

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

AÇUCENA AMÂNCIO DALL'ALBA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE GERAL E
BUCAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS TRANS NO
AMAZONAS**

MANAUS

2024

AÇUCENA AMÂNCIO DALL' ALBA

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal e seus fatores associados em pessoas trans no Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Erivan Clementino Gualberto Júnior.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Queiroz Herkrath.

MANAUS

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

D147a Dall'Alba, Açucena Amâncio
Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal e seus fatores associados em pessoas trans no Amazonas / Açucena Amâncio Dall'Alba . 2024
67 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Erivan Clementino Gualberto Júnior
Coorientador: Ana Paula Queiroz Herkrath.
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Pessoas transgênero. 2. Travestilidade. 3. Qualidade de vida .
4. Doença periodontal. 5. Autorrelato. I. Gualberto Júnior, Erivan Clementino. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

AÇUCENA AMÂNCIO DALL'ALBA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE GERAL E
BUCAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS TRANS NO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em: 07/03/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Erivan Clementino Gualberto Júnior

Orientador

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Prof. Dr. Yan Nogueira Leite

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira

Membro externo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

A minha mãe, por estar sempre ao meu lado e viver os meus sonhos, e pela dedicação inabalável para que eu seja sempre o melhor de mim.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a **Deus** acima de tudo, por me proporcionar perseverança e pelos dons que me concedeu que serviram na realização deste projeto, e pelas pessoas essenciais que o senhor colocou em minha vida.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Erivan Clementino Gualberto Júnior**, sou grata por toda dedicação e paciência ao me ensinar. Agradeço também por explorar meu potencial e estimular o melhor de mim na ciência e na docência a cada desafio que o senhor me propôs.

À **Prof. Dra. Ana Paula Queiroz Herkrath**, agradeço profundamente pela coorientação imprescindível neste trabalho e na minha busca por conhecimento durante o mestrado.

Ao **Prof. Dr. André Machado das Neves**, auxílio no desenvolvimento desta pesquisa e pelo acolhimento nessa jornada.

Ao **Prof. Dr. Fernando José Herkrath**, pelo apoio e participação fundamental na construção e análise deste estudo.

Ao **Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira**, sou grata pelas oportunidades únicas de construir e compartilhar conhecimento durante o mestrado, e por todos os direcionamentos durante esse desafio.

A Associação de travestis, transexuais e transgênero do Estado do Amazonas – **ASSOTRAM**, pelo acolhimento a equipe de pesquisa e por oportunizar momentos únicos de aprendizagem sobre as necessidades e interesses da população trans amazonense.

Aos participantes deste estudo, agradeço de todo o meu coração pela confiança depositada em mim durante as entrevistas e sou grata pelos laços que surgiram a partir disso.

Aos meus queridos graduandos de PIBIC, **David Câmara, Aline Soares e Brenda Costa**, por abraçarem esse desafio comigo.

A 10ª turma de mestrado do PPGO-UFAM, pelos momentos de aprendizado e descontração que compartilhamos, em especial as minhas amigas **Anna Paula Coêlho, Louisimara Alencar e Tássia Mendes**. A amizade e suporte de vocês tornou esse desafio mais leve, estarão sempre no meu coração.

A todos os professores, servidores da **FAO** e **PPGO-UFAM** pelo compromisso e carinho que exercem seu trabalho e por proporcionar essa valiosa oportunidade acadêmica.

A Fundação de amparo á pesquisa do Estado do Amazonas – **FAPEAM** pela bolsa de estudos e a Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (**CAPES**) pelo apoio ao PPGO-UFAM.

RESUMO

Pessoas trans, quando comparadas à população cisgênero, experienciam diversas situações de discriminação que interferem negativamente no seu cotidiano. O estresse psicossocial tem o potencial de afetar os domínios físico, psicológico e de bem-estar, que corroboram para o comprometimento da QVRS. Além disso, o estresse e as alterações hormonais peculiares as pessoas trans, podem impactar na sua saúde bucal, inclusive no periodonto. Apesar do aumento do interesse científico sobre as experiências trans e sobre a QVRS os estudos que investigam a QVRS nesta população são escassos. Este estudo observacional transversal avaliou a QVRS, seus fatores associados e como esses desfechos se relacionam com a saúde periodontal em pessoa trans em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados através de entrevistas, que incluíram as perguntas e os instrumentos validados para mensuração das variáveis. No modelo foram incluídos: Gênero, Condições crônicas; Comportamentos relacionados a saúde; QVRS, QVRSB, Características socioeconômicas; Apoio social e status periodontal autorreferido. Foram incluídos 71 participantes, tendo 50,70% identificado-se como mulheres trans, 40,85% homens trans, 2,8% travestis e 5,6% não-binários, com média de idade 30,08 anos. O componente físico do SF-12 apresentou escore 44,56 (\pm DP=7,82) e o componente emocional, 38,41 (\pm DP=11,08). O aspecto emocional foi o domínio mais afetado. As pessoas trans que referiram ter trabalho remunerado apresentaram melhor QVRS (componente mental), enquanto ter vivido em situação de rua associou-se com pior QVRS física. A análise mostrou que pior condição periodontal autorreferida foi associada a piores escores do OHIP-14 e do componente mental do SF-12. Concluiu-se que as pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, localizado no município de Manaus, Amazonas, Brasil, apresentaram pior QVRS que a população brasileira, tendo sido o componente mental pior que o componente físico. A QVRS de homens trans foi semelhante à de mulheres trans e travestis. Pessoas trans que declararam raça/cor branca apresentaram melhor QVRSB. Ter uma pior condição periodontal autorreferida foi associada à pior QVRSB e a pior componente mental da QVRS.

Palavras-chave: Pessoas transgênero. Travestilidade. Qualidade de vida. Doença periodontal. Autorrelato.

ABSTRACT

Transgender people, when compared to the cisgender population, experience several situations of discrimination that negatively impact their daily lives. Psychosocial stress has the potential to affect the physical, psychological and well-being domains, which contribute to the impairment of HRQoL. Furthermore, stress and hormonal changes peculiar to trans people can impact their oral health, including the periodontium. Despite the increase in scientific interest in trans experiences and HRQoL, studies investigating HRQoL in this population are scarce. This cross-sectional observational study evaluated HRQoL, its associated factors and how these outcomes relate to periodontal health in trans people in a reference center in the city of Manaus, Amazonas. Data were collected through questionnaires applied through interviews, which included questions and validated instruments for measuring the variables. The model included: Gender, Chronic conditions; Health-related behaviors; HRQoL, OHRQoL, Socioeconomic characteristics; Social support and self-reported periodontal status. 71 participants were included, with 50.70% identifying as trans women, 40.85% trans men, 2.8% transvestites and 5.6% non-binary, with an average age of 30.08 years. The physical component of the SF-12 presented a score of 44.56 (\pm SD=7.82) and the emotional component, 38.41 (\pm SD=11.08). The emotional aspect was the most affected domain. Transgender people who reported having paid work had better HRQoL (mental component), while having lived on the streets was associated with worse physical HRQoL. The analysis showed that worse self-reported periodontal condition was associated with worse scores on the OHIP-14 and the mental component of the SF-12. It was concluded that trans people using a specialized health service, located in the city of Manaus, Amazonas, Brazil, had worse HRQoL than the Brazilian population, with the mental component being worse than the physical component. The HRQoL of trans men was similar to that of trans women and transvestites. Transgender people who declared their race/color to be white had better OHRQoL. Having a worse self-reported periodontal condition was associated with worse OHRQoL and the worse mental component of HRQoL.

Keywords: Transgender. Transvestism. Quality of life. Periodontal diseases. Self report.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	23
Tabela 2 –	Escores dos componentes e dos domínios de avaliação da QVRS (SF-12)	25
Tabela 3 –	Escores médios e intervalo de confiança dos componentes Físico e Mental do SF-12	26
Tabela 4 –	Variáveis associadas com o componente mental do SF-12	26
Tabela 5 –	Variáveis associadas com o componente físico do SF-12	27
Tabela 6 –	Efeitos diretos, indiretos e totais identificados na análise de caminhos	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP	<i>Doença periodontal</i>
IST	<i>Infecções sexualmente transmissíveis</i>
IC	<i>Intervalo de confiança</i>
MOSS	<i>Medical outcomes study</i>
MCS	<i>Componente mental</i>
OMS	<i>Organização mundial da saúde</i>
OHIP-14	<i>Oral health related to quality of life</i>
OHQSB	<i>Oral Health Question Set B</i>
PCS	<i>Componente físico</i>
QV	<i>Qualidade de vida</i>
QVRS	<i>Qualidade de vida relacionada a saúde</i>
QVRSB	<i>Qualidade de vida relaciona a saúde bucal</i>
SUAS	<i>Sistema único de assistência social</i>
SUS	<i>Sistema único de saúde</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey (SF-36)</i>
SF-12	<i>Short Form Health Survey (SF-12)</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	REVISÃO DE LITERATURA	6
	2.2 Medidas de autorrelato na saúde	6
	2.2.1 Qualidade de vida relacionada a saúde	6
	2.2.2 Qualidade de vida relacionada a saúde bucal	8
	2.2.3 Condição periodontal autorrelatada	9
	2.3 Condição socioeconômica da população trans	12
	2.4 Apoio social a população trans	13
3.	OBJETIVOS	15
	3.1 Objetivo geral	15
	3.2 Objetivos específicos	15
4.	METODOLOGIA	15
	4.1 Desenho do estudo	15
	4.2 População do estudo	15
	4.3 Critérios de inclusão	15
	4.4 Critérios de exclusão	16
	4.5 Local do estudo	16
	4.6 Procedimentos amostrais	16
	4.7 Estudo piloto	16
	4.8 Coleta de dados	17
	4.8.1 Qualidade de vida relacionada a saúde.....	18
	4.8.2 Qualidade de vida relacionada a saúde bucal	18
	4.8.3 Condição periodontal autorrelatada	19
	4.8.4 Caracterização socioeconômica	19
	4.8.5 Apoio social	19
	4.8.6 Comportamentos relacionados a saúde	20
	4.8.7 Condições de saúde	21
	4.9 Análise de dados	21
	4.10 Aspectos éticos	22
5.	RESULTADOS	23
6.	DISCUSSÃO	29
7.	CONCLUSÃO	35

REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	42
ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

Conceitualmente, o termo “trans” abrange todas as pessoas que não se identificam com as expressões sociais tradicionais dicotômicas de gênero (Monteiro *et al.*, 2019). Diante da pluralidade das alterações corporais e de autodefinição de gênero, o termo “trans” é utilizado por alguns autores como termo guarda-chuva (Rocon *et al.*, 2016; Monteiro *et al.*, 2019), que integra diferentes identidades e funcionalidades, como a travestilidade e a transexualidade, compondo um grupo diverso de sujeitos que neste estudo serão denominados de “pessoas trans”.

