



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

HUGO RENAN DA SILVA AMARAL

**ESTADO NUTRICIONAL E IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS TRANS EM
TERAPIA HORMONAL DE UM SERVIÇO DE SAÚDE EM RECIFE-PE**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2024**

HUGO RENAN DA SILVA AMARAL

**ESTADO NUTRICIONAL E IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS TRANS EM
TERAPIA HORMONAL DE UM SERVIÇO DE SAÚDE EM RECIFE-PE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientadora: Dr^a Eduila Maria Couto Santos.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Amaral, Hugo Renan da Silva.

Estado Nutricional e Imagem Corporal de Pessoas Trans em Terapia Hormonal de Um Serviço de Saúde em Recife-PE / Hugo Renan da Silva Amaral. - Vitória de Santo Antão, 2024.

41, tab.

Orientador(a): Eduila Maria Couto Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices.

1. Estado nutricional. 2. Pessoas transgênero. 3. Terapia de reposição hormonal. 4. Imagem corporal. I. Santos, Eduila Maria Couto. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

HUGO RENAN DA SILVA AMARAL

**ESTADO NUTRICIONAL E IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS TRANS EM
TERAPIA HORMONAL DE UM SERVIÇO DE SAÚDE EM RECIFE-PE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 21/10/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Eduila Maria Couto Santos (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Luciana Gonçalves de Orange (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, à espiritualidade amiga e às forças maiores, que guiaram os meus passos e permitiram a consolidação desta etapa tão importante para minha vida.

Em segundo lugar, gostaria também de agradecer aos meus pais e irmã, e também aos meus tios e tias, os quais sempre estiveram comigo, cuidando de mim e dando apoio. Esta trajetória também tem muito de vocês.

Também gostaria de agradecer ao meu amado companheiro, por incentivar minhas ideias, pelo apoio e cuidado, e cuja ternura sorridente fez desta caminhada mais leve.

Aos meus amigos, pelos conselhos e pelas nossas vivências. Provavelmente a conclusão deste trabalho será um dos motivos menos duvidosos para sairmos no final de semana.

Aos meus colegas de faculdade, cujo companheirismo foi essencial. Sempre terão meu carinho, respeito e admiração.

À minha professora e orientadora, por ter aceitado o desafio deste trabalho. Foi um prazer poder contar com tamanha destreza, sabedoria e paciência, tão valiosos para o desenvolvimento deste trabalho.

Também agradeço ao professor da disciplina, o qual também teve importante contribuição. Seus elogios sempre foram muito motivadores, por meio dos quais obtive confiança para realização desta etapa.

Também gostaria de agradecer ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, e especialmente ao Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans, por permitirem o aprendizado que acompanhou a realização deste trabalho.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer àqueles e àquelas que inicialmente pareciam ser meramente o público-alvo da pesquisa, mas que vieram a se tornar muito mais além disso. Foi um privilégio e honra poder ouvir um pouco da experiência de vida de todos vocês. Este trabalho é inteiramente de todos vocês. Muito obrigado!

Um dia

Vivi a ilusão de que ser homem bastaria

Que o mundo masculino tudo me daria

Do que eu quisesse ter

Que nada

Minha porção mulher que até então se

resguardara

É a porção melhor que trago em mim agora

É que me faz viver

(Superhomem, a Canção, 1979)

RESUMO

Introdução: Pessoas trans são não se identificam com o gênero designado ao nascer e podem buscar a terapia hormonal como alternativa para afirmarem sua identidade. A terapia hormonal é capaz de alterar não somente os aspectos físicos desses indivíduos, mas também o estado de saúde e nutricional. Desta forma, os parâmetros utilizados na avaliação nutricional que têm como base a população cis, podem não se adequar aos corpos trans, especialmente naqueles que fazem uso da terapia hormonal. **Objetivos:** Avaliar o estado nutricional e a satisfação corporal de pessoas trans, bem como investigar a fidedignidade dos parâmetros de avaliação do estado nutricional frente às particularidades destes indivíduos. **Metodologia:** A caracterização da amostra foi realizada através de questionário socioeconômico, determinação da composição corporal por antropometria, através da avaliação do IMC (índice de massa corporal), CC (circunferência da cintura), CMB (circunferência muscular do braço), PCT (prega cutânea tricípital) e RCA (razão cintura-altura), além do rastreamento de distorção e insatisfação corporal, por meio de escala de silhueta. **Resultados:** A análise dos dados indicou uma grande influência do contexto socioeconômico sobre a qualidade de vida e de saúde nas pessoas trans. Foi observado em sua maioria, excesso de peso, risco aumentado para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e insatisfação corporal. Em adição, não houve concordância da classificação do estado nutricional de acordo com o sexo e a identidade de gênero. **Conclusão:** O presente estudo encontrou influências diretas e indiretas da terapia hormonal sobre o estado nutricional, além de discrepâncias nos parâmetros de avaliação do estado nutricional ao comparar os resultados obtidos usando o sexo e a identidade de gênero, bem como alta prevalência de distorção de imagem e insatisfação corporal.

Palavras-chave: Estado nutricional, pessoas transgênero, terapia de reposição hormonal, imagem corporal.

ABSTRACT

Introduction: Trans people are individuals whose gender identity is different from the sex assigned at birth and may seek hormone therapy as an alternative to affirm their identity. Hormone therapy can alter not only the physical aspects of these individuals, but also their health and nutritional status. Therefore, the techniques and methods used in nutritional assessment are based on the cis population and may not be suitable for trans bodies, especially those on use of hormone therapy.

Objectives: To assess the nutritional status and body satisfaction of trans people, as well as to investigate the reliability of methods for assessing nutritional status in light of the particularities of these individuals.

Methodology: The sample was characterized through a sociodemographic questionnaire, determination of body composition by anthropometry, through the assessment of BMI (body mass index), WC (waist circumference), CMB (arm muscle circumference), TSF (triceps skinfold) and WHtR (waist-to-height ratio), in addition to tracking distortion and body dissatisfaction, using a silhouette scale.

Results: Data analysis indicated a major influence of the socioeconomic context on the quality of life and health of trans people. The prevalence of overweight and increased risk of developing cardiovascular diseases was also found. In addition, the methods for assessing nutritional status vary in diagnoses considering biological and self-determined sex.

Conclusion: The present study found direct and indirect influences of hormone therapy on nutritional status, in addition to discrepancies in the methods for assessing nutritional status when comparing the results obtained by the parameters using biological and self-determined sex, as well as a high prevalence of image disturbances and body dissatisfaction.

Keywords: Nutritional status, transgender, hormonal replacement therapy, body image.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB	Circunferência do Braço
CC	Circunferência da Cintura
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CMB	Circunferência Muscular do Braço
DCV	Doença Cardiovascular
HT	Homem Trans
IMC	Índice de Massa Corporal
MTT	Mulher Trans e Travesti
PCT	Prega Cutânea Tricipital
RCV	Risco Cardiovascular
RCA	Relação Cintura-Altura
SUS	Sistema Único de Saúde
TH	Terapia Hormonal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	14
2.1	Geral	14
2.2	Específico	14
3	JUSTIFICATIVA	15
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	Corpo e Gênero	16
4.2	A transgeneridade	17
4.3	A terapia hormonal	19
4.4	O paradigma da nutrição frente as pessoas trans	20
5	MATERIAIS E MÉTODOS	21
5.1	Desenho, local e período do estudo	21
5.2	População do estudo	21
5.3	Crerios de Elegibilidade	21
5.4	Forma de Recrutamento dos Participantes e Tamanho da Amostra	21
5.5	Caracterização socioeconômica da amostra	21
5.6	Caracterização do estado nutricional	22
5.7	Análise de Distúrbios de Imagem Corporal e Insatisfação Corporal;	22
5.8	Análise Estatística	23
5.9	Aspectos Éticos	23
6	RESULTADOS	24
6.1	Dados Socioeconômicos	24
6.2	Parâmetros antropométricos sem distinção de gênero	25
6.3	Parâmetros antropométricos que consideram o gênero	26
6.4	Análise da Distorção e Insatisfação com Imagem Corporal	27
7	DISCUSSÃO	29
7.1	Dados Socioeconômicos	29
7.2	Parâmetros antropométricos sem distinção de gênero	30
7.3	Parâmetros antropométricos que consideram o gênero	31
7.4	Análise da Distorção e Insatisfação com Imagem Corporal	32
8	CONCLUSÕES	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE	40

