

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

**FRANCO LUÍS SALUME COSTA**

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV E DE  
ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS ANAIS E CERVICAIS EM  
TRANSGÊNEROS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO  
ESPECIALIZADO NO ESPÍRITO SANTO ENTRE 2018 A 2021**

VITÓRIA, ES

2022

FRANCO LUÍS SALUME COSTA

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV E DE  
ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS ANAIS E CERVICAIS EM  
TRANSGÊNEROS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO  
ESPECIALIZADO NO ESPÍRITO SANTO ENTRE 2018 A 2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro das Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angélica Espinosa Miranda

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neide Aparecida Tosato Boldrini

VITÓRIA, ES

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

S181p Salume Costa, Franco Luís, 1994-  
Prevalência da infecção pelo HPV e de alterações citológicas anais e cervicais em transgêneros atendidos em ambulatório especializado no Espírito Santo entre 2018 a 2021 / Franco Luís Salume Costa. - 2022.  
110 f. : il.

Orientadora: Angélica Espinosa Miranda.

Coorientadora: Neide Aparecida Tosato Boldrini.

Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Pessoas transgêneros - Identidade. 2. Papilomavirus. 3. Colo uterino - Câncer - Prevenção. 4. Ânus - Câncer. I. Espinosa Miranda, Angélica. II. Tosato Boldrini, Neide Aparecida. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas**

Vitória, 21 de julho de 2022.

**PARECER ÚNICO DA COMISSÃO JULGADORA DE DISSERTAÇÃO DE**  
**MESTRADO**

O(a) mestrando(a) Franco Luis Salume Costa apresentou a tese intitulada “Prevalência da infecção pelo HPV e de alterações citológicas anais e cervicais em transgêneros atendidos em ambulatório especializado no Espírito Santo de 2018 a 2021” em sessão pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Considerando a apresentação oral dos resultados, sua qualidade e relevância, a Comissão Examinadora decidiu ( X ) aprovar ( ) reprovar a dissertação habilitando Franco Luis Salume Costa a obter o Grau de Mestre(a) em Doenças Infecciosas.

Vitória, 21 de julho de 2022.

Profa. Dra. Angelica Espinosa Miranda  
Universidade Federal do Espírito Santo – Orientadora

Profa. Dra. Neide Aparecida Tosato Boldrini  
Universidade Federal do Espírito Santo – Co-orientadora

Prof. Dr. Gutemberg Leão de Almeida Filho  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Titular Externo

Profa. Dra. Creuza Rachel Vicente  
Universidade Federal do Espírito Santo – Titular Interno

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço diariamente à minha mãe, Célida, responsável pela minha educação, formação de personalidade, graduação, incentivo e amor, sem sua dedicação e seu apoio jamais conseguiria chegar neste exato momento da minha vida acadêmica e profissional. Descanse em paz e saiba que tudo valeu a pena!

Agradeço à minha avó Áurea, guerreira, pilar de força, determinação e exemplo. Minha companheira de muitas tardes de café, quem eu amo profundamente e sou eternamente grato.

Ao meu irmão, Fred, sempre parceiro e atual companheiro da minha vida. Sempre me incentivando, estando em meu lado em todos os momentos difíceis, com quem aprendo diariamente a viver dias insólitos e desafiadores.

Lecionar é uma das maiores paixões e um dos meus melhores focos de admiração. Admiro quem faz isso por amor e altruísmo. Minha graduação foi recheada de exemplos, e por eles eu estou aqui hoje: Weverton, Renata, Ana Daniela, e tantos outros.

Consegui caminhar com o Mestrado esses últimos dois anos juntamente com minha Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Minhas colegas de residência, amigas e parceiras de momentos difíceis, que me apoiaram cegamente e com amor, compreensão e alegria estiveram ao meu lado nessa caminhada. Helena, Helena, Julianny e Mariana, vocês são minha família.

Carol, você é incrível, obrigado pelo seu apoio, incentivo, desabafos e parceira em tantos momentos de nossas vidas. Eu te amo!

Agradecimento especial a minha mais querida professora, mãe, amiga, Dra. Neide. Ela é a grande responsável por inimagináveis conquistas acadêmicas. Graças a ela corri atrás de sonhos ainda não revelados, e por quem através conheci outra pessoa excepcional, Dra Angelica, que me orienta neste trabalho. Dra Angelica, obrigado pela paciência e por novas chances. Neide, eu te amo e agradeço por tudo.

*“Minha vida depende só do teu encanto. Cila, pode ir tranquila, teu rebanho ta pronto”*

(Maria Gadu)

## RESUMO

**Introdução:** A transgeneridade é considerada um determinante social à saúde da população transgênero. Existem dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde e aos censos demográficos, dificultando estudos de prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Sabe-se que existe um risco aumentado para adquirir IST por apresentarem mais comportamento sexual de risco. A infecção pelo HPV é a IST mais comum entre adultos e dados sobre sua prevalência em transgêneros é escasso, sendo necessário estudos. **Objetivos:** Determinar a prevalência da infecção pelo HPV na população transgênero atendida num serviço especializado do hospital universitário do Espírito Santo e sua associação com lesões pré-neoplásicas em exames citopatológicos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um corte transversal realizado no período de agosto de 2018 a maio de 2021, com inclusão de 110 usuários transgêneros. A coleta de dados se deu por questionário, coleta de amostras de sítio anogenital para pesquisa de HPV, clamídia, gonococo, tricomoníase e citologia oncótica e sorologias para rastreamento de HIV, sífilis, hepatites B e C. Os dados foram armazenados e trabalhados através do SPSS–data entry (Statistical Package for the Social Sciences), 20. **Resultados:** Homens transgêneros representaram a maioria da amostra (n = 67; 60,9%), mulheres transgêneros 34,5% (n = 38). A média de idade foi de 27,7 anos, com desvio padrão de 9,143. A prevalência de HPV foi 58,3%, sendo 50% entre homens transgêneros e 81,25% entre mulheres transgêneros. Por sítio anogenital, amostras positivas para HPV em região cervical foram 38% e, em região anal, 25% em homens transgêneros. Mulheres transgêneros apresentaram positividade para HPV em região anal de 48,1%. A citologia anal estava alterada em 23,5% das mulheres, e a cervical em 9,5% dos homens. Sífilis, tricomoníase, verruga anogenital, HIV, herpes, clamídia e hepatite B foram encontradas em, respectivamente, 13,6%, 12,5%, 5,5%, 4,5%, 4,5%, 4,1% e 0,9%. **Conclusão:** Estudos de prevalência de HPV, IST e sua correlação clínico-comportamental ainda são necessários para fornecimento de atendimento integral, inclusivo e respeitoso à esta população. Assim como políticas de rastreamento e prevenção de IST e neoplasia devem ser priorizados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Transgenderism is considered a health's social determinant for the transgender population. There are access barriers to health services and demographic censuses that makes unfeasible the determination of sexually transmitted infections (STIs) prevalence. It is known that there is an increased risk of acquiring STIs due to risky sexual behavior. HPV infection is the most common STI among adults and data about its prevalence in transgender people is scarce and necessary. **Objectives:** To determine the prevalence of HPV infection in the transgender population treated at a specialized service at the University Hospital of Espírito Santo and its association with cytological changes. **Materials and Methods:** This is a cross-section carried out from August 2018 to May 2021, including 110 transgender users. Data collection consisted of survey, search for HPV, chlamydia, gonorrhea, trichomoniasis in samples from anal and cervical region and oncotic cytology survey and blood samples' screening for HIV, syphilis, hepatitis B and C. Data were stored and processed using SPSS–data entry (Statistical Package for the Social Sciences), 20. **Results:** Transgender men represented 60.9% of the sample (n = 67), while transgender women were 34.5% (n = 38). The mean age was 27.7 years, with a standard deviation of 9.131. The prevalence of HPV was 58.3%, with 50% among transgender men and 81.25% among transgender women. By anogenital site, positive HPV in the cervical region were 38% and, in the anal region, 25% in transgender men. Transgender women were HPV positive in the anal region 48.1%. Anal cytology was altered in 23.5% of the transgender women, and the cervical cytology among 9.5% in men. Syphilis, trichomoniasis, HIV, genital wart, herpes, chlamydia, and hepatitis B, were found in, respectively, 13.6%, 12.5%, 5.5%, 4.5%, 4.5%, 4.1% e 0.9%. **Conclusion:** Prevalence studies of HPV, STIs and their clinical-behavioral correlation are still needed to provide comprehensive, inclusive and respectful care to this population. STI and neoplasm screening and prevention policies should be prioritized.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das identidades de gênero por variáveis sócio-demográficas (N=110)	53
Tabela 2 – Perfil das identidades de gênero por variáveis clínicas e comportamentais (N = 110).	55
Tabela 3 – Prevalência de resultados positivos de PCR para HPV por amostras coletadas por identidade de gênero	57
Tabela 4 - Prevalência de citologias anogenitais alteradas por amostras coletadas por identidade de gênero	58
Tabela 5 - Correlação de dados clínicos e citopatológicos por alterações citológicas	59
Tabela 6 - Dados clínicos e comportamentais por positividade em PCR para HPV (N = 60).	60
Tabela 7 - Diagnósticos de HIV, Sífilis, Herpes, Hepatite B e verrugas por HPV por identidade de gênero (%)	62
Tabela 8 - Diagnósticos de clamídia e tricomoníase em pessoas transgêneros (n = 24)	62
Tabela 9 - Análise multivariada dos fatores associados com resultado positivo para HPV na população atendida no AMDG	63

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mandala da diversidade extraído de <i>Posicionamento conjunto: Medicina diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero</i> .....	19
Figura 2 - Representação esquemática da árvore filogenética dos papilomavirus. Fonte: Muhr, 2018 .....	33
Figura 3 - Representação esquemática do genoma circular do HPV 16. Fonte: Harden, 2017 .....	35
Figura 4 - Ciclo de infecção e proliferação do HPV no epitélio escamoso Fonte: Harden, 2017.....	35
Figura 5 - Resumo de recomendações da conduta inicial após alteração de resultado em exames citopatológicos. Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero, 2016.....	41
Figura 6 - Metodologia de realização de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C pelo método de imunocromatografia de fluxo lateral .....	50
Figura 7 - Alteração de citologias anais por identidade de gênero (p = 0,011) .....	57
Figura 8 - Alteração de PCR para HPV anal por identidade de gênero (p = 0,025) ..	58
Figura 9 - Prevalência de IST (HIV, Sífilis, Herpes, Hepatite B e verrugas por HPV)	61

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1. AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Síndrome da Imunodeficiência Humana
2. Anti-HBS: Anticorpos contra o antígeno da Hepatite B
3. AMDG: Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero
4. ASC-H: Células atípicas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau
5. ASC-US: Células atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
6. CID-10: Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição
7. CFM: Conselho Federal de Medicina
8. CRE: Centro Regional de Especialidade
9. DNA: *Desoxyribonucleic Acid*, ácido desoxirribonucleico
10. DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
11. DST: Doença Sexualmente Transmissível
12. E1/E2/E4/E5/E6/E7: “*early*”, genes precoces que codificam proteínas da estrutura viral do HPV
13. EUA: Estados Unidos da América
14. FDA: *Food and Drugs Administration*, órgão governamental de controle de medicamentos e alimentos dos EUA
15. FTA ABS: *fluorescent treponemal antibody absorption test*
16. GLBT: Gays, lésbicas, bissexuais e transsexuais
17. GO: Goiás
18. HbsAG: Antígeno de superfície da Hepatite B
19. HCV: Vírus da Hepatite C
20. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
21. HPV: Papilomavírus humano
22. HSH: Homens que fazem sexo com Homens
23. HSIL: Lesão Intraepitelial de Alto Grau
24. HUCAM: Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

25. IST: Infecção sexualmente transmissível
26. L1/L2: “*late*”, genes tardios que codificam proteínas de ligação da estrutura viral do HPV
27. LCR: *Long control region*
28. LGBT: Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais
29. MG: Minas Gerais
30. MTF: *Male to Female*
31. NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical
32. OMS: Organização Mundial da Saúde
33. OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
34. PCR: *Protein Chain Reaction*
35. PE: Pernambuco
36. PHIV: Pessoas que vivem com HIV
37. PTS: Plano Terapêutico Singular
38. RS: Rio Grande do Sul
39. SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*
40. SUS: Sistema Único de Saúde
41. UFES: Universidade Federal do Espírito Santo
42. USG: Ultrassonografia
43. VDRL: *Veneral Disease Research Laboratory*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 POPULAÇÃO TRANSGÊNERO: CONCEITOS E TERMINOLOGIA .....	18
2.2 HISTÓRICO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR ATRAVÉS DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	20
2.3 O ACESSO À POPULAÇÃO TRANSGÊNERO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE 26	
2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM TRANSGÊNEROS	30
2.5 O PAPILOMAVIRUS HUMANO .....	32
2.6 LESÃO INTRAEPITELIAL ANAL NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO.....	37
2.7 LESÃO INTRAEPITELIAL CERVICAL NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO	40
2.8 VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS HPV .....	42
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>45</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	45
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>46</b>
4.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	46
4.2 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	46
4.3 AMDG .....	46
4.4 COLETA DE DADOS .....	47
4.5 PROCEDIMENTOS.....	49
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	51
4.7 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	52
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>

5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	53
5.2	DADOS CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS.....	54
5.3	HPV E CITOLOGIAS ONCÓTICAS .....	56
5.4	OUTRAS IST.....	61
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>71</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
<b>10.</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>93</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A transgeneridade pode ser considerada um determinante social à saúde da população transgênero, já que na busca pela coerência físico-mental e as expectativas de gênero utilizam de recursos farmacológicos e procedimentos cirúrgicos, o que se constitui como importante fator no processo saúde-doença dessa população (Rocon et al., 2018). Nas últimas três décadas, o sistema de saúde tem se esforçado para contrapor a discriminação e estigmatização que essa população enfrenta como barreira de acesso aos serviços de saúde (Rocon et al., 2019). Esse problema dá-se, principalmente, devido desrespeito ao nome social e transfobia, causando seletividade e obstrução ao acesso de serviços especializados (Rocon et al., 2016).

A baixa representatividade dessa população nos serviços de saúde e a ineficiência dos censos demográficos locais referente à transgeneridade dificulta estudos demográficos, assim como estudos de prevalências de determinantes sociais do processo de adoecimento e doenças comumente associadas à população transgênero, como as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Assim, os estudos publicados no Brasil não apresentam aspectos sociais e demográficos satisfatórios e atualizados sobre as identidades de gênero. No entanto, algumas estimativas internacionais baseadas em critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) mostram que o tamanho da população transgênero no mundo varia entre 0,5 a 1,3% (Zucker, 2017). No Brasil, um estudo pioneiro realizado em Botucatu (SP) mostra uma proporção de 0,69% de pessoas transgêneros e 1,19% de pessoas não binárias (Spizzirri et al, 2020).

Sabe-se, entretanto, que a população transgênero pode ter um risco aumentado para adquirir IST, especialmente o vírus da imunodeficiência humana (HIV), devido maior probabilidade de apresentarem comportamento sexual de risco (Poteat et al., 2018). Estudando sobre associação de HIV e mulheres transgêneros, Baral e colaboradores (2013) mostraram que as maiores taxas de prevalência de HIV foram encontradas na América Latina, em mulheres transgêneros, com uma prevalência de 18% (Baral et al., 2013; Silva-Santisteban et al., 2016). Em estudos de prevalência de HIV na

população de homens transgêneros nos Estados Unidos, soropositividade foi encontrada variando de 0 a 4,3%, número menor que a prevalência de HIV em adultos nesse mesmo país (972.166 mil), em 2014 (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Reisner et al., 2016). Fontanari e colaboradores, em 2019, não encontraram presença de HIV em transgêneros masculinos, mas houve diagnósticos de sífilis e hepatite C, sendo estes menos acometidos por IST do que as mulheres transgêneros. No entanto, a prevalência de homens transgêneros que nunca realizaram testagem para IST foi de 31,1%, evidenciando o subdiagnóstico de IST nessa população e as barreiras de acesso ao serviço de saúde que isto evidencia (Fontanari et al., 2019).

Dados sobre IST em população transgênero são pouco frequentes, já que transgêneros nem sempre são incluídos nos estudos realizados sobre prevalência e fatores de risco para infecção por papiloma vírus humano (HPV). No entanto, sabe-se que a prevalência do HPV tem importante correlação com a infecção pelo HIV, sendo o risco de adquirir o HPV duas vezes maior que o risco habitual e o *clearance* reduzido pela metade em mulheres transgêneros (Singh et al., 2019). A infecção pelo HPV é a IST mais comum entre adultos, sendo a maioria assintomática ou transientes, mas em alguns casos podendo evoluir para verrugas ou neoplasias anogenitais (Pahud, 2015). A incidência de infecção pelo HPV e suas manifestações são maiores em grupos de comportamentos de risco, como pessoas transgêneros (Allen-Leigh et al., 2020).

Sabendo-se então que a população transgênero é histórica e culturalmente marginalizada e estigmatizada torna-se de grande importância a realização de novos estudos sobre seu perfil clínico e comportamental e a associação com IST. A ausência de dados na literatura e a limitação de estudos às mulheres transgêneros que vivem com HIV não representa a diversidade desses indivíduos. Determinar a prevalência geral da infecção pelo HPV anal e cervical na população transgênero atendida num serviço especializado do hospital universitário de Vitória, Espírito Santo e sua associação com lesões pré-cancerosas ou neoplásicas nos exames citopatológicos é essencial para fornecer cuidado integral à saúde da população e para estabelecer

protocolos e diretrizes de prevenção de HPV e rastreamento de câncer cervical e anal específicos.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POPULAÇÃO TRANSGÊNERO: CONCEITOS E TERMINOLOGIA

Quando se trata de população transgênero é fundamental reconhecer a correta terminologia para se dirigir à tal população. Sabendo que a transexualidade é uma questão de identidade e o termo gênero se refere a uma construção social, que varia ao longo do tempo de acordo com cada sociedade, pode-se, então, discriminar identidade de gênero, sexo biológico, orientação sexual e expressão de gênero como termos de conceitos divergentes (Jesus, 2012). Sexo biológico ou sexo designado ao nascer refere-se a características fisiológicas, anatômicas, genéticas e hormonais desde o nascimento, sendo estabelecido uma diferenciação binária entre seres humanos, designando-se como sexo biológico masculino e feminino. Identidade de gênero é a percepção interna do indivíduo sobre si, podendo ele se identificar como gênero masculino, feminino, não binário, intersexo, gênero fluído, sem gênero, sendo igual ou diferente do sexo designado ao nascimento (Issues, 2012; Jesus, 2012; National LGBT Health Education Center, 2017)

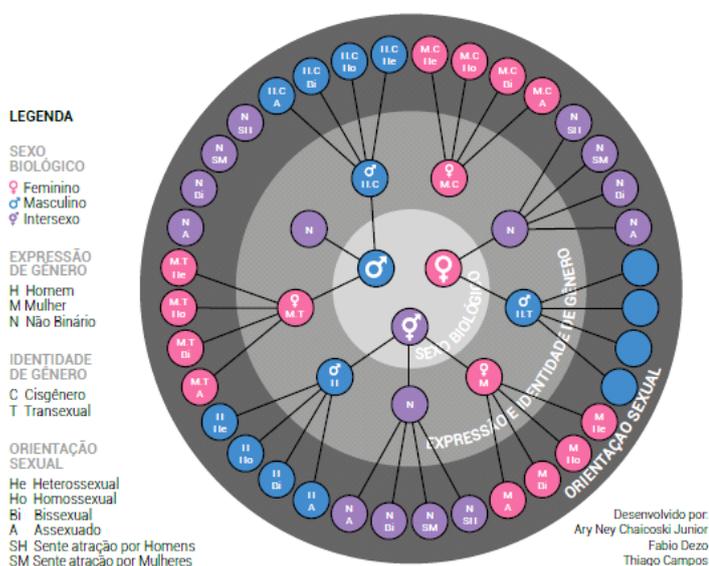
Denominamos as identidades em cisgênero ou transgênero. Cisgênero se refere a pessoas que se identificam com o gênero que lhe foi designado ao nascimento, enquanto transgênero refere-se ao indivíduo que não se identifica, em graus diversos, com comportamentos ou papéis de gênero esperados ao sexo que lhe foi designado ao nascimento. As identidades não binárias são consideradas transgêneros, mas podem não se sentir confortáveis em serem enquadradas em rótulos ou terminologias, por não necessariamente sentirem-se confortáveis com os conceitos de identidades construídos e impostos socialmente (Jesus, 2012).