A população mundial de pessoas trans é de 4,6 em 100.000 mil pessoas, sendo maior para mulheres trans (6,8 em 100 mil) do que para homens trans (2,6 em 100 mil) (Arcelus *et al.*, 2015). No Brasil a diversidade de gênero representa cerca de 2% da população adulta do país e aproximadamente 1.090.200 brasileiros podem se identificar como pessoas trans. São pessoas, em média, mais jovens ($32,9 \pm 13,5$) quando comparados aos cisgêneros ($42,2 \pm 15,9$). Acredita-se que a média de idade desses indivíduos possa estar associada a menor expectativa de vida dessa população (Spizzirri *et al.*, 2021).

O preconceito que afeta o processo transexualizador pode levar a manifestações de violência, inclusive no apoio familiar, influenciando no aumento da fragilidade emocional da pessoa trans como a depressão, automutilação e tentativa de suicídio (Braz *et al.*, 2020; Samrock; Kline; Randall, 2021). O apoio social contribui de maneira positiva na redução dos danos psicológicos e quadros depressivos desses indivíduos (Fuller; Riggs, 2018; Samrock; Kline; Randall, 2021). Para as pessoas trans, a dificuldade de compreensão da transexualidade, devido aos preconceitos, tende a prejudicar o estabelecimento de rede e de apoio social adequados e benéficos para pessoas trans (Braz *et al.*, 2020).

O desrespeito ao nome social, a incapacidade de gerir questões específicas da população trans (Rocon *et al.*, 2016), bem como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a baixa renda, os conflitos sociais e familiares (Zeluf *et al.*, 2016) permeiam a realidade no acesso a bens e serviços por pessoas trans. Grande parte dos problemas de saúde desta população está direta e indiretamente relacionada à exposição ao preconceito, discriminação e violência (Meyer, 2007). Depressão, ansiedade, estresse, uso de substâncias nocivas à saúde, automutilação e tentativas de suicídio (Winter *et al.*, 2016; Witcomb *et al.*, 2018) acometem

frequentemente essa população. Além disso, alguns estudos destacam que uma atitude discriminatória afeta a relação médico/paciente e obstaculiza políticas de educação e prevenção em saúde (Rocon *et al.*, 2016; Borgert *et al.*, 2023). Todas essas exposições têm efeitos na qualidade de vida (QV) desta população.

A Organização Mundial da Saúde define a QV como a autopercepção sobre sua condição de vida, dentro do seu próprio contexto de cultura e sistema de valores, considerando seus objetivos de vida, as expectativas e as preocupações (WHO, 1995). Mantendo a subjetividade e a multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que é definida pelos aspectos da QV que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Guyatt, 1993). A compreensão da QVRS é focada na avaliação subjetiva da pessoa (Guyatt, 1993) e pode ser avaliada através de instrumentos em forma de questionários que investigam o impacto das condições de saúde com relação aos aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais de cada pessoa (Ware, 1995; Camelier, 2004; Noronha *et al.*, 2016; Campolina *et al.*, 2018).

Alguns estudos têm demonstrado que a QVRS de pessoas trans é pior que a de pessoas cisgênero (Coswosck *et al.*, 2022; Valashany; Janghorbani, 2018; Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018; Newfield *et al.*, 2006). Pessoas trans, quando comparadas à população cisgênero, experienciam diversas situações de discriminação que interferem negativamente no seu cotidiano (Başar; ÖZ; Karakaya, 2016). O estresse psicossocial tem o potencial de afetar os domínios físico, psicológico e de bem-estar, que colaboram para o comprometimento da QVRS (Meyer 2007; Başar; ÖZ; Karakaya, 2016). Estudos prévios que buscaram avaliar a QV de pessoas trans identificaram que fatores como a terapia hormonal de reafirmação de gênero (Motmans 2012; Silva 2021), estar em uma relação amorosa estável (Silva *et al.*, 2021), trabalhar ou estudar (Valashany; Janghorbani, 2018) estão associados a melhores escores de QVRS. Além disso, fatores demográficos e socioeconômicos também têm sido associados à QVRS de pessoas trans (Henderson *et al.*, 2021; Valashany; Janghorbani, 2018; SILVA *et al.*, 2021; Motmans *et al.*, 2012), assim como acontece com a população CIS (Jieannamu *et al.*, 2020; Lankarani *et al.*, 2023).

Com a ampliação da utilização da QVRS como um relevante desfecho de saúde, surge a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), que compreende a autopercepção de um indivíduo em relação à saúde bucal e como

fatores sociais, psicológicos e físicos afetam o seu bem-estar (Slade; Spencer, 1994). Multidimensional, reflete o conforto das pessoas ao comer, dormir e socializar, sua autoestima e sua satisfação em relação à sua saúde bucal (DHHS, 2000). Alterações bucais causam um quadro considerável de dor que afetam função e a realização de atividades diárias, comprometendo a QV (Brennan; Spencer; Roberts-Thomson, 2008).

O interesse científico em elucidar a saúde bucal da população trans é relativamente recente (Muralidharan *et al.*, 2018; Macri; Wolfe, 2019; Manpreet *et al.*, 2021; Aainaa; Mohd Aris, 2021). A condição bucal desta população é afetada negativamente pelo estresse, uso de substâncias nocivas à saúde, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e pela realização da terapia hormonal de reafirmação de gênero (Macri; Wolfe, 2019; Manpreet *et al.*, 2021). Ademais, fatores de risco comportamentais, como o consumo de álcool e tabaco se mostram relacionados com a presença de distúrbios significativos da mucosa oral, como, a estomatite nicotínica e leucoplasia (Manpreet *et al.*, 2021). Estudos que buscaram avaliar a QVRSB de pessoas trans identificaram impacto na QV em decorrência da presença de problemas bucais (Muralidharan *et al.*, 2018; Mohd; Aainaa; Mohd Aris, 2021).

As doenças periodontais são condições inflamatórias crônicas de origem infecciosa que afetam os tecidos de suporte dos dentes. Embora sejam inicialmente causadas por biofilme microbiano, fatores ambientais e genéticos contribuem para o seu desenvolvimento (Fischer *et al.*, 2021). Além disso, a doença periodontal e as doenças crônicas compartilham fatores de risco comuns, tais como o tabagismo e o estresse psicossocial, ou seja, exposições associadas ao meio ambiente social podem justificar uma possível influência das iniquidades sociais sobre a doença periodontal (Sabbah *et al.*, 2007).

Vários estudos epidemiológicos demonstraram que a periodontite também pode ter um impacto na saúde sistêmica. Já é sabido a associação da diabetes com a periodontite, bem como o tabaco, que atuam de forma contributiva, como fatores modificadores no surgimento e progressão da periodontite (Papapanou *et al.*, 2018; Sanz *et al.*, 2020). Ademais, há um interesse crescente de evidências acerca da possível associação com outras condições sistêmicas (Eke, 2005; Genco; Sanz, 2020) tais como alterações cardiovasculares (Humphrey *et al.*, 2008), condições adversas na gestação (Ide; Papapanou, 2013), distúrbios de saúde mental (Ball;

Darby, 2022), estresse (Goyal *et al.*, 2013) e hormônios sexuais (Sharma *et al.*, 2019; Robinson *et al.*, 2020).

O tratamento hormonal de afirmação de gênero é uma terapia hormonal feminizante ou masculinizante através da administração de hormônios exógenos (Robinson *et al.*, 2020). Para muitas pessoas trans é uma intervenção essencial e está relacionada à melhor QV (Motmans 2012; Silva 2021), porém estes hormônios podem estar associados a alterações periodontais (Robinson *et al.*, 2020). Duas revisões sistemáticas concluíram que níveis aumentados de estrogênio, como ocorre na gravidez e no uso de anticoncepcionais orais, estão associadas a um aumento na prevalência de gengivite (Figuro *et al.*, 2013; Ali, 2016) e que o estrogênio pode potencializar a gengivite alterando a composição do microbioma oral (Robinson *et al.*, 2020). Em outro sentido, estudos em animais e em humanos, mostram que a deficiência de estrógeno também tem impacto sobre o periodonto, podendo acelerar a perda óssea alveolar (Garcia *et al.*, 2013; Garcia *et al.*, 2018), a perda do nível clínico de inserção e aumento da profundidade de sondagem da bolsa periodontal (Robinson *et al.*, 2020). Por sua vez, há evidências crescentes de que a periodontite pode afetar a saúde sexual masculina. Uma revisão sistemática mostrou associação significativa entre periodontite e disfunção erétil e que associações potenciais entre níveis de hormônios sexuais masculinos, qualidade do sêmen e periodontite ainda não foram elucidadas (Lecaplain *et al.*, 2020). Do mesmo modo, permanece discutível a associação entre baixos níveis de testosterona nos fluidos corporais e a ocorrência de periodontite (Kellesarian *et al.*, 2017).

QV comprometida e o estresse acentuado comuns às pessoas trans podem estar associados às alterações periodontais. Uma revisão sistemática mostrou que a doença periodontal pode exercer impacto na QV dos indivíduos, sendo a maior gravidade da doença relacionada a maior impacto (Ferreira *et al.*, 2017). Estudos mostraram relações positivas entre estresse psicossocial com piores parâmetros clínicos periodontais (Deinzer *et al.*, 1998; Wimmer *et al.*, 2002; Ball; Darby, 2022) e níveis mais elevados de interleucina-1 β no fluído crevicular gengival, mostrando que o estresse pode afetar a saúde do periodonto suprimindo o sistema imunológico (Deinzer *et al.*, 1998; Corridore *et al.*, 2023).

