KERR, L.R.S; KENDALL, C; PONTES, A.K; ROCHA, G.M. Envolvimento em organizações não governamentais e a participação em ações de prevenção ao HIV/aids por homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2021;37(11):e00150520.

ANTRA- Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Nota da ANTRA sobre cotas e reservas de vagas em universidades destinadas as pessoas trans. Brasil, 2022. Disponível em: < <https://antrabrasil.org/2020/12/17/nota-antra-cotas-universidades-pessoas-trans/>>. Acesso em: 19/08/23.

ANTRA- Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017. Brasil, 2018. Disponível em:< <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>. Acesso em: 15/09/23.

ANGONESE, M; LAGO, M.C.S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde Soc.* 2017; 26(1):256-270.

ARAÚJO, J.M.S; SANTOS, M.M.G; SILVA, R.S; MARTINS, M.C.V; GALLOTTI, F.C.M. Exame de Papanicolaou e câncer cervical em homens transgêneros: revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2021; 10(2):e17010212342.

ARRUDA, P.M; OLIVEIRA, M.G.L; COLARES, I.A; BRITO, D.F; PEIXOTO, R.A.C. Saúde sexual e reprodutiva de homens transgêneros e mulheres homoafetivas: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development.* 2022; 11 (2):e35311225676.

BARACUHY, R; PEREIRA, L.M. Embates Discursivos no Campo da Educação Sexual Infantil nas Escolas Brasileiras: Em Pauta, O PCN Orientação Sexual e o “Kit Gay”. *Humanidades e Inovação.* 2020; 7(27):187-203.

BARBETTA, P.A; REIS, M.M; BORNIA, A.C. Estatística para cursos de Engenharia e Informática. 3ª ed. São Paulo (SP): *Ed. Atlas*; 2010.

BARRIENTOS DELGADO, J.; SAIZ, J.L.; GUZMÁN-GONZÁLEZ, M.; BAHAMONDES, J; GÓMEZ, F.; CASTRO, M.C; ESPINOZA-TAPIA, R.; SAAVEDRA, L.L; GIANI, A.J. Sociodemographic Characteristics, Gender Identification, and Gender Affirmation Pathways in Transgender People: A Survey Study in Chile. *Arch Sex Behav*. 2021; 50(8):3505-3516.

BOTELLO-PEÑALOZA, H. A; GUERRERO-RINCÓN, I. Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar*. 2018; 18(35):129–138.

BEZERRA, M.V.R; MORENO, C.A; PRADO, N.M.B.L; SANTOS, A.M. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde Debate*. 2019; 43(8):305-323.

BITENCOURT, K.A; RIBEIRO, L.B. População Trans na Atenção Primária: Aproximações e Distanciamentos. *Gênero*. 2019; 20(1):157-170.

BORDIANO, G; LIBERAL, S.P; LOVISI, G.M; ABELHA, L. COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(3):e00287220.

BOURNS, A. Guidelines and protocols for hormone therapy and primary health care for trans clients. Sherbourne Health Centre, 2015. Disponível em: <<http://sherbourne.on.ca/wp-content/uploads/2014/02/Guidelines-and-Protocols-forComprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>>. Acesso em: 12/08/23.

BRAGA, I.F; OLIVEIRA, W.A; SILVA, J.L; MELLO, F.C.M; SILVA, M.A.I. Family violence against gay and lesbian adolescents and young people: a qualitative study. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3):1220-1227.

BRASIL. Ministério da Saúde. Telelab. Testes Rápidos - Acesso rápido. Disponível em: <<https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/769-testes-rapidos-acesso-rapido>>. Acesso em: 20/11/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 426. Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. 2005. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 12/07/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Processo Transexualizador. 2008. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 12/07/23.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27/06/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 13/06/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html >. Acesso em: 13/06/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do colo do útero. Brasília, 2016. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/99-984-MS-Inca-2016-Diretrizes-para-o-Rastreamento-do-c%C3%B3ncer-do-colo-do-%C2%A6tero.pdf> >. Acesso em: 25/08/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, 2021. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view>. Acesso em: 15/10/23.