A expressão do gênero trata-se das diversas formas que um indivíduo pode se apresentar, através de roupas, penteados, comportamentos e fala, de acordo com expectativas sociais de comportamento de um determinado gênero (Jesus, 2012; National LGBT Health Education Center, 2017). Por fim, orientação sexual diz por quem a pessoa sente-se atraída sexual e emocionalmente, podendo o indivíduo se identificar com os seguintes rótulos, segundo de Jesus (2012):

- Assexual: pessoa que não sente atração sexual por pessoas de qualquer gênero
- Bissexual: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero
- Heterossexual: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
- Homossexual: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
- Outras orientações: polisssexual (pessoa que se atrai por mais de dois gêneros, mas não todos), pansexual (pessoa que se atrai por todos os gêneros), demisssexual (pessoa que se atrai por pessoas que considera inteligente).

Assim, consideramos pessoa transgênero aquela que não se identifica com o sexo biológico designado ao nascimento. A Figura 1 ilustra a diversidade e a complexidade, ainda de maneira incompleta e estigmatizada, que representa essa população tão amplamente diversa e que muitas vezes não se enquadra em rótulos estabelecidos pela sociedade em que vivem.

**Figura 1 - Mandala da diversidade extraído de *Posicionamento conjunto: Medicina diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero***



## 2.2 HISTÓRICO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR ATRAVÉS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Lionço (2009) define como Processo Transexualizador “um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas”, englobando, na prática, medidas clínicas e cirúrgicas que permitam adequação de formas de expressão ao gênero no qual certo indivíduo se identifica (Lionço, 2009). Para podermos entender o contexto do processo transexualizador atual, é necessário identificar marcos históricos que nos permitiram chegar aonde nos encontramos em relação a conhecimento e tecnologias.

A história em registros do processo transexualizador começa em 1931 no Instituto de Ciência Sexual em Berlim, no relato de caso de Abraham F. O primeiro procedimento de redesignação sexual do masculino para feminino foi em Dora Richter, uma transexual com manifestação de disforia de gênero desde a infância, com tentativas, inclusive, de autocastração. Em 1922, Dora foi submetida a uma orquiectomia (remoção cirúrgica dos testículos), seguido, em 1931, pela amputação peniana, quando foi publicado o relato de caso da primeira cirurgia de redesignação sexual, em junho de 1931. No entanto, a primeira vaginoplastia, uma das etapas da cirurgia de redesignação sexual, que se trata da construção de uma neovagina a partir de tecido da região escrotal, foi realizada em Lili Elbe, em 1931 (Abraham F, 1931). Também transexual desde infância, foi submetida previamente à orquiectomia e amputação peniana, assim como Dora Richter, antes da formação de uma nova vagina, procedimento totalmente bem-sucedido até a morte da mesma devido a complicações de uma tentativa de transplante de útero. Abraham F descreveu a cirurgia transexualizadora como cirurgia de emergência necessária para salvar pacientes de procedimentos auto infligidos mais graves e ameaçadores à vida (Abraham, 1931).

A primeira menção aos termos ‘transexual’ e ‘transexualismo’ se deu em 1949, por David O. Cauldwell, que definiu *psychopathia transexualis* como desejo patológico de

ser tornar completamente membro do sexo oposto, sendo o desejo tão poderoso que o indivíduo insiste em se submeter a procedimentos cirúrgicos para se converter ao sexo oposto (Penais, 1979).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o primeiro registro de cirurgia transgenitalizadora foi feito em 1952 quando George Jorgensen, de Nova Iorque, do sexo biológico masculino, se deparou com um artigo de um médico dinamarquês que fazia estudos experimentais com hormônios sexuais exógenos extraídos de animais em pacientes diagnosticados, com o que iria se chamar mais tarde de disforia de gênero. Na mesma época, enquanto era submetida a hormonização e acompanhamento por equipe multidisciplinar, foi também submetida ao passo final para sua transição de gênero, a cirurgia de redesignação sexual (Skidmore, 2011).

No Brasil, o primeiro registro de cirurgia transgenitalizadora ocorreu em 1959 quando Maura Maria foi diagnosticada por José Eliomar da Silva como intersexo e foi então submetida a procedimentos de mudança de gênero em Itajaí, Santa Catarina, até se tornar Mario da Silva (Silva & Costa e Brito, 2017). Em 1971, o médico Roberto Farina foi interpelado judicialmente pelo crime de lesão corporal por ter realizado o primeiro procedimento de redesignação sexual, na cidade de São Paulo, de Waldir Nogueira, designado masculino ao nascimento, mas que se identificava e se comportava como feminino desde a infância (Pena, 2007; Fragoso, 1979).

A definição de transexualidade como doença se deu em 1980 com a inclusão do código F64 (Transtorno de Identidade de Gênero) na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Terceiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) pela Associação Americana de Psiquiatria.

A criação de um sistema de saúde único no Brasil foi possível após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que garante através do artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil,

1988). A partir daí, a luta dos movimentos sociais por políticas de acesso à saúde culminou com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, sancionada pelo então Presidente do Brasil Fernando Collor de Mello, que formaliza a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e estabelece como princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a equidade. (Brasil, 1990)

O primeiro passo para estabelecimento dos procedimentos transgenitalizadores no Brasil aconteceu com a publicação da Resolução 1482 do Conselho Federal de Medicina (CFM) em 10 de setembro de 1997 em que “autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários.” Além disso, define transexualismo como “desconforto com o sexo anatômico natural” e/ou “desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto” e/ou “permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos” e/ou “ausência de outros transtornos mentais”. A resolução define acompanhamento prévio multidisciplinar (psiquiatra, cirurgião, psicólogo, assistente social) por dois anos, em paciente com diagnóstico médico de transexualismo, em maiores de vinte e um anos, podendo ser realizadas apenas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa, sob consentimento livre e esclarecido do paciente (Conselho Federal de Medicina, 1997).

Mesmo determinando diagnóstico do transexualismo como doença para permitir acesso ao processo transexualizador, a resolução do CFM abriu precedentes para pessoas transgêneros demandarem o custeio dos procedimentos médico-cirúrgicos pelo SUS na argumentação de que a cirurgia reparadora se poria solução terapêutica ao transexualismo (Lionço, 2009; Rocon, 2016).

Em 06 de novembro de 2002, o CFM revogou sua resolução anterior, mantendo os critérios diagnósticos e critérios de acompanhamento, acrescentando o endocrinologista à equipe multidisciplinar e autorizando as cirurgias de redesignação sexual em qualquer hospital, estando o procedimento de transição do feminino ao

masculino ainda restrito a hospitais de pesquisa devido seu caráter experimental (Conselho Federal de Medicina, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde esboçou uma discussão sobre processos transgenitalizadores através de uma Portaria 1.397, que foi logo revogada. No entanto, nos anos seguintes, algumas reuniões se propuseram a discutir a inclusão desses processos na tabela de procedimentos do SUS (Lionço, 2009). Em 2006, a reunião do Comitê Técnico Saúde da População GLBT se torna importante marco na despatologização e na descentralização do acesso à saúde da população transgênero (Rocon, 2016), assim como consolida o controle social, uma das diretrizes do SUS, com a participação de movimentos sociais na tomada das decisões sobre o assunto no Brasil. Isto se torna mais evidente em 2007 com a realização do Seminário Nacional Saúde da População GLBT na Construção do SUS e, em 2008, na Conferência Nacional de Saúde LGBT (Lionço, 2009).

Eventualmente, a pressão das estruturas de controle social culminou em 18 de agosto de 2008 na Portaria 1.707 do Ministério da Saúde, que instituía no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, permitindo assim atendimento mais integral e igualitário aos transgêneros (Ministério da Saúde, 2008). Uma outra portaria (nº 457) publicada no dia seguinte determinou regulamentação do Processo da seguinte maneira (Ministério da Saúde, 2008).

1. Somente hospitais públicos e de ensino estariam habilitados a fornecer atendimento de saúde no Processo Transexualizador;
2. Instituiu tratamento hormonal pré-operatório, acompanhamento clínico, cirurgia de redesignação sexual e procedimentos secundários com vistas à feminilização da voz.
3. Equipe multidisciplinar constituído por médico cirurgião, anestesiológico, enfermeiro, psiquiatra, endocrinologista, psicólogo e assistente social.
4. Não incluiu homens transgêneros, assim como procedimento de neofaloplastia, como parte do Processo Transexualizador no SUS.

Em novembro de 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde do Homem, incluindo transsexuais e travestis no mesmo projeto, o que gerou revolta dos segmentos sociais que exigiram a inclusão desses grupos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, usando como argumento o fato de que a demanda identitária poderia comprometer as iniciativas inclusivas em curso (Lionço, 2009). Em 03 de setembro de 2010, o CFM revogou a portaria anterior de 2002 e atualizou competências normativas sobre o processo transexualizador, determinando, então (Conselho Federal de Medicina, 2010):

1. Autorização da cirurgia de neocolpovulvoplastia como tratamento cirúrgico de casos de transexualismo;
2. Autorização, a título experimental, da realização da neofaloplastia;
3. Definição de transexualismo como desconforto com o sexo anatômico, associado ao desejo de modificar genitália e características sexuais secundárias, permanência dessas características por, no mínimo dois anos e ausência de outros transtornos mentais;
4. Equipe multidisciplinar constituída por psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, com acompanhamento conjunto por 2 anos.

A nova Portaria ainda mantém a necessidade de um diagnóstico, no sentido contrário ao que vinha acontecendo de processo de despatologização da transexualidade, como estratégia de controle dos corpos trans, e ainda centraliza as propostas terapêuticas em métodos cirúrgicos (Conselho Federal de Medicina, 2010; Lionço, 2009; Rocon, 2016).

O ano de 2011 foi um ano importante para políticas públicas de saúde no Brasil com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que reconhece as necessidades específicas desse grupo, legitimando seus direitos de acesso à saúde e sua diversidade, através da Portaria 2.836 de 11 de dezembro (Ministério da Saúde, 2013).

Em 2013, o Ministério da Saúde publica em 30 de julho nova Portaria que redefine o processo transexualizador no SUS, dando atribuições para atenção básica e a atenção especializada, definindo modalidade ambulatorial e hospitalar e procedimentos compatíveis com cada nível de assistência (Ministério da Saúde, 2013). No entanto tal portaria foi suspensa em 31 de julho de 2013, com a justificativa de que conversas com os serviços de saúde e setores sociais seriam necessárias para melhor aperfeiçoar o Processo no SUS principalmente em relação ao contexto de precarização do SUS (Ministério da Saúde, 2013; Souza et al, 2013).

Finalmente, em 19 de novembro, a portaria nº 2.803 é oficializada, redefinindo e ampliando o Processo no SUS (Ministério da Saúde, 2013). Essa portaria não trouxe muitos avanços, mas incluiu as pessoas travestis e homens transgêneros e ofertou a adenomastectomia e histerectomia para homens transgêneros e as cirurgias de prótese mamária para as mulheres transgênero (Rocon, 2016).

O Conselho Federal de Medicina em 09 de janeiro de 2020, publica a Resolução 2.265/2019 que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010 (Conselho Federal de Medicina, 2020). Tal resolução alinha conceitos e critérios diagnósticos da disforia de gênero ao que foi estabelecido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), como incongruência de gênero a não paridade entre identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero (Rocon, 2018; Associação Americana de Psiquiatria, 2013). A Resolução é uma importante atualização para a política em saúde da população transgênero por incluir diversas formas de identidade de gênero, propor o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de medidas terapêuticas que demanda toda a rede de atenção e prioriza demandas e necessidades específicas, incluindo também acompanhamento terapêutico para crianças e a inclusão do pediatra na equipe multidisciplinar. Além do mais, considera identidade de gênero o reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero e considera também afirmação de gênero o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar-se o corpo à sua identidade de

gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias (Associação Americana de Psiquiatria, 2013).

No Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), a primeira cirurgia de redesignação sexual foi realizada em 1998 e desde então foram realizados cerca de 65 procedimentos. No entanto, desde 2016 iniciou-se um movimento para oficialização do HUCAM como referência para realização do Processo Transsexualizador, serviço que funcionava em caráter piloto desde 2016 com o nome de Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero (AMGD). Finalmente, em 12 de fevereiro de 2018 com a Portaria 410 do Ministério da Saúde se oficializa o AMDG como referência habilitada ao tratamento clínico à população transgênero residente do Espírito Santo (Ministério da Saúde, 2018). Ao longo dos anos, cerca de 500 pacientes foram atendidos e acompanhados em tratamento clínico e alguns foram submetidos para cirurgias transgenitalizadoras em caráter experimental. Atualmente, a equipe é composta por enfermeiro, médico ginecologista e obstetra, médico urologista, médico endocrinologista, assistente social, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fonoaudiólogo, médicos residentes e acadêmicos de diversos cursos da saúde.

### 2.3 O ACESSO À POPULAÇÃO TRANSGÊNERO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Analisando a complexidade de terminologias e vivências da população transgênero podemos deduzir que as questões comportamentais e estruturais são igualmente complexas, refletindo o conturbado contexto social, de estigmas e discriminação, que a maioria desses indivíduos estão inseridos. Magno (2019) refere-se a estigmatização como um processo social que produz desvalorização por meio de rótulos e estereótipos, sendo diferente da discriminação que pode ser entendida como um resultado prático do estigma, com ações que confirmam e reforçam os estereótipos em detrimento do bem-estar social das pessoas rotuladas (Magno, 2019).

Uma revisão sistemática de Magno e colaboradores (2019) evidenciou que estigma e discriminação configuram barreiras ao acesso ao serviço de saúde na população transgênero, o que causa prejuízos na saúde dessa população, desde a falta de

acesso a hormonioterapia ou procedimentos cirúrgicos para adequação de gênero até em serviços de cuidado e prevenção de doenças crônicas, IST e neoplasias de trato anogenital. Assim, tanto identidade de gênero quanto orientação sexual são determinantes sociais de saúde e doença, relacionados também à exposição a estigmas, discriminação e violações constantes de direitos humanos (Souza, 2013).

Apesar de importantes conquistas desde a primeira cirurgia transgenitalizadora realizada em 1922 e a primeira política pública voltada nesse sentido no Brasil em 1997, ainda há muito a se percorrer para efetivação dessas políticas. Segundo Rocon (2019), a distribuição geográfica dos serviços especializados em atendimento à população transgênero, as barreiras discriminatórias e os desafios na implantação do nome social nos serviços de saúde e os critérios diagnósticos de transexualismo impedem o avanço das políticas transexualizadoras e o acesso aos serviços especializados (Rocon, 2019).

Frequentemente tais pacientes vivenciam situações de exclusão social dentro dos serviços de saúde, por parte de profissionais não capacitados e escassez de políticas específicas para o cuidado da saúde da população transgênero, o que resulta em um prejuízo no acesso integral à saúde e às medidas de prevenção primária e secundária direcionadas para especificidades desta população (Daniel, 2015; Safer, 2016). O desrespeito ao uso do nome social, assim como atos discriminatórios, por produzirem sofrimento e causarem processos de adoecimento a esta população, se constituem importante entrave à procura dos serviços de saúde pela população. Além do próprio adoecimento decorrente de condutas discriminatórias, a insegurança de procurar serviços de saúde em situações de doenças contribui para a mortalidade, seja pelo abandono de tratamentos ou resistência em buscar assistência médica a tempo de evitar deterioração clínica (Rocon, 2019).

Segundo levantamento de Rocon, em 2018, o Brasil possuía 10 centros especializados no atendimento à população transgênero, concentrando a maior deles na Região Sudeste. São eles: o Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG); o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro; o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo; o Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo; o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; e o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (Rocon, 2019). Essa centralização reflete extrema dificuldade de acesso a grande parte da população transgênero que, às vezes, precisam fazer grandes deslocamentos para terem acesso a condições básicas e de seu direito para alcançarem os corpos que desejam.

Outros centros especializados são: na região nordeste, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; na região Sul, Centro de Referência e Centro Regional de Especialidades Metropolitano de Curitiba, Paraná; o Hospital das Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e, no Centro Oeste, o Hospital das Clínicas de Goiânia, da Universidade Federal de Goiás (Rocon, 2019).

A distribuição geográfica inadequada e ineficaz desses centros, por si só, mostra o quanto é necessário avançar no Processo Transexualizador, na garantia dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS, na expansão das políticas de acesso aos procedimentos clínico-cirúrgicos, na garantia fundamental do nome social e despatologização das identidades transgênero e travestis (Rocon, 2019).

Outra barreira à participação dos usuários transgêneros aos serviços de saúde é o condicionamento ao diagnóstico da transexualidade (Rocon, 2019), o que exclui as pessoas travestis e outras formas de gênero não classificadas, que fazem parte da ampla diversidade de identificação que esse grupo de indivíduos possui. O conceito de transexualidade difundido atualmente se baseia em uma estrutura dicotômica (Dalsenter, 2007), onde só é possível haver dois gêneros, o masculino e o feminino, e o que há entre eles é patológico, transferindo as vivências transgêneras a um campo de abjeção (Rocon, 2018).

Atualmente, as bases para o diagnóstico do que seria o 'transexualismo' se baseia na Resolução 1.955 /2010 do CFM e da Portaria 2.803/2013 do Ministério da Saúde, que define que as pessoas transgêneros são 'portadores de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência a automutilação e/ou autoextermínio" e condiciona o diagnóstico a um desconforto com

o sexo anatômico, desejo manifesto de eliminar genitais e alterar características primárias e secundárias do próprio sexo, com permanência dos distúrbios de forma regular por, no mínimo, dois anos e sem outros transtornos mentais (Conselho Federal de Medicina, 2010; Ministério da Saúde, 2013).

O DSM-5 define disforia de gênero “como Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).”

Para o diagnóstico em crianças, DSM-V sugere critérios específicos para idade cronológica, necessitando de pelo menos 6 critérios semelhantes aos citados acima para fechamento de diagnóstico (Associação Americana de Psiquiatria, 2013). No entanto, a resolução do CFM 2.265/2019 de 09 de janeiro de 2020 que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero veda qualquer procedimento clínico-cirúrgico em crianças pré-púberes e condiciona terapias hormonais em crianças em puberdade à prática e decisão da equipe

multidisciplinar acompanhante e autorização de representantes legais (Conselho Federal de Medicina, 2020).

Um importante passo para garantir acesso universal ao sistema de saúde foi a introdução, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do direito ao uso do nome social, em quaisquer serviços dispostos na rede de saúde pública (Lionço, 2009). No entanto, não existe legislação em âmbito nacional para retificação de nome e gênero em documentos civis, recorrendo-se habitualmente à Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre registros públicos, e prevê a possibilidade de alteração do nome civil em caso de que o mesmo exponha seus portadores ao ridículo, e ao provimento de número 73 de 28 de junho de 2018 do Conselho Nacional de Justiça que confere jurisprudência a retificação de gênero e nome nos documentos civis.

#### 2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM TRANSGÊNEROS

As IST são um problema de saúde para população transgênero em vários lugares do mundo, sendo a segunda área relacionada a saúde transgênero mais estudada seguida pela saúde mental. No entanto, dados são insuficientes e priorizam o estudo do HIV em mulheres transgêneros, havendo uma paucidade de dados em relação a IST como clamídia, gonorreia, sífilis, hepatites virais e herpes simples e sobre como elas impactam na saúde de mulheres transgêneros (Reisner, 2020; Van Gerwen, 2020). Além disso, pouco se sabe sobre IST, inclusive HIV, em homens transgêneros, sendo que a maioria dos estudos sobre saúde sexual nessa população foca em comportamentos sexuais de risco (Van Gerwen, 2020).

A relação mais importante que se encontra entre comportamento sexual de risco e população transgênero masculina diz respeito ao uso do preservativo em sexo vaginal ou anal receptivo, podendo chegar até 71% deles declarando o não uso do preservativo masculino (Kenagy, 2015). Uma revisão sistemática de 2020 evidenciou uma prevalência de HIV em mulheres transgêneros em até 49,6% e, em homens transgêneros, até 8,3%. Entretanto, esses dados podem ser classificados enviesados se se considerar que a maioria dos estudos foram realizados em profissionais do sexo,

onde se espera uma prevalência maior de IST do que a população em geral (Van Gerwen, 2020).