1 INTRODUÇÃO

Sexo e gênero são termos tipicamente utilizados como sinônimos, porém o “sexo” se define como os atributos físicos e biológicos inerente a espécie humana, enquanto que o “gênero” se difere por ser socialmente construído, alinhado às convenções comportamentais, sociais e psicológicas intrínsecas ao indivíduo (Pryzgoda & Chrisler, 2000; Cardoso & Ferro, 2012). Por vez, a “identidade de gênero” se refere ao gênero com o qual o indivíduo se identifica, sendo “cisgênero” aqueles/as que se identificam com o gênero atribuído ao nascimento ou “transgênero” para aqueles/as que não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento (Jesus, 2012).

Segundo Rubin (2017), as normas e padrões impostas pela sociedade ocidental ligadas ao gênero se mantêm principalmente com o intuito de controle social, nas quais se tem como inferiores o gênero feminino e outras possibilidades de gênero a qual o binarismo não contempla (gênero não binário, transgeneridade, travestilidade etc). Essas normas e padrões terminam por negar as diferenças e diversidade da humanidade, gerando exclusão, opressão, preconceito e discriminação.

Transgênero é um termo amplo que caracteriza pessoas cuja identidade e expressão diferem das normas e expectativas do gênero designado ao nascer. Há diversas formas das quais indivíduos transgêneros podem se identificar, como “homem trans” ou “homem”, para alguém designado “mulher” ao nascer, ou “mulher trans” ou “mulher”, para alguém designado “homem” ao nascer. Nesse termo, também estão incluídas as pessoas que não se identificam com um gênero binário (nem feminino, nem masculino) - os não binários, e ainda os termos específicos de algumas identidades culturais, como travesti (Brasil e Argentina), muxe (México), hijra (Índia), kathoey (Tailândia) e waria (Indonésia) (WHO, 2015).

O termo transexual se refere às pessoas que possuem o sentimento de identificação com o sexo contrário ao sexo que lhe foi atribuído genética e morfologicamente ao nascer. É considerado transexual masculino, a pessoa nascida com a genitália feminina, mas que se entende como pertencente ao sexo masculino. Do contrário, é considerada transexual feminina, a pessoa nascida com a genitália masculina, mas que se entende como pertencente ao sexo feminino. Esses indivíduos podem desejar ou não a redesignação sexual e não necessariamente “nasceram num

corpo errado e/ou odeiam sua genitália” (Peres & Toledo, 2011; Cursino, Marino & Freire, 2023).

Pessoas trans comumente optam por serem submetidos a processos de modificação corporal buscando se adequarem ao gênero autodeterminado, sendo um dos procedimentos mais comuns a terapia hormonal, capaz de alterar o peso, a densidade mineral óssea, o tecido adiposo e a massa muscular (Lapauw, 2008; Klaver *et al.*, 2017).

Além das mudanças da redistribuição dos compartimentos corporais, a terapia hormonal pode provocar alterações metabólicas a longo prazo. Quintela-Castro *et al.* (2023) observaram aumento nos níveis de LDL-c e diminuição nos valores de HDL-c. Toscano *et al.* (2023) evidenciaram aumento na pressão arterial sistólica e diastólica, presença de dislipidemia, aumento na hemoglobina glicada e glicemia em jejum. Esses estudos, juntamente com os achados de Klaver *et al.* (2017), apontam para uma possibilidade no aumento de eventos cardiovasculares e trombóticos nesta população.

Por vez, a avaliação do estado nutricional dispõe de técnicas e métodos que podem detectar alterações corporais e metabólicas, permitindo subsidiar a conduta nutricional para prevenir e atenuar possíveis prejuízos nutricionais, garantindo melhores condições de vida. Porém, os parâmetros de avaliação do estado nutricional possuem pontos de corte cujas referências são embasadas no perfil populacional cisgênero, em especial em função do sexo, e podem não refletir adequadamente o real estado nutricional de pessoas trans em uso de terapia hormonal (Lipsy, 2003; Faludi, 2017).

A partir do artigo nº 3 da Constituição Federal de 1988, houve uma maior inclusividade no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando promover o bem estar de toda população, sem qualquer forma de discriminação, seja de origem, raça, sexo, cor, idade, etc. Já em 1990, são postulados os Princípios e Diretrizes do SUS, cujo art. 7 afirma a igualdade e universalidade no acesso à assistência à saúde, livres de preconceitos de qualquer espécie (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990).

Nesta perspectiva, no ano de 2011 foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, trazendo ainda mais a garantia do acesso a população LGBT aos serviços de saúde e reconhecendo as especificidades e vulnerabilidades que esta população apresenta na busca de melhores condições de saúde. No tocante à população trans, o processo

transexualizador foi regulamentado no SUS inicialmente através da Portaria nº 1.707 de 2008, contando apenas com a implementação dos procedimentos de transgenitalização relativos às mulheres trans. Já em 2013, com a Portaria nº 2.803, houve uma maior ampliação dos procedimentos, na qual as pessoas trans masculinas também foram incluídas.

Apesar disso, o acesso aos serviços de saúde ainda é marcado por discriminação, preconceito, estigmas e despreparo por parte dos profissionais para com as demandas específicas de algumas minorias, cabendo destacar a comunidade LGBT e em especial, pessoas trans. A atual questão vai desde o acolhimento inadequado, até ao uso de ferramentas excludentes baseadas na cisnormatividade, os distanciando dos serviços de saúde (Pereira & Chazan, 2019; Freitas, 2023).

Sendo assim, se faz necessária a investigação da aplicabilidade dos parâmetros convencionais de avaliação do estado nutricional frente às particularidades as quais a população trans podem apresentar, e se de fato esses parâmetros podem, de maneira fidedigna, serem utilizadas para avaliação nutricional de pessoas trans, tendo em vista as modificações corporais e metabólicas trazidas pela terapia hormonal.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Avaliar o estado nutricional e a imagem corporal de pessoas trans em uso de terapia hormonal em um serviço de saúde na cidade do Recife-PE.

2.2 Específico

- Caracterizar a população do estudo segundo variáveis socioeconômicas e de saúde;
- Analisar o estado nutricional de acordo com a identidade de gênero e o sexo;
- Analisar a imagem corporal.

3 JUSTIFICATIVA

A população trans comumente opta por se submeter a procedimentos hormonais na intenção de alcançarem as características morfológicas do gênero autodeterminado. Estes procedimentos resultam em alterações corporais e no estado de saúde, podendo também afetar o estado nutricional. Atualmente, não há parâmetros de avaliação do estado nutricional desenvolvidos para atender a esta população ou que levam em conta as modificações provocadas pela terapia hormonal.

Além disso, há escassez de trabalhos científicos voltados para esta população. A maioria dos estudos não conta com um número representativo de participantes e não abordam os desfechos desta temática em longo período de tempo.