O exame clínico periodontal é o padrão ouro para se avaliar os tecidos periodontais, o que torna a pesquisa epidemiológica sobre a doença periodontal altamente dispendiosa (Lavange; Koch, 2007) pois a avaliação clínica apresenta um

custo elevado, bem como demanda uma logística elaborada para coleta de dados (Taylor; Borgnakke, 2007). Estas circunstâncias salientam a necessidade de explorar novas abordagens para pesquisa epidemiológica de doenças periodontais, o que por sua vez fazem das medidas autorreferidas uma ótima alternativa a ser estudada. Esta estratégia atraiu a comunidade científica a desenvolver e avaliar medidas autorrelatadas para a predição de periodontite em diferentes populações (Eke; Dye, 2009; Cyrino *et al.*, 2011; Pimentel *et al.*, 2021). No Brasil, recentemente foi validado o questionário Oral Health Question Set B – OHQB, que é um instrumento de medidas autorreferidas de avaliação da condição periodontal, apresentando alta estabilidade e consistência interna adequada. A validade concorrente mostrou uma relação direta entre o OHQB e o quadro clínico de ausência de periodontite e presença de periodontite leve, moderada e grave, colocando-se, portanto, como uma ferramenta importante para a avaliação do status periodontal autorreferido no Brasil (Pimentel *et al.*, 2021).

Neste contexto, percebe-se um interesse crescente da comunidade científica sobre as experiências trans, tornando-se oportuno avaliar a QVRS como desfecho de saúde, porém estudos nesta população ainda são escassos. Este estudo objetivou avaliar a QVRS, seus fatores associados e como esses desfechos se relacionam com a saúde periodontal em pessoa trans na cidade de Manaus, Amazonas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.2 Medidas de autorrelato na saúde

A percepção de saúde é alicerçada na subjetividade, analisada sob uma ótica pessoal do indivíduo que é influenciada pelo seu contexto cultural e psicossocial (Wilson; Cleary, 1995). Essa auto avaliação repercute na QV, e cada vez mais está sendo explorada em diversos estudos populacionais pelo meio científico (Başar; Oz; Karakaya, 2016; Campolina *et al.*, 2018; Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018; Silva *et al.*, 2021; Coswosck *et al.*, 2022), com intuito de investigar o efeito da condição socioeconômica, aspectos físicos, psicológicos, sociais, dentre outros fatores, na saúde, sinalizando através dos achados que o conceito subjetivo de medidas autorrelatadas em saúde possibilitam analisar os fatores associados à percepção de vida saudável em uma população.

Desta forma, medidas subjetivas autorrelatadas são complementares às medidas biológicas e/ou fisiológicas tradicionais do estado de saúde (Wilson; Cleary, 1995). Portanto, compreender como as pessoas avaliam sua saúde e os fatores envolvidos nessa relação podem subsidiar políticas e ações de promoção e prevenção em saúde, ao evidenciar características e necessidades relacionadas que não são possíveis de serem contempladas por meio de um exame clínico.

2.2.1 Qualidade de vida relacionada a saúde

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida (QV) como a autopercepção de um indivíduo sobre sua condição de vida, dentro do seu próprio contexto de cultura e sistema de valores, considerando seus objetivos de vida, as expectativas e as preocupações (WHO, 1995). A QV é norteadada por uma sensação subjetiva de bem-estar – ou à ausência dele – impactada de maneira complexa por aspectos fundamentais da condição humana, podendo ocasionar diferentes graus de satisfação em relação aos domínios psicológico, físico, social e espiritual em cada indivíduo (Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018; Campolina *et al.*, 2018).

Mantendo a subjetividade e a multidimensionalidade da QV, na tentativa de tornar mais preciso o uso do termo “qualidade de vida” na literatura médica, surgiu o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que é definida pelos aspectos

da QV que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Guyatt, 1993). As medidas de QVRS possibilitam demonstrar cientificamente o impacto da saúde na vida das pessoas, transcendendo a antiga norma que se limitava ao olhar clínico, micro ou macro (Sheiham, 2005).

É crescente o interesse em se considerar a QVRS como desfecho em saúde de pessoas trans (Newfield *et al.*, 2006; Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018; Coswosck *et al.*, 2022). A QVRS da população trans já foi relacionada à terapia hormonal de reafirmação de gênero (Motmans 2012; Silva 2021), relações afetivas estáveis (Silva *et al.*, 2021), trabalhar ou estudar (Valashany; Janghorbani, 2018), bem como, foi relacionada a fatores demográficos (raça) (Henderson *et al.*, 2021) e socioeconômicos (escolaridade, renda e ocupação) (Motmans *et al.*, 2012). Os inquéritos populacionais apontam uma preocupação em avaliar o estado de saúde autopercebido, ao mesmo tempo em que mudanças nas políticas de saúde internacionais ressaltam a necessidade de medir a QVRS para complementar as medidas tradicionais de morbidade e mortalidade (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000; BRASIL, 2012).

A compreensão da QVRS é focada na avaliação subjetiva da pessoa (Guyatt, 1993) e pode ser investigada através de vários instrumentos idealizados para a mensuração desse constructo, que investigam o impacto das condições de saúde com relação aos aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais de cada pessoa. Dentre os instrumentos de QVRS já adaptados para a cultura brasileira, estão o *Short-Form Health Survey* (SF-36) (Ciconelli *et al.*, 1999), *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) (Camelier, 2004) o *Nottingham Health Profile* (NHP) (Teixeira-Salmela, 2004) e *Quality of Life Index* (Kimura; Silva, 2009).

Um dos instrumentos mais utilizados é o *Short-Form Health Survey* (SF-36), que contém 36 itens distribuídos em oito dimensões de saúde selecionados com base na confiabilidade, validade e frequência de medição em inquéritos de saúde (Ciconelli *et al.*, 1999). Se tratando de um instrumento genérico, o SF-36 pode ser aplicado a uma gama de variados tipos e gravidades de condições de saúde e possibilita a aplicação e comparação entre diferentes pacientes e populações (Ciconelli *et al.*, 1999). Por sua vez, o instrumento *Short-Form Health Survey 12* (SF-12) foi delineado propositadamente para medições em larga escala para as quais o SF-36 era muito extenso, com o intuito de fornecer uma alternativa mais prática e de fácil aplicação (Ware, 1995). Deste modo, o SF-12 mede a saúde física e mental por

meio da atribuição de escores que são resumidos em dois principais componentes, o componente físico - *physical component score* (PCS) - e o componente mental - *mental component score* (MCS). O escore final é atribuído mediante a somatória de todos os itens que são transformados em uma escala de 0 a 100, em que os maiores valores equivalem a uma melhor QVRS (Ware, 1995).

No Brasil o SF-12 apresentou boa reprodutibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos, podendo ser utilizado para comparar o estado de saúde entre dois grupos, como em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc) (Camelier *et al.*, 2004) e indivíduos com esclerose sistêmica progressiva (Andrade *et al.*, 2007), bem como para determinar o estado de saúde em uma população específica, como a população urbana cisgênero brasileira (Campolina *et al.*, 2018).

2.2.2 Qualidade de vida relacionada a saúde bucal

Alterações bucais afetam universalmente a saúde. O acometimento e a severidade dessas alterações podem diferir entre um indivíduo e outro, como também pode ser influenciada por vários fatores, como gênero, acesso a informação e aos serviços odontológicos. A negligência das alterações bucais pode levar em grande parte à perda do elemento dentário e afetar negativamente a QV, considerando que a ausência dentária pode interferir na capacidade de mastigação, fonética, estética e bem-estar (Sussex, 2008).

O termo “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal” (QVRSB) tem sido adotado como um construto multidimensional para descrever a percepção dos impactos físicos, psicológicos e sociais das condições de saúde bucal no bem-estar dos indivíduos (Slade; Spencer, 1994). Os instrumentos que investigam a QVRSB são caracterizados pela coleta de dados subjetivos a percepção do indivíduo direcionada à sua satisfação frente às expectativas próprias, bem como a detecção de impactos funcionais e psicossociais decorrentes de alterações bucais (Minayo; Hartz; Buss, 2000). Atualmente, há uma variedade de instrumentos utilizados para medir a QVRSB, e entre os que já foram validados e adaptados transculturalmente para o Brasil, estão: *Geriatric/General Oral Health Assessment Index* (GOHAI) (Souza *et al.*, 2010); *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) (Cortes; Marcenes; Sheiham, 2002) e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

Dentre os instrumentos apresentados, destaca-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). O OHIP-14 é uma versão abreviada do instrumento original desenvolvido por Slade e Spencer (1994). Possui dois itens de cada uma das dimensões, que são: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social e desvantagem social (Oliveira; Nadanovsky, 2005).

Poucos trabalhos têm avaliado a percepção subjetiva das pessoas trans quanto aos impactos de problemas bucais sobre a QV. Muralidharan *et al.*, (2018) conduziram o primeiro estudo que avaliou a prevalência do status da dentição e as necessidades de tratamento entre homossexuais e pessoas trans e sua correlação com QVRSB. Por meio da aplicação do *WHO oral health assessment form* (1997) e do OHIP-14 identificaram uma associação entre cárie dentária e perda dentária com a QVRSB. Ao avaliar a QVRSB entre mulheres trans na Malásia e seus fatores associados, Mohd *et al.* (2020) concluíram que os impactos das doenças bucais na QV de mulheres trans é maior do que em relação a população cisgênero, com uma pontuação média do OHIP-14 de $16,67 \pm 10$. Um dos domínios mais afetado foi o “desconforto devido a alimentos presos entre os dentes” ($2,50 \pm 1,25$).

2.2.3 Condição periodontal autorrelatada

A periodontite é uma doença inflamatória de caráter crônico multifatorial associada ao biofilme disbiótico que afeta os tecidos de suporte e sustentação do dente. Tem como características clínicas principais a perda do suporte do tecido periodontal, manifestado através do nível de inserção clínica (NIC), perda óssea alveolar (avaliada radiograficamente), presença de bolsas periodontais (≥ 4) e sangramento gengival a sondagem (Papapanou *et al.*, 2018). A Associação Dentária Americana (ADA) afirma que “A saúde oral é uma questão funcional, estrutural, estado de bem-estar estético, fisiológico e psicológico e é essencial para a saúde geral e QV do indivíduo”. O processo inflamatório que caracteriza a periodontite pode prejudicar a função bucal, fala e mastigação, devido a presença de sangramento, mobilidade, dor e desconforto. Deste modo, afeta não somente a condição biológica e fisiológica, mas também a QV daqueles que apresentam a doença (fischer *et al.*, 2020).