Van Gerwen também encontrou uma prevalência de sífilis de até 50,4% em mulheres transgênero e 4,2% em homens transgêneros. Em relação à tricomoníase não foram reportados estudos sobre prevalência dessa infecção. Clamídia e gonorreia foram encontradas, respectivamente, em 24,7% e 19,1% em mulheres, e 11,1% e 10,5% em homens, mas os sítios de infecção, se eram anogenitais ou extragenitais, não foram especificados. A prevalência de hepatite C foi menor em homens e mulheres transgêneros do que a hepatite B, que foi encontrada em 40,7% em mulheres e 4% em homens (Van Gerwen, 2020).

Um estudo transversal realizado na Austrália corrobora com os resultados anteriores com maior prevalência de clamídia e gonococo em mulheres transgêneros à homens transgêneros. Quando se compara esta população com homens que fazem sexo com homens (HSH) e cisgêneros heterossexuais, clamídia foi mais encontrada neles do que naqueles, enquanto gonorreia foi encontrada igualmente entre HSH e mulheres transgêneros. No entanto, observou-se um aumento importante na taxa de diagnóstico de gonorreia entre todos os grupos estudados (Callander, 2019).

Um estudo coorte conduzido por Garcia Ferreira, em 2019, realizado no Rio de Janeiro, mostrou uma prevalência de clamídia e gonorreia de, respectivamente, 12% e 6% em mulheres transgêneros, com raros ou nenhum caso de hepatites virais, com sífilis sendo a IST não HIV mais diagnosticada, com 57,6% de testes treponêmicos positivos e 27% de lesões ativas por sífilis. Herpes, tricomoníase e hepatite A não foram pesquisadas nesse estudo (Garcia Ferreira, 2019). Herpes simples foi encontrado em 80,7% de mulheres transgêneros através de testes sorológicos, sem descrição de presença de lesões ativas (Castillo, 2015).

Apesar de pouco pesquisada, alguns estudos isolados descrevem prevalência de IST em homens transgêneros e associam os resultados ao fato deles se exporem menos a comportamentos sexuais de riscos e por procurarem menos os serviços de saúde. É o caso de Fontanari, em 2019, no Rio Grande do Sul, que diagnosticou 2,2% de

sífilis e 1,1 % de hepatite C em homens transgêneros (Fontanari, 2019). Já Reisner em 2015 encontrou prevalências semelhantes de HIV (4,8%), herpes (2,8%), sífilis (2,1%), clamídia (2,1%), gonorreia (2,1%) e hepatite C (2,8%) em uma pequena população de transgêneros nos Estados Unidos, sendo gonorreia a única IST com prevalência significativamente diferente em mulheres transgêneros a homens transgêneros. HPV foi apenas encontrado em 1,4% da população pesquisada (Reisner, 2015).

Os dados mencionados acima evidenciam uma disparidade na prevalência de IST em homens e mulheres transgêneros, que pode ser por maior número de pesquisas voltados para população transgênero feminino ou pelo fato de homens transgêneros se exporem menos a fatores comportamentais de risco do que as mulheres transgêneros. Ainda assim, a prevalência elevada de mulheres transgêneros trabalhadoras do sexo nesses estudos impedem qualquer tipo de relação, sendo mais estudos necessários para avaliar dados de prevalência de IST.

## 2.5 O PAPILOMAVIRUS HUMANO

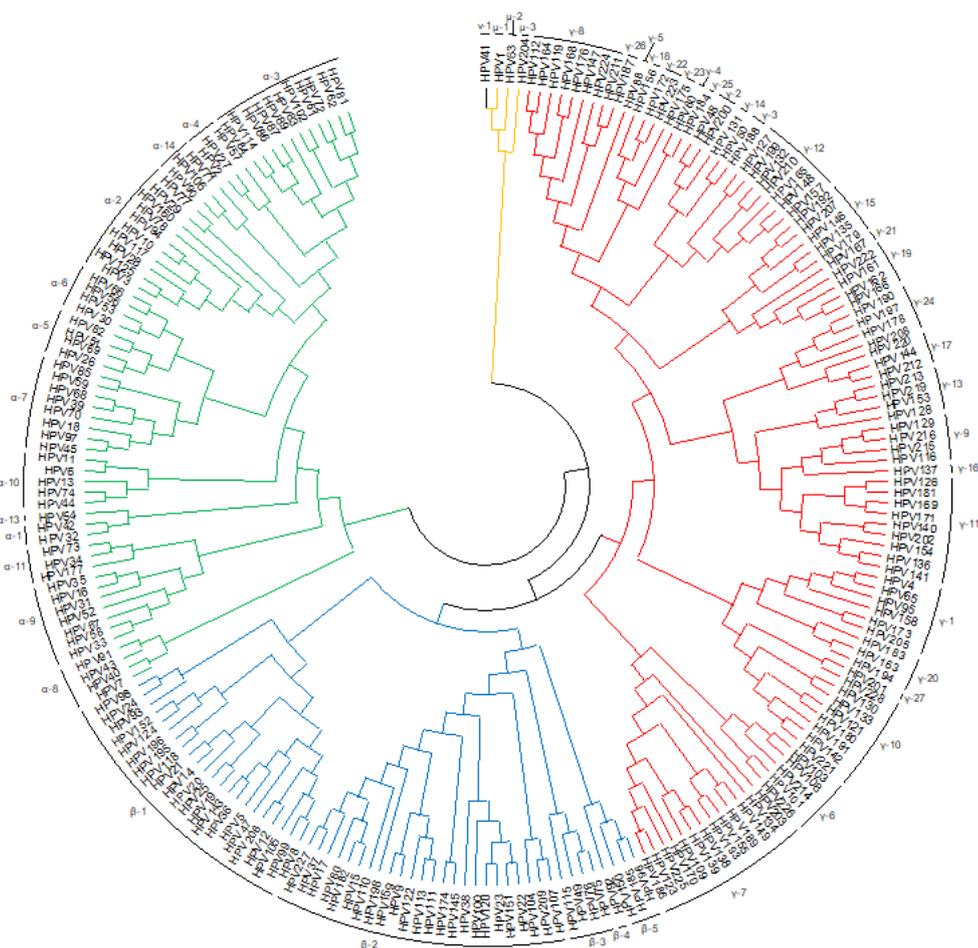
Os HPV de alto risco são os agentes causadores de câncer anogenital com uma estimativa de cerca de 500.000 casos de câncer de colo de útero por ano, com cerca de metade desse valor em óbitos. Nos Estados Unidos a prevalência desse vírus é de cerca de 70 milhões de casos com uma taxa de novos casos de cerca de 14 milhões por ano (Centers Disease Control, 2015; Schiffman, 2007). No Brasil, um estudo de 2018 mostrou uma prevalência de 53,6% de HPV na população que participou do estudo, sendo 35,2% portadores de HPV de alto risco para neoplasia. Na estratificação por sexo, 54,6% da população feminina portavam o vírus e, 51,8% na população masculina. Não existe estimativa como essa específica para população transgênero (POP-Brasil I, 2020).

Uma revisão sistemática de Colpani *et al*, que foi o primeiro estudo no Brasil a avaliar prevalência de HPV em múltiplos sítios na população em geral evidenciou maior prevalência de HPV em região peniana (36%), seguido por sítios cervical e anal (25%). No entanto, esses dados variam de acordo com a área geográfica e distribuição

socioeconômica (Colpani et al, 2020). Se para população em geral, a prevalência dessa IST é fortemente afetada por condições socioeconômicas, certamente entraves sociais constituem importante fator de risco para aquisição desta infecção.

O Papilomavirus humano (HPV) é um vírus da família *Papillomaviridae*, um vírus de DNA de fita dupla, altamente espécie-específico, que apresenta tropismo por células epiteliais e que infecta apenas humanos. É um vírus pequeno, não envelopado, possuindo capsídeo viral com genoma circular que codifica oito genes. Existe em sua estrutura duas proteínas estruturais encapsuladas denominadas L1 e L2, que juntas são responsáveis pela infecciosidade do HPV, além da imunogenicidade conferida pela vacina contra o vírus existente atualmente (Yang, 2003; Lowy, 2006).

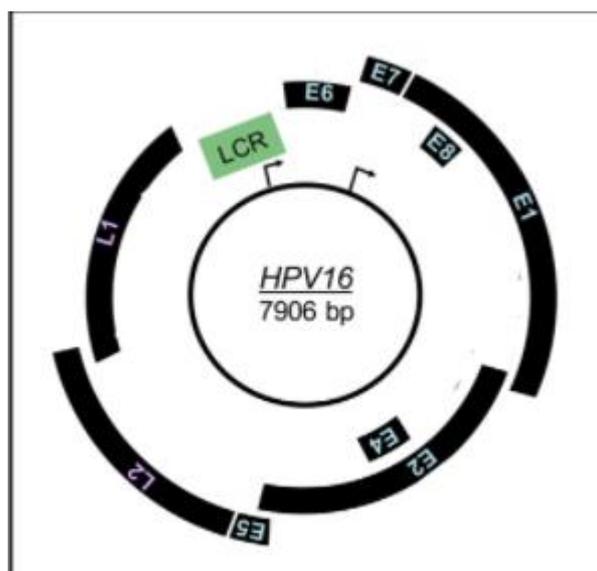
**Figura 2 - Representação esquemática da árvore filogenética dos papilomavirus. Fonte: Muhr, 2018**



Os papilomavírus alfa, beta, gama, um e nu são representados respectivamente em verde, azul, vermelho, rosa e preto, respectivamente. A árvore filogenética é baseada na sequência L1 do genoma do HPV. Além disso, é pela sequência de L1 que se distribui a família *Papillomaviridae* em 39 gêneros, agrupados de acordo com a presença maior ou igual a 60% de igualdade na sequência L1. Se essa semelhança for entre 60 e 70%, os vírus são classificados dentro da mesma espécie. Caso, dentro de uma espécie, houver semelhança da sequência L1 entre 71 e 89%, esses vírus são classificados como tipo. Já, vírus com semelhança de L1 entre 90 e 98% são considerados subtipos e quando há mais de 98%, são classificados como variantes. Os vírus do gênero *Alphapapillomavirus* são de maior importância médica por estarem relacionados a neoplasias de mucosas (Muhr, 2018; Bzhalava, 2015). Até a última

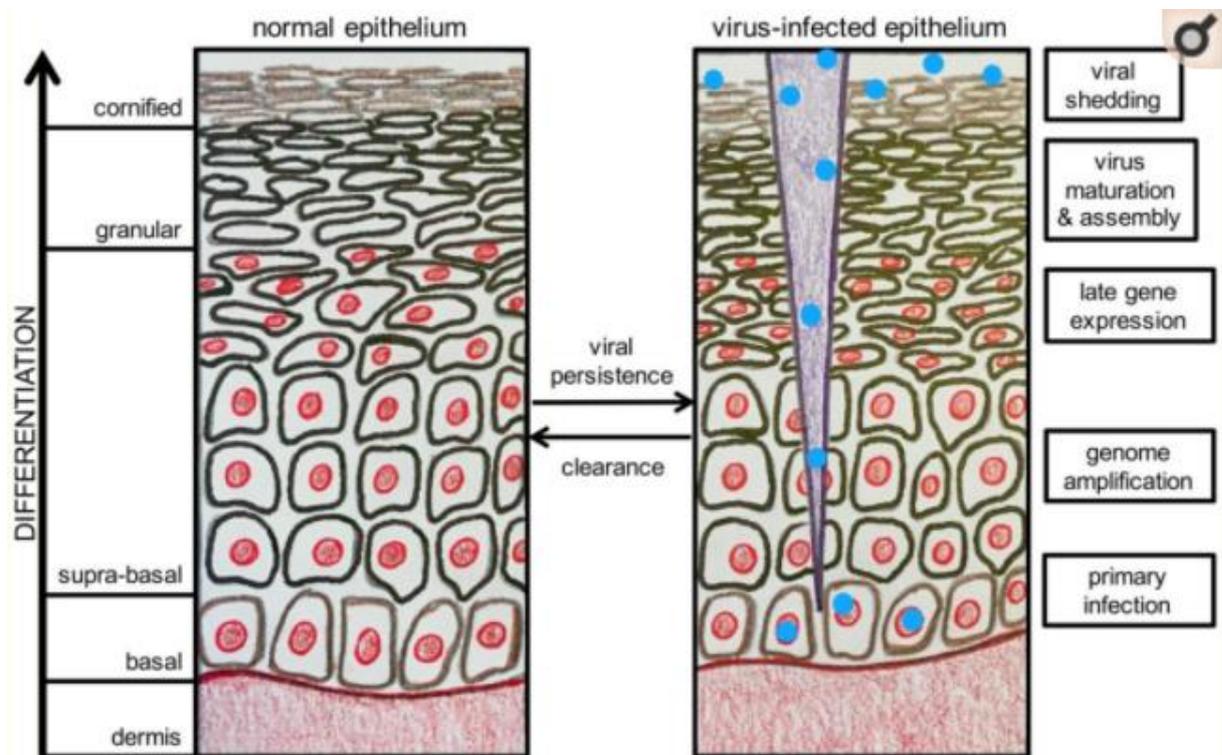
revisão, em 2022, eram descritos cerca de 229 diferentes tipos de HPV, sendo que muitos outros ainda estão em estudo e aguardando classificação (International Human Papillomavirus Reference Center, 2022).

**Figura 3 - Representação esquemática do genoma circular do HPV 16. Fonte: Harden, 2017**



Conforme esquematizado na figura anterior, a estrutura genômica viral contém regiões *Early* (E), responsáveis pela codificação de proteínas de regulação viral e *Late* (L), que codificam as duas estruturas do capsídeo viral. A terceira parte estrutural do vírus é a LCR (*long control region*) ou região longa de controle, que contém sequências codificantes da replicação e transcrição do DNA. Tais genes são responsáveis pela replicação viral (E1 e E2), empacotamento viral (L1 e L2) e ciclo de entrada na célula, reação imunológica local para invasão e liberação de vírus (E6, E7, E5 e E4)(Harden, 2017).

**Figura 4 - Ciclo de infecção e proliferação do HPV no epitélio escamoso Fonte: Harden, 2017**



A replicação do vírus depende de uma solução de continuidade no epitélio escamoso multiestratificado, como a ectocérvice, com consequente penetração de virions na camada basal. Existe uma interação entre a membrana basal e proteoglicanos da matriz extracelular que causa alterações em L1 e L2. As células basais infectadas formam um reservatório de infecção, onde o genoma viral é mantido e replicado (Harden, 2017).

A amplificação viral inicial é realizada pelas proteínas E1 e E2, seguido por uma replicação de manutenção que mantém genoma viral numa quantidade relativamente baixa, enquanto as células infectadas se proliferam e essas células infectadas, ao se tornarem senescentes, são levadas em direção às camadas superficiais do epitélio (McBride, 2008). Após a infecção primária nas camadas basais, as células são estimuladas através da expressão de E6 e E7 a se dividirem em células filhas carreadoras do genoma do vírus. Nas camadas intermediárias, há um aumento de proteínas necessárias à amplificação genômica, sendo esta fase representada pela expressão da proteína viral E4. Nas camadas superiores, a expressão das proteínas

de L1 e L2 permitem o empacotamento do genoma viral amplificado, formando novas estruturas virais infectantes (Doobar, 2012; Harden, 2017).

A maioria das infecções por HPV oncogênicos são transientes, podendo evoluir com eliminação natural (ou *clearance*) do vírus dentro de 12 meses após contato inicial ou para infecção persistente do epitélio até progressão para lesões pré-invasoras ou invasoras, sendo a persistência do vírus acima de 12 meses altamente associada com tal desfecho (Moscicki, 2012; Doobar, 2006).

Existem vários tipos de HPV descobertos e estudados, que acometem diversas partes do organismo humano e se manifestam das mais variadas maneiras. Dos Alfvirus, aproximadamente 40 tipos infectam mucosa e são classificados em HPV de baixo risco ou de alto risco, de acordo com a manifestação clínica e a capacidade do mesmo de gerar lesões que possam evoluir para neoplasia. Os tipos 6 e 11 são de baixo risco e causam as verrugas anogenitais ou condiloma acuminado, com baixa propensão à progressão para malignidade (von Krogh, 2000). Aproximadamente 15 tipos de HPV oncogênicos estão associados com lesões intraepiteliais escamosas ou carcinoma escamosos, sendo os mais frequentemente encontrados, os tipos 16 e 18, relacionados com alto risco de progressão para câncer (Schiffman, 2007; Tilston, 1997). Outros tipos de HPV classificados como de alto risco, que estão relacionados com ocorrência de câncer anogenital, são o 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 (Harden, 2017).

## 2.6 LESÃO INTRAEPITELIAL ANAL NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

A incidência de câncer anal associado a infecção pelo HPV tem crescido ao redor do mundo, sobretudo naqueles que praticam intercuro anal (Chesson, 2011). Antes da epidemia do HIV, a incidência de neoplasia anal de células escamosas nesses indivíduos era de 35 casos por 100.000, quase semelhante a incidência do câncer cervical antes do emprego regular do rastreamento de câncer de colo de útero (Thompson, 2018; Kline, 1964). A incidência de câncer anal é de aproximadamente 20000 novos casos por ano ao redor do mundo, sendo que 90% destes são causados pelo HPV (Cancerbase, 2020; de Martel, 2017). Apesar dessas informações, é bom

reafirmar que a literatura é escassa para avaliação da infecção pelo HPV e neoplasias anogenitais em pessoas transgêneros (Cranston, 2019).

Em um estudo realizado no Sudeste Asiático, 80% dos homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgêneros apresentaram positividade para HPV anal, com maior prevalência em pacientes HIV positivos (Somia, 2018). Em um estudo semelhante realizado nos Estados Unidos, a prevalência de anormalidades citológicas com lesão intraepitelial escamosa anal foi maior em mulheres transgêneros e HSH soronegativos do que em pacientes HIV positivos (Thompson, 2018). Gênero feminino, infecção pelo HPV, número de parceiros sexuais na vida, presença de verrugas genitais, tabagismo, intercurso anal receptivo, infecção concomitante com HIV e aumento da sobrevivência de pacientes soropositivos estão associados a uma maior incidência dessa lesão (Palefsky, 1994; Simard, 2013), sendo os tipos oncogênicos 16 e 18 responsáveis por cerca de 80 a 90% dos cânceres anais e lesões anais pré-cancerosas (Hoots, 2009; Borsch, 2013; Cranston, 2019).

Estudos recentes têm provado que pessoas do sexo biológico feminino com displasia cervical apresentam alta prevalência de HPV anal de alto risco e câncer anal (Valari, 2011). A literatura mostra uma prevalência de neoplasia intraepitelial escamosa anal de 59,2% em pessoas do sexo biológico feminino com alterações citológicas cervicais e de 83,3% de infecção anal pelo HPV (Callore, 2013; Boldrini, 2016). Hosseinil e colaboradores mostraram que dos pacientes com lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grau III e detecção de HPV 16 e 18, 25%, 30,8% e 50% respectivamente apresentaram anormalidade citológica anal (Hosseini, 2018).

Esses estudos evidenciam uma importante relação da infecção pelo HPV anal e diagnóstico de neoplasia anal em pacientes com alterações citológicas de sítio cervical em exame de Papanicolau, o que reforça a importância da pesquisa de HPV anal em homens transgêneros (Winer, 2003; Burchell, 2006). Outros tipos de objetos sexuais, tais quais o 'pucker' ou prótese peniana, comumente usada por pacientes transgêneros masculinos, também tem papel na transmissão sexual do HPV e podem

ser responsáveis pela detecção de HPV de alto risco em pacientes sem penetração vaginal (Widdice, 2010).

Uma taxa de incidência de diagnóstico de lesão intraepitelial anal 10 vezes maior na população HSH do que em mulheres cisgêneros foi encontrada em 2013, mesmo que a taxa de lesão invasiva anal seja praticamente igual entre os dois grupos (Simard, 2013). Ainda não há evidência científica suficiente para tal correlação, mas se mulheres transgêneros também realizam intercursos anal receptivo, é importante discutir se a chance de desenvolvimento de neoplasia intraepitelial anal não é tão relevante nesta população quanto na população HSH. Além disso, Kobayashi e colaboradores encontraram, em 2017, uma taxa de 91% de lesão intraepitelial escamosa anal em mulheres transgêneros, tão alta quanto na população de homens que fazem sexo com homens (HSH). O uso de estrogênio em terapia hormonal para readequação de gênero também pode promover persistência e progressão para displasia anal (Thompson, 2018; Kobayashi, 2017).

