

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **DETERMINANTES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR**

Teresa Guimarães<sup>1</sup>, Cláudia Robalo<sup>1</sup>, Cristiana Mateus<sup>1</sup>, & Ana Patrícia Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal

Entende-se por determinantes de saúde o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (World Health Organization, 1998). Estes apresentam um carácter multidimensional, atuando em interação, podendo agrupar-se nas seguintes dimensões: biologia humana, social e económica, ambiental, estilos de vida e acesso a serviços de saúde. Destes determinantes destacam-se os estilos de vida na medida em que, sendo comportamentos que os indivíduos adotam, e sobre os quais podem exercer algum controlo, são possíveis de modificar através de uma eficaz intervenção ao nível da promoção da saúde (George, 2011; Martins, Pacheco & Jesus, 2008).

Os estilos de vida não podem ser abordados como um resultado unicamente dependente de escolhas individuais, na medida em que são influenciados e condicionados pelas condições sociais, económicas e culturais, entre outras. Neste sentido, o ingresso no ensino superior implica alterações na vida dos jovens que se podem repercutir ao nível do estilo de vida adotado. O contacto com novas realidades culturais e sociais, bem como a reconfiguração dos círculos sociais e hábitos quotidianos, aliado a um aumento da autonomia e poder de decisão, podem condicionar a adoção de um estilo de vida distinto do anterior que passa a englobar, muitas vezes, comportamentos de risco, comprometendo a sua saúde presente e futura (Dinger & Waigandt, 1997; Martins, Pacheco & Jesus, 2008).

É objetivo deste trabalho descrever e correlacionar determinantes de estilos de vida em estudantes do ensino superior.

## MÉTODO

### *Participantes*

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, em que participaram 165 estudantes do ensino superior (amostra não probabilística, realizada de forma sequencial). Os estudantes, de idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ( $M=20,41$ ;  $DP=0,12$  anos), eram maioritariamente do género feminino (86.7%), frequentando 24.2% o 1º ano de licenciatura, 22.4% o 2º ano, 18.2% o 3º ano e 35.2% o 4º ano, último ano de licenciatura.

### *Material*

Foram utilizados um questionário de caracterização da amostra e de caracterização dos hábitos de consumo (tabaco e bebidas alcoólicas), a *Escala de Pittsburgh* (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) e a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress EADS-21* (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

As questões relativas aos hábitos de consumo permitiram avaliar a frequência do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas e caracterizar o contexto de consumo.

A *Escala de Pittsburgh* permite avaliar a qualidade do sono, através do cálculo de um *score* que resulta da soma de 7 componentes sobre os hábitos de sono referentes ao mês precedente ao questionário, sendo que a obtenção de um resultado entre 0 e 5 corresponde a “boa qualidade do sono” e superior a 5 traduz “má qualidade do sono” (Buysse et al., 1989).

A *EADS-21* inclui 21 itens, agrupados em 3 subescalas – depressão, ansiedade e *stress*. Cada item remete para sintomas emocionais negativos e os estudantes avaliaram a frequência/gravidade do sintoma na semana precedente, numa escala de Likert que varia entre 0 (“Não se aplicou nada a mim”) e 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). O resultado de cada escala, que varia entre 0 e 21, deriva da soma dos valores de cada item, sendo que valores mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos. As variáveis correspondentes a cada subescala foram categorizadas, através do ponto médio teórico da escala de 10.5 pontos. Através desta categorização, cada subescala foi avaliada tendo em conta a existência de valores superiores/inferiores ao ponto médio da escala. Os

valores do Alfa de Cronbach neste estudo foram de 0,92 na subescala de depressão, 0.83 na subescala de ansiedade e 0.89 na subescala de *stress*.

### *Procedimento*

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*, efetuado entre 27 de março e 9 de maio de 2019.

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao *software SPSS*. A caracterização da amostra foi realizada através de estatística descritiva. Realizaram-se os seguintes testes estatísticos: testes de correlação de *Spearman* com a finalidade de determinar a existência e o grau de correlação entre as variáveis ordinais; Teste do Qui-quadrado de Independência ( $\chi^2$ ) para o estudo da eventual associação entre variáveis nominais e ordinais/nominais de interesse.

## RESULTADOS

### *Qualidade do sono*

Nos resultados da avaliação da qualidade do sono constatou-se que só 32.1% dos estudantes evidenciaram uma boa qualidade do mesmo. Contudo, quando avaliada a perceção individual da qualidade do sono, 56.9% classificou-a como “boa ou muito boa”. No que concerne à duração do sono, em média os estudantes dormiam 6h47 ( $DP=1h05$ ) por noite (min 3h00 – máx 9h30).