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 v.

BYNEW. Sustaining Progress Toward LGBT Health Equity: A Time for Vigilance, Advocacy, and Scientific Inquiry. *LGBT Health*. 2017; 4(1):1-3.

CAMPOS, D. A; CARDOSO, H. M; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. *Saúde Em Debate*. 2019; 43(8):79-90.

CARONE, N; ROTHBLUM, E.D; BOS, H.M.W; GARTRELL, N.K; HERMAN, J.L. Demographics and health outcomes in a U.S. probability sample of transgender parents. *J Fam Psychol*. 2021; 35(1):57-68.

CAZEIRO, F; GALINDO, D; SOUZA, L. L; GUIMARAES, R. S. Processo transexualizador no SUS: Questões para a psicologia a partir de itinerários terapêuticos e Despatologização. *Psicol estud [Internet]*. 2022, 27:e46503.

CAZEIRO, F; LEITE, J.F; COSTA, A.J. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à AIDS. *Physis [Internet]*. 2023; 33:e33024.

COSTA, T.L.A.C; BRANDÃO, F.S.S; FIGUEIREDO, W.V.A; PASSOS, X.S; MORAIS, F.D. Influência da hormonioterapia na incidência de câncer em transexuais. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(6):56017-56039.

COSTA, J.A.N; SILVA, G.A.S; NUNES, E.F.C; NOBRE, A.H. Terapia Hormonal na composição corporal, perfil lipídico, função pulmonar e densidade óssea de Homens Transgêneros. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2020; 10(1):49-60.

COSTA-VAL, A; MANGENELLI, M.S; MORAES, V.M.F; CANO-PRAIS, H.A; RIBEIRO, G.M. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2022; 32(2):1-21.

CRAMWINCKEL, F.M; SCHEEPERS, D.T; WILDERJANS, T.F; DE ROOIJ, R.B. Assessing the Effects of a Real-Life Contact Intervention on Prejudice Toward LGBT People. *Arch Sex Behav*. 2022; 50(7):3035-3051.

DEFREYNE, J.; T'SJOEN, G. Transmasculine Hormone Therapy. *Endocrinology and Metabolism Clinics*. 2019; 48(2):357-375.

DEERE, C.D. Objetivos de desenvolvimento sustentável, igualdade de gênero e a distribuição de terra na América Latina. *Cadernos Pagu*. 2018; 52:e185206.

FEITOSA, C. Do “Kit Gay” ao “Ministério da Família”: a desinstitucionalização das políticas públicas LGBTI+ no Brasil. *Cad. Gên. Tecnol*. 2021; 14(43):74-89.

FERNANDEZ, J.D; TANNOCK, L.R. Metabolic effects of Hormone Therapy in Transgender Patients. *Endocr Pract*. 2016; 22(4):383-388.

FERREIRA, B.O; NASCIMENTO, E.F; PEDROSA, J.I.S; MONTE, L.M.I. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*. 2017; 27(4):1023–1038.

FLORIDO, L.M.P; ELIAN, E.M.H. Desafios do rastreio de câncer de colo em homens transgêneros. *Cadernos de Medicina*. 2019; 2(3):162-169.

FUCHS, J.J.B; HINING, A.P.S; TONELI, M.J.F. Psicologia e Cisnormatividade. *Psicol. Soc.* [online]. 2021; 33:e220944.

GASPAR, R.S; PEREIRA, M.U. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(11):e00172617.

GATTIS, M.N; WOODFORD, M.R; HAN, Y. Discrimination and Depressive Symptoms Among Sexual Minority Youth: Is Gay-Affirming Religious Affiliation a Protective Factor?. *Arch Sex Behav*. 2014; 43:1589–1599.

GATOS, K.C. A Literature Review of Cervical Cancer Screening in Transgender Men. *Nurs Womens Health*. 2018; 22(1):52-62.