Mulheres transgêneros são fortemente afetadas pela infecção anal pelo HPV, podendo corresponder a até 60,7%, conforme um corte transversal brasileiro publicado em 2021 (Jalil et al, 2021). Além disso, pessoas que vivem com HIV (PVHIV) apresentam maior chance de infecção anal pelo vírus do HPV e alterações citológicas, sendo a coinfeção pelo HIV determinante na severidade dos achados citológicos. Outro fator importante é que o HPV 16 é o tipo mais comumente relacionado a essa infecção (17,6%), sendo a prevalência de tipos de HPV variando de acordo com a faixa etária em mulheres transgêneros. Outros tipos de HPV encontrados foram, respectivamente, HPV 18, 31, 33, 45, 52 e 58 (Jalil et al, 2021; Lin, C et al, 2018).

Apesar de similaridades com a infecção de colo de útero pelo HPV, a história natural da infecção anal é pouco descrita, devido a baixa disponibilidade de estudos de causalidade sobre HPV e câncer anal (Palefsky, 2009), especialmente quando se trata da população transgênero.

Diante de dados limitados na literatura, não é possível determinar um protocolo de rastreamento de câncer anal em pessoas que praticam intercursos anal, o que faz

necessários novos estudos científicos para determinar o impacto de protocolos voltados para esta população na prevenção do câncer anal (Fuchs et al, 2021).

## 2.7 LESÃO INTRAEPITELIAL CERVICAL NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

A neoplasia de colo de útero é o terceiro câncer mais prevalente no mundo, sendo a também a terceira neoplasia não melanoma mais comum em mulheres, seguido pelo câncer de mama e colorretal. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, em 2020, 16.590 novos casos de câncer de colo de útero no Brasil, com 6.596 óbitos (INCA, 2020). Quase todos os cânceres cervicais são causados por HPV de alto risco, sendo os 16 e o 18 detectados em até 70% dos cânceres (Winer, 2006).

Sabe-se que transgenereidade é um fator que contribui no processo de adoecimento da população transgênero por impor obstáculos à mesma ao acesso ao serviço de saúde, prejudicando, entre outros aspectos biopsicossociais, o rastreamento de neoplasias anogenitais. No entanto, se observa na literatura uma paucidade de estudos na definição da relação entre HPV cervical e câncer de colo de útero em transgêneros (Peitzmeier et al, 2014). A deficiência de dados na revisão de literatura compromete estudos de câncer cervical na população transgênero, assim como criação de políticas de rastreamento e assistência eficazes para esses rapazes (McDowell, 2017).

Essa dificuldade de acesso ao exame colpocitológico pode ser por desinformação sobre a necessidade de se realizar testes de rastreamento ou por medo do exame pélvico-ginecológico exacerbar os sintomas de disforia de gênero, tanto que homens transgêneros têm 37% menor probabilidade de ter um teste de Papanicolau recente, comparados com mulheres cisgêneros (Peitzmeier et al, 2014; Bauer, 2013). Cerca de 33% de profissionais de saúde autorreferem desconforto para realizar atendimentos a transgêneros masculinos (Gatos, 2018). Uma das opções que é foco de estudos científicos é a autocoleta de exame citopatológico (McDowell, 2017).

Recomendações para rastreamento de neoplasias em pacientes transgêneros que possuem colo do útero não diferem do que é recomendado para a população de mulheres cisgêneros (Reisner, 2018). As recomendações de rastreamento no Brasil

seguem as Diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde em 2011 com posterior revisão e atualização em 2015 e utiliza atualmente a Classificação Citológica Brasileira de 2006 para a nomenclatura citológica e histopatológica de laudos para diagnóstico de lesões cervicais e suas equivalências (Figura 5) (INCA, 2012; INCA, 2016). Assim, rastreia-se em mulheres cisgêneros e homens transgêneros com colo do útero de 25 a 64 anos, que já iniciaram atividade sexual, em um intervalo de 3 anos após 2 exames consecutivos com resultado negativo para alterações citológicas pré-neoplásicas. Havendo detecção de alterações citológicas, as Diretrizes Brasileiras recomendam que:

**Figura 5 - Resumo de recomendações da conduta inicial após alteração de resultado em exames citopatológicos. Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero, 2016**

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Não foi encontrado literatura satisfatória sobre rastreamento de alterações citológicas por HPV em pacientes submetidos a remoção cirúrgica do colo do útero, mas a

recomendação geral é que se siga diretrizes estabelecidas para mulheres cisgêneros (McDowell, 2017).

Avaliações satisfatórias recentes de citologias anogenitais em pacientes submetidos a terapia androgênica ainda não foram realizadas. Em 1938 foi realizado o primeiro estudo de alterações histológicas em espécimes de útero de pacientes submetidos a terapia androgênica e, desde então, em estudos subsequentes foram encontradas alterações secundárias a atrofia, o que classifica a amostra como insatisfatória (Papanicolaou, 1939; Adkins, 2017). Altas taxas de citologias cervicais inadequadas ou insatisfatórias podem levar a diagnósticos equivocados de neoplasia anogenital e esses casos devem ser acompanhados (Plummet et al, 2021).

A construção de neovagina é comumente realizada em mulheres transgêneros submetidas a cirurgia de redesignação sexual e mulheres do sexo biológico feminino portadoras de desordens do desenvolvimento sexual que se apresentam com agenesia de vagina (Fraser, 2010). Achados citológicos dependerá da técnica cirúrgica utilizada para construção da vagina. São elas através do: 1) uso de enxerto de pele de áreas genitais ou não genitais; 2) fragmentos de intestino; 3) inversão de pele do pênis e bolsa escrotal, sendo os últimos os mais utilizados e este, o mais recomendado (Colebunders et al, 2017).

Até 2019, 04 casos foram descritos na literatura de carcinoma de células escamosas em sítio vaginal em mulheres transgêneros com neo vagina, sendo três submetidas à técnica de inversão de pênis e bolsa escrotal, e outra à técnica de enxerto de peritônio (Fierz et al, 2019). Logo, não é necessário estratégias de rastreamento de neoplasia genital em neovaginas, dado a baixa prevalência de casos encontrados na literatura médica, a não ser que se trate de paciente submetidas à cirurgia com transplante de tecido do próprio intestino e que apresentam alto risco no desenvolvimento de câncer colorretal (Bollo et al, 2018), seguindo, nesses casos, protocolos de rastreamento de câncer colorretal.

## 2.8 VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS HPV

Desde a descoberta do esfregaço de Papanicolau na década de 1940, a ciência observou um importante avanço na detecção de alterações citológicas do colo do útero, assim como na detecção precoce e na prevenção do câncer de colo do útero. No entanto, a sua implementação como teste de rastreamento a partir da década de 1950 não foi suficiente para retardar a incidência dessa neoplasia, em grande parte, devido a baixa qualidade dos programas de rastreamento. A partir da década de 1970 com a descoberta da associação do HPV com a etiologia dessa neoplasia e o entendimento da patogênese da doença, foi possível o desenvolvimento de medidas de prevenção primária, que tem a sua forma mais importante de prevenção a vacina contra HPV (Lowy, 2008).

Historicamente, a vacinação apresenta efeitos positivos no controle e eliminação de algumas doenças, se tornando assim medida eficaz e de baixo custo no controle de infecções. As vacinas podem ser compostas por partículas virais (virions) que são quimicamente inativas e se tornam não infecciosas; vacinas compostas por vírus atenuados; ou, vacinas compostas por subunidades, que são partes purificadas do patógeno que apresentam características antigênicas (Plotkin, 2008). A existência de HPV oncogênicos, a dificuldade de replicar partes virais do HPV e a inexistência de modelos de pesquisa em animais pelo HPV ser espécie-específico tornam vacinas por subunidades virais a melhor abordagem para produção de vacinas para HPV (Lowy, 2008).

As proteínas estruturais codificadas pelos genes de empacotamento viral L1 e L2, devido sua abundância no virion, são as utilizadas na produção das vacinas. Essas induzem anticorpos neutralizantes, principalmente a partir de L1, formando *virus-like particles* (VLPs) (Roden, 2000; Lowy, 2006).

Atualmente, o Food and Drugs Administration (FDA), órgão de regulação de vigilância sanitária dos EUA, possui três vacinas contra o HPV autorizadas no solo americano, são elas (FDA, 2018):

- Gardasil<sup>®</sup>: vacina recombinante quadrivalente, com cobertura contra os HPV 6, 11, 16 e 18, para homens e mulheres entre 9 e 26 anos para prevenção de câncer e verrugas anogenitais.
- Cervarix<sup>®</sup>: vacina recombinante bivalente, com cobertura contra os HPV 16 e 18, para mulheres entre 9 e 25 anos para prevenção de câncer e verrugas anogenitais.
- Gardasil-9<sup>®</sup>: vacina recombinante nonavalente, com cobertura contra os HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, para homens e mulheres entre 9 e 45 anos para prevenção de câncer e verrugas anogenitais.

Assim como o FDA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também autoriza uso em solo brasileiro, desde 2017, dos três tipos de vacina contra o HPV. Apesar, o Programa Nacional de Imunizações (PNI, 2022) incluiu a vacina contra o HPV no calendário vacinal em 2014 e, admite, atualmente que as vacinas sejam aplicadas a meninos de 11 a 14 anos e meninas de 09 a 14 anos. Em mulheres imunossuprimidas a vacinação é permitida até os 45 anos de idade, em intervalo de 6 meses entre duas doses, enquanto para homens o limite máximo é até 26 anos de idade, mesmo com algum tipo de imunossupressão concomitante. (BRASIL, 2021)

Entretanto, essas recomendações são baseadas apenas em relação ao sexo designado ao nascimento, não levando em consideração especificidades quanto a orientação sexual e identidade de gênero. Isto contribui na inequidade na vacinação contra o HPV, já que profissionais de saúde focam, preferencialmente, em orientar mulheres designadas ao nascimento em relação à vacinação contra HPV (Bernarczyk, 2017).

Além disso, existem poucos estudos focados em vacinação contra HPV em pessoas transgêneros, mesmo sendo uma população com alto risco para adquirir HPV e ter lesão precursora de neoplasia (Pho, 2021). Assim, já que pessoas transgêneros são invisibilizadas nos serviços de saúde, é importante orientações específicas de vacinação, especialmente na proteção contra IST, já que apenas 10% de pessoas transgêneros têm acesso à vacinação contra o vírus (Reisner, 2016; Singh, 2019).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Determinar a prevalência do HPV e alterações citológicas precursoras de câncer decorrentes da infecção genital pelo HPV em amostras cervicais e anais de pessoas transgêneros usuárias do Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero (AMDG) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, no Espírito Santo, entre 2018 e 2021.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Determinar a positividade pelo HPV em sítios anogenitais.
- 2) Determinar a presença de alterações citológicas precursoras de câncer decorrentes da infecção genital pelo HPV.
- 3) Reconhecer fatores sociais, demográficos, clínicos e comportamentais associados na prevalência da infecção genital pelo HPV.
- 4) Comparar fatores sociais, demográficos, clínicos e comportamentais por identidade de gênero.
- 5) Determinar a prevalência de IST, entre elas HIV, sífilis, hepatites, clamídia, herpes, gonorreia e tricomoníase.
- 6) Identificar os tipos de HPV mais encontrados em região cervical e anal.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com a população de usuários transgêneros atendidos no AMDG do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), no período de agosto de 2018 a maio de 2021.

### 4.2 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Até o término da coleta de dados em 2021, 572 usuários foram atendidos no AMDG, pelo menos uma única vez, em alguma especialidade ofertada pelo serviço. Tentou-se contato com todos eles através de informações de prontuário convidando-os para consulta para participação da pesquisa. Desses, apenas 110 aceitaram se submeter à pesquisa, após aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

### 4.3 AMDG

O AMDG é um serviço de atendimento especializado multidisciplinar que iniciou suas atividades, como referência estadual no atendimento ao usuário transgênero, em 12 de fevereiro de 2018, através da Portaria nº 410 do Ministério da Saúde (MS, 2018), mas o HUCAM fornece atendimento a pessoas transgêneros desde 1998, especialmente mulheres transgêneros em busca de cirurgia de redesignação sexual. Pacientes que desejavam este procedimento eram acolhidas pelo serviço de Urologia, em ambulatório próprio. Com o estabelecimento do AMDG como referência estadual ao atendimento especializado à população transgênero do Espírito Santo e a necessidade de conformidade de seguimento de saúde da população transgênero ao Processo Transsexualizador do Ministério da Saúde (MS, 2018; MS, 2013), fez-se necessário a centralização do serviço ao AMDG, de forma que as pacientes seguidas pela Urologia foram sendo gradualmente recolhidas ao AMDG. O atendimento ao usuário transgênero foi prejudicado durante o período da Pandemia de Covid-19 com a suspensão temporária de serviços eletivos e a retomada gradual das atividades, o que pode ter afetado na adesão à pesquisa.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Questionários previamente estruturados e específicos para o gênero ao qual a pessoa se reconhecia, não validados, foram aplicados por 05 entrevistadores diferentes, treinados, em entrevista face-a-face, com duração de cerca de 12 minutos, contendo os dados conforme APÊNDICES B e C. Também foram utilizadas informações oriundas de prontuário eletrônico e fichas de atendimento dos usuários no AMDG de forma complementar. Para organização e análise de dados, homens transgêneros e identidades não binárias foram agrupadas no mesmo grupo, por, neste estudo, apresentarem similaridades em relação à sexo biológico.

As variáveis em questionário estão classificadas da seguinte maneira:

**Sóciodemográficas:** município de residência, naturalidade, idade em anos, cor de pele autodeclarada, escolaridade em anos de estudo, estado civil/marital, categorizadas em solteiro (a), casado (a) /vive junto e viúvo (a), renda familiar por salário mínimo, número de co-habitantes, se trabalha em emprego formal e profissão, preconceito em ambiente de trabalho.

**Relacionadas a transição de gênero:** percepção e processo de transição de gênero, aceitação familiar quanto ao gênero, aceitação dos filhos (se tiver) quanto ao gênero, se já realizou ou se deseja realizar modificações corporais, tais como aplicação de silicone industrial, colocação de prótese de silicone, cirurgia de transgenitalização feminina, mastectomia e histerectomia.

**Comportamentais:** orientação sexual, tabagismo, etilismo na última semana, uso de drogas ilícitas, frequência de uso de preservativo, coitarca, se já houve intercurso sexual com homens ou mulheres, se já houve intercurso sexual vaginal ou anal, parcerias sexuais na vida e nos últimos 12 meses, se já recebeu para ter relações sexuais.

**Clínicas:** presença de doenças crônicas, uso regular de medicamentos, uso ou desejo em iniciar hormonioterapia, fluxo menstrual se tiver, histórico de violência sexual, diagnóstico de IST prévia.

As variáveis selecionadas para análise de perfil sociodemográfico foram 'município de residência' foi categorizada em 'Municípios da Região Metropolitana', 'Municípios de Outras regiões do Espírito Santo' e 'Municípios de outros Estados', conforme Lei 9.768 de 28/12/2021 que define sobre Micro e Macrorregiões do Espírito Santo. Idade categorizada em 'até 24 anos', '25 a 34 anos', '35 a 44 anos' e '> 45anos), escolaridade (em anos de estudo) em '4 a 9', '10 a 12' e 'mais de 12', renda por salário-mínimo, estado civil (solteiro, união estável, outro) e cor (branco e não branco) foram categorizadas e modificadas a partir de metodologia da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (PNAD, 2022).

Variáveis comportamentais como uso de álcool, uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, drogas injetáveis, drogas inaláveis e sintéticos), tabagismo, uso de medicamentos para tratamento de doenças psiquiátricas, ideação suicida, atividade como profissional do sexo, se sofreu violência sexual foram dicotomizadas em 'sim' e 'não'. Enquanto o uso de hormonioterapia se presente foi categorizado em 'sem orientação médica' ou 'com orientação médica'. A realização de procedimentos para fim transexualizador foi categorizada 'não', 'já realizou', 'deseja' ou 'não deseja'. O número de parceiros sexuais na vida e no último ano foram categorizadas de acordo com critérios metodológicos modificados de Boldrini (Boldrini, 2016). Foi considerado para pesquisa de coitarca a relação sexual como qualquer ato íntimo classificado pelo paciente como relação sexual, com ou sem penetração, sendo considerado em qualquer sítio as categorias 'sim' ou 'não'. Na avaliação de relação por sítio anogenital (anal/vaginal) foi considerado apenas penetração com pênis, apesar de alguns dos pacientes relatarem uso de próteses penianas.

Na pesquisa de realização de métodos para rastreamento de neoplasia foi considerado realização de citologia oncótica de colo de útero em homens transgêneros para prevenção de neoplasia de colo uterino e citologia oncótica de canal anal e colonoscopia para prevenção de câncer anal em mulheres transgêneros. A variável 'vacina contra HPV' foi categorizada em 'sim' e 'não', sendo desconsiderado

os dados daqueles pacientes que não possuíam conhecimento em relação à vacinação contra o HPV.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

**Exame Físico:** Por meio do exame físico geral e exame ginecológico buscou-se identificar lesões sugestivas de IST, como úlceras e verrugas anogenitais.

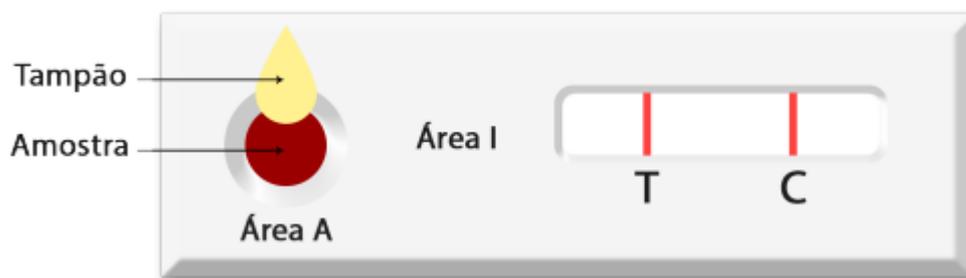
**Coleta de amostra para citologia:** A coleta de amostras de colo de útero e região anal foi realizada por profissionais médicos treinados do serviço de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, se utilizando de escova tipo “cytobrush”, em movimento espiral, e espátula de Ayre circundando o orifício externo do colo de útero. Os materiais coletados foram colocados em lâmina padrão de vidro aplicando-se escova e espátula sobre toda a extensão da lâmina mantendo um movimento rotacional da escova sobre seu próprio eixo. As lâminas foram imersas em frasco contendo solução alcoólica e devidamente identificados segundo dados do paciente e tipo de material, sendo enviadas ao Laboratório de Patologia para avaliação por único patologista experiente. A classificação dos achados citológicos cervicais e anais seguiu a terminologia proposta pela nomenclatura brasileira para laudos cervicais, sendo considerado alteração em citologias a presença de qualquer resultado que não fosse “negativo para lesão intraepitelial ou câncer” ou “insatisfatório para avaliação” (INCA, 2012). As coletas foram realizadas apenas em pacientes que consentiram com o exame ou que já apresentaram relação com penetração anterior.

**Coleta de amostra para biologia molecular:** A escova utilizada na coleta de citologia foi quebrada e a ponta da mesma foi colocada em meio de transporte para biologia molecular em 2,0ml r4 tampão TE (10mM Tris-HCl pH8,5;1mM EDTA) até extração de DNA e pesquisa para identificar presença de HPV, clamídia, gonorreia e tricomoníase. As amostras foram armazenadas em refrigerador específico a temperatura de -80°C e transportadas nas mesmas condições. Os testes foram realizados no Laboratório de Virologia do Centro de Ciências da Saúde da UFES e em Loci Genética Laboratorial, laboratório com sede no município Lagoa Santa, Minas Gerais. As análises foram feitas por polimorfismo de fragmentos de restrição utilizando

a reação em cadeia da polimerase (PCR - RFLP), um teste de sensibilidade e especificidade de 100% e 72%, respectivamente, sendo barato e efetivo para detecção e caracterização de HPV-DNA em programas de rastreamento (Melo, 2021). A pesquisa de genótipos do vírus foi pelos seguintes tipos de HPV: 06, 11, 16, 18, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 81, 82, 83, MM7 e MM8. As coletas foram realizadas apenas em pacientes que consentiram com o exame ou que já apresentaram relação com penetração anterior.