### *Hábitos tabágicos*

A maioria dos estudantes (81.2%) não eram fumadores, sendo que apenas 1,4% eram fumadores e 2.4% ex-fumadores. Apesar da baixa percentagem de estudantes fumadores, a maior parte destes (62.9%) consumia tabaco diariamente.

### *Hábitos etílicos*

Apenas 11.5% dos estudantes afirmaram nunca consumir bebidas alcoólicas. A maioria (81,2%) consumia álcool socialmente, 1% semanalmente e

1.2% diariamente. Quando questionados acerca do consumo de álcool no mês precedente, 71.5% confirmaram a ingestão deste tipo de bebidas.

#### *Ansiedade, depressão e stress*

Verificaram-se baixos níveis de ansiedade ( $M=4.06$ ;  $DP=3.74$ ), *stress* ( $M=6.88$ ;  $DP=4.49$ ) e depressão ( $M=5.65$ ;  $DP=4.90$ ), sendo os sintomas de *stress* os mais vivenciados pelos estudantes. De entre estes, observou-se que os níveis mais elevados de *stress* (valores acima do ponto médio da subescala de *stress* do EADS 21) estavam presentes, sobretudo, em estudantes do 1º ano e do 3º ano (respetivamente 37.5% e 33.3% dos estudantes desses anos).

#### *Relações entre variáveis*

Verificou-se uma correlação positiva significativa entre o *score* da qualidade do sono (*Escala de Pittsburgh*) e as subescalas do EADS 21, respetivamente, subescala de ansiedade [ $r_s(163)=.460$ ,  $p<0.01$ ], depressão [ $r_s(163)=.397$ ,  $p<0,01$ ] e *stress* [ $r_s(163)=.470$ ,  $p<0.01$ ], sendo que valores mais elevados do *score* traduzem uma pior qualidade do sono. Por outro lado, verificou-se uma correlação negativa significativa entre o *score* da qualidade do sono e o ano de licenciatura frequentado pelos estudantes [ $r_s(163)=-.191$ ,  $p<0.05$ ].

A idade apresentou uma correlação negativa significativa com as subescalas de ansiedade [ $r_s(163)=-.264$ ,  $p<0.01$ ], depressão [ $r_s(163)=-.157$ ,  $p<0,05$ ] e *stress* [ $r_s(163)=-.203$ ,  $p<0.01$ ].

Relativamente aos hábitos de consumo, verificou-se uma associação entre a idade dos estudantes e o consumo de tabaco [ $\chi^2(1.165)=9.689$ ,  $p=0.002$ ] e a idade e o consumo de bebidas alcoólicas [ $\chi^2(1.165)=5.992$ ,  $p=0.014$ ], sendo os estudantes mais velhos os que mais consomem estas substâncias.

## DISCUSSÃO

No que concerne à avaliação da qualidade de sono, destacou-se a discrepância entre a qualidade de sono indicada pela *Escala de Pittsburgh* e

a percepção individual do estudante sobre a qualidade do seu sono – estes resultados podem ser reflexo de um baixo nível de conhecimento por parte dos estudantes sobre o sono, sua importância e como maximizar a qualidade do mesmo. Destacou-se igualmente a reduzida duração de sono por noite (com uma média de 6h47 referida pelos estudantes e um valor mínimo de 3h00), sendo que o consenso da *American Academy of Sleep Medicine* e da *Sleep Research Society* recomenda que um jovem adulto deve dormir entre 7 a 9 horas, de forma a garantir uma boa saúde e qualidade de vida (Watson et al., 2015). No caso particular dos estudantes, para além das consequências a nível da saúde, poderá ainda haver implicações importantes ao nível do rendimento académico, decorrente da diminuição da capacidade de atenção e de dificuldades ao nível da memória e da aprendizagem (Pereira, 2013; Watson et al., 2015).

De acordo com os resultados encontrados, a qualidade do sono é pior entre os estudantes mais novos, parecendo melhorar no decurso da licenciatura, verificando-se que no 1º ano apenas 17.5% dos estudantes apresentam uma boa qualidade do sono, face a 39.7% no 4º ano. Uma hipótese explicativa pode estar relacionada com o facto de existir estágio hospitalar nos últimos anos da licenciatura destes estudantes (3º e 4º ano), o que pode condicionar horários mais regulares e uma maior preocupação com os horários de sono decorrentes da motivação para a obtenção de um melhor desempenho. Pode também ser indicativo de uma melhor gestão do tempo, adquirida ao longo dos anos.