GONÇALVES, J.L; CARDOSO, C.S.A; BACELO, A.C; ESPÍRITO SANTO, R; ALMEIDA, C.F; SILVA, P.S; BRITO, P.D. Composição Corporal em Mulheres

Transgênero Vivendo Com Hiv/Aids: uma discussão das transformações que interferem na avaliação do estado nutricional. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; s.l (11) :1213-1223.

GLICK, J.L; LOPEZ, A; POLLOCK, M; THEALL, K.P. "Housing Insecurity Seems to Almost Go Hand in Hand with Being Trans": Housing Stress among Transgender and Gender Non-conforming Individuals in New Orleans. *J Urban Health*. 2019; 96(5):751-759.

GUEDES, D.H.S; FIORIN, B.H; SANTOS, M.V.F; VIANA, K.C.G; PORTUGAL, F.B; SILVA, R.A. Fatores associados ao papilomavírus humano entre mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Rene*. 2020; 21:e43681.

GUIMARÃES, R.C.P; LORENZO, C.F.G; MENDONÇA, A.V.M. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. *Physis*. 2021;31(1):e310128.

GRUBBA, L.S; DONELLI, M.P. Travestis e Transexuais no Mercado de Trabalho: Pesquisa em Passo Fundo/RS. *Confluências*. 2021; 25(2):106-126.

GRUPO GAY DA BAHIA. Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil: relatório 2021 [Internet]. Salvador, 2021. Disponível em: <<https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf>>. Acesso em: 14/06/23.

HARB, C.Y.W; PASS, L.E; SORIANO, I.C; ZWICK, A; GILBERT, PA. Motivators and Barriers to Accessing Sexual Health Care Services for Transgender/Genderqueer Individuals Assigned Female Sex at Birth. *Transgend Health*. 2019; 4(1):58-67.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>>. Acesso em: 13/05/22.

INCA- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. o conceito do câncer do colo do útero e sua magnitude no Brasil. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br>>. Acesso em: 13/07/23.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Cadernos ODS, ODS 5: O que mostra o retrato do Brasil. Brasília: Governo Federal, 2019. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/ods5.html>> Acesso em: 18/05/22.

KOVCO-VUKADIN, I. LGBTQ victims of violence: an overview of European knowledge, policies and practices. *Temida*. 2020; 23(1):27-56.

LANZ, L. Dicionário Transgênero. Transgente, vol. 1, jan. 2019. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/e5x8e0>>. Acesso em: 17/08/23.

LEVORATO, C.D; MELLO, L.M.M; SILVA, L.M; NUNES, A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1263-1274.

LIMA, M.D.A; SOUZA, A.S; DANTAS, M.F. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interfaces*. 2016; 3(11):119-125.

LOPES, R.A.G; KERN, C.A.R; VIDAL, G.P; CASTRO, A. Você não responde ao perfil: representações sociais sobre o mercado de trabalho para transexuais. *Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2020; 9(3):351-363.

MAGNO, L; DOURADO, I; SILVA, L.A.V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(5):e00135917.

MARQUES, E.J.S.T; SCHMITT, A.R.V. O Serviço Social Ambiental: compromisso com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a defesa do meio ambiente enquanto direito humano. *R. Katál*. 2021; 24(3):607-616.

MCBRITTON, M; DI PIETRO, T; FIGUEIREDO, R; WOLFE, B; SCHAWACH, K; GUIDOLIN, F.P; OLIVEIRA, V.L; SANTOS, W.G.L; MACARENHAS, L.A.S; FERNANDES, M.J; ARAÚJO, N.F. Experiências de uma ONG na promoção de direitos e saúde trans em São Paulo. *Diversidade Sexual e de Gênero*. 2018; 19(2):125-134.

MOTA, A.T; ANDRADE, D.S; GALLOTTI, F.C.M; BARROS, F.D; GONZAGA, L.F; FEITOSA, L; PASSOS, T.S. Adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero na População Trans: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2021; 32(1):50-59.

MOURA, L.P; SILVA, K.V; SANTOS, A.T; CAPELLARI, C; BERG, M.S. Saúde e vulnerabilidade da população LGBT+: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2023; 12(5):e21512538966.