**Avaliação de testes rápidos:** No momento da aplicação de questionário foram realizados, pelo mesmo entrevistador, testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C, pelo método de imunocromatografia de fluxo lateral, que podem gerar resultados em até 30 minutos (Wersom et al, 2013). Neste método, a amostra de sangue é colocada na área A, seguido pela aplicação de tampão sobre amostra. Os anticorpos da amostra fluem lateralmente pela membrana, passando pela área I, onde se inicia a ligação com o conjugado e prosseguem em direção à área de teste (T). Na área T, o complexo anticorpo-conjugado liga-se aos antígenos do agente infeccioso investigado, formando uma linha (ou banda) colorida. O conjugado não ligado ao anticorpo e o excesso do complexo imune continuam a migração, ao longo da membrana de nitrocelulose, em direção à área C, onde são capturados por anticorpos anti-imunoglobulina, formando outra linha (ou banda) colorida (O'Farrell, 2009). O teste foi considerado positivo quando as duas linhas ficaram coloridas. Os testes apresentam potencial de sensibilidade de 98,6% a 100%, e especificidade de 98,9% a 99,8% (Brasil, 2018).

**Figura 6 - Metodologia de realização de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C pelo método de imunocromatografia de fluxo lateral**



**Análise histopatológica:** Quando detectado lesões sugestivas de malignidade foi realizado procedimento de colposcopia e anoscopia e, caso necessário, biópsia com uma pinça modelo Gaylor Professor Medina de 3mm de saca-bocado, sendo a amostra colocada em frascos com solução fixadora de formol tamponado a 10% e encaminhado para estudo histopatológico no laboratório de patologia do HUCAM, onde o mesmo patologista que realizou leitura das citologias também realizou estudo das peças de biópsia enviadas.

#### 4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as informações foram categorizadas e armazenadas anonimamente em banco de dados específico através do programa estatístico SPSS–data entry (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20. Foi realizada análise descritiva, incluindo distribuição de frequência para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A taxa de prevalência de alterações citológicas foi estimada pela presença do diagnóstico confirmado por meio do exame citopatológico, sendo calculado o correspondente intervalo de confiança de 95%. Do mesmo modo foram estimadas as taxas de prevalência para as IST. As associações com as variáveis demográficas foram testadas por meio de testes de qui-quadrado, com correção com teste de Fisher, quando apropriado. Odds Ratio e intervalos de confiança foram calculados na análise. Análise de regressão logística foi realizada para estimar o efeito de uma variável (resultado teste HPV), ao mesmo tempo em que se controlou o efeito das demais na probabilidade de apresentar alterações citológicas e IST. As variáveis com valor de  $p \leq 0,10$  entraram no modelo de regressão e para permanência no modelo foi considerado o valor de  $p < 0,05$ .

#### 4.7 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes com o número do parecer: 3.442.602/2019 (ANEXO A). Todas as informações relatadas pelos participantes foram utilizadas para a proposta da pesquisa e a confidencialidade dos dados foi protegida durante todo o tempo. Os termos de consentimento (ANEXO A) assinados e os resultados de exames que possam servir como fonte de identificação como o número do prontuário, foram mantidos em sigilo. Nomes e identificação individual não foram utilizados nas publicações resultantes deste estudo e todos os dados individuais que possam facilitar a identificação serão destruídos no final do estudo. Todos os participantes diagnosticados com alterações citológicas precursoras de câncer ou câncer cervical ou qualquer outra IST foram tratados e encaminhados para seguimento assim como seu(s) parceiro(s) sexual(s).

## 5. RESULTADOS

### 5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Um total de 110 usuários transgêneros atendidos no AMDG aceitaram participar do estudo entre os 572 atendidos durante o período deste estudo. Homens transgêneros representaram a maioria da amostra (n = 67; 60,9%), enquanto mulheres transgêneros corresponderam a 34,5% (n = 38), identidade de gênero não binário também foi encontrado (n = 5; 4,5%). Em relação a orientação sexual, a maioria dos pacientes se declararam heterossexuais (n = 80; 72,7%), homossexuais corresponderam a 4,5% (n = 5) e bissexuais, 9,1% (n = 10). Outras orientações autodeclaradas (polissexual, demissexual, pansexual e assexual corresponderam a 13,6% (n = 15). A faixa etária variou entre 17 e 61 anos, sendo a idade média entre os participantes de 27,7 anos (desvio padrão 9,143). A grande maioria da população analisada vive na região metropolitana do Espírito Santo (n = 88; 80%). Apenas 34,5% das pessoas declararam trabalhar em emprego formal, sendo que 77,2% recebem até três salários mínimos. Em relação a cor autodeclarada, a maioria dos participantes se declararam não brancos (n = 70; 63,6%), sendo maior entre o grupo dos homens transgêneros.

**Tabela 1 – Perfil das identidades de gênero por variáveis sóciodemográficas (N=110)**

<b>N (%)</b>	<b>Homem transgênero e não binários (n = 72)</b>	<b>Mulher transgênero (n = 38)</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>			<b>&lt; 0,001</b>
Até 24 anos	41 (56,9)	13 (34,2)	
25-34 anos	26 (36,1)	10 (26,3)	
35-44 anos	5 (6,9)	9 (23,7)	
>45 anos	0	6 (15,8)	
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>			<b>0,029</b>
4 a 9	8 (11,1)	12 (31,6)	
10 a 12	47 (65,3)	20 (52,6)	
> 12	17 (23,6)	6 (15,8)	
<b>Cor</b>			<b>0,111</b>
Não branco	42 (58,3)	28 (73,7)	
Branco	30 (41,7)	10 (26,3)	

<b>Emprego Formal</b>			0,370
Sim	27 (37,5)	11 (28,9)	
Não	45 (62,5)	27 (71,1)	
<b>Orientação Sexual</b>			<b>0,049</b>
Heterossexual	48 (66,7)	32 (84,2)	
Outras	24 (33,3)	6 (15,8)	
<b>Estado civil</b>			0,383
Solteiro	57 (79,2)	29 (76,3)	
Casado/União Estável	15 (20,8)	8 (21,1)	
Outros	-	1 (2,6)	
<b>Residência</b>			0,243
Região Metropolitana	60 (83,3)	28 (73,7)	
Interior	12 (16,7)	9 (23,7)	
Outro estado	-	1 (2,6)	

## 5.2 DADOS CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS

Em relação a hábitos de vida, uso abusivo de álcool não foi relatado por nenhum paciente, a grande maioria dos participantes não fizeram ingestão de álcool na última semana, tampouco consumo abusivo de álcool, que representou 60% da amostra. No entanto quantidade significativa, especialmente de homens transgêneros, apresentaram ingestão frequente de bebida alcoólica (n = 36; 50%). Já tabagismo e uso de drogas ilícitas demonstraram-se hábitos frequentes entre os participantes (35% e 38,2, respectivamente), sendo homens transgêneros os usuários mais frequentes. O uso de medicamentos para tratamento de doenças psiquiátricas, como antidepressivos e ansiolíticos foi de 24,5% (n = 27), sendo 27,8% entre os homens transgêneros e 18,4% entre mulheres transgêneros. Enquanto 59,7% dos homens transgêneros e metade das mulheres transgêneros relataram em algum momento ideação suicida.

Quando perguntados sobre o processo de transição, a opção mais comum entre os usuários foi através da hormonioterapia, sendo que 45,4% deles fazem uso atualmente, 30,9% com algum tipo de orientação médica e 14,5% sem nenhuma orientação médica. Em relação a procedimentos cirúrgicos, silicone industrial, usado

para aumentar partes do corpo no objetivo de aproximar forma corporal próximo ao feminino, e inserção de prótese de silicone foram realizados por 31,5% das mulheres transgêneros, sendo os locais com as maiores taxas de aplicação as mamas, nádegas e coxas. Cirurgia de transgenitalização foi realizado por 7,9% das pacientes, mas grande parte delas (60,5%) deseja realização do procedimento. Mastectomia masculinizadora foi realizado apenas por dois pacientes homens transgêneros, mas é o procedimento mais desejado entre eles (n = 59; 81,9%), seguido pela histerectomia (n = 34; 47,2%).

Em relação a hábitos sexuais, 90,9% dos pacientes iniciaram atividade sexual e o uso de preservativo foi negado em qualquer relação sexual por 47,3% dos pacientes (n = 52). Relação vaginal foi relatado por 56,9% dos homens transgêneros (n = 41) e relação anal, 48 (43,6%) de todos os pacientes, sendo 19,4% (n = 14) por homens transgeneros e 89,5% (n = 34) por mulheres transgêneros. Todas as mulheres transgêneros com coitarca se relacionaram com indivíduos do sexo biológico masculino, assim como 45,8% dos homens transgêneros. Relação sexual sem consentimento foi relatado por quantidade expressiva dos entrevistados, chegando a 24,5% da amostra, sendo maior entre as mulheres transgêneros (31,6%) do que em homens transgêneros (20,8%). Enquanto 13,6% declararam ter recebido algo em troca das relações sexuais, sendo 26,3% entre as mulheres transgêneros e 6,9% (n = 5) entre os homens transgêneros. O uso de próteses penianas para penetração sexual foi relatado por 45,8% dos homens transgêneros.

**Tabela 2 – Perfil das identidades de gênero por variáveis clínicas e comportamentais (N = 110).**

N (%)	Homens transgêneros e não binários (n =72)	Mulheres transgêneros (n = 38)	p
<b>Tabagismo</b>	29 (40,3)	10 (26,3)	0,146
<b>Uso de drogas</b>	30 (41,7)	12 (31,6)	0,300
<b>Uso de álcool</b>	36 (50,0)	8 (21,1)	<b>0,003</b>
<b>Uso de hormonioterapia</b>	34 (47,2)	23 (60,5)	0,184

<b>Uso de medicamentos para tratamento de distúrbios psiquiátricos</b>	20 (27,8)	7 (18,4)	0,278
<b>Ideação suicida</b>	43 (59,7)	19 (50)	0,328
<b>Tentativa de suicídio</b>	25 (34,7)	11 (28,9)	0,539
<b>Parcerias sexuais na vida</b>			<b>0,040</b>
Até 05	27 (37,5)	13 (34,2)	
5 a 20	40 (55,6)	16 (42,1)	
Acima de 20	5 (6,9)	9 (23,7)	
<b>Parcerias sexuais no ano</b>			0,303
Até 05	67 (93,1)	33 (86,8)	
5 a 20	04 (5,6)	05 (13,2)	
Acima de 20	01 (1,4)	0 (0)	
<b>Nega uso de preservativo</b>	40 (55,6)	12 (31,6)	<b>0,017</b>
<b>Vacina contra HPV*</b>	10 (27,8)	1 (7,7)	0,137
<b>Nunca realizou prevenção para neoplasia cervical/anal</b>	48 (66,7)	38 (100)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Violência sexual</b>	15 (20,8)	12 (31,6)	0,213
<b>Recebeu para ter relações sexuais</b>	5 (6,9)	10 (26,3)	<b>0,005</b>
<b>Relação com penetração anal</b>	14 (19,4)	34 (89,5)	<b>&lt;0,001</b>

### 5.3 HPV E CITOLOGIAS ONCÓTICAS

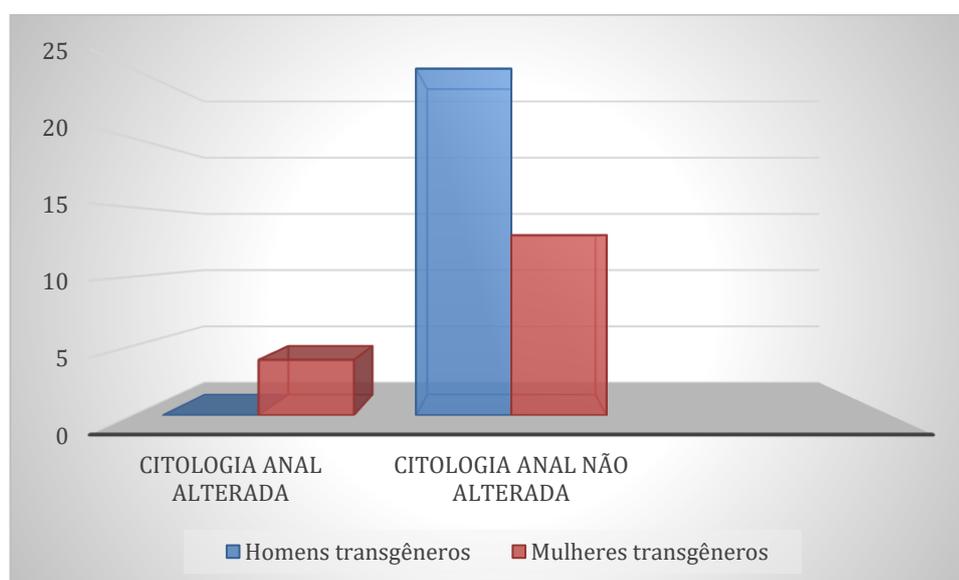
A prevalência de HPV encontrada foi de 58,3%, sendo a prevalência em homens transgêneros de 50% e, entre mulheres transgêneros de 81,25%, representando a IST mais diagnosticada neste estudo. Por sítio anogenital, amostras positivas para HPV em região cervical foram 38% e, em região anal, 25% em homens transgêneros. Mulheres transgêneros apresentaram positividade para HPV em região anal de

48,1%. Tanto citologia anal quanto positividade para HPV anal apresentaram significância na comparação por identidade de gênero ( $p$  valor 0,025 e 0,015, respectivamente). A tabela 3 demonstra resultados encontrados em homens e mulheres transgêneros, do estudo do PCR para HPV em amostras cervicais e anais coletadas durante o estudo, assim como resultados das citologias oncóticas.

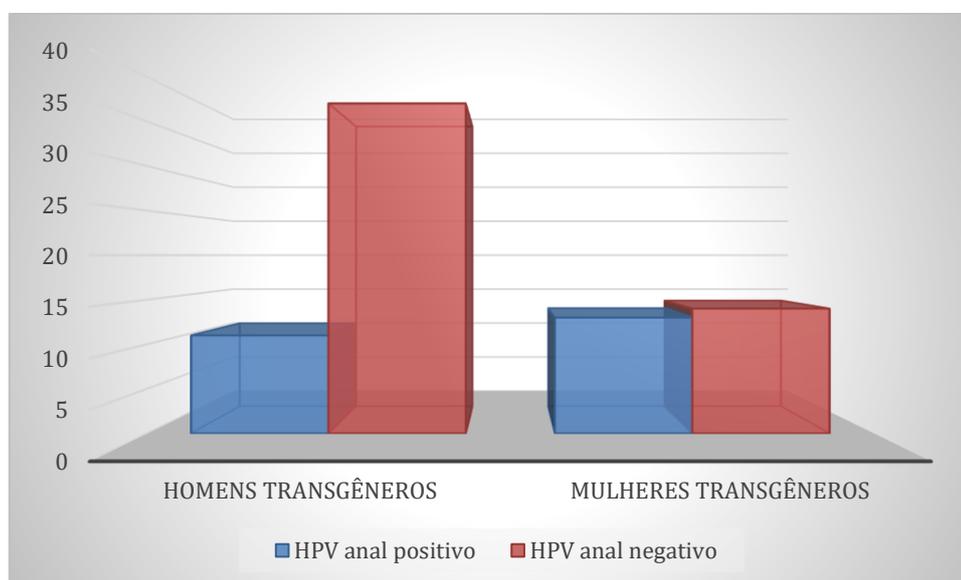
**Tabela 3 – Prevalência de resultados positivos de PCR para HPV por amostras coletadas por identidade de gênero**

<b>PCR para HPV em amostras anais em homens transgêneros e identidades não binárias (n = 48)</b>	
HPV positivo	11 (22,9%)
HPV negativo	37 (77,1%)
<b>PCR para HPV em amostras cervicais em homens transgêneros e identidades não binárias (n = 43)</b>	
HPV positivo	16 (37,2%)
HPV negativo	27 (62,8%)
<b>PCR para HPV em amostras anais em mulheres transgêneros (n = 27)</b>	
HPV positivo	13 (48,1%)
HPV negativo	14 (51,9%)

**Figura 7 - Alteração de citologias anais por identidade de gênero ( $p = 0,011$ )**



**Figura 8 - Alteração de PCR para HPV anal por identidade de gênero ( $p = 0,025$ )**



**Tabela 4 - Prevalência de citologias anogenitais alteradas por amostras coletadas por identidade de gênero**

<b>Citologia cervical em homens transgêneros e identidades não binárias (n = 42)</b>	
Alterada	4 (9,5%)
Não alterada	38 (90,5%)
<b>Citologia anal em mulheres transgêneros (n = 17)</b>	
Alterada	4 (23,5%)
Não alterada	13 (76,5%)

A citologia anal estava alterada em 23,5% ( $n = 4$ ) entre mulheres transgêneros, todas elas alteradas por lesão intraepitelial de baixo grau no laudo citopatológico. Essas pacientes foram encaminhadas para avaliação proctológica com realização de anoscopia, havendo diagnóstico de verrugas anogenitais em duas delas, sem necessidade de realização de biópsias. Na análise das citologias de sítio cervical em homens transgêneros, alteração foi encontrada em 9,5% ( $n = 4$ ) das amostras. As alterações citológicas encontradas foram: ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado), ASC-H (células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau) e HSIL (neoplasia intraepitelial de alto grau). Todos foram submetidos à colposcopia. Dois pacientes foram

submetidos à biópsia confirmando diagnósticos de lesão de alto grau, sendo então submetidos à tratamento através de exérese de zona de transformação do colo do útero. Todos os pacientes seguem em acompanhamento.

**Tabela 5 - Correlação de dados clínicos e citopatológicos por alterações citológicas**

<b>N (%)</b>	<b>Dados</b>	<b>Achado macroscópico</b>	<b>PCR para HPV</b>	<b>Biópsia</b>
<b>Citologia cervical (em homens transgêneros)</b>				
ASC-US	30 anos, em uso de hormônio	Área iodonegativa extensa	Negativo	HSIL/NICII e III
ASC-US	31 anos, em uso de hormônio	Ausência de achados anormais	Negativo	Não necessário
ASC-H	29 anos, em uso de hormônio	Ausência de achados anormais	Negativo	Não necessário
HSIL	18 anos, sem uso de hormônio	Área acetobranca densa	Positivo	HSIL/NICIII
<b>Citologia anal (em mulheres transgêneros)</b>				
LSIL	32 anos, em uso de hormônio	Ausência de achados anormais	Positivo	Não necessário
LSIL	53 anos, em uso de hormônio	Presença de condilomas anais	Positivo	Não necessário
LSIL	19 anos, em uso de hormônio	Presença de papilomas de caráter inespecíficos	Positivo	Não necessário
LSIL	39 anos, em uso de hormônio	Presença de condilomas anais	Positivo	Não necessário

Em relação à vacinação contra HPV apenas 22,4% dos pacientes relataram ter feito alguma dose da vacina, sendo 7,7% das mulheres transgêneros e 27,8% dos homens

transgêneros. Os pacientes que apresentaram positividade para HPV em amostras anais não fizeram uso de qualquer dose para vacina, assim como em indivíduos com positividade para o HPV em sítio cervical apenas 1,6% deles (n = 1) relataram vacinação contra HPV.