Na presente amostra encontraram-se baixos níveis de ansiedade, depressão e *stress* que não estão de acordo com outros estudos que indicam elevados índices de ansiedade, depressão e *stress* em estudantes do ensino superior (Brandtner & Bardagi, 2009). No entanto, estes achados discordantes poderão estar relacionados com a dimensão da amostra e, sobretudo, com a altura em que foram recolhidos os dados (épocas de avaliações vs. época de aulas).

Os sintomas associados à vivência de *stress* parecem destacar-se nestes estudantes, verificando-se, no entanto, uma associação negativa destes sintomas com a idade, o que poderá corresponder a uma maior capacidade em gerir as situações potenciadoras de *stress* nos estudantes mais velhos. Pelo contrário, os estudantes mais novos encontram-se num período de ingresso no ensino superior, o que implica um grande conjunto

de mudanças, quer a nível cognitivo, quer a nível económico-social, que podem constituir uma fonte de *stress* (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De referir, igualmente, a associação negativa entre níveis de *stress* e qualidade do sono. De facto, a literatura tem demonstrado a relação bidirecional entre o sono e o *stress*, na medida em que o *stress* se encontra relacionado com uma menor duração do sono e uma pior qualidade do mesmo e que uma menor qualidade do sono pode limitar um desenvolvimento físico e mental saudável (Rodrigues, 2013). Constatou-se que os hábitos e perturbações do sono, ao influenciarem negativamente a qualidade de vida, geram situações de *stress*, impaciência, indisponibilidade, irritabilidade, agressividade, distração ou apatia. Por outro lado, quem tem uma boa qualidade do sono apresenta uma maior capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, como o *stress* (Galvão, Pinheiro, Gomes & Ala, 2017).

Apesar da baixa percentagem de estudantes fumadores (16.4%), a idade apresentou uma associação positiva com o consumo de tabaco. Pesquisas efetuadas sobre a etiologia do consumo de tabaco parecem indicar que fumar é essencialmente um comportamento psicossocial. Isto significa que as mudanças no ambiente social (mudança de nível de ensino, afastamento físico da família e do grupo de amigos, estabelecimento de novas amizades e participação frequente em atividades festivas) propiciam um risco acrescido de iniciar hábitos tabágicos (Precioso, 2004). Assim, a entrada no ensino superior, com todas as implicações de caráter adaptativo e progressivo, poderá constituir um importante fator para o início ou para o aumento de comportamentos de risco como consumo de tabaco e/ou de álcool (Pimentel, Mata, & Anes, 2013).

Também em relação ao consumo de bebidas alcoólicas se identificou uma correlação positiva com a idade, isto é, a frequência do consumo apresenta tendência para aumentar com a idade. Por outro lado, parece haver uma tendência para a associação entre o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, tendo em conta que todos os estudantes fumadores referiram igualmente o consumo de bebidas alcoólicas. Importa ainda sublinhar que, contrariamente ao consumo de tabaco, a maioria dos estudantes refere o consumo de bebidas alcoólicas, consumo que ocorre, fundamentalmente, num contexto social.

Pode considerar-se, pois, que o padrão de consumo identificado se associa à dinâmica de algumas práticas relacionadas com o ensino superior,

quer ao nível da oferta de momentos e espaços de convívio que potenciam estas práticas, quer ainda ao acréscimo da interação social e da participação em festividades académicas. Estudos prévios têm demonstrado que as consequências mais frequentemente relacionadas com o consumo excessivo de álcool em estudantes do ensino superior foram o absentismo académico, o atraso na entrega de trabalhos e o não cumprimento de compromissos importantes com óbvia repercussão no seu sucesso académico.

Todos os determinantes influenciam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário, sendo que é difícil quantificar o peso específico de cada um deles. De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida ocupam um lugar de relevo pelo seu carácter mutável, e parcialmente controlável, e pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde.

Os resultados do presente estudo permitem identificar temáticas preferenciais de intervenção em promoção da saúde no ensino superior, como a prevenção do abuso no consumo de bebidas alcoólicas, a gestão do *stress* e a sensibilização para práticas que potenciem a qualidade do sono, sendo fundamental que se delineiem planos de intervenção que sensibilizem os estudantes para a importância de comportamentos saudáveis ao nível destas temáticas.