Já é sabido a associação da diabetes com a periodontite, bem como o tabaco, que atuam de forma contributiva, como fatores modificadores no surgimento e progressão da periodontite (Papapanou *et al.*, 2018; Sanz *et al.*, 2020). Ademais, há um interesse crescente de evidências acerca da possível associação com diversas doenças e condições sistêmicas (Eke, 2005; Genco; Sanz, 2020) tais como alterações cardiovasculares (Humphrey *et al.*, 2008), condições adversas na gestação (Ide; Papapanou, 2013), distúrbios de saúde mental (Ball; Darby, 2022), estresse (Goyal *et al.*, 2013) e hormônios sexuais (Sharma *et al.*, 2019; Robinson *et al.*, 2020).

Alguns estudos mostram que o estresse crônico e alternativas de gerenciamento inadequadas pode mediar o risco e o desenvolvimento da periodontite (Goyal *et al.*, 2013; Corridore *et al.*, 2023). O estresse tem sido considerado como um fator que influencia indiretamente a saúde periodontal, podendo induzir a negligência do autocuidado e a mudanças comportamentais nocivas à saúde, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, uso de drogas ilícitas e falta de adesão aos cuidados odontológicos (Corridore *et al.*, 2023).

Em comparação à população cisgênero, pessoas trans são mais propensas a experimentar situações estressantes no cotidiano, incluindo estigma, discriminação, dificuldades financeiras e abusos (Zeluf *et al.*, 2016). Portanto, apresentam maiores chances de desenvolver alto estresse psicológico e como resultado pode ocorrer o surgimento de distúrbios mentais, como depressão e ansiedade (Winter *et al.*, 2016; Witcomb *et al.*, 2018) propiciando a negligência do autocuidado, que, por sua vez, favorece a instalação e a progressão da periodontite (Goyal *et al.*, 2013). Do nosso conhecimento, apenas um estudo, até o momento, avaliou a correlação da condição periodontal com estresse em termos de "escala de estresse autorreferido – PSS" e níveis de cortisol salivar em pessoas trans, tendo observado uma correlação positiva entre os níveis de cortisol e os escores PSS ($r = 0,774$ e $p = 0,000$). A pontuação média do PSS obtida foi 28, o que indicou alto estresse entre os participantes (Sivaranjani *et al.*, 2019).

Durante o processo transexualizador uma das primeiras intervenções médicas realizadas a fim de aliviar a angústia com relação ao corpo é a terapia hormonal de reafirmação gênero (Baker *et al.*, 2021). Apesar das alterações físicas estarem associadas à melhora da QV e o bem-estar da pessoa trans (Baker *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021), as evidências apontam efeitos dos hormônios sexuais na cavidade

bucal, sobretudo, nos tecidos periodontais (Robinson *et al.*, 2020). O impacto dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais, especificamente o estrogênio em mulheres cisgênero, proveniente do uso de contraceptivos ou da gestação estão associadas a um aumento na prevalência de gengivite, podendo induzir a progressão da inflamação e alterar a microbiota oral (Robinson *et al.*, 2020). Por sua vez, permanece discutível a associação entre baixos níveis de testosterona nos fluidos corporais e a ocorrência de periodontite (Kellesarian *et al.*, 2017).

O exame clínico é o padrão ouro para a avaliação da condição periodontal, o que contribui para que os estudos epidemiológicos sobre a doença periodontal sejam altamente dispendiosos (Lavange and Koch, 2007). No entanto, a avaliação clínica periodontal possui um custo elevado, bem como demanda recursos necessários, equipe especializada e logística elaborada para coleta de dados (Taylor and Borgnakke, 2007). Estas circunstâncias reforçam a necessidade de explorar novas abordagens para pesquisa epidemiológica de doenças periodontais, o que por sua vez fazem das medidas autorreferidas uma ótima alternativa a ser estudada. Esta estratégia atraiu o meio científico a desenvolver e avaliar medidas autorelatadas para a predição de periodontite em diferentes populações, especialmente em grandes amostras (Eke; Dye, 2009; Cyrino *et al.*, 2011; Pimentel *et al.*, 2021).

No Brasil, recentemente um estudo envolvendo 156 participantes ($39,5 \pm 14,14$ anos; 51,9% do sexo masculino) validou e traduziu o instrumento *Oral Health Questions Set B* – OHQB (Pimentel *et al.*, 2021), que é um questionário de autorrelato da condição periodontal. O instrumento apresentou alta estabilidade temporal, conforme demonstrado pelo Coeficiente de Spearman 0,80 e coeficiente de correlação intraclasse 0,79, e consistência interna adequada, de acordo com o alfa ordinal 0,69 e o ômega do McDonald's 0,73. A validade concorrente mostrou uma relação direta entre o OHQB e o quadro clínico de ausência de periodontite e presença de periodontite leve, moderada e grave ($p < 0,05$). Portanto, o instrumento OHQB se mostrou uma ferramenta importante, em nível público ou em outros ambientes, para avaliação do status periodontal autorreferido no Brasil (Pimentel *et al.*, 2021).

2.3 Caracterização socioeconômica da população trans

A condição socioeconômica é a posição social ou a classe de um indivíduo ou grupo (White, 1982). Ela é normalmente medida pela renda, nível de escolaridade e ocupação (White, 1982), envolve também a notoriedade ocupacional e a subjetividade do status social do indivíduo (Marmot; Kogevinas; Elston, 1987), podendo influenciar de forma considerável o desenvolvimento físico e social, desde a infância (IBGE, 2020).

As desigualdades socioeconômicas são importantes determinantes sociais, consideradas como preditores substanciais de diferentes desfechos no decorrer da vida, incluindo a saúde física e psicológica (Marmot; Kogevinas; Elston, 1987). Isso mostra a existência de um gradiente social em saúde, onde são percebidas taxas de prevalência, morbidade e mortalidade de doenças em menores escalas nos níveis mais altos de classe social, indicando que pessoas no topo da hierarquia social apresentam melhores condições de saúde do que aquelas em níveis mais baixos, ocorrendo o mesmo com práticas comportamentais prejudiciais à saúde, que estão concentrados na extremidade inferior das camadas sociais (Godefroy; Lewis, 2022).

A estratificação social é um reflexo das disparidades em saúde e exposição a situações de adversidade, bem como os diferentes recursos disponíveis para lidar com as consequências dos problemas de saúde, sendo esta uma das principais razões pela qual a condição socioeconômica gera desigualdade na saúde (Solar; Irwin, 2010). A literatura tem mostrado que indicadores médicos, socioeconômicos e demográficos interferem no bem-estar da população trans (Motmans *et al.*, 2012; Crissman *et al.*, 2014; Valashany; Janghorbani, 2018; Silva *et al.*, 2021; Henderson *et al.*, 2021; Coswosck *et al.*, 2022).

A estigmatização de pessoas trans contribui para a desigualdade na educação e na condição socioeconômica, quando comparado a população cisgênero (Crissman *et al.*, 2014). Pessoas trans que são mais velhas, com baixo nível de escolaridade e desempregadas apresentam pontuações de QV significativamente mais baixas (Motmans *et al.*, 2012) e quanto mais velhas maiores são as chances de apresentar algum problema de saúde (Henderson *et al.*, 2021). O contraste socioeconômico pode afetar a inserção no mercado de trabalho e acesso a serviços de atenção e cuidado em saúde, repercutindo gravemente na QV, especialmente no aspecto de saúde mental da pessoa trans (Valashany; Janghorbani, 2018).

2.4 Apoio social na população trans

Apoio social diz respeito aos recursos dispostos, sejam esses materiais ou imateriais, por outras pessoas em situações de necessidade, podendo ser medido por meio da autopercepção com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, como apoio emocional, material e afetivo (Sherbourne; Stewart, 1991). Os laços sociais têm influência na manutenção da saúde por vias comportamental, psicológica e fisiológica favorecendo condutas adaptativas frente a situações estressoras (Cobb, 1976). Sendo assim, o apoio social é considerado um importante fator de proteção para o ser humano e pode ser definido como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo se relaciona de maneira afetiva/profissional/casual/familiar ou qualquer outro vínculo social (Due *et al.*, 1999).

Assim como o processo transexualizador envolve vivências múltiplas para a pessoa, as experiências da família também são sensíveis, podendo interferir de maneira positiva ou negativa nesse processo. O enfrentamento das adversidades cotidianas, o compartilhamento de dúvidas e de sentimento podem surgir de modo mais oportuno caso haja apoio familiar. Entretanto, o inverso também é possível, se os valores e necessidades não forem compreendidos pelos demais membros, propiciando a quebra de vínculos sociais (Morera; Padilha, 2017).

É reconhecido na literatura a influência do apoio social sobre a saúde mental e o bem-estar de pessoas trans (Erich *et al.*, 2008; Fuller; Riggs, 2018; Weinhardt *et al.*, 2019; Samrock; Kline; Randall, 2021). No estudo de Erich *et al.*, 2008, realizado com 91 participantes, ao examinar a relação entre qualidade das relações familiares e dois índices de bem-estar (auto-estima e satisfação com a vida) na população trans, mostrou relações significativas entre os escores de satisfação com a vida e a rede de apoio familiar ($r = 0,423$; $p \leq 0,001$) sugerindo que um maior apoio familiar está associado a pontuações mais altas de satisfação com a vida. Samrock, Kline e Randall (2021) enfatizaram a importância do contexto familiar e social na saúde mental. Os autores identificaram que os participantes mais jovens com menor apoio familiar relataram maiores níveis de sintomas depressivos, e que, autocompaixão e apoio familiar podem ser um fator protetor significativo contra sintomas depressivos para pessoas trans.

O apoio social também modula a QV. Başar e Karakaya (2016) investigaram a relação entre QV e níveis percebidos de discriminação e apoio social em noventa e

quatro participantes (76,6% homens trans). O apoio social da família foi associado a melhor QV, na sua dimensão psicológica, enquanto o apoio percebido dos amigos previu significativamente todos os outros domínios da QV. Davey et al., 2014 salientaram o benefício do apoio social na QV e a satisfação com a vida. Os autores identificaram que mulheres trans apresentaram escores da Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS) total e familiar significativamente mais baixos em comparação com mulheres cisgênero (controle), bem como, observou que o apoio social foi associado à melhor QV e satisfação com a vida de pessoas trans.