**Tabela 6 - Dados clínicos e comportamentais por positividade em PCR para HPV (N = 60).**

<b>N (%)</b>	<b>PCR para HPV positivo (n = 35)</b>	<b>PCR para HPV negativo (n = 25)</b>	<b>p</b>
<b>Identidade de gênero</b>			<b>0,030</b>
Homem	22 (62,9)	22 (88,0)	
Mulher	13 (37,1)	3 (12,0)	
<b>Tabagismo</b>	14 (40,0)	9 (36,0)	0,753
<b>Uso de álcool</b>	13 (37,1)	14 (56,0)	0,148
<b>Uso de hormonioterapia</b>	16 (45,7)	13 (52,0)	0,631
<b>Uso de drogas</b>	13 (37,1)	11 (44,0)	0,593
<b>Parcerias sexuais na vida</b>			0,106
Até 05	10 (28,6)	6 (24,0)	
5 a 20	20 (57,1)	19 (76,0)	
Acima de 20	5 (14,3)	0 (0)	
<b>Parcerias sexuais no ano</b>			0,533
Até 05	31 (88,6)	24 (96,0)	
5 a 20	3 (8,6)	1 (4,0)	
Acima de 20	1 (2,9)	0 (0)	
<b>Nega uso de preservativo</b>	13 (37,1)	17 (68,0)	<b>0,018</b>
<b>Vacina contra HPV*</b>	1 (7,1)	3 (18,8)	0,351
<b>Violência sexual</b>	9 (25,7)	5 (20,0)	0,606
<b>Recebeu para ter relações sexuais</b>	7 (20,0)	0 (0)	<b>0,017</b>
<b>Relação com penetração vaginal</b>	15 (42,9)	18 (72,0)	<b>0,025</b>

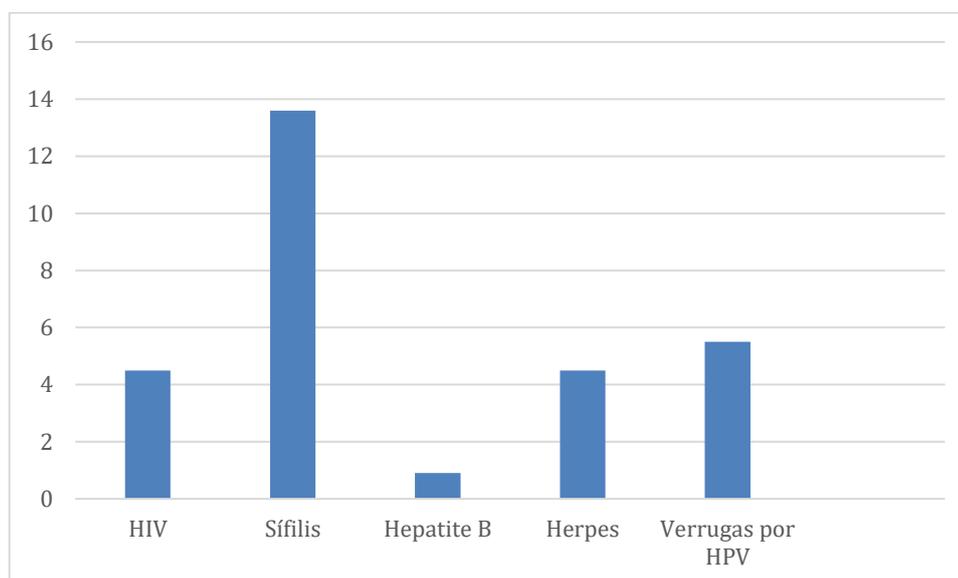
Relação com penetração anal	20 (57,1)	9 (36,0)	0,106
Relação com pessoas do sexo biológico masculino (uso do pênis)	28 (80,0)	14 (56,0)	<b>0,046</b>
Relação com pessoas do sexo biológico feminino (sem uso de pênis/próteses)	26 (74,3)	23 (92,0)	0,080

Os tipos de HPV 33, 44, 52 e 62 foram os mais encontrados entre as amostras enviadas para genotipagem viral, sendo o 33 e o 52 considerados HPV de alto risco.

#### 5.4 OUTRAS IST

A prevalência geral de IST (considerando diagnóstico de qualquer IST) foi de 71,8% com diagnósticos de HPV, sífilis, HIV, herpes, verrugas, hepatite B, clamídia e tricomoníase. Já que os dados de HPV já foram incluídos e considerando apenas as demais (sífilis, HIV, hepatites, herpes, lesões anogenitais, clamídia e tricomoníase), a prevalência é de 20,9% (n = 23), sendo 69,6% de mulheres transgêneros e 30,4% de homens transgêneros. As principais IST encontradas foram sífilis e HIV com as respectivas prevalências, 13,6% e 4,5%, sendo estas encontrados apenas em mulheres transgêneros. Diagnósticos de tricomoníase, verrugas anogenitais, herpes genital, clamídia e hepatite B também foram encontrados, respectivamente, em 12,5%, 5,5%, 4,5%, 4,1% e 0,9% dos pacientes deste estudo. Diagnósticos de hepatite C e gonorreia não foram encontrados neste estudo.

**Figura 9 - Prevalência de IST (HIV, Sífilis, Herpes, Hepatite B e verrugas por HPV)**



**Tabela 7 - Diagnósticos de HIV, Sífilis, Herpes, Hepatite B e verrugas por HPV por identidade de gênero (%)**

N (%)	Homens transgêneros e não binários (n =72)	Mulheres transgêneros (n = 38)	p
<b>IST (sem HPV)</b>	7 (9,7)	16 (42,1)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sífilis</b>	0 (0)	15 (39,5)	<b>&lt;0,001</b>
<b>HIV</b>	0 (0)	5 (13,2)	<b>0,002</b>
<b>Herpes genital</b>	2 (2,8)	3 (7,9)	0,221
<b>Verruga anogenital</b>	3 (4,2)	3 (7,9)	0,413
<b>Hepatite B</b>	0	1 (2,6)	0,167

Mulheres transgêneros representaram todos os diagnósticos de sífilis, HIV e hepatite B, sendo a prevalência de sífilis e HIV entre as mulheres transgêneros chegando à 39,5% e 13,2%, respectivamente. Homens transgêneros apresentaram prevalência de 4,1% de clamídia e 12,5% de tricomoníase.

**Tabela 8 - Diagnósticos de clamídia e tricomoníase em pessoas transgêneros (n = 24)**

N (%)	Homens transgêneros e não binários (n =17)	Mulheres transgêneros (n = 7)	p
-------	--	----------------------------------	---

<b>PCR positivo para clamídia</b>	3 (17,6)	0 (0)	0,235
<b>PCR positivo para tricomoníase</b>	1 (5,8)	0 (0)	0,499

Na análise com comportamentos de riscos, o não uso de preservativo incidiu nos diagnósticos de qualquer IST (considerando-se na mesma amostra os testes positivos para HIV, sífilis, hepatite B, herpes simples e verruga anogenital, clamídia e tricomoníase) (p valor = 0,022) e de sífilis (p valor = 0,005), enquanto o número de parcerias sexuais no ano acima de 20 e a prática de relação anal com penetração também conferiu risco para aquisição de IST (p valor 0,028 e < 0,001, respectivamente). O relato de receber algo em troca por relações sexuais também se relacionou à prevalência de sífilis (p = 0,017) e HIV (p > 0,001) em mulheres transgêneros. Relação anal com penetração é fator de risco para aquisição de sífilis (p valor < 0,001), HIV (p valor = 0,009) e verrugas anogenitais (p valor = 0,044). O uso de drogas ilícitas, o número de parceiros sexuais na vida e no ano está associado ao aparecimento de herpes genital (p valor = 0,049. 0,004 e <0,001, respectivamente). A relação entre os diagnósticos de HPV anal apresentou significância com HIV, e de HPV cervical com clamídia e tricomoníase, indicando que existe risco aumentado para coinfeção entre essas IST nesses sítios.

No modelo estabelecido para análise multivariada de regressão logística foi utilizado a positividade para o teste de HPV como variável de desfecho. Nenhuma variável se manteve associada no modelo final.

**Tabela 9 - Análise multivariada dos fatores associados com resultado positivo para HPV na população atendida no AMDG**

<b>Variável</b>	<b>OR</b>	<b>(95% IC)</b>	<b>Valor P</b>
Idade em anos (<=24 vs. >24)	0,98	0,511-1,867	0,942
Escolaridade em anos (>=10 vs. 9 ou menos)	0,41	0,150-1,113	0,080

Uso preservativos (sim vs. Não)	0,49	0,159-1,485)	0,206
Número parceiros sexuais na vida ( $\geq 5$ vs. $< 5$ )	1,22	0,477-3,113	0,680
Relato de troca sexo por dinheiro (sim vs. Não)	3,60	0,530-24,45	0,190
Citologia cervical/anal (Nunca vs. Alguma vez)	2,12	0,496-9,021	0,311
Relação sexual com penetração anal (sim vs. Não)	1,93	0,516-7,172	0,329
Relação sexual com penetração vaginal (sim vs. Não)	6,82	0,787-59,112	0,081

---

## 6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo conduzido no Espírito Santo para abordar a prevalência da infecção pelo HPV e de alterações citológicas anais e cervicais em transgêneros atendidos em ambulatório especializado. Os resultados mostraram alta prevalência de infecção pelo HPV (58,3%), equiparando nosso resultado do principal estudo descritivo de prevalência de HPV no Brasil com prevalência geral de 53,6%. Na estratificação por gênero, a prevalência de HPV foi de 50,0% nos homens transgêneros e 81,3% nas mulheres transgêneros, o que se aproxima dos resultados encontrados naquele estudo (POP-Brasil I, 2020). Quando fazemos a análise por sítio genital observamos maior presença de HPV em sítio anal em mulheres transgênero (48,1%) do que em homens transgêneros, o que demonstra maior suscetibilidade das mulheres em infecções anais. Além disso, a presença de sítio cervical positivo para HPV (37,2%) foi semelhante a estudo anterior que estratificaram HPV por sítio anogenital e encontraram valores de até 25% (Colpani et al, 2020).

Apesar de não haver diagnóstico de neoplasia anal, a alteração de citologias oncóticas encontradas em 23,5% das mulheres transgêneros (9,5% do total da amostra) difere do que é encontrado nos raros estudos que encontraram taxas de até 91% de alterações citológicas em mulheres transgêneros, mas equipara a população de mulheres transgêneros a um grupo propício para desenvolvimento de neoplasia anal tanto quanto HSH (Simard, 2013; Somia, 2018). O mesmo ocorre com o diagnóstico de HPV anal por PCR em mulheres transgêneros, que se equipara a alguns cortes transversais (Jalil et al, 2021). Apesar de não haver significância estatística, todas as citologias anais alteradas foram encontradas em mulheres em uso de estrogênio em reposição hormonal, o que pode influenciar tanto no aumento da infecção pelo HPV em sítio anal quanto ao desenvolvimento de neoplasia intraepitelial anal, e este dado vai de encontro aos poucos estudos que correlacionaram hormoterapia e citologias alteradas (Kobayashi, 2017). A chance de diagnóstico de HPV aumenta em três vezes em pacientes com HIV, podendo chegar a até seis vezes se consideramos

diagnósticos de sítio anal com p valor = 0,017, semelhante a encontrado em estudo prévio (Singh, 2019).

Em homens transgêneros, a displasia cervical não demonstrou influência nos diagnósticos de displasia anal, apesar de questões anatômicas e comportamentais facilitarem a transmissão do HPV para sítio anal, assim como o uso das próteses penianas para intercursos sexuais com penetração também não possuiu importante papel nos diagnósticos de neoplasias intraepiteliais cervicais ou de HPV em sítio cervical.

Existe uma paucidade de dados científicos de estudo de HPV cervical e neoplasias intraepiteliais cervicais em homens transgêneros que se relaciona com barreiras de acesso à saúde dessa população (McDowell, 2017). Além disso, mulheres transgêneras, mesmo tradicionalmente sendo associadas a apresentarem comportamentos de riscos e alta taxa de citologias anais alteradas, não possuem protocolos ou diretrizes próprios para rastreamento de neoplasia anal (Kobayashi, 2017; Allen-Leigh et al., 2020). A estimativa de que 78,2% de pacientes que nunca realizaram exames de citologia para rastreamento de neoplasia corrobora com as informações acima. Para os homens transgêneros, que são incluídos em políticas de rastreamento do câncer de colo do útero por serem do sexo biológico feminino, esse valor chega a 66,7% de pacientes que negaram realização de colpocitológico do colo do útero (Brasil, 2016). Enquanto a autocoleta de citologia ainda não é uma realidade viável no Brasil, é necessária atenção dos serviços públicos no rastreamento desta população.

A vacina sendo uma forma bem estabelecida de prevenção primária ainda apresenta baixa cobertura nesta população (28,9%), melhor do que encontrado em estudos anteriores (Singh, 2019), sendo a taxa de vacinação muito maior em homens transgêneros do que em mulheres transgêneras, já que esses se apresentam em um perfil mais jovem nesse estudo e, já estavam incluídos no calendário vacinal para vacina contra HPV na idade estabelecida pelo PNI (PNI, 2022). Ainda assim, a cobertura vacinal neste estudo é maior do que encontrado em estudo anterior que mostrou uma cobertura de 10% entre a população transgênero (Singh, 2019). No

entanto, devido a ausência de informações sobre vacinação contra HPV em parte considerável da amostra (55,5%), mais estudos são necessários para avaliação da cobertura vacinal dessa população e seu efeito na transmissão do vírus do HPV.

Pessoas transgêneros são constantes vítimas de estigmas e discriminação social em grande parte das instituições de nossa sociedade, inclusive em instituições de saúde, o que influencia de maneira significativa em seu bem-estar e seu estado de saúde (Doyle, 2021). Isso reflete na procura aos serviços de saúde para acompanhamento de saúde, assim como mascara a presença dessa população em censos demográficos e em dados de saúde para formulação de política pública (Reisner, 2016). Por exemplo, apesar de quase metade da população (n = 52; 47,3%) ter relatado acesso a algum serviço de saúde previamente à aplicação do questionário de pesquisa, 46,2% sofreram algum tipo de discriminação no atendimento, sendo a maioria deles em relação ao distrito ao nome social e ao gênero com qual a pessoa se identifica. Outros 44,2% (n = 23) declararam que não se sentiram bem orientados em relação a aspectos da transição e de problemas de saúde relacionados à transição. Essa questão pode ter sido um impedimento no acesso dessas pessoas ao AMDG, já que grande parte dos pacientes chegam por conta própria, havendo uma barreira importante na atenção básica dos municípios em encaminhar pacientes transgêneros para acompanhamento neste serviço (Rocon, 2019).

Existem alguns outros resultados importantes que merecem atenção. Primeiramente, o estudo apresenta maioria maciça de homens transgêneros em relação a mulheres transgêneros, o que difere do habitual encontrado na literatura médica, com predomínio de estudos em saúde de mulheres transgêneros (Baral, 2013; Fontanari, 2019). Antes do estabelecimento do AMDG como serviço de referência ao atendimento de pessoas transgêneros, as mulheres transgêneros eram acompanhadas isoladamente pelo serviço de Urologia e o acesso delas ao AMDG pode ter sido retardado por este motivo. Segundo, há confirmação de que se trata de grupo de comportamentos de riscos e que esses comportamentos influenciam na incidência de IST (Singh, 2019; Fontanari, 2019). Como exemplo, o número de parcerias sexuais no ano e na vida, não oferecer serviços sexuais (o que diminui o

senso de responsabilidade da pessoa ao uso do preservativo) e o não uso de preservativo durante relação sexual apresentaram importante relação com diagnósticos de HPV (Allen Leigh et al, 2020). O não uso de preservativo sexual e o fato de nunca ter realizado prevenção para neoplasia do colo do útero (55,6 e 66,7%, respectivamente), entre os homens transgêneros, indicam importante comportamento de risco entre eles, assim como uma barreira no acesso à prevenção de neoplasia do colo do útero. Enquanto o uso de drogas ilícitas não apareceu como fator de risco para aquisição de HPV, o uso de álcool apresentou importante relação com a identidade de gênero, sendo bastante frequente entre os homens (Arruda, 2022). Os homens transgêneros apresentaram maior quantidade de parcerias sexuais na vida em relação às mulheres transgêneros, mas quando se considera parcerias no ano, os homens transgêneros apresentam comportamento mais conservador (Van Gerwen, 2020; Allen Leigh, 2020).

Apesar da alta participação de homens transgêneros nesse estudo, ainda assim a taxa de diagnósticos de IST foi abaixo do que encontrados em estudos anteriores (Van Gerwen, 2020; Allen Leigh, 2020). Todavia, ainda podemos correlacionar os dados com outros estudos que evidenciaram baixas taxas de diagnósticos entre homens transgêneros (Reisner, 2015; Fontanari, 2019), correlacionando este fato com comportamentos sexuais seguros nesse subgrupo. No entanto, observamos uma alta taxa de não uso de preservativo entre eles (55,6%), semelhante ao que foi relatado anteriormente por Kenagy, com taxa de negação de até 71% ao uso do preservativo (Kenagy, 2015).

Outra questão importante está no fato do uso de preservativo não influenciar na transmissão do vírus do HPV, dado bem estabelecido por estudos anteriores que relatam transmissão do vírus mesmo com uso do preservativo (Marra et al, 2018).

Em relação a mulheres transgêneros, a prevalência de IST foi bem menor do que relatado por Van Gerwen, que encontrou maiores prevalências de sífilis (50,4%), clamídia (24,7%), gonorreia (19,1%) e hepatite B (40,7%) (Van Gerwen, 2020). Ainda assim, 39,5% de sífilis é uma alta taxa de prevalência desta doença se considerarmos as facilidades de diagnóstico e tratamento disponíveis nos sistemas de saúde, o que

reflete novamente em questões de acesso ao serviço enfrentados por esta população (Rocon, 2019).

A ausência de censos demográficos oficiais e satisfatórios de transgêneros no Brasil causou dificuldade em conseguir parâmetros para o cálculo amostral do estudo, o que pode ter prejudicado associações entre dados clínicos e comportamentais com as identidades de gênero. Considerando estudo brasileiro que encontrou 0,69% de prevalência de pessoas transgêneros e a população do município de Vitória (369.534) (Spizzirri, 2021; IBGE, 2020), calcula-se uma amostra satisfatória em torno de 254 indivíduos. Assim, nosso estudo não alcança o que seria uma possível amostra ideal, mas se aproxima em quase 50% do valor amostral ideal.

Questões sociais e barreiras de acesso à saúde também podem ter prejudicado o valor da amostra, além de limitações em relação ao exame físico e exames invasivos que poderiam desencadear piora de sintomas disfóricos e a falta de orientação de parte significativa da população transgênero e de profissionais de saúde. Além disso, o estudo foi conduzido durante a pandemia do vírus Covid-19, que manteve serviços eletivos suspensos por alguns meses, prejudicando o retorno de acompanhamento de pacientes antigos e a inclusão de novos pacientes à pesquisa. O tamanho amostral pode ter influenciado a falta de associação da variável de desfecho com as variáveis independentes no modelo final de regressão logística.

Em primeiro (01) de dezembro de 2011, com a publicação da Portaria nº 2.836, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT tenta-se por meio de objetivos e diretrizes a construção de uma política de saúde ampla, diversa, respeitosa e que atenda de maneira efetiva a saúde da população LGBT (Brasil, 2011). Entretanto, conforme exposto, a política de saúde brasileira não está perto de alcançar esses objetivos. A dificuldade de acesso em serviços de saúde e centros de pesquisa dificulta levantamento de conhecimento científico acerca da população, prejudicando formulação de políticas públicas de saúde. Pretende-se por meio deste estudo a produção de conhecimento científico capaz de embasar a criação e implementação de políticas efetivas e inclusivas, a níveis estaduais e municipais, através do fortalecimento e ampliação dos serviços ofertados pelo Ambulatório Multidisciplinar de

Diversidade de Gênero. Aumentar o acesso da população transgênero aos serviços de saúde, estimular o respeito ao uso correto do nome social, incluir procedimentos de redesignação sexual nas tabelas de procedimentos do sistema público e suplementar, fornecer medicamentos hormonais de forma gratuita, são passos importantes para a ampliação do acesso dessa população aos sistemas de saúde. Uma vez que esses pacientes são devidamente acompanhados por profissionais de saúde capacitados, é possível trabalhar em políticas de prevenção de neoplasias de trato anogenital e IST, aumentando também sua taxa de diagnóstico e tratamento precoces.

## 7. CONCLUSÕES

- A população transgênero é suscetível a comportamentos de riscos e aquisição de infecções sexualmente transmissíveis e, por isso, devemos nos atentar no cuidado de saúde e no acesso dessa aos sistemas de saúde.
- A alta prevalência de infecção genital pelo vírus HPV e de citologias anogenitais alteradas, mesmo com métodos de prevenção primária (vacina) e secundária (coleta de citopatológico), amplamente disponíveis no SUS, são preocupantes e merecem atenção das políticas públicas.
- A prevalência de positividade para HPV anal em homens e mulheres transgêneros, a despeito do relato de intercurso anal, e de citologias anais alteradas em mulheres transgêneros requer estudos para o estabelecimento de diretrizes de rastreamento de neoplasia anal nessa população.
- IST como sífilis encontrada em 39,5% de mulheres transgêneros demonstra suscetibilidade dessa população, mesmo com testes de rastreamento e pronto tratamento facilmente disponíveis no SUS, merecendo também atenção de serviços e profissionais de saúde. IST como gonorreia, clamídia, tricomoníase, hepatites virais, herpes e verrugas não apresentaram prevalência relevante nesse estudo.
- Apesar de ser o primeiro estudo nessas características conduzido no Espírito Santo e os dados apresentarem relevância no perfil clínico-comportamental desta população, mais estudos são necessários na avaliação de prevalência de IST e na correlação clínico-comportamental.