## REFERÊNCIAS

- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerias: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81-91.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/01651781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/01651781(89)90047-4)
- Dinger, M. K., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 360-362. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.5.360>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a promoção da atividade física 2017* [PDF]. Retrieved from [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS\\_PNPAF2017\\_V7.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf)
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (spe5), 8-12. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0160>
- George, F. (2011). *Sobre determinantes da saúde* [PDF]. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>
- Martins, A., Pacheco, A., & Jesus, S. N. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(2), 100-105. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v16n2p100-105
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pereira, A. R. S. (2013). *Hábitos de sono em estudantes universitários*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pimentel, M. H., Mata, M. A. P., & Anes, E. M. G. J. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185-204.
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 22(3), 499-506.
- Rodrigues, P. J. R. (2013). Vulnerabilidade ao stress, qualidade do sono, fadiga e consumo de substâncias em estudantes universitários. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada.
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., . . . Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: A joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(6), 591-592. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.4758>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary* [PDF]. Retrieved from [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR\\_Glossary\\_1998.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf)

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **DISFORIA DE GÊNERO: INTERVENÇÕES, SAÚDE E BEM-ESTAR**

Ieda Franken<sup>1</sup>, Marina Costa<sup>1</sup>, & Adriano de Leon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba, Brasil

A disforia de gênero (DG), segundo a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), constitui uma categoria nosológica que se caracteriza por um sofrimento clinicamente significativo, durante o período mínimo de seis meses, decorrente da incongruência afetiva/cognitiva entre o gênero designado e o gênero experimentado (APA, 2014). É um quadro que repercute na vida pessoal, profissional e social dos sujeitos. No entanto, não é uma condição inerente à vivência transexual, podendo vir a se manifestar ou não (APA, 2014).

O DSM-V (2014) ainda elenca 6 critérios diagnósticos na seção A, como: o desejo de livrar-se das características sexuais primárias e/ou secundárias; desejo pelas de outro gênero; forte anseio de pertencer e ser tratado como outro gênero; e grande convicção de ter os sentimentos e reações típicas do outro gênero (APA, 2014).

No Brasil, não há estudo epidemiológico sobre a prevalência desse quadro na população (Spizziri, 2017), no entanto, baseado em dados de clínicas cirúrgicas/hormonais europeias, a proporção é de 1 a cada 11 mil homens e 1 a cada 30 mil mulheres (Kaplan & Sadock, 2014). O diagnóstico em nosso país é assentado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que designa o quadro de transexualismo e determina a própria incongruência da vivência de gênero e o desejo de se submeter à cirurgia de transgenitalização como quadro patológico (Lionço, 2009; Torres, Spizziri, Benatti, & Abdo, 2016).

A ascensão dos debates em torno da temática se deu com a intervenção executada pelo médico Christian Hamburguer, na Dinamarca, em 1952, em um ex-soldado do exército norte-americano chamado George Jorgensen. Hamburguer foi o primeiro médico a diagnosticar Jorgensen como

transexual (Arán, Zhaidaft, & Murta, 2008), sendo este até hoje reconhecido mundialmente por ter sido a primeira pessoa a passar pela cirurgia de redesignação sexual. No contexto brasileiro, a primeira cirurgia foi realizada em 1971 pelo médico cirurgião plástico Roberto Farina que foi interpelado judicialmente pelo crime de lesão corporal por esta intervenção (Rocon, Sodré, & Rodrigues 2016).

Um marco no reconhecimento da necessidade de aten o   saúde e o bem-estar dessa popula o, em nosso país, foi a resolu o 1482/97 lançada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que autorizou a realiza o de cirurgias de transgenitaliza o no Brasil em hospitais universitários públicos, sob a justificativa de seu caráter terapêutico (Arán, Murta, & Lionço, 2009)

Além disso, em 18 de agosto de 2008, dada toda a manifesta o social em prol da popula o LGBT (Petry & Meyer, 2011), foi publicada a portaria n  1707 que versa sobre a presta o de serviços de saúde   popula o trans, mais especificamente, instituindo o “Processo Transexualizador” no Sistema  nico de Saúde (SUS). Primando pela integralidade da aten o e isen o de práticas que centralizam a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitaliza o e outras interven es somáticas (Ministério da Saúde, 2008). O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013, passando a incorporar como usuários do processo transexualizador do SUS os homens trans e as travestis (Rocon, Sodré, Rodrigues, Barros, & Wandekoken, 2019).