Para medir fenômenos de natureza subjetiva faz-se necessária a aplicação de instrumentos válidos e confiáveis, que permitam a realização de avaliações adequadas. Dentre os instrumentos criados para medir o apoio social destaca-se o *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991). O MOS possui 19 itens distribuídos em cinco dimensões de interesse, sendo elas: apoio material; apoio afetivo; apoio emocional; interação social positiva e apoio de informação. Já tem sua versão traduzida (Chor et al., 2001) e validada (Griep et al., 2003) para a população brasileira. Já foi aplicado em um contexto clínico para verificar o apoio social em pacientes com doenças crônicas (Merino-Soto et al., 2023) e para avaliar a relação do apoio social com sintomas depressivos (Dantas et al., 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal e seus fatores associados em pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, no município de Manaus, Amazonas.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, no município de Manaus, Amazonas, quanto às características demográficas e socioeconômicas;
- Avaliar a condição periodontal autorreferida em pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, no município de Manaus, Amazonas;

- Avaliar a associação da condição periodontal com a QVRS e a QVRSB e o papel das características sociodemográficas e do apoio social nessa relação, em pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, no município de Manaus, Amazonas.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo observacional transversal.

4.2 População do estudo

A população deste estudo foi composta por pessoas acima de 18 anos que se auto identificaram como mulheres trans, homens trans, travestis e não binários, usuários do serviço de referência na atenção à saúde da pessoa trans localizado na cidade de Manaus, Amazonas.

4.3 Critérios de inclusão

- Auto identificar-se como homem/mulher trans, travesti e não binários
- Ter 18 anos ou mais
- Ser usuário do serviço de referência de saúde a população trans da cidade de Manaus, Am

4.4 Critérios de exclusão

- Encontrar-se sob efeito de álcool ou substância psicoativa, de tal modo que impossibilitasse a aplicação do questionário

4.5 Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero, um serviço de referência da Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM), do Governo do

Amazonas, que assiste os usuários durante o processo transexualizador, por meio de uma equipe multidisciplinar formada por enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, ginecologistas, fonoaudiólogos, endocrinologistas dentre outras especialidades.

4.6 Procedimentos amostrais

A amostra foi por conveniência. Foram convidados a participar os usuários que estivessem aguardando os atendimentos no ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero, que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão no período proposto. Com base nos registros administrativos do serviço e no fluxo de pacientes ativos, estimou-se um tamanho amostral de 70 participantes, o que representa um poder de 80% em estimar efeitos de 0,2 em um modelo de regressão com cinco covariáveis a um nível de significância de 5%.

4.7 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com sete pessoas trans, que não foram incluídas no estudo principal, para treinamento dos examinadores e verificação da viabilidade da aplicação do instrumento na população do estudo, bem como verificar a clareza e compreensibilidade dos itens do questionário.

4.8 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados através de entrevistas, que incluíram as perguntas e os instrumentos validados para mensuração das variáveis. Para aplicação dos questionários os pesquisadores passaram por um processo de treinamento pelo Prof. André Luiz Machado das Neves, membro da equipe com ampla experiência em assuntos sobre saúde de pessoas trans. A sua inserção foi realizada para resguardar que todas as providências no que se refere às especificidades relacionadas a saúde de pessoas trans e suas múltiplas dimensões biopsicossociais fossem consideradas, com vistas a garantir o cuidado ético. O treinamento para a abordagem e aplicação dos questionários passaram pelos eixos: respeito ao nome e usos dos artigos corretos;

desconstrução da lógica cisnormativa no tratamento das pessoas que leve em consideração a ordem compulsória de sexo-gênero-desejo; priorização de um contato neutro para que o pesquisador não impusesse sua expectativa sobre a identidade e sexualidade dos(as) sujeitos(as) da pesquisa.

Todos os membros da equipe foram treinados quanto a estes aspectos a fim de estarem preparados para o momento da abordagem e aplicação dos questionários e garantia de sigilo. Os questionários foram aplicados pelos acadêmicos de iniciação científica e mestrado, no período compreendido entre abril e dezembro de 2023.

Para o momento do reconhecimento do participante com a finalidade de concretização do primeiro contato, os pesquisadores foram auxiliados pelos trabalhadores do ambulatório da Diversidade Sexual e Gênero da Policlínica Codajás, destacando-se os psicólogos, que facilitaram este primeiro momento de abordagem, uma vez que já conhecem o público em atendimento. Nessa abordagem, o pesquisador, acompanhado do profissional do ambulatório, perguntou como a pessoa se autodefinia. Cabe ressaltar que essa é a abordagem orientada pela literatura (Favero, 2022).

Em seguida ocorreu o convite à participação na pesquisa. Para este momento, foi feita uma breve descrição do estudo informando seus objetivos, riscos e benefícios e aqueles que concordaram em participar e atenderam aos critérios de elegibilidade, foram direcionados a uma sala reservada, para obtenção do consentimento livre e esclarecido (TCLE) e coleta de dados por meio dos questionários,

Algumas entrevistas foram feitas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas – FAO/UFAM, em sala reservada. Este estudo e seus benefícios foram divulgados no ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero. Os pacientes atendidos no ambulatório que tiveram conhecimento do estudo, preenchem os critérios de elegibilidade, se interessaram em participar e que, por algum motivo, não conseguiram acesso a equipe de pesquisa na clínica do Codajás, puderam, pelo número de celular divulgado, agendar o atendimento na FAO via aplicativo de mensagem instantânea (whatsapp).

4.8.1 Qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS)

A QVRS foi mensurada por meio do instrumento *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) (Anexo 4). Criado em 1995 (Ware, 1995), o questionário é composto por doze itens derivados do SF-36, que são agrupados em oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Cada item possui um grupo de respostas distribuídas em uma escala graduada, tipo Likert, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua saúde nas quatro últimas semanas. Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: componente físico (*Physical Component Summary – PCS*) e componente mental (*Mental Component Summary – MCS*). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de qualidade de vida. No Brasil, o SF-12 teve sua versão traduzida para o português e validada em 2004, em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica (Camelier, 2004).

4.8.2 Qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB)

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi mensurada por meio do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) (Anexo 5), um indicador subjetivo que visa fornecer uma medida da incapacidade, desconforto e desvantagem atribuída à condição oral por meio da autoavaliação. A versão abreviada do OHIP possui dois itens de cada uma das dimensões incluídas no instrumento original de Slade e Spencer (1994): limitação funcional (itens 1 e 2); dor física (itens 3 e 4); desconforto psicológico (itens 5 e 6); incapacidade física (itens 7 e 8); incapacidade psicológica (itens 9 e 10); incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14). O OHIP- 14 já foi traduzido e validado para diversos idiomas, inclusive para o português do Brasil (Oliveira; Nadanovsky, 2005). As questões são pontuadas em uma escala tipo Likert (0 indica nunca; 1, raramente; 2, às vezes; 3, constantemente e 4, sempre). Para obtenção do escore final da escala, que pode variar de 0 a 56, a pontuação de cada item foi somada. Quanto maior score, pior a QVRSB.

4.8.3 Condição periodontal autorrelatada

A condição periodontal autorreferida foi mensurada por meio do *Oral Health Questions Set B* (OHQB) (Anexo 6). O instrumento avalia por meio de oito perguntas a condição periodontal autorreferida do indivíduo entrevistado. O OHQB foi recentemente traduzido para o português e validado no Brasil (Pimentel *et al.*, 2021), tendo apresentado reprodutibilidade e estabilidade temporal adequadas. (Pimentel *et al.*, 2021).

4.8.4 Caracterização socioeconômica

As características demográficas incluíram idade, raça/cor da pele e estado civil. A caracterização da condição socioeconômica envolveu perguntas extraídas da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 relacionados à escolaridade, renda familiar mensal, ocupação, trabalho remunerado e benefício social (Anexo 1). Outras perguntas relacionadas à ocupação mais específicas desta população também foram adicionadas. A escolaridade correspondeu ao número de anos de estudo; sendo que cada série concluída com aprovação foi computada como um ano de estudo). A renda familiar mensal correspondeu à soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar, em salários-mínimos no Brasil.

4.8.5 Apoio social

O apoio social foi avaliado através de instrumento adaptado *Medical Outcomes Study* (MOS) (Anexo 7) (Sherbourne & Stewart, 1991), que também foi submetido a procedimentos padronizados de tradução e versão para o português do Brasil (Chor *et al.*, 2001). O instrumento apresentou boas propriedades psicométricas para a população brasileira (Griep *et al.*, 2003). O questionário é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões: apoio material (4 perguntas – provisão de recursos práticos e ajuda material); apoio afetivo (3 perguntas – demonstrações físicas de amor e afeto); apoio emocional (4 perguntas – expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (4 perguntas – disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e apoio de informação (4 perguntas – disponibilidade de pessoas para a

obtenção de conselhos ou orientações). Para cada item, a pessoa indicou com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre. O escore total é dado pela média dos escores dos domínios, cujo cálculo é feito pela soma dos pontos dos itens por domínio, que em seguida é transformada numa escala centesimal (Griep *et al.*, 2003).

4.8.6 Comportamentos relacionados à saúde

Os comportamentos relacionados à saúde avaliados foram tabagismo, uso abusivo de álcool e prática de atividade física, por meio de perguntas extraídas da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (Anexo 2).

Para avaliação do tabagismo, foram feitas as seguintes perguntas: (1) “Atualmente, você fuma algum produto do tabaco? ”; (2) “E no passado, você fumou algum produto do tabaco? ”.

Para investigação do consumo abusivo de álcool, as perguntas foram: (1) “você faz uso de bebida alcoólica? ” (2) “Alguma vez sentiu que deveria diminuir a bebida ou ter parado de beber? ” (3) “Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? ”.

A pergunta “Nos últimos 7 dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação ou outra atividade? ” Mensurou a prática de atividade física.

4.8.7 Condições de saúde

Também por meio de perguntas extraídas da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (Anexo 2), algumas condições sistêmicas foram investigadas. A pessoa informou se foi diagnosticado (a) com alguma doença crônica como diabetes; hipertensão; depressão; infecção por HIV; infecção sexualmente transmissível (IST); câncer; doença respiratória; obesidade e alguma outra doença.