## 8. REFERÊNCIAS

ABRAHAM F. **Genitalumwandlung an zwei maennlichen Transvestiten.** *Z Sexualwiss.* 1931; 18: 223

ADKINS, B. D. et al. **Characteristic findings of cervical Papanicolaou tests from transgender patients on androgen therapy: Challenges in detecting dysplasia.** *Cytopathology.* 2018 Jun;29(3):281-287.

ALLEN-LEIGH B. et al. **Uptake of the HPV vaccine among people with and without HIV, cisgender and transgender women and men who have sex with men and with women at two sexual health clinics in Mexico City.** *Hum Vaccin Immunother.* 2020 Apr 2;16(4):981-990.

ARRUDA, P. M.; OLIVEIRA, M. G. L., COLARES, I. A.; BRITTO, D. F.; PEIXOTO, R. A. C.. **Sexual and reproductive health of transgender men and homoaffective women: Integrative Review.** *Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e35311225676, 2022.*

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 2013. 5ªed. American Psychiatric Publishing.

Associação Hospitalar Moinhos de Vento. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-BRASIL) - 2015-2017.** Porto Alegre, 2020. 89 p.

BARAL, S et al. **Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis.** *The Lancet Infectious Diseases.* 2013; issue 3; v. 72, 214-222.

BAUER, G., SCHEIM, A. **Breast and cervical cancer screening among trans Ontarians. A report prepared for the Screening Saves Lives Program of the Canadian Cancer Society.** Toronto, ON: TransPulse; 2013.

BENTO, B. **O que é transexualidade.** São Paulo: Brasiliense, 2008.

BERNARD, H. U. et al **Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments.** *Virology*. 2010;401:70–79

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

Brasil. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

BOLDRINI, Neide Aparecida Tosato. **Infecção anal pelo Papillomavirus humano, genótipos e fatores associados ao câncer anal em pacientes HIV positivos.** 2016. 87 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doenças Infecciosas, Programa de Pós Graduação em Doenças Infecciosas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

BOLLO J. et al. **HPV-related squamous cell carcinoma in a neovagina after male-to-female gender confirmation surgery.** *Int J STD AIDS*. 2018;29(3):306-8.

BOSCH, F. Xavier et al. **Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases.** *Vaccine*, [s.l.], v. 31, p.1-31, dez. 2013.

BEDNARCZYK, R. A. et al. **Moving beyond sex: Assessing the impact of gender identity on human papillomavirus vaccine recommendations and uptake among a national sample of rural-residing LGBT young adults.** *Papillomavirus Res*. 2017 Jun;3:121-125. doi: 10.1016/j.pvr.2017.04.002.

BURCHELL, Ann N. et al. **Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection.** *Vaccine*, [s.l.], v. 24, p.52-61, ago. 2006.

BZHALAVA, D., EKLUND, C, DILLNER, J. **International standardization and classification of human papillomavirus types,** *Virology*, Volume 476, 2015, Pages 341-344, ISSN 0042-6822.

CALLANDER D. et al **Sexually transmissible infections among transgender men and women attending Australian sexual health clinics.** *Med J Aust*. 2019 Nov;211(9):406-411.

CALORE, Edenilson E.; GIACCIO, **Claudia Maria Serafim**; NADAL, **Sidney R..** **Prevalence of anal cytological abnormalities in women with positive cervical cytology.** *Diagnostic Cytopathology*, [s.l.], v. 39, n. 5, p.323-327, 12 abr. 2011.

CAMPOS, S.K. **Subcellular trafficking of the papillomavirus genome during initial infection: the remarkable abilities of minor capsid protein L2.** *Viruses* 2017;9:370.

CASTILLO, R. et al. **HIV and Sexually Transmitted Infection Incidence and Associated Risk Factors Among High-Risk MSM and Male-to-Female Transgender Women in Lima, Peru.** *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015 Aug 15;69(5):567-75.

CAULDWELL D.O. **Psychopathia Transexualis** *Sexology*, vol. 16, 1949, pp. 274-280.

Centers for Disease Control and Prevention. **HIV surveillance report.** 2016. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. **Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.** 2015.

CHESSON, Harrell W. et al. **The cost-effectiveness of male HPV vaccination in the United States.** *Vaccine*, [s.l.], v. 29, n. 46, p.8443-8450, out. 2011.

COLEBUNDERS, B. et al. **An update on the surgical treatment for transgender patients.** *Sex Med Rev.* 2017;5(1):103-9.

COLPANI, V. et al. **Prevalence of human papillomavirus (HPV) in Brazil: A systematic review and meta-analysis.** *PloS one*, 15(2), e0229154. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. **Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais**

**secundários com o tratamento dos casos de transexualismo.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm)>. Acesso em: 18 Abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.652, de 2 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a resolução CFM n. 1.482, de 19 de setembro de 1997.** Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm)>. Acesso em: 18 Abr. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **1.955, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02.** Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1955>>. Acesso em: 18 Abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **2.265, de 9 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.** Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>> Acesso em: 20 Abr. 2021.

CRANSTON, R. D. et al. **Prevalence and determinants of anal human papillomavirus infection in men who have sex with men and transgender women.** *Int J STD AIDS*. 2019;30(2):154–162.

DALSENTER, T.A. **Do corpo natural ao corpo transformado: um panorama Jurídico do Transexualismo.** *Anais do XVI Congresso Nacional do CONPEDI*. Belo Horizonte: CONPEDI; 2007.

DANIEL, H; BUTKUS, R. **Disparidades na saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros: resumo executivo de um documento de posição política do American College of Physicians.** *Ann Intern Med*. 2015; 163: 135–137.

DE MARTEL, C. et al. **Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type.** *Int J Cancer.* 2017;141(4):664–670.

DOORBAR, John et al. **Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer.** *Clinical Science*, [s.l.], v. 110, n. 5, p.525-541.

DOYLE, D. M., Begeny, C. T., Barreto, M., Morton, T. A. Identity-Related Factors Protect Well-Being Against Stigma for Transgender and Gender Non-Conforming People. *Arch Sex Behav.* 2021.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Lei nº 9.768 que dispõe sobre a definição das Microrregiões e Macrorregiões de Planejamento no Estado do Espírito Santo.** Publicada em 26 de dezembro de 2011.

FDA, Food and Drugs Administration. <<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-vaccine-products/human-papillomavirus-vaccine>> Visualizado em 14/03/2022 às 17:18.

FIERZ, R. et al. **Squamous Carcinoma of the Neovagina after Male-to-Female Reconstruction Surgery: A Case Report and Review of the Literature.** *Case Rep Obstet Gynecol.* 2019;2019:4820396.

FONTANARI, Anna Martha Vaitses et al. **A Retrospective Review of Medical Records of Laboratory-Tested Sexually Transmitted Infections of Transsexual Men from Southern Brazil.** *Archives Of Sexual Behavior*, [s.l.], v. 48, n. 5, p.1573-1579, 1 mar. 2019.

FRAGOSO, H. C. **Transexualismo: cirurgia: lesão corporal.** *Revista de Direito Penal*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 25-34, 1979.

FRASER, L. et al. **Recommendations for revision of the DSM diagnosis of gender identity disorder in adults.** *Int J Transgend.* 2010;12:80–85.

FUCHS, M. A. et al. **Anal Cancer Screening for HIV-Negative Men Who Have Sex with Men: Making Clinical Decisions with Limited Data.** *LGBT Health.* 2021 Jul;8(5):317-321.

HARDEN, M. E; MUNGER, K. **Human papillomavirus molecular biology.** *Mutat Res Ver.* 2017 Apr-Jun;772:3-12.

Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. **The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding.** Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

GARCIA FERREIRA, A.C. **Transcendendo: A Cohort Study of HIV-Infected and Uninfected Transgender Women in Rio de Janeiro, Brazil.** 2019. *Transgender Health.* 4(1):107-117.

GATOS, K. C. **A literature review of cervical cancer screening in transgender men.** *Nurs Womens Health.* 2018;22(1):54-62.

HOOTS, Brooke E. et al. **Human papillomavirus type distribution in anal cancer and anal intraepithelial lesions.** *International Journal Of Cancer,* [s.l.], v. 124, n. 10, p.2375-2383, 15 maio 2009.

HOSSEINI, M. S. et al. **Evaluation of Anal Cytology in Women with History of Abnormal Pap Smear, Cervical Intraepithelial Neoplasia, Cervical Cancer and High Risk HPV for Anogenital Dysplasia.** *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(11):3071–3075.

IARC CANCERBASE. **GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.** 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html> Acesso em 30 de maio de 2021, às 13:15.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA), Ministério da Saúde. **Estatísticas de câncer [Internet]**. 2020 Disponível em <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em 08 de julho de 2021, às 20:48.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012. 25 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 118 p

INTERNATIONAL HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) REFERENCE CENTER. **Hpv reference clones**. <[https://www.hpvcenter.se/human\\_reference\\_clones/](https://www.hpvcenter.se/human_reference_clones/)> acesso em 17/08/2022 às 15:28.

Jalil, E. M. et al (2021). **High prevalence of anal high-risk HPV infection among transwomen: estimates from a Brazilian RDS study**. *Journal of the International AIDS Society*, 24(3), e25691.

JESUS, J.G. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos** Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília: Autor, 2012. 24p.

KENAGY, G.P.; Hsieh, C.M.. The risk less known: female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection. *AIDS Care*. 2005;17:195–207.

KLINE, Richard J.. **Carcinoma Associated With Fistula-in-Ano**. *Archives Of Surgery*, [s.l.], v. 89, n. 6, p.989-994, 1 dez. 1964.

KOBAYASHI et al. **Prevalence of Anal Dysplasia in Human Immunodeficiency Virus-Infected Transgender Women**. *Sex Transm Dis*. 2017;44(11):714–716.

LAWRENCE, Anne. **Vaginal Neoplasia in a Male-to-Female Transsexual: Case Report, Review of the Literature, and Recommendations for Cytological Screening**. 2001.

LIN, C. et al. **Human papillomavirus types from infection to cancer in the anus, according to sex and HIV status: a systematic review and meta-analysis.** *The Lancet. Infectious diseases*, 18(2), 198–206. 2018.

**LIONÇO, T.** Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOWY, D.R.; SCHILLER, J.T. **Prophylactic human papillomavirus vaccines.** *J Clin Invest.* 2006; 116(5): 1167–73.

LOWY, D.R. et al. **Human papillomavirus infection and the primary and secondary prevention of cervical cancer.** *Cancer.* 2008 Oct 1;113(7 Suppl):1980-93.

MAGNO, L et al. **Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática.** *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 35, n. 4, p.1-21, 2019.

MARRA, Elske, KOVALEVA, Alexandra, BRUISTEN, Sylvia, VERMEULEN, Wilma, BOYD, Anders, SCHIM VAN DER LOEFF, Maarten. **Incidence and Clearance of Anal High-risk Human Papillomavirus Infections and Their Determinants Over 5 Years Among Human Immunodeficiency Virus–negative Men Who Have Sex With Men,** *Clinical Infectious Diseases*, Volume 68, Issue 9, 1 May 2019, Pages 1556–1565

MCBRIDE, A.A. **Replication and partitioning of papillomavirus genomes.** *Adv Virus Res* 2008;72:155–205.

MCDOWELL, M. et al. **Cervical cancer screening preferences among transmasculine individuals: patient-collected human papillomavirus vaginal swabs versus provider-administered pap tests.** *LGBT Health.* 2017;4(4):252-9.

MELO, I. M. A., VIANA, M. R. P., PUPIN, B., TAPOBRATA, T., BHATTACHARJEE, T. CANEVARI, R. A. **PCR-RFLP and FTIR-based detection of high-risk human papilloma virus for cervical cancer screening and prevention,** *Biochemistry and Biophysics Reports*, Volume 26, 2021, 100993, ISSN 2405-5808.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)> Acesso em 18 de abril de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova, na forma dos Anexos desta Portaria a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457\\_19\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html)> Acesso em 18 de abril de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)> Acesso em 29 de maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais. Brasília, 2013. 1. ed., 1. reimp., 32p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 859, de 30 de julho de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0859\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0859_30_07_2013.html)> Acesso em 19 de abril de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.579, de 31 de julho de 2013. Suspende os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1579\\_31\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1579_31_07_2013.html)> Acesso em 19 de abril de 2021.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Disponível em** [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html) < Acesso em 19 de abril de 2021.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Portaria 410 do Ministério da Saúde se oficializa o **AMDG** como referência habilitada ao tratamento clínico à população **transgênero residente do Espírito Santo**. Acesso em 05 de julho de 2021.

MOSCICKI, A. B.; Schiffman M, Burchell A, et al. **Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers.** *Vaccine*. 2012;30 Suppl 5(05):F24–F33.

MUHR, L. S. A., EKLUND, C., DILLNER, J. **Towards quality and order in human papillomavirus research,** *Virology*, Volume 519, 2018, Pages 74-76, ISSN 0042-6822,

NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. **Glossary of LGBT Terms for Health Care Teams:** A Program of the Fenway Institute. Boston: Fenway Institute, 2017. 7 p.

O'FARRELL, B. **Evolution in Lateral Flow Immunoassay Systems.** *Lateral Flow Immunoassay*. Springer, New York: Springer.p.1-34, 2009.

PAPANICOLAOU, G. N. et al. **Suppressive action of testosterone propionate on menstruation and its effect on vaginal smears.** *Endocrinology*. 1939;24:339.

PAHUD B.A. et al. **The Expanded Impact of Human Papillomavirus Vaccine.** *Infect Dis Clin North Am*. 2015 Dec;29(4):715-24.

PALEFSKY, Joel M. **Anal human papillomavirus infection and anal cancer in HIV-positive individuals.** *Aids*, [s.l.], v. 8, n. 3, p.283-296, mar. 1994.

PEITZMEIER S. M. et al. **Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening.** *J Gen Intern Med.* 2014;29(5):778-84.

PHO, A. T., MANGAL, S., BAKKEN, S. **Human papillomavirus vaccination among transgender and gender diverse people in the United States: an integrative review.** *Transgender health*X:X, 1-11.

PNAD CONTÍNUA. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS CONTÍNUA (PNAD) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Visualizado em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal>> Acesso em 21 de Agosto de 2022 às 19:15.

PLOTKIN, S.A., ORENSTEIN, W.A., OFFIT, P.A. **Vaccines.** Saunders; 2008. 1725

PLUMMER, R.M. et al. **Cervical Papanicolaou tests in the female-to-male transgender population: should the adequacy criteria be revised in this population? An Institutional Experience.** *J Am Soc Cytopathol.* 2021 May-Jun;10(3):255-260.

POTEAT T, Reisner SL, **Radix A. HIV epidemics among transgender women.** *Curr Opin HIV AIDS.* 2014;9(2):168–173.

POTEAT T. et al, Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).* 2016; vol 72, S210-S219.

REISNER, S. et al, Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: Validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. National cohort of young adults. *BMC Public Health.* 2014. issue 1. v. 14; 1-10.

REISNER, S. L; Murchison, G. R. A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Glob Public Health.* 2016;11(7-8):866–887.

REISNER, S. L. et al. **Laboratory-confirmed HIV and sexually transmitted infection seropositivity and risk behavior among sexually active transgender patients at an adolescent and young adult urban community health center.** *AIDS Care*. 2015;27(8):1031-6.

REISNER, S.L et al. **Test performance and acceptability of self versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients.** *PLoS ONE*. 2018;13(3): e0190172.

**ROCON, Pablo Cardozo; SODRE, Francis; RODRIGUES, Alexsandro.** Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Rev. katálysis, Florianópolis* , v. 19, n. 2, p. 260-269, Setembro, 2016.

**ROCON, Pablo Cardozo.** Quando os corpos trans adentram o processo transexualizador: Experiências que conformam a transexualidade [dissertação]. **Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018.**

ROCON, Pablo Cardozo et al. **Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde.** *Interface (Botucatu)*. Botucatu , v. 23, e180633. ,

RODEN, R.B. et al. **Minor capsid protein of human genital papillomaviruses contains subdominant, cross- neutralizing epitopes.** *Virology*. 2000; 270(2):254–7.

SAFER, J.D. et al. **Barriers to healthcare for transgender individuals.** *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016;23(2):168–171.

SCHIFFMAN, M. et al. **Human papillomavirus and cervical cancer.** *Lancet*. 2007;370:890–907.

Silva, E.O. **Travestis e transexuais no jornal ‘Lampião da Esquina’ durante a ditadura militar (1978-1981).** *Dimensões*, v. 38, jan.-jun. 2017, p. 214-239. ISSN: 2179-8869.

Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. **HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges.** *J Int AIDS Soc.* 2016;19(3 Suppl 2):20799.

SIMARD, Edgar P. et al. **Trends in the occurrence of high-grade anal intraepithelial neoplasia in San Francisco: 2000-2009.** *Cancer*, [s.l.], v. 119, n. 19, p.3539-3545, 16 jul. 2013.

SINGH, Vidisha et al. **Transgender Women Have Higher Human Papillomavirus Prevalence Than Men Who Have Sex With Men—Two U.S. Cities, 2012–2014.** *Sexually Transmitted Diseases*, [s.l.], v. 46, n. 10, p.657-662.

SINGH, Vidisha et al. **Transgender women have higher human papillomavirus prevalence than men who have sex with men-two U.S. cities, 2012–2014.** *Sex Transm Dis* 2019;46(10):657–62.

SKIDMORE, E. **Constructing the "Good Transsexual": Christine Jorgensen, Whiteness, and Heteronormativity in the Mid-Twentieth-Century Press.** *Feminist Studies.* 2011. v. 37. P270-300.

Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>

SOMIA I. K. A. et al. **Prevalence of and risk factors for anal high-risk HPV among HIV-negative and HIV-positive MSM and transgender women in three countries at South-East Asia.** *Medicine (Baltimore).* 2018;97(10):e9898.

SOUZA, J. et al. **O Processo Transexualizador no SUS - implicações bioéticas.** 2013. *Revista Brasileira De Bioética*, 9(1-4), 34–53.

THOMPSON, Amelia B. et al. **Prevalence of Anal Squamous Intraepithelial Lesions in HIV-1–Infected Young Men Who Have Sex With Men and Transwomen.** *Journal Of Lower Genital Tract Disease*, [s.l.], v. 22, n. 4, p.340-347.

TILSTON, P. **Anal human papillomavirus and anal cancer.** *J Clin Pathol.* 1997;50(8):625–634. doi:10.1136/jcp.50.8.625.

VALARI, Olga et al. **Human papillomavirus DNA and mRNA positivity of the anal canal in women with lower genital tract HPV lesions: Predictors and clinical implications.** *Gynecologic Oncology*, [s.l.], v. 122, n. 3, p.505-508, set. 2011.

VAN GERWEN, O.T et at. **Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons: A Systematic Review.** *Transgend Health.* 2020 Jun 8;5(2):90-103

VON KROGH, G. et al. **European course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of anogenital warts.** *Sex Transm Infect.* 2000;76(3):162–168.

WERSOM, E.S.S, MOTTA, L. R., BAZZO, M. L, FRANCHINI, M., JUNIOR, O. C. F., **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde. 56p, 2013.

WIDDICE, L. E. , BRELAND, D J., JONTE J., et al. **Human papillomavirus concordance in heterosexual couples.** *J Adolesc Health.* 2010;47(2):151–159.

WINER, R. L.. **Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students.** *American Journal Of Epidemiology*, [s.l.], v. 157, n. 3, p.218-226, 1 fev. 2003.

WINER R.L. at al. **Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women.** *N Engl J Med.* 2006;354:2645–2654.

YANG, Rongcun et al. **Interaction of L2 with beta-actin directs intracellular transport of papillomavirus and infection.** *The Journal Of Biological Chemistry*, Maryland, v. 1, n. 278, p.12546-12553, 30 jan. 2003.

YANG, Rongcun et al. **Cell surface-binding motifs of L2 that facilitate papillomavirus infection.** *J Virol.* 2003;77(6):3531–3541.

ZUCKER, K.J. **Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity.** *Sex Health.* 2017 Oct;14(5):404-411.

## **9. ANEXOS**

### **Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL CLÍNICO, SOCIDEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTAL DE USUÁRIOS TRANSGÊNEROS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE DE GÊNERO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO.