O processo transexualizador engloba avalia o psiquiátrica, seguida de acompanhamento psicoterapêutico, endocrinológico (hormonioterapia), urológico, ginecológico e cirurgia de redesigna o sexual (Spizzirri, 2017); sendo a neocolpovulvoplastia (constru o da vagina) autorizada e a neofaloplastia (constru o do p nis) de caráter experimental. Além de incluir os procedimentos de mudança de caracteres sexuais secundários como a retirada do pomo de adão, alongamento das cordas vocais, mastectomia e histerectomia (Rocon, Sodré, & Rodrigues 2016).

Um estudo transversal feito por Lerri, Romão, dos Santos, Giami, Ferriani e da Silva Lara (2017), no qual foi aplicado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em uma amostra de 44 pessoas com DG, demonstrou a urgência da necessidade de aten o   saúde mental dessa popula o, ao apontar que cerca de 98% dos indivíduos participantes apresentaram ansiedade e 82% depressão. Assim como em um outro

estudo, no qual foram investigados sintomas psiquiátricos numa amostra de 305 indivíduos transexuais adultos com DG verificou-se que 38% do total apresentavam transtorno mental associado ao momento da coleta dos dados e quase 70% reportavam um diagnóstico psiquiátrico ao longo de suas vidas (Spizzirri, 2017).

Visando uma maior compreensão da temática, o presente trabalho teve como objetivo propor uma revisão sistemática no que concerne às publicações nacionais e internacionais disponíveis no periódico online LILACS, que versam sobre os principais tipos de intervenções que estão sendo propostas e executadas com a população que apresenta disforia de gênero, visando sua saúde e bem-estar.

## MÉTODO

Efetou-se uma revisão da literatura publicada entre os anos de 2009 e 2019 (até o mês de maio) disponível na base de dados LILACS, relacionada à temática da disforia de gênero, mais especificamente sobre os tipos e possibilidades de intervenções para atenuar o desconforto afetivo/cognitivo do sujeito com o gênero designado, tendo como critério de inclusão produções do campo da saúde e de exclusão artigos que discutissem questões próprias do âmbito da medicina. A escolha específica da base de dados se deu pela possibilidade de acesso à literatura publicada em outros periódicos, como o Scielo e o Pepsic. Os descritores utilizados foram “transexualismo” AND intervenção; “transexualismo” AND “psicoterapia” e disforia de gênero (cf. Tabela 1).

Procedeu-se a busca, verificando se os descritores em questão estavam indexados, tanto no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) quanto no Terminologia em Psicologia, o que foi confirmado. O termo transexualismo, obsoleto nos dias de hoje, foi selecionado para busca por estar indexado nos dois sites e ser a terminologia diagnóstica adotada pelo CID-10, manual utilizado para diagnóstico no Brasil. Segue abaixo uma tabela com todas as buscas e descritores utilizados e a quantidade de artigos selecionados.

Tabela 1

*Descritores utilizados para busca de publicações relacionadas à temática DG*

Descritores	Resultados	Selecionados	Excluídos
Transexualismo AND intervenção	2	0	2
Transexualismo AND (intervenção psicoterapêutica)	0	0	0
Transexualismo AND (intervenção psicológica)	0	0	0
Transexualismo AND psicoterapia	8	1	7
(Disforia de gênero)	25	5	20
(Disforia de gênero) AND intervenção	0	0	0
(Disforia de gênero) AND (intervenção psicoterapêutica)	0	0	0
(Disforia de gênero) AND (intervenção psicológica)	0	0	0
(Disforia de gênero) AND psicoterapia	0	0	0
(Distúrbio de Identidade de Gênero)	9	0	9
Total	44	6	38

## RESULTADOS

De acordo com critérios de inclusão e exclusão, 6 artigos foram selecionados e submetidos à análise temática (cf. Tabela 2). Identificou-se que, em média, 83% dos estudos apontaram intervenções multidisciplinares entre elas, médico cirúrgicas, tratamentos hormonais, acompanhamentos psicoterápicos com terapias individuais e grupais, como forma de atender e amparar as necessidades desta população. Com exceção apenas do trabalho de Santibáñez e González (2019) que focalizou no processo de avaliação psicológica como parte do encaminhamento para a cirurgia de redesignação, sem mencionar, no entanto, outras possibilidades de atuação. Foram dois estudos publicados na cidade de São Paulo, dois publicados em Bogotá, Colômbia, um no Rio de Janeiro e um em Santiago no Chile. Em relação à terminologia utilizada 100% dos artigos adotaram a designação disforia de gênero, 50% transgênero, 33% transexualidade, 16% transexualismo, 16% transtorno de identidade de gênero e 16% transtorno de identidade sexual. Além disso, 66% dos artigos foram publicados em revistas de medicina, enquanto 33% em revistas de psicologia, sendo 50% na língua espanhola e 50% em português. Ainda, 33% corresponderam a estudos de caso, 33% a estudos empíricos, 16% à revisão sistemática e 16% de caráter descritivo.