Assim, faz-se necessário a caracterização do estado nutricional da população trans, assim como também da investigação da aplicabilidade e confiabilidade dos parâmetros convencionais de avaliação do estado nutricional frente às especificidades que esta população pode apresentar.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Corpo e Gênero

Segundo a antropóloga inglesa Henrietta Moore (1997), ao pensar nas instâncias relativas ao corpo e processos corporais, há comumente a concepção do discurso hegemônico biologicista, através do qual se compreende os corpos sobre a ótica biológica, ou seja, das características naturais, anatômicas e fisiológicas. Moore se contrapõe à visão biologicista, ao acrescentar a influência dos aspectos sociais e culturais à construção dos corpos. Em outras palavras, a construção do ideal dos corpos sofre influências a depender do contexto cultural, social e sistemas de poder. Rubin (2017) estabelece um diálogo com as ideias de Moore ao postular que a visão biologicista dos corpos tem como consequência o estabelecimento de diferenças entre os gênero, raças e classes, que reforçam estereótipos e geram exclusão, opressão, preconceito, discriminação e nega diversidade do indivíduo com intuito de controle social.

A esta discussão, somam-se também as ideias da antropóloga americana Mead (1999), que problematiza a determinação biológica dos temperamentos, partindo da premissa de que a existência de determinados comportamentos, entendidos como “naturais” ao sexo masculino ou feminino, na verdade, seriam forjados social e culturalmente. Moore ainda acrescenta que os significados simbólicos relacionados aos gêneros, ou seja, entre homem e mulher, são emergidos da esfera social, não podendo ser considerados naturais, fixos ou predeterminados.

Marcel Mauss, antropólogo francês, ao se debruçar acerca dos corpos e comportamentos, atribui a estes a constituição de três esferas: a biológica, a psicológica e social (Mauss, 1974). A esta última, Mauss atribui ao processo de formação dos corpos uma aprendizagem repetitiva, que são impostas na criança desde cedo e se perpetua no adulto. Assim, as ações dos indivíduos não seriam fruto de sua própria singularidade, mas como produto de um processo de aprendizagem repetitiva e imitativa ao longo do tempo. Assim, através desse modo ocorre a inoculação no corpo, de maneira inconsciente, dos valores, dos simbolismos, práticas e ações moldadas segundo estruturas sociais.

Foucault (2005) abriu caminho para a percepção de que a “generidade”, não a sexualidade somente, é um dispositivo de poder das sociedades modernas, pois se caracteriza pela inserção do gênero em sistemas de unidade e regulação social. A ordem social regida pelo dualismo masculino/feminino, assim como pelo binômio heterossexual/homossexual, demonstram que a masculinidade e a heterossexualidade sempre foram privilegiadas, por meio de dispositivos discursivos que os naturalizaram e lhe conferiram maior poder.

Dessa forma, é discutível que diversos atributos inerentes à singularidade humana sejam meramente pautados sobre as diferenças anatômicas e biológicas dos corpos. Neste contexto, os termos “sexo” e “gênero” são rotineiramente confundidos e empregados como palavras de valores semelhantes. Toda via, a palavra “sexo” denota os aspectos físicos e anatômicos inerente a uma espécie, como as genitálias. Por outro lado, o “gênero” se difere por ser socialmente e culturalmente construído, e se refere às convenções comportamentais, sociais e psicológicas intrínsecas ao indivíduo (Pryzgodá & Chrisler, 2000; Cardoso & Ferro, 2012).

Portanto, o gênero repousa sobre a cultura, ao hábito e ao aprendizado e não guarda relação com os genitais, sendo este último atrelado à natureza, à biologia Piscitelli (2009). A representação dos papéis de gênero, feminino e masculino, jaz no plano cultural de uma sociedade.

4.2A transgeneridade

Assim como foi previamente mencionado, as questões relativas à sexualidade e gênero, apresentam vieses biopolíticos, na intenção de atender aos interesses de uma sociedade fundamentalmente controladora e heteronormativa, na qual há a existência do dualismo de gênero, com predominância, ainda, das influências masculinas. A transgeneridade, no entendo, questiona a tal imposição, demonstrando a pluralidade de generidades, para além da visão rigidamente estabelecida (Fernandes, 2019).

No acrônimo “LGBT”, enquanto as siglas L, G e B se referem à orientação sexual, a sigla T diz respeito às identidades de gênero. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo “trans” é um termo amplo que se refere a pessoas cuja identidade de gênero — ou seja, a experiência individual do gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento — difere do sexo biológico. O

conceito abrange uma diversidade de expressões e identidades de gênero que podem variar de acordo com o tempo e o contexto cultural (WHO, 2015).

Os indivíduos que se identificam como trans podem se considerar como homem trans/homem, para aquele designado “mulher” ao nascer, ou mulher trans/mulher, para aquela designada “homem” ao nascer. A OMS também traz outras identidades de gênero, como a *travesti* (Brasil e Argentina), *muxe* (México), *hijra* (Índia), *kathoey* (Tailândia) e *waria* (Indonésia), que são identidades de gênero atribuídas ao contexto sociocultural das localidades das quais originaram. Esses indivíduos podem desejar ou não a redesignação sexual e não necessariamente “nasceram num corpo errado e/ou odeiam sua genitália”. Cabe ainda ressaltar o histórico pejorativo da palavra travesti e a importância de sua ressignificação na atualidade, trazendo consigo um posicionamento identitário político-histórico (Peres & Toledo, 2011; Cursino, Marino & Freire, 2023).

O termo trans também engloba os/as transexuais, se referindo às pessoas que possuem o sentimento de identificação com o sexo contrário ao sexo que lhe foi atribuído genética e morfologicamente ao nascer. É considerado transexual masculino, a pessoa nascida com a genitália feminina, mas que se entende como pertencente ao sexo masculino. Do contrário, é considerada transexual feminina, a pessoa nascida com a genitália masculina, mas que se entende como pertencente ao sexo feminino (WHO, 2015).

Até há pouco as pessoas trans eram compreendidas pela Classificação Internacional de Doenças da OMS com a figuração de transtorno de ordem psiquiátrica, como transtorno de identidade de gênero. De acordo com o Código Internacional de Doenças da OMS (2008), a transexualidade era tida pela sensação de desconforto ou impropriedade ao sexo anatômico, associado à vontade de realizar tratamento hormonal e cirurgia, com o intuito de atribuir ao corpo os aspectos do gênero preferido. Com tudo, em meio a diversas reivindicações acerca da temática, a OMS em 2018, retirou a transexualidade da lista de doenças mentais, a partir do Código Internacional de Doenças de 2011.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde estabeleceu o processo transexualizador no âmbito do SUS, inicialmente através da publicação da Portaria nº 1.707, em 2008. Neste documento, apenas as identidades trans femininas foram contempladas com a redesignação sexual. Os homens trans só foram contemplados

a partir da Portaria nº 2.803 de 2013, a qual redefiniu e ampliou o processo transexualizador no âmbito do SUS.

4.3A terapia hormonal

Segundo a Portaria nº 2.803/13, o processo transexualizador, no que diz respeito à terapia hormonal, deve ser realizado perante alguns requisitos. É exigido mínimo de 18 anos, ou 16 anos, mediante o consentimento dos pais ou responsável legal, juntamente do consenso da equipe médica responsável pelo acompanhamento. Porém, ainda é necessário o mínimo de 2 anos de seguimento através de acompanhamento psicológico para dar início à terapia hormonal propriamente dita. A assistência deve ser conduzida por equipe especializada, contando com médico endocrinologista, psiquiatra, clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e etc.

A terapia hormonal para reafirmação de gênero envolve a administração de medicamentos com a finalidade de atenuar os níveis hormonais endógenos e suprimir as características sexuais secundárias associadas ao sexo do indivíduo. Em adição, esta terapia também promove a indução das características sexuais secundários do gênero com o qual o indivíduo se identifica. A terapêutica difere para cada caso, variando o protocolo, os efeitos físicos, o tratamento e os riscos (Gomes, 2017).