**Pesquisador:** NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13850719.3.0000.5071

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.442.602

#### Apresentação do Projeto:

Perfil clínico, sociodemográfico e socio comportamental de usuários Transgêneros atendidos no ambulatório de diversidade de gênero de um hospital geral do Espírito Santo

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil clínico, sociodemográfico e comportamental de usuários transgêneros atendidos no ambulatório de diversidade de gênero do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** A participação nesta pesquisa está classificada como de risco mínimo, sem nenhuma intervenção, onde a probabilidade e a magnitude de dano ou desconforto que podem ser previstos antecipadamente não são maiores do que aqueles vivenciados no seu cotidiano ou durante a realização de um exame físico ou psicológico de rotina, por exemplo.

**Benefícios:** Aumento da adesão de usuários transgêneros ao acompanhamento de saúde no ambulatório de diversidade de gênero;- Melhorar o processo de aconselhamento, testagem e profilaxia para ISTs na população LGBTQBT;- Reduzir casos de ISTs por meio do uso de profilaxia para os casos negativos e tratamento para os casos de ISTs diagnosticados no serviço. Além de maior conscientização do uso de métodos de prevenção;-

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1385

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7325

E-mail: cep@hucam.edu.br



UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 3.442.802

Incentivar a ações de educação em saúde e oficinas de orientação para os usuários LGBTT;- Incentivar ações de educação em saúde oficinas de orientação para os profissionais de saúde envolvidos na atenção primária;- Conscientizar sobre de práticas de prevenção e de cuidados com a saúde;- Promover o conhecimento dos direitos de forma geral e em relação ao acesso aos serviços de saúde;- Estimular a conscientização de práticas de prevenção e de cuidados com a saúde relacionadas à população LGBTT para diminuição do estigma e discriminação;- Instruir adequadamente os usuários sobre riscos de morbidades relacionadas a prática da automedicação, uso de silicone industrial e outras intervenções realizadas sem acompanhamento de equipe de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de relevância e pertinência incontestáveis.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória foram modificados para atendimento as recomendações do parecer anterior adequadamente.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1325813.pdf	10/06/2019 14:07:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	10/06/2019 14:06:59	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.docx	08/06/2019 17:35:19	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Aceito
Declaração de Instituição e	AUTORIZACAO_INFRAESTRUTURA.p df	15/05/2019 08:38:30	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Aceito

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1358  
Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7326 E-mail: cep@hucam.edu.br



UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 3.442.002

Infraestrutura	AUTORIZACAO_INFRAESTRUTURA.p df	15/05/2019 08:38:30	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/05/2019 08:23:54	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	15/05/2019 08:06:45	NEIDE APARECIDA TOSATO BOLDRINI	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 07 de Julho de 2019

---

Assinado por:  
Claudio Pirac  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1395  
Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3335-7325 E-mail: cep@ucem.edu.br

## 10.APÊNDICES

### 11.1 Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa.

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr.(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Prevalência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e alterações citológicas cervicais e anais em usuários transgêneros de um ambulatório multidisciplinar de diversidade de gênero em um hospital do espírito santo”. A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para fevereiro de 2022.

Seus exames laboratoriais e/ou citopatológico, e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas. Com tua autorização, a entrevista será gravada em um gravador para posterior transcrição tudo será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período. O Sr.(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

De acordo com o artigo V da Resolução nº466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados e benefícios. Sendo assim, sua participação nesta pesquisa está classificada como de risco mínimo, sem nenhuma intervenção, onde a probabilidade e a magnitude de dano ou desconforto que podem ser previstos antecipadamente não são maiores do que aqueles vivenciados no seu

cotidiano ou durante a realização de um exame físico ou psicológico de rotina, por exemplo.

Caso concorde em participar do estudo, serão adotados alguns cuidados para minimizar estes riscos, como a realização da entrevista individualmente com a presença somente de uma das pesquisadoras como forma de diminuir possíveis riscos de constrangimento, com conteúdo sigiloso e a garantia do estudo ter sido submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Sua participação na pesquisa não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou julgamento pessoal. Os possíveis benefícios de sua participação na pesquisa será de aumentar o conhecimento científico para a área de saúde coletiva, e saúde da população transexual.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador responsável, dos demais membros da equipe e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Pesquisador Franco Luís Salume Costa: francosalume@gmail.com

Profa<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida Tosato Boldrini: Neide.tosato@gmail.com

Profa<sup>a</sup> Dra. Angélica Espinosa Barbos Miranda: amiranda.ufes@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – CCS (27) 3335-7211

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM)

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

---

CPF/RG:

## 11.2 Apêndice B. Questionário estruturado aos usuários do Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero – Homem Trans/Não Binário

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome:

Número do prontuário:

Município de Residência:

Naturalidade:

Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade? |\_\_|\_\_| anos

Cor:

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA SÓCIO-ECONÔMICA

**Escolaridade:** Analfabeto 1. Ensino Fundamental Completo 2. Ensino Médio Completo 3. Ensino Superior Completo 4. Pós raduação/Mestrado/Doutorado

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Emprego formal:** 1. Sim 2. Não

**Qual é seu estado marital?** 1. Solteiro 2. Casado/Vive junto 3. Viúvo

**Orientação sexual:** 1. Homossexual 2. Heterossexual 3. Bissexual 4. Outro

**Qual Idade percebeu seu gênero?** ( ) Até 10 anos ( ) 11 a 18 anos ( ) Depois de 18 anos

**Com que idade assumiu seu gênero?** \_\_\_\_\_

**Como foi esse processo de transição/assumir gênero?** (Pergunta aberta)

**Como é a aceitação familiar em relação ao gênero:**

1. Minha família não sabe; 2. Não tenho contato 3. Não aceitam bem 4. Aceitam bem

**Caso seus familiares não saibam, pretendem contar?** 1. Sim 2. não

Se sim, quando?

**Pretende contar com a ajuda de algum amigo/familiar/profissional?** 1. Sim 2. não

**Como é seu relacionamento com sua família em relação a gênero e orientação sexual?** (Pergunta aberta)

**Você tem filhos?** 1. Sim 2. Não, mas pretendo 3. Não

Se sim, quantos?

**Como avalia sua relação com os filhos:** 1. Não tenho contato 2. Tenho contato, mas a relação é ruim 3. Tenho contato e boa relação

\*Se o usuário tiver mais de um filho, classificar a relação com cada um deles.

**Seus Filhos sabem da sua identidade de gênero?** 1. Sim 2. Não

**Se a resposta acima for não, pretende contar?**

**Você é o principal provedor da casa?** 1. Sim 2. Não

**Sofre ou já sofreu preconceito no ambiente de trabalho?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Como foi essa situação de preconceito vivida por você?** (Pergunta aberta)

**Renda familiar (em salários mínimo):** 1. Até um 2. De um a três 3. De de 3,1 até cinco 4. Mais de 5

**Número de pessoas que habitam em sua casa:** \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA PSICOSSOCIAL**

**Você fuma?** 1. Não 2. Sim, irregularmente 3. Sim, diariamente

**Você já fumou?** Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

**Quantas vezes por semana você faz uso de bebida alcóolica?** 1. Não bebo 2. Uma vez 3. Várias vezes 4. Se embriagou

**Você usa ou já usou drogas?** 1. Sim 2. Não Qual(is)?

**Você faz uso regular de algum medicamento?** 1. Sim 2. Não Qual(is)?

**Você já se automutilou?** 1. Sim 2. Não

**Você já apresentou ideação suicida?** 1. Sim 2. Não

**Você já atentou contra a sua vida?** 1. Sim 2. Não

**Foi devido a transição?** 1. Sim 2. Não

**Como foi essa situação?** (Pergunta aberta)

## **HORMONIOTERAPIA**

**Você faz uso de hormônio?** 1. Não 2. Não, mas pretendo. 3. Sim, com orientação médica. 4. Sim, sem orientação médica.

**Você já fez uso de hormônio alguma vez e não faz mais?** 1. Sim 2. Não Por que?

**Qual hormônio você está fazendo uso hoje?**

## **MODIFICAÇÕES CORPORAIS:**

**Você usa binder?** 1. Sim 2. Não      **Você usa packer?** 1. Sim 2. Não

**Já fez alguma cirurgia relacionada a transição de gênero?**

Mastectomia 1. Sim 2. Não    Histerectomia 1. Sim 2. Não    Outra:

**Você deseja fazer alguma cirurgia relacionada a transição de gênero?**

Mastectomia 1. Sim 2. Não    Histerectomia 1. Sim 2. Não    Outra:

### **HISTÓRIA SEXUAL, REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA**

**Com qual idade você menstruou pela primeira vez (menarca)?** \_\_\_\_

**Com qual idade você teve sua primeira relação sexual (coitarca)?** \_\_\_\_

**Qual idade do seu parceiro ou parceira na primeira relação sexual?** \_\_\_\_

**Você já engravidou?** 1. Sim 2. Não

**Você ainda menstrua?** 1. Sim 2. Não                      **Como é ciclo/fluxo/duração?**

**Utiliza camisinha para prevenção de IST?** 1. Nunca 2. Sempre 3. Às vezes 4. Não se aplica

**Você tem ou já teve relação sexual anal?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Você tem ou já teve relação sexual vaginal?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Você já teve relação sexual com homens?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Você já teve relação sexual com mulheres?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Quantos parcerias você já teve na vida?** 1. Nenhuma 2. Até 5 3. 5 a 20 4. Acima de 20

**Quantos parcerias você teve nos últimos 12 meses?** 1. Nenhuma    2. Até 5    3. 5 a 20    4. Acima de 20

**Você já recebeu dinheiro para ter relações sexuais?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Já aconteceu de te forçarem a ter relação sexual contra sua vontade?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

Se sim, com que idade? |\_|\_| Isto se repetiu? 1. Sim 2. Não

**Quem foi a pessoa?** 1. Familiar 2. Conhecido 3. Desconhecido 4. Várias pessoas

## **SAUDE E IST**

**Tirando hoje, qual foi a última vez, que visitou algum serviço de saúde para acompanhamento?** 1. Esse ano 2. Mais de um ano 3. Nunca

Você já realizou preventivo? 1. Esse ano 2. Mais de um ano 3. Nunca

**Já buscou em outro serviço de saúde orientação/ atendimento para sua transição?**

1. Sim 2. Não

**Foi bem orientado?** 1. Sim 2. Não

**Sofreu Preconceito?** 1. Sim 2. Não

**Como foi a situação de preconceito que viveu no serviço de saúde?** (Pergunta aberta)

**Você sabe dizer se você já teve alguma doença transmitida sexualmente?** 1. Sim 2. Não

**Qual?** 1. HIV 2. Sífilis 3. Herpes genital 4. Hepatites (B e C) 5. Verruga anogenital 6. Outra \_\_\_\_\_

**Como você descobriu essa doença/infecção?**

1. Seu parceiro lhe disse que estava infectado

2. Você apresentou sintomas que a levaram procurar um serviço de saúde

3. Durante uma consulta de rotina ou por outro motivo

**Na ocasião dessa doença você procurou:**

1. Ninguém 2. Um médico/ Unidade Básica de Saúde 3. Uma farmácia 4. Serviço de IST

**Você avisou a seu parceiro da época que você tinha uma IST?** 1. Sim 2. Não

**Após o diagnóstico da IST você alterou hábitos relacionados a atividade sexual como uso de preservativos?** 1. Sim 2. Não

**Diagnóstico atual de Infecção sexualmente transmissível?** 1. HIV 2. Sífilis 3. Herpes genital 4. Hepatites (B e C) 5. Verruga anogenital 6. Outra

**Você apresenta mastalgia?** 1. Sim 2. Não **Você apresenta nódulos mamários?** 1. Sim 2. Não

#### **RESULTADOS EXAMES:**

Testes rápidos (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_): **HIV** 1. Pos 2. Neg **Sífilis** 1. Pos 2. Neg

**HBsAg** 1. Pos 2. Neg **Anti-HCV** 1. Pos 2. Neg

Sorologias: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) **Anti HIV 1 e 2** 1. Pos 2. Neg

**HBsAg** 1. Pos 2. Neg

**Anti-HBs** 1. Pos 2. Neg

**VDRL** \_\_\_/\_\_\_

**FTAbs Ag** 1. Pos 2. Neg 3. Não se aplica

**Anti-HCV** 1. Pos 2. Neg Citologia anal:

HPV Anal (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

HPV Cervical (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Citologia Anal (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado Alteração?

Citologia Cervical (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

Colposcopia (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

Clamídia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Gonorreia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Tricomoniase: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Tipo HPV (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) \_\_\_\_\_

Biópsia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

USG Mamas (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado Alteração?

USG Pélvico-Ginecológico (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado  
Alteração?

### 11.3 Apêndice B. Questionário estruturado aos usuários do Ambulatório Multidisciplinar de Diversidade de Gênero – Mulher trans/travesti

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome Social:

Número do prontuário:

Município de Residência:

Naturalidade:

Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade? |\_\_|\_\_| anos

Cor:

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA SÓCIO-ECONÔMICA

**Escolaridade:** Analfabeta 1. Ensino Fundamental 2. Ensino Médio 3. Ensino Superior Completo 4. Pós Graduação/Mestrado/Doutorado

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Emprego formal:** 1. Sim 2. Não

**Qual é seu estado marital?** 1. Solteira 2. Casada/Vive junto 3. Viúva

**Orientação sexual:** 1. Homossexual 2. Heterossexual 3. Bissexual 4. Outro

**Qual Idade percebeu seu gênero?** ( ) Até 10 anos ( ) 11 a 18 anos ( ) Depois de 18 anos

**Com que idade assumiu seu gênero?** \_\_\_\_\_

**Como foi esse processo de transição/assumir gênero?** (Pergunta aberta)

**Como é a aceitação familiar em relação ao gênero:**

1. Minha família não sabe; 2. Não tenho contato 3. Não aceitam bem 4. Aceitam bem

**Caso seus familiares não saibam, pretendem contar?** 1. Sim 2. não

Se sim, quando?

**Pretende contar com a ajuda de algum amigo/familiar/profissional?** 1. Sim 2. não

**Como é seu relacionamento com sua família em relação a gênero e orientação sexual?** (Pergunta aberta)

**Você tem filhos?** 1. Sim 2. Não, mas pretendo 3. Não

Se sim, quantos?

**Como avalia sua relação com os filhos:** 1. Não tenho contato 2. Tenho contato, mas a relação é ruim 3. Tenho contato e boa relação

\*Se o usuário tiver mais de um filho, classificar a relação com cada um deles.

**Seus Filhos sabem da sua identidade de gênero?** 1. Sim 2. Não

**Se a resposta acima for não, pretende contar?**

**Você é a principal provedora da casa?** 1. Sim 2. Não

**Sofre ou já sofreu preconceito no ambiente de trabalho?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Como foi essa situação de preconceito vivida por você?** (Pergunta aberta)

**Renda familiar (em salários mínimo):** 1. Até um 2. De um a três 3. De de 3,1 até cinco 4. Mais de 5

**Número de pessoas que habitam em sua casa:** \_\_\_\_\_

## **HISTÓRIA PSICOSSOCIAL**

**Você fuma?** 1. Não 2. Sim, irregularmente 3. Sim, diariamente

**Você já fumou? Por quanto tempo?** \_\_\_\_\_ **Quantos cigarros por dia?** \_\_\_\_\_

**Quantas vezes por semana você faz uso de bebida alcoólica?** 1. Não bebo 2. Uma vez 3. Várias vezes 4. Se embriagou

**Você usa ou já usou drogas?** 1. Sim 2. Não Qual(is)?

**Você faz uso regular de algum medicamento?** 1. Sim 2. Não Qual(is)?

**Você já se automutilou?** 1. Sim 2. Não

**Você já apresentou ideação suicida?** 1. Sim 2. Não

**Você já atentou contra a sua vida?** 1. Sim 2. Não

**Foi devido a transição?** 1. Sim 2. Não

**Como foi essa situação?** (Pergunta aberta)

## **HORMONIOTERAPIA**

**Você faz uso de hormônio?** 1. Não 2. Não, mas pretendo. 3. Sim, com orientação médica. 4. Sim, sem orientação médica.

**Você já fez uso de hormônio alguma vez e não faz mais?** 1. Sim 2. Não Por que?

**Qual hormônio você está fazendo uso hoje?**

## **MODIFICAÇÕES CORPORAIS:**

**Você tem silicone industrial?** 1. Sim 2. Não

**Já fez alguma cirurgia relacionada a transição de gênero?**

Prótese Silicone 1. Sim 2. Não Transgenitalização 1. Sim 2. Não Outra:

**Você deseja fazer alguma cirurgia relacionada a transição de gênero?**

Prótese Silicone 1. Sim 2. Não Transgenitalização 1. Sim 2. Não Outra:

## **HISTÓRIA SEXUAL, REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA**

**Com qual idade você teve sua primeira relação sexual (coitarca)?** \_\_\_\_\_

**Qual idade do seu parceiro ou parceira na primeira relação sexual?** \_\_\_\_\_

**Utiliza camisinha para prevenção de IST?** 1. Nunca 2. Sempre 3. Às vezes 4. Não se aplica

**Você tem ou já teve relação sexual anal?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Você já teve relação sexual com homens?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Você já teve relação sexual com mulheres?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Quantas parcerias você já teve na vida?** 1. Nenhuma 2. Até 5 3. 5 a 20 4. Acima de 20

**Quantas parcerias você teve nos últimos 12 meses?** 1. Nenhuma 2. Até 5 3. 5 a 20 4. Acima de 20

**Você já recebeu dinheiro para ter relações sexuais?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

**Já aconteceu de te forçarem a ter relação sexual contra sua vontade?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

Se sim, com que idade? |\_\_|\_\_| Isto se repetiu? 1. Sim 2. Não

**Quem foi a pessoa?** 1. Familiar 2. Conhecido 3. Desconhecido 4. Várias pessoas

## **SAUDE E IST**

**Tirando hoje, qual foi a última vez, que visitou algum serviço de saúde para acompanhamento?** 1. Esse ano 2. Mais de um ano 3. Nunca

**Já buscou em outro serviço de saúde orientação/ atendimento para sua transição?**

1. Sim 2. Não

**Foi bem orientado?** 1. Sim 2. Não      **Sofreu Preconceito?** 1. Sim 2. Não

**Como foi a situação de preconceito que viveu no serviço de saúde?** (Pergunta aberta)

**Você sabe dizer se você já teve alguma doença transmitida sexualmente?** 1. Sim 2. Não

**Qual?** 1. HIV 2. Sífilis 3. Herpes genital 4. Hepatites (B e C) 5. Verruga anogenital 6. Outra

**Como você descobriu essa doença/infecção?**

1. Seu parceiro lhe disse que estava infectado
2. Você apresentou sintomas que a levaram procurar um serviço de saúde
3. Durante uma consulta de rotina ou por outro motivo

**Na ocasião dessa doença você procurou:**

1. Ninguém 2. Um médico/ Unidade Básica de Saúde 3. Uma farmácia 4. Serviço de IST

**Você avisou a seu parceiro da época que você tinha uma IST?** 1. Sim 2. Não

**Após o diagnóstico da IST você alterou hábitos relacionados a atividade sexual como uso de preservativos?** 1. Sim 2. Não

**Diagnóstico atual de Infecção sexualmente transmissível?** 1. HIV 2. Sífilis 3. Herpes genital 4. Hepatites (B e C) 5. Verruga anogenital 6. Outra

**Você apresenta mastalgia?** 1. Sim 2. Não **Você apresenta nódulos mamários?** 1. Sim 2. Não

**RESULTADOS EXAMES:**

Testes rápidos (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_): **HIV** 1. Pos 2. Neg **Sífilis** 1. Pos 2. Neg

**HBsAg** 1. Pos 2. Neg **Anti-HCV** 1. Pos 2. Neg

Sorologias: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) **Anti HIV 1 e 2** 1. Pos 2. Neg

**HBsAg** 1. Pos 2. Neg

**Anti-HBs** 1. Pos 2. Neg

**VDRL** \_\_\_/\_\_\_\_

**FTAbs Ag** 1. Pos 2. Neg 3. Não se aplica

**Anti-HCV** 1. Pos 2. Neg Citologia anal:

HPV Anal (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

HPV Cervical (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Citologia Anal (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado Alteração?

Citologia Cervical (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

Colposcopia (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

Clamídia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Gonorreia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Tricomoníase: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Pos 2. Neg 3. Não realizado

Tipo HPV (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) \_\_\_\_\_

Biópsia: (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal Não realizado Alteração?

USG Mamas (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado Alteração?

USG Pélvico-Ginecológico (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) 1. Alterado 2. Normal 3. Não realizado  
Alteração?