Peculiar à população de estudo, a terapia hormonal foi avaliada por meio de quatro questionamentos: (01) você está em processo de hormonização (terapia hormonal)? (02) se sim, tem acompanhamento médico?; (03) há quanto tempo está

em processo de hormonização (terapia hormonal) ?; (04) você sabe qual o nome do hormônio que você faz uso?

4.9 Análise dos dados

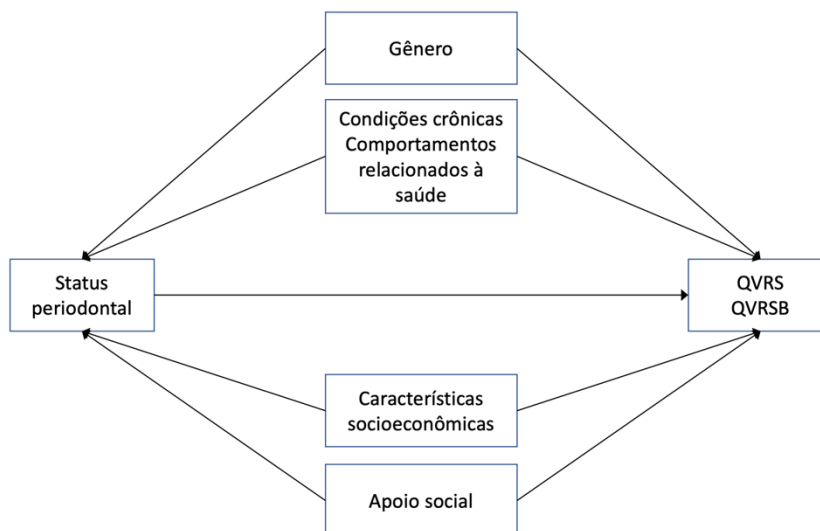
Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel e em seguida importados no software *Stata* SE, versão 15.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados. As variáveis numéricas foram descritas pela média e desvio padrão e as variáveis categóricas pelas frequências absoluta e relativa. O escore da condição periodontal autorreferida foi estimado por meio de análise de componentes principais, a partir de uma matriz de correlação policórica das respostas dicotômicas aos itens do instrumento.

Os escores dos componentes do SF-12 foram comparados por meio da estimativa dos intervalos de confiança a 95% (IC95%) entre duas categorias: (i) homens trans e (ii) mulheres trans e travestis, uma vez que elas vivem e carregam em si as expressões do feminino (Carvalho; Carrara, 2013).

Foi realizada análise de regressão não-paramétrica para avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e os escores dos componentes, estimando as diferenças médias e respectivos intervalos de confiança a 95%. As variáveis com $p < 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas no modelo de regressão múltipla, sendo mantidas nos modelos finais as variáveis com $p < 0,10$ e estabelecendo-se o nível de significância em 0,05.

Por fim, foi realizada análise de caminhos, segundo a disposição hipotetizada das variáveis conforme modelo teórico proposto por Wilson e Cleary (Figura 1). As variáveis com $p < 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas na análise de caminhos. Foram mantidas no diagrama final as associações com $p < 0,05$ e apresentados os efeitos diretos, indiretos e totais. Para as análises de caminhos foi utilizado o pacote de comandos *sem* e o módulo *SEM Builder* do Stata.

Figura 1. Modelo teórico-analítico do estudo.



4.10 Aspectos éticos

Este projeto foi enviado à comissão científica do ambulatório de Cuidado Integral à Saúde da Pessoa Trans, que concedeu anuência para realização da pesquisa. Este protocolo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (CAAE: 65732222.0.0000.5020). Todas as pessoas participantes foram informadas acerca dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e as que concordaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerando as necessidades de cuidados bucais da população trans, os participantes que necessitaram de atendimento odontológico foram encaminhados a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas – FAO/UFAM (Av. Waldemar Pedrosa (antiga Ayrão), 1539 - Praça 14 de Janeiro, Manaus - AM, 69025-950). O atendimento odontológico foi realizado no consultório para pesquisa clínica da FAO e envolveu: anamnese completa, exame bucal, profilaxia, atendimento de urgência, encaminhamento dos casos não possíveis de solução pela equipe.

O agendamento do atendimento ao participante foi realizado pela equipe de pesquisa (cirurgião dentista e/ou acadêmico de odontologia) durante a aplicação do questionário no ambulatório ou via aplicativo de mensagem instantânea (Whatsapp) para os participantes que tiveram conhecimento do estudo, se interessaram em participar e que por algum motivo não conseguiram acesso a equipe de pesquisa na clínica do Codajás.

5. RESULTADOS

Foram avaliadas 71 pessoas trans. A média de idade foi de $30,08 \pm 8,1$ anos. Aproximadamente metade da amostra (50,7%) se autoidentificou como mulher trans e 40,85%, como homens trans. A grande maioria se autodeclarou da raça preta ou parda (67,6%), de estado civil solteiro (74,6), com ensino médio (62%) e renda média familiar entre um e dois salários-mínimos. Cerca de 35% dessas pessoas relataram já ter ficado sem ter onde morar e 18,3% já tinham vivido em situação de rua. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos (as) participantes do estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos(as) participantes do estudo (n=71)

Variável	N	%
Gênero		
Homem Trans	29	40,9
Mulher Trans	36	50,7
Travesti	2	2,8
Não Binário	4	5,6
Raça		
Preta	6	8,5
Parda	42	59,1
Amarela	1	1,4
Branca	19	26,8
Indígena	3	4,2
Estado civil		
Solteiro (a)	53	74,6
Casado (a)	7	9,9
Viúvo (a)	1	1,4
Separado (a)	1	1,4
Vive com companheiro (a)	9	12,7
Escolaridade		
Fundamental	12	16,9
Médio	44	62,0
Superior	15	21,1

Trabalho remunerado		
Não	35	49,3
Sim	36	50,7
Ocupação		
Desempregado (a)	34	47,9
Servidor (a) Público	8	11,3
Empregado (a)	11	15,5
Conta Própria	17	23,9
Empregador (a)	1	1,4
Renda familiar total		
Até 1 SM	24	33,8
Mais que 1 SM até 2 SM	27	38
Mais que 2 SM até 5 SM	16	22,5
Mais que 5 SM	4	5,6
Benefício social		
Sim	41	57,7
Não	30	42,3
Já ficou sem ter onde morar		
Sim	25	35,2
Não	46	64,8
Já esteve em situação de rua		
Sim	13	18,3
Não	58	81,7

A primeira questão do SF-12 refere-se à autopercepção da saúde geral da população de estudo, não sendo utilizada para o cálculo dos escores. Aproximadamente metade dos participantes considerou sua saúde geral como boa (50,8%), enquanto 18,5% perceberam sua saúde como excelente ou muito boa e 30,8% como ruim ou muito ruim.

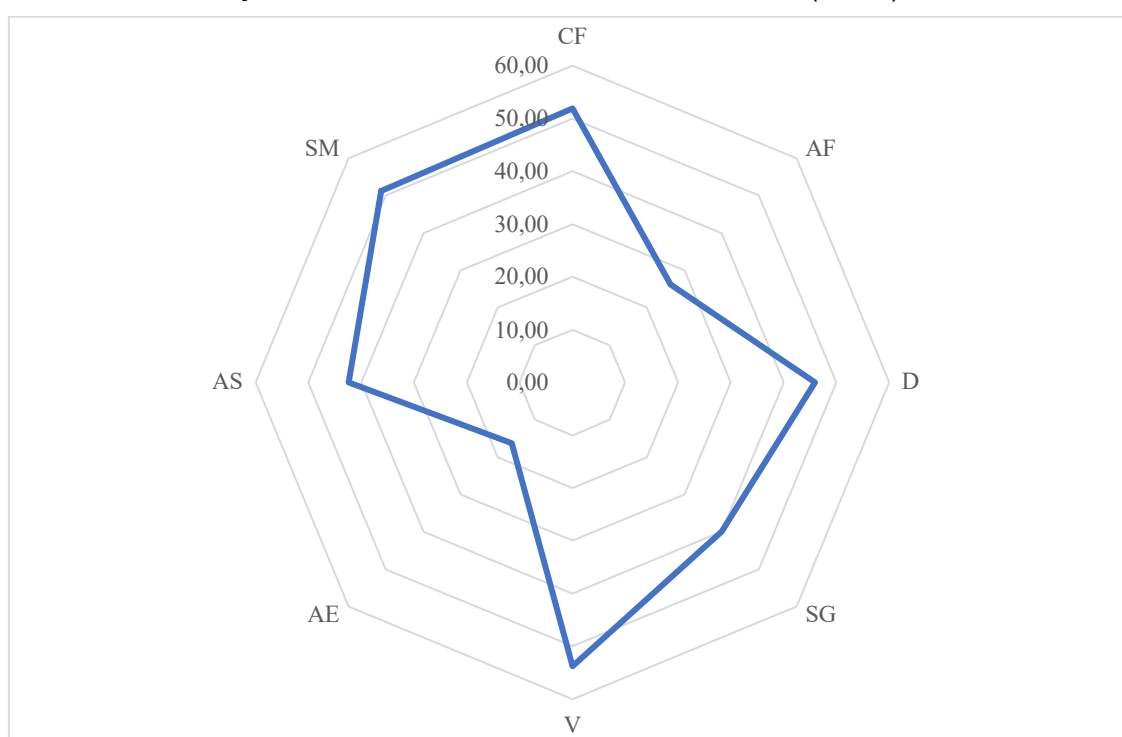
A Tabela 2 apresenta os escores do PCS e MCS do SF-12, bem como de cada um dos oito domínios. O escore médio observado foi 44,56 para o PCS e 38,41 para o MCS. O aspecto emocional apresentou o menor escore (15,99), sendo, portanto, o domínio mais afetado desta população, seguido do aspecto físico (25,96). O domínio com a maior pontuação foi a vitalidade (52,14), seguida da capacidade física (51,98). A pontuação dos domínios do instrumento SF-12 foi sumarizada no Gráfico 1.