Para os homens trans, a masculinização ocorre por meio do uso de testosterona. São utilizados como valores de referência os níveis fisiológicos de testosterona encontrados em homens cis, numa faixa de 320 – 1000 ng/dl. Níveis acima destes podem trazer um maior aumento de reações adversas, como aumento no peso, hematócrito, enzimas hepáticas, acne e etc. Em geral, os efeitos esperados surgem a partir dos 3-6 meses de uso, com diminuição ou cessação do período menstrual, aumento da libido, aumento dos pelos faciais e corporais, dos músculos e redistribuição da gordura corporal. A partir de um ano, é visto o engrossamento da voz (Gomes, 2017).

No tocante à terapia hormonal para as mulheres trans e travestis, além do estímulo à feminilização, também se faz necessário a atenuação das características secundárias do sexo, com administração de estrogênio e antiandrogênios (bloqueadores de testosterona), respectivamente, sendo uma terapêutica de maior complexidade, em contraste com a masculinização. Os medicamentos podem ser administrados por via oral, injetáveis ou transdérmicos. O acompanhamento periódico

dos níveis sanguíneos também se faz necessário e os valores de referência variam de acordo com a ampla variedade de medicamentos empregados para a finalidade. Os efeitos são vistos em torno de 3-6 meses, com diminuição da libido, dos pelos faciais e corporais, aumento do tecido mamário e redistribuição da gordura corporal. A alteração da voz não é verificada (Gomes, 2017; Ribeiro, 2020).

4.4 O paradigma da nutrição frente as pessoas trans

No Guia de Cuidado e Atenção Nutricional à População LGBTQIA+ (Lima *et al.*, 2021), o qual traz diversas considerações a respeito de aspectos relevantes desta população para o atendimento nutricional adequado, postula que no momento não há parâmetros de avaliação do estado nutricional desenvolvidos com base nas características e especificidades que a população pode apresentar, podendo as informações aferidas através dos parâmetros convencionais, baseadas na lógica cisnormativa, não refletir o verdadeiro estado nutricional.

No documento, ainda são abordados alguns dados inerentes à população LGBTQIA+, como a insegurança alimentar, presente em 68,8% da população, estando 20,2% deste total em insegurança alimentar grave. Além disso, tratando especificamente da população trans, os procedimentos hormonais e cirúrgicos podem acarretar modificações no metabolismo, com a alteração da composição corporal e parâmetros bioquímicos a médio e longo prazo, como no aumento da resistência à insulina, aumento no IMC, aumento do estado pró-inflamatório, alterações no perfil lipídicos e aumento nos eventos tromboembólicos.

Vale ressaltar também que a experiência das pessoas trans nos espaços de saúde é marcada por preconceito e discriminação, contando com poucas unidades de saúde que ofertem serviços relacionados ao processo transexualizador, como também de longas filas de espera (Rocon *et al.*, 2016). Por fim, a literatura científica também carece de estudos robustos com estes indivíduos. A maioria é desenvolvida no campo das ciências humanas, e os que são atrelados à esfera da saúde contam com um número pequeno de participantes e se limitam a um intervalo pequeno de tempo.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho, local e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo, realizado no Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na cidade do Recife-PE, no período de julho a setembro de 2024. O espaço é voltado para a realização de procedimentos cirúrgicos de reafirmação de gênero, como a cirurgia de redesignação sexual, histerectomia e tireoplastias, além da hormonização, e conta com aproximadamente 80 indivíduos acompanhados regularmente.

5.2 População do estudo

O estudo foi realizado com adultos, de 20 a 40 anos, acompanhados no local de referência e que se enquadram nos critérios de elegibilidade.

5.3 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos adultos que (1) se identificam como trans, independente do sexo, gênero ou de cirurgia de redesignação sexual; e que (2) estavam em uso de terapia hormonal. Foram excluídos indivíduos em uso de terapia hormonal em menos de 15 dias, gestantes, que apresentavam diagnósticos de distúrbios neurológicos ou psiquiátricos, limitações físicas e que realizaram cirurgia plástica remodeladora ou que possuíam próteses de gel de silicone.

5.4 Forma de Recrutamento dos Participantes e Tamanho da Amostra

O espaço dispunha de um cronograma mensal de reuniões para rodas de conversa, momento o qual foi aproveitado para convidar os indivíduos a participarem voluntariamente da pesquisa. Ao final, 18 usuários foram recrutados para o estudo.

5.5 Caracterização socioeconômica da amostra

Os dados socioeconômicos foram coletados na forma de entrevista, a partir de um questionário previamente estruturado, com base em Santos (2021), feitas algumas adaptações para o intuito do projeto atual. Foram dispostas perguntas acerca da idade, origem, cor de pele, escolaridade, situação profissional, identidade de gênero, orientação sexual e uso de terapia hormonal. Antes de iniciar a entrevista, os indivíduos eram esclarecidos da garantia do anonimato, da confidencialidade, e que

poderiam pular as perguntas caso não houvesse o desejo de responder.

5.6 Caracterização do estado nutricional

Foram mensurados a altura (cm) e peso (kg) para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC). A altura foi obtida por meio de estadiômetro, com o indivíduo descalço, em posição anatômica, e o ponto mais alto do crânio fora usado como referência para determinação da medida. O peso foi obtido com auxílio da balança digital portátil G-tech® (com capacidade total de 150 Kg) e o indivíduo foi orientado a subir na plataforma da balança descalço e com olhar no horizonte. O resultado foi comparado com os pontos de corte estabelecidos pela WHO (1998). Foi considerado como baixo peso o $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$; como eutrófico o $IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ até $24,9 \text{ kg/m}^2$; como excesso de peso, o $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

A circunferência da cintura (CC) E Razão Cintura-Altura (RCA) foram mensuradas para determinação do risco cardiovascular (RCV). A CC foi obtida com a fita métrica Cescorf® flexível e inextensível, verificando o ponto de menor curvatura entre a última costela e o topo da crista ilíaca. Para a CC, foram adotados os pontos de corte estabelecidos por Pierin, Salles & Monteiro (2005), sendo risco aumentado quando a CC > 80cm para mulher e > 94 cm homens, e risco muito aumentado quando a CC > 88 cm para mulheres e > 102 cm para homens. Para RCA, os valores foram comparados aos propostos pela ABESO (2016), cujo ponto de corte é 0,5 para ambos os sexos.

A Circunferência Muscular do Braço (CMB) também foi coletada. Para tanto, foi posto a fita métrica no ponto acromial-radial médio para obter a Circunferência do Braço (CB), além da obtenção da Prega Cutânea Tricipital (PCT), com auxílio de adipômetro Cescorf®. Os dados foram classificados e interpretados de acordo com equação preditiva de Frisancho (1984).

Para todos os dados coletados na antropometria (CC, CMB e PCT) foi realizada a análise utilizando o sexo assim como a identidade de gênero, a fim de comparar os resultados estatisticamente.

5.7 Análise de Distúrbios de Imagem Corporal e Insatisfação Corporal;

Para investigar a percepção da imagem corporal foi utilizada a Escala de Figuras de Silhuetas (Kakeshita *et al.*, 2009), a qual consiste em um conjunto de quinze silhuetas para cada gênero (feminino e masculino), variando desde silhuetas mais magras a silhuetas mais largas. Cada figura corresponde a um IMC médio, nos

intervalos de 12,5 e 47,5 kg/m².

As figuras de silhueta foram dispostas numa mesa e era solicitado ao indivíduo que escolhesse: (1) o cartão que melhor represente a silhueta de seu próprio corpo no momento atual; (2) o cartão que representa a silhueta que gostaria de ter; e (3) o cartão que melhor represente o que o indivíduo considera como saudável e/ou ideal (Kakeshita *et al.*, 2009). Através das respostas foi possível rastrear a distorção corporal e insatisfação corporal.

5.8 Análise Estatística

A construção do banco de dados foi realizada pelo Excel e as análises estatísticas, no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). As variáveis contínuas foram testadas quanto a normalidade pelo teste de Kolmogorov Smirnov, apresentando distribuição normal e, portanto, foram apresentadas como médias e desvio-padrão e testes paramétricos utilizados. As variáveis qualitativas foram descritas pela frequência e aplicado o teste de Qui Quadrado ou o teste de Exato de Fisher, quando indicado, para verificação das associações. O nível de significância adotado foi de 5%.