Tabela 2

*Publicações selecionadas sobre DG*

Título do artigo (autores)	Tipo de estudo	Local (ano de publicação)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Psicoterapia pré-cirúrgica em grupos de homens e mulheres transexuais participantes do processo transsexualizador (Torres et al.)	Estudo empírico longitudinal	São Paulo (2016)	Indivíduos transexuais foram divididos em dois grupos (mulheres transexuais e homens transexuais), para o seguimento psicoterapêutico semanal, no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) de orientação psicodramática.	MTS e HTS apresentam condutas consonantes às estipuladas socialmente ao gênero designado. Os pacientes relataram melhora na qualidade de vida após os anos em psicoterapia de grupo. A administração de testosterona em HTS, pode suscitar ações agressivas e impulsivas. MTS almejam a perfeição de seus corpos. As questões psicodinâmicas dos indivíduos transexuais não são diferentes daqueles que não apresentam essa condição.	Verificou-se ao longo dos anos a relevância da abordagem psicodramática para dirimir conflitos e sofrimento associados à condição de DG.
Disforia de gênero: la evaluación psicológica para un cambio de sexo de hombre a mujer (Santibáñez et al.)	Estudo de caso	Santiago, Chile (2019)	Adulto transgênero de 50 anos tratado em uma Unidade de Atenção às pessoas, diagnosticado com HIV e encaminhado para uma avaliação psicológica pelo promotor para submeter-se à cirurgia de redesignação sexual.	<i>Entrevista de profundidade:</i> paciente expressou abertamente seu desejo de ser mulher e ser aceito como tal. <i>Rorschach:</i> Funcionamento neurótico ótimo. <i>Max Luscher:</i> paciente apresentou regulação afetiva, regulação cognitiva dentro de índices normais, agressividade controlada e leve aumento da impulsividade.	Conclui-se a existência uma realidade preservada por parte do paciente, a presença de estabilidade emocional e uma identificação profunda com o sexo feminino, elementos-chave para prosseguir com a mudança de sexo
Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde (Mariano et al.)	Revisão sistemática	Rio de Janeiro (2018)	Revisão integrativa de pesquisas sobre Disforia de Gênero em crianças e identificar recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde	O profissional de saúde deve realizar anamnese direcionada às questões de comportamento da criança em casa e na escola, dinâmica familiar, contexto cultural, história familiar de não conformidade de gênero, vida social da criança e segurança infantil. Deve-se atentar para a avaliação psicossocial adequada para a idade da criança.	Cabe à equipe de Atenção Primária à Saúde providenciar um ambiente acolhedor e sem discriminação para que estas famílias sejam avaliadas e conduzidas de forma adequada.

Tabela 2 (cont.)

Título do artigo (autores)	Tipo de estudo	Local (ano de publicação)	Dados da pesquisa	Principais resultados	Conclusão
Disforia de gênero, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José (Fonseca et al.)	Estudo de caso	Bogotá, Colômbia (2016)	Paciente de 50 anos com diagnóstico de DG (MTF), submetida à hormonioterapia e acompanhamento psicoterápico após avaliação psiquiátrica. Dois anos depois foi submetida à cirurgia de redesignação sexual e cirurgia de feminização.	A paciente começou com características masculinas marcadas e após 4 anos alcançou com a terapia hormonal características sexuais femininas com alterações na distribuição de pêlos no corpo, nitidez da voz, aumento do tecido mamário, aumento do comprimento e quantidade de cabelos e distribuição de gordura corporal.	O diagnóstico, avaliação, tratamento médico e cirúrgico, e monitoramento da DG deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar cumprindo critérios clínicos, paraclínicos éticos. Sendo imprescindível a avaliação das condições secundárias à administração hormonal.
Transexualidade y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-generos (Báez et al.)	Estudo empírico transversal	Medelín, Colômbia (2014)	Utilizou-se como ferramenta analítica a Análise Crítica do Discurso, com a participação de quatro pessoas trans – dois homens e duas mulheres – e quatro profissionais da saúde mental – três psicólogos e um psiquiatra, a fim de compreender as experiências de transexualidade em Bogotá com relação aos serviços de saúde utilizados para transitar pelos sexos. Como técnica de coleta, foram utilizadas entrevistas em Profundidade.	Observou-se uma relação conflitante entre a população trans e os profissionais da saúde que, além de apresentarem posturas intolerantes reivindicam por parte dos pacientes condutas estereotipadas do gênero experimentado o que faz com que muitos busquem construir seus corpos sem o acompanhamento necessário.	Relação tensa e às vezes conflitante entre pessoas trans e serviços de saúde e o papel paradoxal e estratégico da patologização na Colômbia.
Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia (Fleury et al.)	Descritivo	São Paulo (2018)	Discutir algumas particularidades da disforia de gênero, visando a otimização da saúde mental de indivíduos com essa condição	A população com disforia de gênero deve ser abordada por profissionais que conciliem competências clínicas, conhecimento das normas de cuidados elaboradas pela World Professional Association for Transgender Health (WPATH), orientações práticas para a psicoterapia e competência cultural. O atendimento psicológico pode ser individual, com o casal, família ou em grupo e, sendo o acompanhamento atual mais individualizado, fica a cargo do psicoterapeuta apresentar as outras possibilidades de intervenções para os pacientes (cirurgia; hormonioterapia).	Indivíduos transgêneros, portadores de DG, exigem do profissional de saúde competências clínica e cultural, bem como conhecimento das especificidades dos cuidados para assegurar uma abordagem eficiente e sensível às suas demandas.