NASCIMENTO, G.C.M; SCORSOLINI-COMIN, F. A Revelação da Homossexualidade na Família: Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Trends Psychol*. 2018; 26(3):1527–1541.

NASCIMENTO, J.P.R; FÉLIX, Y.S. A Violência de Gênero contra Travestis e Mulheres Transexuais no Brasil: Um obstáculo para a consecução da Meta 5.2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. *Revista Direito UFMS*. 2020; 6(1):45-68.

NASCIMENTO, L. A criminalização da homofobia como evento polêmico: o dissenso entre LGBTs e cristãos. *Rev Cient de Direito*. 2019; (3):6-25.

NOVAES, M. “Cura gay”: psicologia, política e religião, perspectivas em torno da problemática. *Periódicus*. 2021; 2(16):113–125.

OLIVEIRA G.S; ALVES, C.G; LIMA, H.C; OLIVEIRA, A.A.S. Homossexualidade, Família e Religião: Uma análise psicossocial de Orações para Bobby. *Psicol Estud* [Internet]. 2024; 29:e54500.

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1946. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html> Acesso em: 16/05/22.

PAIVA, C.R; FARAH, B.F; DUARTE, M.J. A rede de cuidados à saúde para a população transexual. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2023; 33:e33001.

PATEL, J.M; DOLITSKY, S; BACHMAN, G.A; MERITENS, A.B. Gynecologic cancer screening in the transgender male population and its current challenges. *Maturitas*. 2019; 129:40-44.

PERASSOLI, E; SILVA, A.R.N.D. Saindo da “Torre de Marfim”: A Prevenção de Violência baseada na orientação sexual e identidade de gênero na Universidade. *Educação em Revista*. 2023; 39:e41187.

PINTO, J.J; SANTOS, R.S.S; VARGENS, O.M.C; ARAÚJO, L.M. A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. *Revista de Enfermagem*. 2017; 25:1-6.

PINTO, I.V; ANDRADE, S.S.A; RODRIGUES, L.L; SANTOS, M.A.S; MARINHO, M.M.A; BENÍCIO, L.A; CORREIA, R.S.B; POLIDORO, M; CANAVESE, D. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23(supl. 1):e200006.

PREU, R.O; BRITO, C.F. A questão trans no cenário brasileiro. *Periódicus*. 2018; 10(1):95-117.

REBACK, C.J.; CLARK, K.; HOLLOWAY, I.W.; FLETCHER, J.B. Health disparities, risk behaviors and healthcare utilization among transgender women in Los Angeles County: a comparison from 1998-1999 to 2015-2016. *AIDS Behav*. 2018; 22(8):2524-2533.

ROCON, P.C; RODRIGUES, A; ZAMBONI, J; PEDRINI, M.D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016; (8):2517–2526.

ROCON, P.C; SODRÉ, F; RODRIGUES, A; BARROS, M.E.B; WANDEKOKEN, K.D. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019; 23:e180633.

ROCON, P.C; WANDEKOKEN, K.D; BARROS, M.E.B; DUARTE, M.J.O; SODRÉ, F. Acesso à Saúde pela População Trans no Brasil: nas Entrelinhas da Revisão Integrativa. *Trab. Educ. Saúde* [online]. 2020; 18(1):e0023469.

RODRIGUES, A.C.R.B.G; CHIQUETTO, M.V; PORTES, J.R.M. Atitudes de adolescentes de escola privada em relação à adoção por casais gays e lésbicos. *Revista da SPAGESP*. 2023; 24(1):115–127.

SANTANA, J.C.B; DUTRA, B.S; SALUM, G.B. Vivências de travestis sobre a prostituição em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Norte Mineira de Enfermagem*. 2016; 5(2):108-126.

SANTOS, N.P; ABREU, P.D; ARAÚJO, E.C; FRETAS, N.O; ARAÚJO, H.V; SANTOS, C.B. Family relationships in the social network for young male homosexuals. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020; 73(6):e20190393.