5.9 Aspectos Éticos

O presente estudo está em conformidade com as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi devidamente submetido para apreciação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, com número de CAAE:77711423.4.0000520.

6 RESULTADOS

6.1 Dados Socioeconômicos

As informações acerca da caracterização socioeconômica podem ser visualizadas na tabela 1. No presente estudo, a maioria dos participantes são mulheres trans (55,56%), enquanto os homens trans e a travesti correspondem a 38,89% e 5,56%, respectivamente. A idade média geral obtida foi de $29 \pm 5,4$ anos. Para os homens trans (HT), a média de idade foi de $26,3 \pm 4,1$. Para as mulheres trans e travesti (MTT) $31,1 \pm 5,6$. Ao comparar as idades, houve uma tendência das MTT apresentarem idade mais elevada em relação aos HT ($p=0,076$).

Foi possível identificar uma maior prevalência de pessoas de cor de pele parda (50%), seguidas das de cor de pele preta (27,7%) e branca (22,2%), respectivamente. Em relação à escolaridade, a maioria dos indivíduos haviam concluído o ensino médio (55,6%), 33,3% concluíram ou estavam no ensino superior, havendo apenas 2 indivíduos (22,1%) que cursaram até o ensino fundamental. Todos sabiam ler e escrever. Acerca do hábito de fumar, 33,3% tinham o tabagismo como hábito, 1 indivíduo (5,6%) fuma ocasionalmente e 61,1% dos indivíduos negaram. Para o alcoolismo, 66,7% confirmaram a ingestão de álcool.

Já em relação à renda, 35,3% dos participantes relataram renda menor que um salário mínimo e 64,7%, entre 1 a 2 salários mínimos. Em adição, foi possível observar que os HT apresentaram salários maiores em detrimento às MTT ($p < 0,037$). No que concerne à terapia hormonal (TH), é notável a diferença estatística no tempo de TH entre os gêneros ($p < 0,026$). No presente estudo, o gênero masculino demonstrou maior tempo de hormonização em detrimento ao gênero feminino.

Tabela 1– Caracterização da amostra segundo dados socioeconômicos e de hábitos de vida, por identidade de gênero, Hospital das Clínicas, Recife, 2024.

	Total n (%)	Homens trans n (%)	Mulheres trans/ travesti n (%)	p^*
Cor de pele				
Branca	4 (22,2%)	1 (14,3%)	3 (27,3%)	0,502
Parda	9 (50,0%)	3 (42,9%)	6 (54,5%)	
Preta	5 (27,8%)	3 (42,9%)	2 (18,2%)	

Escolaridade				
Fundamental	2 (11,1%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)	0,911
Médio	10 (55,6 %)	4 (57,1%)	6 (54,5%)	
Superior	6 (33,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)	
Renda				
< 1 SM	6 (35,3%)	0 (00,0%)	6 (54,5%)	0,037**
1-2 SM	11 (64,7 %)	6 (100,0%)	5 (45,5%)	
Hábito de fumar				
Sim	6 (33,3%)	2 (28,6%)	3 (27,3%)	0,421
Não	11 (61,1 %)	4 (57,1%)	8 (72,7%)	
Às vezes	1 (5,6%)	1 (14,3%)	0 (00,0%)	
Hábito de beber				
Sim	12 (66,7%)	4 (57,1%)	8 (72,7%)	0,421
Não	5 (27,8 %)	2 (28,6%)	3 (27,3%)	
Às vezes	1 (5,6%)	1 (14,3%)	0 (00,0%)	
Tempo de terapia hormonal				
≤ 6 m	4 (22,2%)	0 (00,0%)	4 (36,4%)	0,026**
6 – 60 m	3 (16,7%)	3 (42,9%)	0 (00,0%)	
≥ 60 m	11 (61,1%)	4 (57,1%)	7 (63,6%)	

Fonte: Autores, 2024.

*teste qui-quadrado;

**p<0,05

6.2 Parâmetros antropométricos sem distinção de gênero

Os dados pertinentes ao estado nutricional, considerando a identidade de gênero, estão dispostos na tabela 2. O IMC médio da população estudada foi de $25,6 \pm 4,2 \text{ kg/m}^2$. A análise do IMC por gênero revelou uma média de $26,0 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$ para o HT e $25,6 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$ para as MTT, não havendo diferença estatisticamente considerável entre os gêneros ($p=0,836$).

No sentido de acessar de maneira mais detalhada a o estado nutricional, o presente trabalho analisou a RCA, por ser um indicador antropométrico relativo à adiposidade corporal, além de amplamente utilizado como preditor de RCV (Pitanga & Lessa, 2006; Pitanga & Lessa, 2007). De acordo com a RCA, mais da metade dos participantes apresentaram aumento no RCV, embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhum dos gêneros ($p=0,572$).

Tabela 2 – Estado nutricional, de acordo com parâmetros antropométricos, por identidade de gênero, Hospital das Clínicas, Recife, 2024.

	Total n (%)	Homens trans n (%)	Mulheres trans/ travesti n (%)	p*
IMC				
Baixo peso	1 (5,5%)	0 (00,0%)	1 (9,1%)	0,557
Eutrofia	8 (44,4%)	4 (57,1%)	4 (36,4%)	
Excesso de peso	9 (50,0%)	3 (42,9%)	6 (54,5%)	
RCA				
Normal	6 (33,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)	0,572
Elevado	12 (66,6%)	5 (71,4%)	7 (63,6%)	

Fonte: Autores, 2024.

IMC: índice de massa corpórea.

RCA: relação cintura-altura.

*Teste qui-quadrado.

6.3 Parâmetros antropométricos que consideram o gênero

A avaliação com os parâmetros que consideram o gênero (de nascimento e autodeterminado) está disposta na tabela 3. Não houve diferença estatisticamente significativa ao analisar a CC utilizando o gênero autodeterminado ($p=0,220$). Porém, na análise deste mesmo parâmetro utilizando o gênero de nascimento, observou-se diferença estatística, sendo gênero de nascimento feminino (100%) o qual apresentou elevado risco de DCV ($p=0,010$). Já em relação a CMB, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, tanto para o gênero autodeterminado ($p=0,641$), quanto para o gênero de nascimento ($p=0,572$).

Adicionalmente, neste estudo foi realizada a avaliação do índice kappa, a fim de verificar a concordância das classificações da CC, CMB e PCT entre o gênero autodeterminado e o gênero de nascimento. Na avaliação da CC, CMB e PCT não foram observadas concordâncias ($k=0,065$, $p=0,783$; $k=-0,344$, $p=0,062$; $k=-0,154$, $p=0,502$, respectivamente). Em outras palavras, através da avaliação do índice kappa, foi possível observar que nos parâmetros de avaliação do estado nutricional que consideram o gênero pode haver discrepâncias quanto ao diagnóstico nutricional, a depender se este diagnóstico será feito com base no gênero autodeterminado ou no gênero de nascimento.

Tabela 3 – Estado nutricional, de acordo com parâmetros antropométricos que consideram o gênero, Hospital das Clínicas, Recife, 2024.

	Identidade de Gênero			Sexo		
	Homens trans n (%)	Mulheres trans/ travesti n (%)	<i>p</i> *	Homens trans n (%)	Mulheres trans/ travesti n (%)	<i>p</i> *
CC						
Baixo risco	4 (57,1%)	3 (27,3%)	0,220	7 (63,6%)	0 (00,0%)	0,010**
Elevado	3 (42,9%)	8 (72,7%)		4 (36,4%)	7 (100,0%)	
CMB						
Eutrofia	6 (85,7%)	10 (90,9%)	0,641	8 (72,7%)	2 (28,6%)	0,572
Desnutrição leve	1 (14,3%)	1 (9,1%)		3 (27,3%)	5 (71,4%)	
PCT						
Eutrofia	0 (0,0%)	2 (22,2%)	0,059	0 (0,0%)	3 (42,9%)	0,020**
Desnutrição	0 (0,0%)	3 (33,3%)		0 (0,0%)	3 (42,9%)	
Excesso de peso	7 (100,0%)	4 (44,4%)		9 (100,0%)	1 (14,3%)	

Fonte: Autores, 2024.