## DISCUSSÃO

Mariano e Moretti-Pires (2018) ao trazer os cuidados na atenção primária voltadas para crianças com disforia de gênero, apontam para a importância do apoio da família durante o procedimento de transição e sobre a necessidade de uma avaliação psicossocial, por parte dos profissionais de saúde, a fim de compreender o contexto no qual a criança se encontra, atentando a possível existência de uma rede de suporte pessoal ou mesmo aos riscos em seu ambiente social.

Santibáñez e González (2019) publicaram um estudo de caso no qual utilizaram instrumentos como a entrevista de profundidade e o teste de Rorschach, a fim de ter acesso à história emocional do paciente para confirmar a presença permanente de desejos, afetos e identificações que pertencem a outro sexo biológico. Isso demonstrou a relevância destes instrumentos a fim de facilitar o processo diagnóstico que, no contexto colombiano, como colocado por Báez (2014), é visto pela população trans como rótulo necessário para ter acesso à cirurgia de redesignação sexual; procedimento este, reconhecido na literatura pela sua eficácia na produção do bem-estar dos sujeitos com DG (Lerri & Romão, 2018; Spizzirril, 2017).

Tal questão envolve uma outra problemática maior também abordada por Báez (2014) a respeito desse diagnóstico frequentemente estar sujeito às percepções estereotipadas acerca dos papéis de gênero por parte dos psiquiatras, suscitando nos pacientes, a necessidade de uma performance que exale masculinidade/feminilidade para viabilizar os procedimentos (Báez, 2014).

Fonseca, León, Sierra, e Rojas (2016), no contexto colombiano, sustentam a perspectiva da cirurgia de redesignação sexual enquanto principal intervenção para o quadro do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), considerando, a dimensão multi e interprofissional que perpassa o processo até a intervenção, de modo a enfatizar tanto o acompanhamento psicoterápico quanto a terapia hormonal com estrógenos e antiandrogênicos, a fim de produzir mudanças nas características sexuais secundárias. Além de pontuarem a importância de estabelecer o diagnóstico diferencial do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) de outros quadros como o Transtorno Dismórfico Corporal e Travestismo (Fonseca et al., 2016).

Fleury e Abdoll (2018) ressaltam a importância de a população que possui disforia de gênero ser abordada por profissionais que conciliem

competências clínicas, conhecimento das normas de cuidado elaboradas pela *World Professional Association for Transgender People* (WPATH), orientações práticas para a psicoterapia e competência cultural.

As autoras salientam também o acompanhamento atual que se configura de maneira mais individualizada, atentando às necessidades e desejos particulares do paciente, evitando, assim, reduzir o tratamento da disforia à cirurgia de redesignação sexual. O que corrobora com a própria proposição do WPATH que pontua a especificidade no tocante ao tratamento. Além disso, enfatizam a importância da psicoterapia grupal e das dimensões psicopedagógicas, de adaptação cognitiva, desenvolvimento de habilidades e regulação de afetos no processo (Fleury & Abdoll, 2018).