SANTOS, L.E.S; FONTES, W.S; OLIVEIRA, A.K.S; LIMA, L.H.O; SILVA, A.R.V; MACHADO, A.L.G. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020; 73(2):e20180688.

SEAY, J; RANCK, A; WEISS, R; SALGADO, C; FEIN, L; KOBETZ, E. Understanding Transgender Men's Experiences with and Preferences for Cervical Cancer Screening: A Rapid Assessment Survey. *LGBT Health*. 2017; 4(4):304-309.

SAFER, J.D; TANGPRICHA, V. Care of Transgender Persons. *N Engl J Med*. 2019; 381(25):2451-2460.

SEAY, J; RANCK, A; WEISS, R; SALGADO, C; FEIN, L; KOBETZ, E. Understanding Transgender Men's Experiences with and Preferences for Cervical Cancer Screening: A Rapid Assessment Survey. *LGBT Health*. 2017; 4(4):304-309.

SILVA, A.C.A.; ALCÂNTARA, A.M.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M.C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) no Paraná, Brasil. *Interface* [online]. 2020; 24:190568.

SILVA, C.G; GRIGOLETO, J.M; KURSCHNER, R.L. Assassinatos e violações de Direitos Humanos de travestis e transgêneros no Brasil: uma abordagem a partir do Dossiê Antra e de reflexões sobre bolsonarismo e violência policial. *Contemporary Journal*. 2023; 3(3):2651-2680.

SILVA, J.C.P; CARDOSO, R.R; CARDOSO, A.M.R; GONÇALVES, R.S. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. *Ciênc saúde coletiva*. 2021; 26(7):2643–2652.

SILVA, L.K.M; SILVA, A.L.M.A; COELHO, A.A; MARTINIANO, C.S. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27(30):835-846.

SILVA, R.A; SILVA, L.A.V; SOARES, F; DOURADO, I. Uso de hormônios não prescritos na modificação corporal de travestis e mulheres transexuais de Salvador/Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(2):503–514.

SILVA, G.W.S; MEIRA, K.C; AZEVEDO, D.M; SENA, R.C.F; LINS, S. L.F; DANTAS, E. S.O; MIRANDA, F.A.N. Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26:4955–4966.

SILVA, A.L.R; FINKLE, M; MORETTI-PIRES, R.O. Representações Sociais de Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre Pessoas LGBT. *Trab educ saúde*. 2019; 17(2):1-20.

SOUSA, L.R.M; ELIAS, H.C; CALIARI, J.S; OLIVEIRA, A.C; GIR, E; REIS, R.K. Uso inconsistente del preservativo masculino en hombres VIH negativos que tienen sexo con hombres. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2023; 31:e3890.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad Editora Científica. São Paulo, Brasil. 2019. Disponível em:< <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 15/11/22.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2023. Disponível em:< https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/9900/2023_esh_guidelines_for_the_management_of_arterial.271.aspx>. Acesso em: 23/11/22.

SOUZA, D.; ARAUJO, T.; LINS, E. Reflexões sobre os dados do censo trans. *Rede trans*. Disponível em <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/06/REDE-TRANS_Censo-Trans-2020-pub-web.pdf>. Acesso em: 14/05/22.

SOUZA, L.H.S; BERNARDES, A.G. Processo transexualizador do SUS e psicologia: modos de governar populações e suas negociações. *Arq. bras. psicol.* 2020; 72(1):105-124.

SOUZA, M.H.T; MALVASI, P.; SIGNORELLI, M.C.; PEREIRA, P.P.G. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(4):767–776.

SOLIVA, T.B; SILVA, J.B. Entre revelar e esconder: pais e filhos em face da descoberta da homossexualidade. *Sex, Salud Soc.* 2014; (17):124–148.

SHIRES, D.A; PRIETO, L; WOODFORD, M.R; JAFFEE, K.D; STROUMSA, D. Gynecologic Health Care Providers' Willingness to Provide Routine Care and Papanicolaou Tests for Transmasculine Individuals. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019; 28(11):1487-1492.