CC: Circunferência da Cintura.

CMB: Circunferência Muscular do Braço.

PCT: Prega Cutânea Tricipital.

*Teste qui-quadrado

** $p < 0,05$

6.4 Análise da Distorção e Insatisfação com Imagem Corporal

Os dados sobre a distorção e insatisfação de imagem corporal estão expostos na tabela 4. Através da análise, foi possível constatar a existência de distorção de imagem em 94,4% entre os 18 participantes. Ao comparar os gêneros, não houve diferença estatística ($p=0,611$), o que indica que a problemática incide homogeneamente sobre ambos os gêneros. A respeito da insatisfação corporal, a amostra apresentou 72,2%, em sua totalidade, não se expressando de maneira estatisticamente relevante sobre nenhum dos gêneros ($p=0,324$). Estes dados corroboram com o estudo feito por Dantas (2023). O trabalho contou com 11 indivíduos transexuais, por meio da qual também foi constatado um número expressivo de pessoas trans com distorção de imagem (91,0%) e insatisfação de imagem corporal (81,9%).

Tabela 4 – Distorção e Insatisfação com Imagem Corporal, segundo a Escala de Silhuetas de Kakeshita, por identidade de gênero, Hospital das Clínicas, Recife, 2024.

	Geral	Homens trans n (%)	Mulheres trans/ travesti n (%)	p*
Distorção de imagem				
Sim	17 (94,4%)	7 (100,0%)	10 (90,9%)	0,611
Não	1 (5,6%)	0 (00,0%)	1 (9,1%)	
Insatisfação corporal				
Sim	13 (72,2%)	6 (85,7%)	7 (63,6%)	0,324
Não	5 (27,8%)	1 (14,3%)	4 (36,4%)	

Fonte: Autores , 2024.

*Teste qui-quadrado

7 DISCUSSÃO

7.1 Dados Socioeconômicos.

Apesar da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais (ABGLT, 2016) relatar a existência de uma taxa de evasão escolar de 73% entre pessoas trans e travestis no Brasil, o presente estudo não evidenciou tal realidade, cabendo ressaltar que esta disparidade pode ter ocorrido em razão do serviço utilizado para coleta de dados estar atrelado a uma universidade e a facilidade de acesso por meio dos universitários.

Embora a maior parte da amostra não tenha apresentado o hábito de fumar, Buchting *et al.*, (2016) observaram na população norte-americana de adultos transgênero um maior risco para o uso de tabaco (40%), em comparação com adultos cisgênero (25%). Já Fontanari *et al.*, (2019) ao estudarem jovens adultos transgêneros do sul do Brasil, também constataram alta prevalência de tabagismo, estando correlacionado a fatores como discriminação, privação, falta de suporte social/familiar, espera por procedimentos de afirmação de gênero (terapia hormonal, cirurgia, etc) e uso de outras drogas. Por outro lado, Seal (2019) pontua que a terapia para tratamento da disforia de gênero está relacionada positivamente à diminuição do tabagismo ao longo do tempo.

No estudo atual, a renda salarial diferiu a depender do gênero, sendo os HT os que obtiveram maiores salários, ao serem comparados com as MTT. Este achado é explicado pelo fato de que, tradicionalmente na sociedade, uma menor remuneração salarial é paga às mulheres cis quando em comparação aos homens cis. Rubin (2017) aponta que o estabelecimento das distinções dos indivíduos por meio do gênero é fundamental para a criação de uma economia política que desvaloriza o trabalho feminino ao masculino. O fato de mulheres cis e MTT terem suas forças de trabalho desvalorizadas revela que ambas são atravessadas por contextos socioculturais semelhantes. Isso é explicado, especialmente à luz de Beauvoir (2016), que ao se contrapor ao determinismo biológico, traz a ideia de que não se nasce mulher, mas torna-se, a partir das vivências e construções sociais e culturais ao longo do tempo.

Neste mesmo sentido, a exposição à Insegurança Alimentar também se expressa de maneira distinta a depender do gênero. Compreendida como um problema social e histórico além da fome, a Insegurança Alimentar ocorre quando não há acesso físico, social e/ou econômico a alimentos, em quantidade adequada, de

forma segura e nutritiva, visando não somente o atendimento das necessidades biológicas (WHO, 2019).

Fatores sociais, políticos e econômicos afetam diretamente o estado de segurança alimentar de um indivíduo, sendo o gênero feminino quatro vezes mais propensos a sofrer por Insegurança Alimentar, de acordo com o panorama global (BROUSSARD, 2019). Gaia e Soares (2022) observou maior prevalência de Insegurança Alimentar em pessoas trans (68,8%) em comparação com pessoas cis (42,0%). Tal realidade também é evidenciada por Gomes (2022), seja no âmbito nacional ou internacional.

Os dados do presente estudos apontaram para um maior tempo de TH entre os HT. Este achado pode ser explicado, parcialmente, pelos encontrados por Campana *et al.* (2018), os quais apontam para uma maior procura pelos serviços que ofertam a TH, por parte do gênero masculino, devido a necessidade de prescrição médica para o acesso à terapia com administração de testosterona. Porém, Campana *et al.* (2018) demonstra um início mais precoce por parte do gênero feminino, devido à possibilidade de obtenção do anticoncepcional sem prescrição médica, apesar da regulamentação da hormonioterapia pelo SUS.

A utilização da TH sem prescrição médica caracteriza automedicação, especialmente comum em pessoas trans femininas. Monteiro e Brigeiro (2019) associam essa problemática às dificuldades no acesso dos serviços, tanto no que diz respeito ao tempo de espera para início do acompanhamento mas também relacionado à discriminação e preconceito, além do desejo de acelerar a transição e de ter autonomia durante o processo. Os autores ainda detalham que a automedicação pode ser realizada de maneira inapropriada, levando em conta a procedência dos medicamentos, a dosagem, períodos de interrupção e os desfechos à saúde.

7.2 Parâmetros antropométricos sem distinção de gênero

A maioria dos voluntários deste estudo apresentaram excesso de peso. Estes resultados corroboram com um considerável número de trabalhos, nos quais também foram encontrados IMC na classificação de sobrepeso e obesidade para indivíduos trans em terapia hormonal (Machados, Araújo e Santos, 2020; Dantas, 2022; Irineu *et al.*, 2022; e Azevedo, 2023).

Vilas *et al.* (2014) analisaram uma amostra de indivíduos com disforia de gênero

antes e depois de iniciarem a terapia hormonal, e observaram mudanças significativas no pós tratamento, especialmente no grupo de HT, os quais apresentaram valores maiores para o IMC. Ainda, os autores do estudo encontraram relação direta entre os hábitos alimentares e o tempo de terapia hormonal sobre IMC, podendo estes influenciar no ganho de peso e contribuir para o aumento deste parâmetro.

Ainda acerca dos dados referentes ao IMC dos participantes, vale a pena ressaltar que este parâmetro não é capaz de determinar a composição corporal. Por isso, é recomendado utilizar outros parâmetros, na intenção de complementar e subsidiar um diagnóstico nutricional mais acurado (Holmes & Racette, 2021). Ford, Huggings e Sheean (2022) encontraram uma associação entre o uso de TH e a composição corporal, a qual ocorre de maneira diferente entre os gêneros. Os mesmos postularam que na TH com o uso estrogênio há uma diminuição no tecido muscular e aumento do tecido adiposo, e que na TH com testosterona há um aumento na massa muscular e diminuição do tecido adiposo.