Báez (2014) denuncia a tensão que perpassa os relacionamentos entre a população trans e a equipe de saúde em Bogotá, dado o grande preconceito em torno da questão, resultado, muitas vezes, de uma inaptidão para lidar com a especificidade que permeia a situação desse público. O que se torna problemático à medida em que aumenta o número de casos de pessoas que constroem seus corpos à margem do sistema de saúde, sem o acompanhamento necessário (Báez, 2014).

Ainda segundo esse autor, a principal função apresentada pelos psicólogos durante as entrevistas é a de apoio, possibilitando um espaço passível de expressão de dúvidas, medos e dilemas, além de proferir suporte à família, mediante terapia ou psicoeducação e, no caso da impossibilidade de diálogo acerca da questão com essa rede pessoal, proferir suporte para a criação de outros vínculos relacionais que validem a experiência do paciente (Báez, 2014).

Báez (2014) pontua também a importância de se trabalhar o desejo de performar feminilidade/masculinidade conforme os moldes sociais, confrontando a validade desses construtos. Discussão tangente à levantada por Torres, Spizzirri, Benatti & Abdo (2016), que disserta sobre a relevância da desconstrução do ideal estético, muitas vezes apresentado pelos pacientes.

Finalmente, Torres et al. (2016) assim como Fleury e Abdoll (2018) apresentam a psicoterapia de grupo como profícua para o processo transicional uma vez que propicia reflexões e questionamentos e abre espaço para novas adequações emocionais, inclusive as provenientes das transformações corporais, como consequência do tratamento hormonal.

De um modo geral, foi possível perceber que os estudos, por mais que considerem a particularidade no tocante às intervenções, concebem a cirurgia de transgenitalização como um procedimento significativo no processo de tratamento da disforia de gênero e a avaliação psiquiátrica como o pilar de todo o processo, uma vez que o diagnóstico viabiliza a realização de outros tratamentos. Ainda, 83% das publicações selecionadas enfatizaram a multidisciplinaridade das intervenções, com exceção apenas do trabalho de Santibáñez e González (2019) que focalizou no processo de avaliação psicológica como parte do encaminhamento para a cirurgia de redesignação, sem mencionar, no entanto, outras possibilidades de atuação. As psicoterapias grupais e terapias hormonais também tiveram frequência quase integral nos artigos, apontando suas respectivas relevâncias. Contudo, verificou-se a ausência de mais estudos na dimensão do cuidado e dos métodos que aperfeiçoem a assistência para esta população; sendo assim, recomenda-se a expansão de estudos nessa área de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1141-1149. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>
- Arán, M., Zaidhaft, S., & Murta, D. (2008) Transexualidade: Corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 70-79. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>
- Báez, R. A. L. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *CES Psicología*, 7(2), 108-125.
- Fleury I, H. J., & Abdoll, C. H. N. (2018). Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia. *Diagn. Tratamento*, 23(4), 147-151.
- Fonseca, A. M., León, M. V., Sierra, A. M., & Rojas, W. (2016). Disforia de género, presentación de un caso masculino a femenino (MTF) en el Hospital de San José. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(4), 247-251. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.11.008>

- Mariano, T. D. S. O., & Moretti-Pires, R. O. (2018). Disforia de gênero em crianças: Revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-11. [http://doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)165](http://doi.org/10.5712/rbmf13(40)165)
- Ministério da Saúde (BR). (2008). Portaria n. 1.707/GM de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União*.
- Petry, A. R., & Meyer, D. E. E. (2011). Transexualidade e heteronormatividade: Algumas questões para a pesquisa. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10(1), 193-198. doi: 10.15448/1677-9509
- Rocon, P. C., Sodré, F., & Rodrigues, A. (2016). Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: Uma análise sobre a política pública. *Revista Katálysis*, 19(2), 260-269. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>
- Rocon, P. C., Sodré, F., Rodrigues, A., Barros, M. E. B. D., & Wandekoken, K. D. (2019). Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do sistema único de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180633. <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>
- Santibáñez, G., & González, A. (2019). Disforia de género: La evaluación psicológica para un cambio de sexo de hombre a mujer. *Rev. Chil. Endocrinol. Diabetes*, 12(2), 120-123.
- Spizzirri I. G. (2017). Disforia de gênero em indivíduos transexuais adultos: Aspectos clínicos e epidemiológicos. *CEP*, 22(1), 45-48.
- Torres, R. R. A., Spizzirri, G., Benatti, E. T., & Abdo, C. H. N. (2016). Psicoterapia pré-cirúrgica em grupos de homens e mulheres transexuais participantes do processo transexualizador. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 24(2), 2-16. doi: 10.15329/2318-0498.20160015