VIANA, A.I.S; CHAGAS, D.C; CARVALHO, C.A; PINHO, J.R.O. Estratégias municipais na campanha vacinal contra COVID-19 em estado do Nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023; 23(6):e13124.

WEINAND, J.D; SAFER, J.D. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal Of Clinical & Translational Endocrinology*. 2015 2(2): 55-60.

WIKRAMANAYAKE, R.M; PASCHEN-WOLFF, M.M; MATEBENI, Z; REDDY, V; SOUTHEY-SWARTZ, I; SANDFORT, T.G.M. Southern African Lesbian and Bisexual Women Responses to Symptoms of Sexually Transmitted Infections. *Arch Sex Behav*. 2020; 49(6):1887-1902.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012

8- ANEXO I - Termo de Concordância Institucional

Declaração de concordância

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIT

Declaramos, a fim de viabilizar a execução do projeto de mestrado da discente **JESSY TAWANNE SANTANA**, em posse da matrícula nº: **1223101220**, sob orientação: **Profa Dra Cláudia Moura de Melo**, a concordância da instituição **ASTRA – Direitos Humanos e Cidadania LGBT** em fornecer os dados concernentes ao estudo em questão, bem como a publicação dos mesmos para fins acadêmicos. Ressalta-se a responsabilidade dos pesquisadores envolvidos em garantir a preservação da identidade dos indivíduos participantes do referido projeto, conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos).

Aracaju, 21 de Julho de 2022

(Assinatura do responsável da Instituição)

Nome completo: Maria Eduarda Cruz Marques

CPF: 027.246.235-07

Cargo: Docente

Maria Eduarda Cruz Marques
CRESS Nº 3788 - 18ª Região/SE

Obs.: Cada Instituição envolvida no projeto de pesquisa deverá apresentar esta declaração em separado.

V2_14nov13

9- Anexo II– Aprovação do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa

	UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Fatores condicionantes de saúde e a configuração das interações sociais da população LGBTQIA+ inserida no Estado de Sergipe										
Pesquisador: CLAUDIA MOURA DE MELO										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 61245522.7.0000.5371										
Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 5.742.860										
Apresentação do Projeto:										
De acordo com o documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1992944.pdf										
Resumo:										
As diversidades sexuais, de gênero e as suas variadas formas de expressões no âmbito afetivo-sexual foram foco de repreensões durante diversos períodos históricos da humanidade. A exclusão, a intolerância e as diversas configurações de violência sofrida pela comunidade LGBTQIA+ limita o seu acesso aos serviços de saúde, refletindo em prejuízos no estado clínico integral destes grupos, de modo a introduzi-los em um cenário de vulnerabilidade. O objetivo do estudo é analisar as condições socioeconômicas e de saúde da população LGBTQIA+ inserida em Sergipe, além da acessibilidade aos serviços de saúde em suas diferentes modalidades assistenciais. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que será realizado na organização não governamental ASTRA - Direitos Humanos e Cidadania LGBT, localizada na cidade de Aracaju/Sergipe. A área do estudo foi elencada mediante o contato prévio estabelecido com a representante da organização, o qual possibilitou a acessibilidade ao espaço. Além disso, a definição deu-se em função da parceria institucional com a Rede Trans do Brasil, a qual reflete no quantitativo expressivo da população LGBTQIA+ acolhida na ASTRA. Serão utilizados os instrumentos de coleta de dados: "Avaliação sociodemográfica; "Avaliação das condições de saúde LGBTQIA+"; "Avaliação do acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde públicos e privados" e "Avaliação estrutural, de										
<table border="1"><tr><td>Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Tamará</td></tr><tr><td>Bairro: Bairro Farolândia</td><td>CEP: 49.032-480</td></tr><tr><td>UF: SE</td><td>Município: ARACAJU</td></tr><tr><td>Telefone: (79)3218-2128</td><td>Fax: (79)3218-2100</td><td>E-mail: cep@unit.br</td></tr></table>			Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Tamará	Bairro: Bairro Farolândia	CEP: 49.032-480	UF: SE	Município: ARACAJU	Telefone: (79)3218-2128	Fax: (79)3218-2100	E-mail: cep@unit.br
Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Tamará										
Bairro: Bairro Farolândia	CEP: 49.032-480									
UF: SE	Município: ARACAJU									
Telefone: (79)3218-2128	Fax: (79)3218-2100	E-mail: cep@unit.br								
Página 01 de 08										