Na intenção de complementar os resultados obtidos pelo IMC, também foi utilizado o RCA. De acordo com este parâmetro, a maioria dos indivíduos apresentaram aumento no RCV, não havendo distinção entre os gêneros. Este resultado se assemelha aos de Azevedo (2023), os quais também encontraram similaridade no RCV entre os grupos transmasculinos e transfemininos. Sánchez-Toscano *et al.* (2023) e Wierckx *et al.* (2013) sugerem que ambos podem apresentar alterações no perfil metabólico, embora existam dados que apontem para uma maior tendência na ocorrência dessas alterações entre as MTT. Por fim, Ford, Huggings e Sheean (2022) postulam que, além dos riscos associados aos eventos cardiovasculares, a obesidade é um peso que recai de forma ainda mais impactante em pessoas trans, pois é obstáculo para alguns dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual capazes de atuarem positivamente sobre a disforia de gênero e melhorar a qualidade de vida.

7.3 Parâmetros antropométricos que consideram o gênero

Neto (2021), demonstrou diferenças estatisticamente significativas na muscularidade de pessoas cis e trans, a partir da análise da CMB e Força de Pressão Palmar. Segundo o autor, os HT apresentaram resultados mais baixos em relação aos homens cis, o que se traduz em uma menor muscularidade. Já para as mulheres trans, estas apresentaram maiores resultados ao serem comparadas com mulheres

cis, o que se traduz em uma maior muscularidade.

Como demonstrado, os parâmetros de avaliação do estado nutricional podem apresentar diagnósticos distintos ao considerar o sexo e a identidade de gênero. Estes achados são de suma importância, pois é por meio da avaliação e diagnóstico nutricional que se determina a conduta terapêutica a ser estabelecida para um paciente, com alterações ou manutenção do peso e hábitos alimentares, visando melhoria da qualidade de vida (Valadão *et al.*, 2023). Esta realidade pode fazer com que as intervenções nutricionais sejam enviesadas e não reflitam o real estado de saúde dos indivíduos trans (Brasil, 2011).

Apesar destas limitações frente aos parâmetros de avaliação nutricional generificados, o Guia de Cuidado e Atenção Nutricional à População LGBTQIA+ sugere que este tipo de avaliação possa ser realizada com cautela, visando o acompanhamento individual (sem basear-se em valores de referência generificados). O Guia também trás a possibilidade de utilizar o IMC, além da circunferência do pescoço e cintura, como preditores de risco cardiometabólicos quando ultrapassarem os pontos de corte cisnormativos.

7.4 Análise da Distorção e Insatisfação com Imagem Corporal

Marone *et al.* (1998) foram pioneiros ao estudar a insatisfação corporal em pessoas trans. Seus achados mostram que o descontentamento não se expressa uniformemente sobre os gêneros, e não incluem apenas as partes relativas à genitália. Enquanto as mulheres trans apresentam mais aversão ao corpo de maneira generalizada, os HT apresentam mais aversão às áreas do tronco superior (onde ficam os seios). Becker *et al.* (2016) acrescentam que a insatisfação em pessoas trans é também relativa à aparência em geral. Em outras palavras, a insatisfação corporal em pessoas trans se apresenta em dose dupla, não somente atrelada ao desejo de alcançar as características morfológicas do gênero autodeterminado, mas também ao desejo de alcançar os atributos relativos à idealização do corpo perfeito.

Ålgars *et al.* (2012) pontuam que a insatisfação corporal na população é intimamente relacionada ao comer transtornado e transtornos alimentares. Os autores indicam que a principal causa para a presença dos transtornos alimentares seja a disforia de gênero, a qual sujeita os indivíduos trans à busca pela magreza, com o intuito de suprimir as características do sexo ou de potencializar as características do gênero autodeterminado.

8 CONCLUSÕES

Através do estudo foi possível concluir que vários aspectos inerentes à população trans devem ser considerados para uma avaliação e conduta nutricional adequada. Os parâmetros de avaliação nutricional convencionais apresentam incongruências quanto aos diagnósticos em função da identidade de gênero e do sexo, sendo recomendados para uma avaliação mais fidedigna, os parâmetros que não sejam baseados em pontos de corte em função do sexo.

Cabe ainda destacar a necessidade da presença do profissional nutricionista na composição das equipes de saúde que prestam cuidados ao longo do processo transexualizador, na intenção de ampliar a integralidade dos espaços de saúde, assim como de desenvolver estudos mais robustos, que contemplem a aplicabilidade dos parâmetros de avaliação nutricional nesta população e que proponham métodos de acessar o estado nutricional abrangendo estes indivíduos.

REFERÊNCIAS

ABESO, 2016. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. - São Paulo, 2016.

ÅLGARS, M. *et al.* Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. **Eating disorders**, v. 20, n. 4, p.300-311, jun. 2012.

Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: As Experiências de Adolescentes e Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em Nossos Ambientes Educacionais**; Secretaria de Educação, ABGLT: Curitiba, Brazil, 2016

AZEVEDO, M. M. F. S. **Antropometria, composição corporal, aporte nutricional e comportamento alimentar de pessoas transgênero**. 2023. 39 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2023.

BEAUVOIR, S. D. **O segundo sexo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BECKER, I. *et al.* Body image in young gender dysphoric adults: A european multi-center study. **Archives of sexual behavior**, v.45, n 5, p. 559-574, abr. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 ago. 2024

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

BROUSSARD, N. H. What explains gender differences in food insecurity? **FoodPolicy**, v. 83, p. 180-194, fev. 2019.

BUCHTING, F. O. *et al.* Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. **American journal of preventive medicine**, v. 53, n. 1, p. e1-e7, jun.

2017.

CAMPANA, G. A. *et al.* Terapia Hormonal no Processo de Transexualização. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. ed.esp, p. 526-531, jun. 2018.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n.3, p. 552-563, fev. 2012.

BRASIL. Conselho Regional de Nutricionistas. Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Brasília: CFN, 2018. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=599>. Acesso em 06 ago. 2023.

CHAGAS, H. M. A. **Determinação de valores de referência para a força de preensão palmar e força muscular respiratória em adultos saudáveis**. 2018. 64 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2018.

CURSINO, M.; MARINHO, C.; FREIRE, C. Gênero e psicologia: a violência contra as mulheres transexuais e as travestis, no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 304-320, maio 2023.

DANTAS, D. M. **Qualidade de vida e perfil nutricional de transgêneros em uso de hormônios**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2021.

DANTAS, J. R. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em transexuais: Um estudo piloto. **Semana Acadêmica**, v. 11, n. 231, p. 21-38, fev 2023.

FREITAS, A. L. D.; SILVA, G. M.; JÚNIOR, N. F. D. P., GIULIANI, C. D. Dimensões do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ ofertado pelos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. 1-11, mar. 2023.

FALUDI, A. A. *et al.* Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 109, n. 6, p. 1-76, dez. 2017.

FAUSTINO, I. A. **A mulher do século XXI no mercado de trabalho: uma abordagem das diferenças salariais por gênero e cor no Brasil e macrorregiões**. 2017. 181 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

FERNANDES, L. A. B. Corpos que falam: Biopolítica e saúde LGBTQI. **Fórum linguístico**, v. 16, n. 3, p. 3983-3993, out. 2019.

FONTANARI, A. M. V., CHURCHILL, S., SCHNEIDER, M. A., SOLL, B., COSTA, A. B., & LOBATO, M. I. R. Tobacco use among transgender and gender non-binary youth in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 5281-5292, nov. 2021.

World Health Organization. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns**. Food & Agriculture Org: Roma, Itália. 2019. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/publications/state-food-security-nutrition-2019-en.pdf?sfvrsn=e1d6b3af_2&download=true. Acesso em 01 out.2024.