Tabela 2 – Escores dos componentes e dos domínios do instrumento de avaliação da QVRS (SF-12) da população trans (n=71)

Componentes / Domínios	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
<i>Componente físico</i>	44,56	7,82	16,79	58,29
Capacidade física	51,98	9,16	22,10	56,46
Aspecto físico	25,96	3,98	20,32	29,53

Dor	46,10	11,87	16,67	57,44
Saúde geral	38,90	9,69	18,86	61,98
<i>Componente mental</i>	38,41	11,08	13,06	60,66
Vitalidade	52,14	14,40	27,62	77,93
Aspecto emocional	15,99	1,08	11,34	22,52
Aspecto social	44,76	15,26	16,17	66,66
Saúde mental	52,09	13,56	21,87	76,73

Gráfico 1 – Pontuação dos oito domínios do instrumento de QVRS (SF-12)



Nota: CF=capacidade física; AF=aspectos físicos; D=dor; SG=saúde geral; V=vitalidade; AE=aspectos emocionais; AS=aspectos sociais; SM=saúde mental

Por meio dos intervalos de confiança estimados, foi possível observar menor valor no escore médio do componente mental em relação ao componente físico, em pessoas trans. No entanto, não foi observada diferença significativa nos escores dos componentes do SF-12 entre os gêneros (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores médios e respectivos intervalos de confiança dos componentes físico e mental do SF-12 na amostra total, homens trans e mulheres trans / travestis

Componentes	Mulher trans / travesti (n=31)	Homem trans (n=36)	Pessoas trans (n=71)
Componente Físico	44,2 (41,1-47,4)	44,7 (42,2-47,2)	44,6 (42,7-46,4)

Componente Mental	39,9 (35,6-44,2)	37,5 (33,9-41,1)	38,4 (35,8-41,0)
-------------------	------------------	------------------	------------------

Nota: Dados expressos em média (IC95%).

As pessoas trans que referiram ter trabalho remunerado apresentaram melhores escores no componente mental do SF-12 (diferença média=4,4; IC95%=2,3; 6,9). Ter vivido em situação de rua foi associado com pior escore do componente físico do SF-12 (diferença média=-3,3; IC95%=-7,7; -2,3). As análises bivariadas e múltiplas estão apresentadas nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Variáveis associadas com o componente mental do SF-12

Variável	Estimativa bruta (IC95%)	Estimativa ajustada (IC95%)
Gênero (ref.: mulher trans/travesti)		
Homem trans	-0,2 (-0,6; 0,2)	
Idade	0,3 (-0,1; 0,7)	
Renda (ref.: mais de 1SM)		
Até 1 SM	-1,5 (-3,4; 0,3)	
Escolaridade (ref.: médio/sup)		
Fundamental	0,1 (-0,2; 0,4)	
Trabalho remunerado (ref.: não)		
Sim	4,7 (0,6; 8,2)*	4,4 (2,3; 6,9)**
Companheiro/cônjuge (ref.: não)		
Sim	2,2 (-0,2; 4,8) ^a	0,6 (-0,1; 1,0) ^b
Já ficou sem ter onde morar (ref.: não)		
Sim	-1,1 (-2,4; 0,3) ^a	
Já esteve em situação de rua (ref.: não)		
Sim	0,4 (-0,5; 0,9)	

Nota: As estimativas representam as diferenças médias entre as classes das covariáveis. a p<0,20; b p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01.

Tabela 5 – Variáveis associadas com o componente físico do SF-12

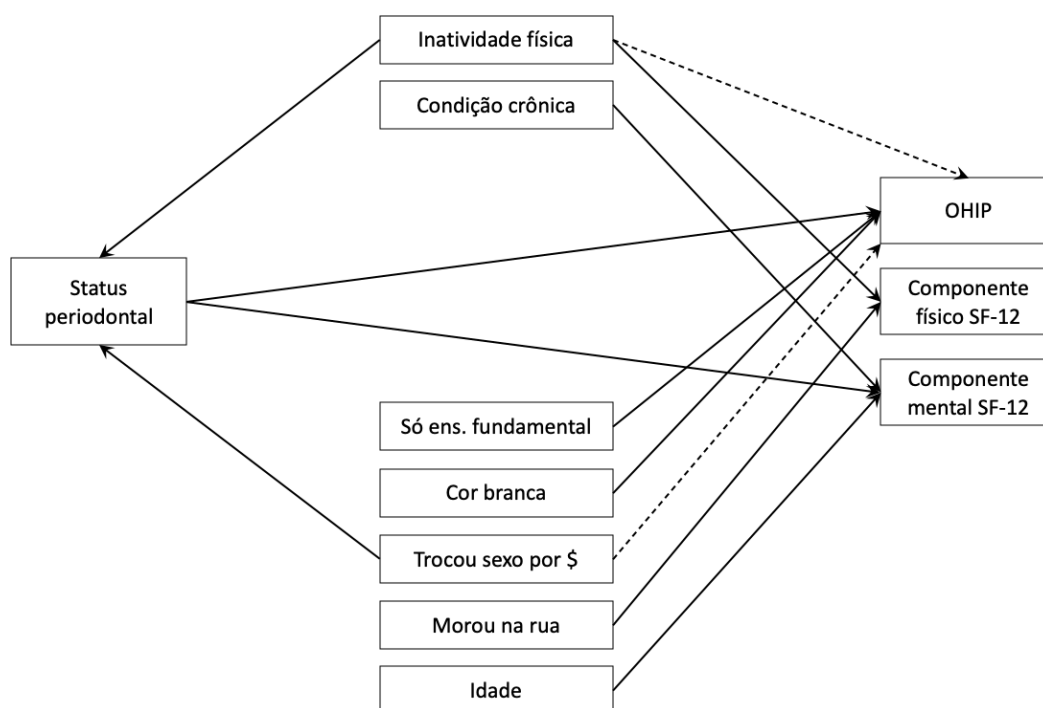
Variável	Estimativa bruta (IC95%)	Estimativa ajustada (IC95%)
Gênero (ref.: mulher trans/travesti)		
Homem trans	0,0 (-0,1; 0,1)	
Idade	0,0 (-0,3; 0,3)	
Renda (ref.: mais de 1SM)		
Até 1 SM	0,0 (-0,1; 0,1)	
Escolaridade (ref.: médio/sup)		
Fundamental	0,0 (-0,1; 0,0)	
Trabalho remunerado (ref.: não)		

Sim	-1,1 (-2,3; 0,4) ^a	-0,5 (-1,2; 0,0) ^b
Companheiro/cônjuge (ref.: não)		
Sim	0,0 (0,0; 0,1)	
Já ficou sem ter onde morar (ref.: não)		
Sim	0,0 (-0,1; 0,0)	
Já esteve em situação de rua (ref.: não)		
Sim	-3,6 (-8,3; 0,5) ^b	-3,3 (-7,7; -2,3) [*]

Nota: As estimativas representam as diferenças médias entre as classes das covariáveis.^a $p < 0,20$; ^b $p < 0,10$; ^{*} $p < 0,05$.

A correlação entre os desfechos de QVRS avaliados não foi significativa. Na análise de caminhos, após a remoção gradual das variáveis não significativas, o modelo parcimonioso obtido e seus respectivos coeficientes padronizados estão apresentados na Figura 2 e Tabela 6. As medidas de ajuste do modelo parcimonioso mostraram-se adequadas (RMSEA=0,000 com limite superior do IC 90%=0,070; CFI=1,000; TLI=1,085; SRMR=0,052).

Figura 2 – Diagrama de caminhos com as associações significativas identificadas no estudo



Nota: linhas sólidas indicam efeitos diretos e linhas tracejadas efeitos indiretos.

Tabela 6 – Efeitos diretos, indiretos e totais identificados na análise de caminhos

Associação	β (IC 95%)
Efeitos diretos	
trocou sexo → status periodontal	0,60 (0,35; 0,85)***
inatividade física → status periodontal	0,43 (0,19; 0,68)**
status periodontal → OHIP	9,39 (6,55; 12,22)***
raça/cor branca → OHIP	-6,86 (-12,37; -1,36)*
somente ensino fundamental → OHIP	12,55 (3,75; 21,34)**
status periodontal → MCS	-3,52 (-6,46; -0,58)*
idade → MCS	0,36 (0,10; 0,62)**
alguma condição crônica → MCS	-7,03 (-12,37; -1,69)*
ter vivido em situação de rua → PCS	-5,10 (-9,64; -0,57)*
inatividade física → PCS	-5,50 (-8,45; -2,56)***
Efeitos indiretos	
trocou sexo → OHIP	5,68 (2,74; 8,62)***
inatividade física → OHIP	4,05 (1,34; 6,77)**
trocou sexo → MCS	-2,13 (-4,27; 0,01)
inatividade física → MCS	-1,52 (-3,22; 0,18)
Efeitos totais	
trocou sexo → status periodontal	0,60 (0,35; 0,85)***
inatividade física → status periodontal	0,43 (0,19; 0,68)**
status periodontal → OHIP	9,39 (6,55; 12,22)***
trocou sexo → OHIP	5,68 (2,74; 8,62)***
inatividade física → OHIP	4,05 (1,34; 6,77)**
raça/cor branca → OHIP	-6,86 (-12,37; -1,36)*
somente ensino fundamental → OHIP	12,55 (3,75; 21,34)**
status periodontal → MCS	-3,52 (-6,46; -0,58)*
idade → MCS	0,36 (0,10; 0,62)**
trocou sexo → MCS	-2,13 (-4,27; 0,01)
inatividade física → MCS	-1,52 (-3,22; 0,18)
alguma condição crônica → MCS	-7,03 (-12,37; -1,69)*
ter vivido em situação de rua → PCS	-5,10 (-9,64; -0,57)*
inatividade física → PCS	-5,50 (-8,45; -2,56)***

A análise mostrou que pior condição periodontal autorreferida foi associada a piores escores do OHIP-14 e do componente mental do SF-12. Inatividade física e ter trocado sexo por dinheiro, moradia, serviços ou drogas foram associados à pior condição periodontal e indiretamente associados (via status periodontal) a piores escores do OHIP e do componente mental do SF-12. Pessoas trans que declararam raça/cor branca apresentaram melhores escores do OHIP, já os com menor escolaridade mostraram pior QVRSB. A inatividade física e ter vivido em situação de rua foram associados com piores escores do componente físico do SF-12. Pessoas trans mais jovens e que relataram alguma condição ou doença crônica apresentaram piores escores do componente mental do SF-12.