Continuação do Parecer: 5.742.000

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/08/2022 21:15:21	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/08/2022 21:13:40	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de concordância	DeclConcordanciaASTRA.pdf	03/08/2022 19:47:03	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 07 de Novembro de 2022

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Parolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Parolândia CEP: 49.032-400
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2128 Fax: (79)3218-2100 E-mail: oep@unit.br

APÊNDICE A

Este questionário é anônimo e confidencial, suas informações pessoais serão protegidas em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709.

O objetivo deste instrumento é proporcionar uma melhor compreensão dos aspectos sociodemográficos, estabelecendo correlações com os seus impactos na saúde, além de buscar melhorias no serviço de saúde e divulgar informações coerentes frente as questões LGB TQIA+.

É importante que você responda as questões na íntegra.

Agradecemos a sua contribuição no fortalecimento da pesquisa científica!

Número de identificação: _

INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1-Idade: ☐ 18 à 24 anos ☐ 25 à 29 anos ☐ 30 à 35 anos ☐ 36 à 41 anos ☐ 42 à 46 anos ☐ 47 à 51 anos ☐ 52 à 60 anos	3-Identidade de gênero: ☐ Mulher Cisgênero ☐ Homem Cisgênero ☐ Mulher transexual ☐ Homem transexual ☐ Travesti ☐ Não binário ☐ Outras	5-Situação conjugal: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ União estável ☐ Viúvo(a) ☐ Prefiro não declarar
--	--	---

2-Descrição étnica: ☐ Negro(a) ☐ Branco(a) ☐ Pardo(a) ☐ Amarelo(a) ☐ Indígena ☐ Não sabe responder	4-Orientação sexual: ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Pansexual ☐ Assexual ☐ Outros: _____	
6-Escolaridade Máxima: ☐ Analfabeto(a) ☐ Somente alfabetizado ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio completo ☐ Graduação completa ☐ Ensino téc. profissional concluído ☐ Mestrado concluído ☐ Doutorado concluído ☐ Não declarado	7-Prática alguma religião? ☐ Sim. ☐ Não Se sim, qual? _____	8-Qual o seu rendimento mensal? ☐ Não tem rendimento ☐ Até 1 salário mínimo ☐ De 1 a 3 salários mínimos ☐ De 3 a 6 salários mínimos ☐ < 6 salários mínimos ☐ Prefiro não declarar
9-Qual a sua situação de trabalho atual? ☐ Servidor(a) público ☐ Empregado(a) assalariado com carteira de trabalho assinada ☐ Empregado(a) assalariado sem carteira de trabalho assinada ☐ Autônomo(a) ☐ Empregador(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Outras		10-Com quem mora? ☐ Pais ☐ Filhos ☐ Cônjuge ☐ Amigos ☐ Sozinho(a) ☐ Outros

11- Alguma vez, já se sentiu alvo de preconceito em função da sua identidade de gênero e/ou orientação sexual? ☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro não declarar	12-Sua orientação sexual é abertamente expressa no meio social? ☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro não declarar	13-Já foi vítima de violência em razão da sua identidade de gênero e/ou orientação sexual? ☐ Sim. ☐ Não ☐ Prefiro não declarar Qual tipo de violência? _____
---	--	---

APÊNDICE B

O objetivo deste questionário consiste em possibilitar uma melhor compreensão das condições de saúde integral da população LGBTQIA+ inserida no Estado de Sergipe.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE LGBTQIA+