FORD, K.; HUGGINS, E.; SHEEAN, P. Characterising body composition and bone health in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 35, n. 6, p. 1105-1114, maio 2022.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: A Vontade de Saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRISANCHO, A. R. New standards of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and the elderly. **The American journal of clinical nutrition**, v. 40, n. 4, p. 808-819, out. 1984.

GAIA, J. K. M. **(In) segurança alimentar e nutricional tem relação com identidade de gênero?**. 2022. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022.

GOMES, S. M. **Vulnerabilidade de Pessoas Transgêneros à Insegurança Alimentar**. 2022. 108 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

GOMES, F. N. **Disforia de Gênero e a Endocrinologia**. 2017. 45 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017.

GUEDES, D. P. Recursos antropométricos para análise da composição corporal. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, v. 20, n. 5, p.115-19, set. 2006

HOLMES, C. J.; RACETTE, S. B. The Utility of Body Composition Assessment in Nutrition and Clinical Practice: An Overview of Current Methodology. **Nutrients**, v.13, n. 8, p. 67-83, jul. 2021.

IRINEU, R. A. *et al.* A multidisciplinaridade no atendimento à saúde de pessoas trans. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e38011629297-e38011629297, abr. 2022.

JESUS, J. G. D. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**. 2012. Disponível em: <https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024

KAKESHITA, I. S. *et al.*. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 263-270, jun. 2009.

KLAVER, M. *et al.* Cross sex hormone therapy in transgender persons affects total bodyweight, body fat and lean body mass: a meta analysis. **Andrologia**, v. 49, n. 5, p.4-21, ago. 2017.

LAPAUW, B. M. *et al.* Body composition, volumetric and areal bone parameters in male-to-female transsexual persons. **Bone**, v. 43, n. 6, p. 1016-1021, dez. 2008.

LIMA, L. M. *et al.* **Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+**. Brasília: Conselho Regional de Nutricionistas–1ª região, 2021.

LIPSY, R. J. The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. **Journal of managed care pharmacy: JMCP**, v. 9, n. 1, p. 1-5, jan. 2003.

LOHMAN, T. G. Advances in Body Composition Assessment. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 25, n. 6, p. 762, fev. 1993.

MACHADO, J. G.; ARAÚJO, J. M.; SANTOS, C. C. S. Comportamento alimentar e avaliação nutricional em população trans de um Ambulatório LGBT de Recife: Aspectos nutricionais em população trans no Recife. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 66, p. 23-39, dez. 2020.

MARONE, P. *et al.* An experimental study of body image and perception in gender identity disorders. **International Journal of Transgenderism**, v. 2, n. 3, p. 97-03, fev. 1998.

MAUSS, M. As Técnicas Corporais. **Sociologia e Antropologia**, v 2, n. 5, p 209-233, set. 1974.

MEAD, M. **Sexo e temperamento em três sociedades primitivas**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométrico sem serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN. Brasília; 2011.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00111318, fev. 2019.

MOORE, H. **Understanding sex and gender**. London:Routledge, 1997.

Organização Mundial Da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. 10ª revisão. São Paulo, 2008.

Organização Mundial Da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade - CID-11**. 11ª revisão. Genebra, 2019.

PIERIN, A. M. G.; SALLES, G. F.; MONTEIRO, J. B. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p. 3-28, abr. 2005.

PEREIRA, L.; CHAZAN, A. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795-1881, maio 2019.

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Revista Electrónica de Psicología Política**, v. 11, n. 22, p. 261-277, dez. 2011.

PISCITELLI, A. **Gênero: a história de um conceito**. São Paulo: Berlendis e Vertecchia Editores, 2009.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos. **Ver. Bras. Epidemiol.** v. 10, n. 2, p. 239-248, jun. 2007.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 52, n. 3, p. 157-161, jun. 2006.

PRYZGODA, J.; CHRISLER, J. C. Definitions of gender and sex: The subtleties of meaning. **Sex roles**, v. 43, p. 553-569, out. 2000.

QUINTELA-CASTRO, F. C. D. A. *et al.* Lipid profile and risk of cardiovascular disease in adult transgender men receiving cross-sex hormone therapy: a systematic review. **Nutrition Reviews**, v. 81, n. 10, p. 1310-1320, set. 2023.

RIBEIRO, P. V S. Terapia hormonal para redesignação de gênero-mulher trans: uma revisão. **Saúde. Com-Ciência ISSN: 2594-5890**, v. 4, n. 1, p. 9-16, mar. 2020.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, ago. 2016.

RUBIN, G. **Políticas do Sexo**. São Paulo: Editora UBU, 2017.

SÁNCHEZ-TOSCANO, E. *et al.* Cardiovascular Risk Factors in Transgender People after Gender-Affirming Hormone Therapy. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 19, p. 1219-6141, set. 2023.

SANTOS, R. L. B. D. S.; **Terapêutica Hormonal em Pessoas Trans: Conhecimento, Adequação, Adesão, Cumprimento de Metas e Efeitos Adversos**. 2021. 71 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2021.

SOUSA, F. B. D.; SOUSA, P. M. L. S. D. Saúde LGBTQIA+: a vulnerabilidade das minorias sexuais. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e273101321241-e273101321241, out. 2021.

TOSCANO, E. S.; GAVIRA, I. M.; RISCART, J. D. Metabolic changes in transgender people after gender-affirming hormone therapy. **Endocrine Abstracts**, v. 90, n. 8, p. 134-141 maio 2023.

VALADÃO, T. A.; DA SILVA, D. M. S.; DE MELLO, R. C. R.; NASCIMENTO, D. B. D. “Diga não à desnutrição”: diagnóstico e conduta nutricional de pacientes internados. **BRASPEN Journal**, v. 36, n. 2, p. 145-150, fev. 2023.

VILAS, M. V. A.; RUBALCAVA, G.; BECERRA, A.; PARA, M. C. M. Nutritional status and obesity prevalence in people with gender dysphoria. **AIMS public health**, v. 1, n. 3, p. 137-146, mar. 2014.

WIERCKX, K. *et al.* Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case–control study. **European journal of endocrinology**, v. 169, n. 4, p. 471-478, out. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity status: preventing and managing the global epidemic**. Report of WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 102, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Policy brief: transgender people and HIV**. Geneva: WHO; 2015. p. 4. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf. Acesso em 06 ago. 2023.

APÊNDICE**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

DESEJA INFORMAR O SEXO QUE LHE FOI DESIGNADO AO NASCIMENTO?

- FEMININO
- MASCULINO
- OUTRO _____

DESEJA INFORMAR SUA IDENTIDADE DE GÊNERO?

- HOMEM/MULHER CIS
- HOMEM/MULHER TRANS
- TRAVESTI
- NÃO BINÁRIO
- OUTRO _____

DESEJA INFORMAR SUA COR DE PELE OU RAÇA?

- AMARELA
- BRANCA
- INDÍGENA
- PARDA
- PRETA
- OUTRA

SABE LER E ESCREVER?

- SIM
- NÃO

QUAL A SUA ESCOLARIDADE

- ENSINO FUNDAMENTAL
- ENSINO MÉDIO
- ENSINO TÉCNICO
- ENSINO SUPERIOR
- PÓS GRADUAÇÃO

QUAL A SUA OCUPAÇÃO OU FONTE DE RENDA?

QUAL A SUA RENDA MENSAL (APROXIMADAMENTE?)

TABAGISMO:

- Fumante
- Ex-fumante
- Nunca

ALCOOLISMO:

- Alcoolista
- Ex-alcoolista
- Nunca

TERAPIA HORMONAL:

- Sim
- Não

TEMPO DE USO:

POSSUI DOENÇA (AS) CRÔNICA(AS)?

- DIABETES
 - HIPERTENSÃO
 - OBESIDADE
 - ANSIEDADE
 - DEPRESSÃO
 - CÂNCER
 - HIV/AIDS
 - OUTRAS
-