1-Você possui alguma doença crônica não transmissível? ☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro não declarar	1.1-Caso sim, qual? ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença renal ☐ Câncer ☐ Outra. Qual? _____ ☐ Prefiro não declarar	1.2- Realiza tratamento? ☐ Sim. ☐ Não ☐ Prefiro não declarar	1.3-Possui histórico familiar de doenças crônicas não transmissíveis? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não ☐ Prefiro não declarar
1.3- Realiza atividade física regular? ☐ Sim ☐ Não	1.4- Consome bebidas alcóolicas? ☐ Sim, regularmente ☐ Sim, ocasionalmente ☐ Não utiliza	1.5- É tabagista? ☐ Sim ☐ Não	

2-Pressão Arterial Sistêmica e dados antropométricos

Pressão Arterial Sistêmica: _____

Posição sentada: _____

Dados antropométricos:

Peso: _____

Altura: _

Índice de massa corporal: _____

Circunferência abdominal: _

3-Saúde Sexual e reprodutiva

3.1-Possui vida sexual ativa? () Sim () Não	3.2-Com qual idade iniciou a sua vida sexual? () < 15 anos () Entre 15 e 17 anos () Entre 17 e 20 anos () > 20 anos	3.3-Possui parceiro(a) sexual fixo? () Sim () Não () Prefiro não declarar	3.4-Utiliza preservativo durante as relações sexuais? () Sim () Sim, as vezes () Não () Prefiro não declarar
3.5-Possui alguma infecção sexualmente transmissível? () Sim () Não () Prefiro não declarar	3.5.1 Qual? () Sífilis () Gonorreia () Hepatite () Herpes () HIV/AIDS () Tricomoníase () Outras _____	3.6-Realiza/realizou hormonioterapia? () Sim () Não () Prefiro não declarar	

3.6.1- Qual hormônio em uso ou que já foi utilizado? ☐ Testosterona ☐ Estrogênio ☐ Acetato de ciproterona ☐ Valerato de estradiol ☐ Outros	3.6.1- O procedimento de hormonioterapia deu-se mediante as orientações de um profissional de saúde? ☐ Sim ☐ Não	3.6.2-Apresenta/apresentou efeitos colaterais? ☐ Sim. Quais? _____ ☐ Não	3.7-Já passou por alguma cirurgia de modificação corporal? ☐ Sim. Quais? _____ ☐ Não ☐ Prefiro não declarar
3.7.1-A intervenção cirúrgica foi realizada em uma unidade de saúde legalizada? ☐ Sim ☐ Não	3.8-As intervenções hormonais e/ou corporais foram realizadas em qual sistema de saúde? ☐ Sistema público ☐ Sistema privado ☐ Misto	3.9- Com que frequência realiza o exame citopatológico? (homem trans e mulher cisgênero) ☐ Anualmente ☐ A cada dois anos ☐ De 3 a 5 anos ☐ > 5 anos ☐ Não realizo ☐ Não se aplica	3.10-Possui filhos(as)? ☐ Sim, Quantos? _____ ☐ Não
3.11-Expressa o desejo de ter filhos?	3.11.1 Caso sim, qual o meio pretende utilizar?		
☐ Sim ☐ não	☐ Método tradicional ☐ Adoção ☐ Fertilização <i>in vitro</i> ☐ Inseminação artificial		

APÊNDICE C

O objetivo deste instrumento é avaliar a configuração da rede de apoio social (familiar e externa) do grupo LGBTQIA+

Número de identificação: _____

INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO ESTRUTURAL, DE DESENVOLVIMENTO E FUNCIONAL DA FAMÍLIA”

1-Qual a sua identidade de gênero e orientação sexual? _____	2-Qual a sua idade? _____	3-Qual o seu histórico de saúde e/ou comportamentos de risco? _____
4-Quais os membros que compõem a sua família até a terceira geração? _____	5-Qual a idade dos membros citados? _____	6- Como é a sua relação com os membros da família? (próxima, distante, conflituosa) _____
7-Como é a sua relação com o meio externo? (trabalho, faculdade, comunidade, ONG's) _____	8-Qual o histórico de saúde dos familiares e/ou comportamentos de risco? _____	