6 DISCUSSÃO

Na avaliação da QVRS de pessoas trans, o componente mental apresentou pior escore que o componente físico. Não houve diferença na QVRS ao se comparar homens trans com mulheres trans e travestis. Pessoas trans mais jovens, com trabalho remunerado e que relataram alguma condição ou doença crônica apresentaram piores escores do componente mental da QVRS. Já a inatividade física e ter vivido em situação de rua foram associados com pior QVRS física. Pessoas trans que declararam raça/cor branca apresentaram melhor QVRSB, já os com menor escolaridade mostraram pior. A pior condição periodontal autorreferida foi associada à pior QVRSB e a um pior componente mental da QVRS. A inatividade física e ter trocado sexo por dinheiro, moradia, serviços ou drogas foram associados à pior condição periodontal e indiretamente associados (via condição periodontal) à pior QVRSB e pior componente mental da QVRS. Aproximadamente metade das pessoas trans considerou sua saúde geral como boa e cerca de um terço percebeu sua saúde como ruim ou muito ruim.

Um estudo que avaliou a QVRS, por meio do SF-12, em uma amostra representativa para 15 capitais das cinco regiões brasileiras, incluindo Manaus, com indivíduos com idade maior que 15 anos, encontrou o valor médio do SF-12 de 49,3 (IC 95% 49,1-49,6) para o componente físico e 52,7 (IC 95% 52,4-52,9) para o componente mental (Campolina *et al.*, 2018). No presente estudo, os escores do SF-12 foram mais baixos que os da população geral nacional, conforme indica a comparação dos intervalos de confiança. Além, disso, ao contrário do levantamento nacional, neste estudo, o componente mental foi mais afetado que o componente físico. Há evidências que a QVRS da população trans é inferior à dos indivíduos cisgênero (Coswosck *et al.*, 2022; Valashany; Janghorbani, 2018; Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018; Newfield *et al.*, 2006), inclusive no componente mental (Nobili; Glazebrook; Arcelus, 2018). Conforme já descrito, o processo transexualizador é marcado por fatores biológicos e fisiológicos (características sexuais) e por prejuízos psicológicos (ansiedade, depressão, ideação suicida) (Winter *et al.*, 2016; Witcomb *et al.*, 2018) e sociais (falta de apoio social, rejeição, discriminação, transfobia) (Rocon *et al.*, 2016; Winter *et al.*, 2016; Zeluf *et al.*, 2016). Além disso, as pessoas trans sofrem com as barreiras de acesso ao serviço de

saúde, características do sistema binário e heteronormativo, que impedem que essa população procure os serviços de saúde, e, quando conseguem acessar e utilizar o serviço de saúde, padecem com a assistência de profissionais que invisibilizam suas necessidades (Barbosa *et al.*, 2021). Todas essas exposições podem explicar o impacto negativo na QV dessas pessoas, além de poderem justificar o maior impacto negativo no domínio 'aspecto emocional', que também foi ou o mais ou um dos mais afetados em outras populações trans (Newfield *et al.*, 2006).

Não foram observadas diferenças nos componentes físico e mental da QVRS entre homens trans e mulheres trans (avaliadas em conjunto com as travestis). Um outro estudo realizado em um serviço de saúde no sul do Brasil também não encontrou diferenças entre os gêneros (Silva *et al.*, 2021), ao mesmo tempo que demonstrou que fatores relacionados ao corpo e ao processo transexualizador estavam associados à QVRS eram diferentes para homens e mulheres trans. Isso sugere uma similaridade na percepção da saúde física entre os dois grupos, o que pode apontar que os fatores na experiência de saúde física são compartilhados, desafiando estereótipos preexistentes sobre as vivências específicas de homens e mulheres trans nessa dimensão. Ademais, globalmente, homens trans e mulheres trans enfrentam desafios semelhantes em termos de saúde mental, já anteriormente exemplificados e justificados, indicando a necessidade de abordagens inclusivas nos serviços de apoio psicológico.

As pessoas trans que tinham trabalho remunerado apresentaram melhor QVRS, no seu componente mental, e aquelas que viveram em situação de rua tiveram pior componente físico da QVRS. Alguns estudos vêm demonstrando a associação de fatores demográficos, como raça (Henderson *et al.*, 2021), e socioeconômicos, como escolaridade, renda e ocupação (Henderson *et al.*, 2021; Valashany; Janghorbani, 2018; Silva *et al.*, 2021; Motmans *et al.*, 2012) com a QVRS de pessoas trans, da mesma forma que para a população cisgênero (Jieannamu *et al.*, 2020; Lankarani *et al.*, 2023).

A estratificação social está associada a diferenciais de exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde, bem como a diferentes formas de enfrentamento e consequências dos problemas de saúde, constituindo esse o mecanismo fundamental pelo qual a posição socioeconômica gera desigualdades na saúde (Solar; Irwin, 2010). Um estudo realizado com pessoas trans, identificou que travestis e mulheres trans em situação de rua acessam

serviços do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas enfrentam desafios de inadequação às suas necessidades, resultando em violências. Profissionais acolhedores são destacados, porém, há relatos de violações, incluindo critérios rígidos, falta de privacidade e discriminação, evidenciando lacunas na proteção social e na produção do cuidado em saúde (Mendes Lg *et al.*, 2019).

No que se refere a raça/cor, escolaridade e renda, a maior parte das pessoas participantes do estudo autodeclarou-se pardo (a) ou pretos (as), com ensino médio completo, com renda média familiar entre um e dois salários-mínimos e estar solteiro. Embora haja estudos que tenham encontrado que a QVRS pode ter como fatores associados à sua determinação a raça/cor da pele, destacando que a questão da transgeneridade pode somar-se às problemáticas raciais e a discriminação racial (Joseph *et al.*, 2017), a renda e a escolaridade, ressaltando a discriminação que pessoas trans enfrentam no ambiente escolar (Crissman *et al.*, 2014), e os relacionamentos, enfatizando que não possuir parceiros regulares tem influência negativa na QV de pessoas trans (Yang *et al.*, 2016) e estar em um relacionamento estável melhora a QV (Silva *et al.*, 2021), esses fatores sociodemográficos não ficaram associados à QVRS na população estudada.

Aproximadamente um terço das pessoas trans perceberam sua saúde como ruim ou muito ruim, percentual bem acima dos pouco mais de 7% da população cisgênero brasileira que referiram autopercepção da saúde ruim ou muito ruim, de acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde, cuja amostra é representativa para a população brasileira, que também revelou que cerca de metade dos brasileiros definiram sua saúde como boa e 22%, como regular (IBGE, 2020). Assim como a QVRS, a autopercepção da saúde é um indicador subjetivo que reflete uma integração do estado funcional de saúde, com o sofrimento emocional e os fatores sociais. Sua importância justifica-se por ser boa preditora do uso de serviços de saúde geral e mental, bem como de mortalidade. A percepção geral da saúde certamente está relacionada a fatores biológicos e fisiológicos, mas compreender que há outros fatores que afetam as percepções de saúde pode explicar as variações dentro de cada estado clínico ou entre indivíduos (Wilson; Cleary, 1995). O alto percentual de pessoas trans com autopercepção da saúde ruim encontrado no estudo reitera e contribui para justificar a avaliação da QVRS como pior que a média da população cis brasileira, além de também explicar o maior prejuízo em seu componente mental.

A média do score total do OHIP-14 da população estudada foi de 16,4 (DP $\pm 13,5$), resultado similar ao de Moh et al., 2021 que ao avaliar a QVRSB de mulheres trans na Malásia, observou que as alterações bucais impactam de maneira superior nesta população, obtendo um escore médio de 16.67 (DP ± 10.39). Quando comparado a população cisgênero, a média do escore neste estudo reflete que diferentes populações podem perceber o impacto das alterações bucais de maneiras e magnitudes diferentes (Mohd; Aainaa; Mohd aris, 2021; Oliveira; Nadanovsky, 2005). Conforme abordado, pessoas trans lidam com vulnerabilidades exclusivas. Mundialmente, estão à margem da sociedade, excluídas das oportunidades disponíveis a população cisgênero (Mello *et al.*, 2011; Rocon *et al.*, 2016, Winter *et al.*, 2016), experienciam situações de preconceito e desigualdade nos cuidados de saúde (Rocon *et al.*, 2016; Borget *et al.*, 2023), que cooperam para o estigma e por meio de uma combinação de fatores sociais e relacionados a saúde comprometem a QV. Todos esses aspectos elencados influenciam na percepção de saúde, que é amparada em fatores inerentes à subjetividade e contexto de cada indivíduo, justificando o impacto da percepção de QVRSB na população estudada.

Este estudo mostrou que inatividade física e ter trocado sexo por dinheiro, moradia, serviços ou drogas foram associados à pior condição periodontal e indiretamente associados (via status periodontal) a piores escores do OHIP e do componente mental do SF-12. Conforme já discutido anteriormente, os desafios e adversidades vividos pela pessoa trans podem justificar a autopercepção ruim da sua saúde geral e bucal, podendo ocorrer o mesmo com a saúde periodontal. Interessante ressaltar a associação entre atividade física e a condição periodontal pois os estudos sobre esta associação vêm ganhando relevância na literatura, porém permanecem inconclusivos (Sanz *et al.*, 2020). Corroborando com a autopercepção dos participantes deste estudo, uma revisão sistemática mostrou que o exercício físico contribui para melhorar os sinais clínicos da doença periodontal (DP), reduzindo a perda de osso alveolar e a inflamação em modelos animais de DP, o que sugere que o exercício moderado pode ser implementado na prática clínica para manter a saúde periodontal (Yu *et al.*, 2023).

Neste estudo, pior condição periodontal autorreferida foi associada a piores escores do componente mental do SF-12. Os distúrbios de saúde mental, especialmente a depressão e a ansiedade, presentes no cotidiano das pessoas trans podem ser iniciados por fatores comuns à doença periodontal como fatores

ambientais e o estilo de vida. A literatura mostra que os distúrbios de saúde mental estão associados a doenças periodontais mais graves e, em alguns casos, podendo afetar os resultados da terapia periodontal (Ball; Darby, 2022). Além disso estes distúrbios podem resultar em alterações de comportamento, como práticas inadequadas de higiene oral, tabagismo e abuso de álcool, que também são fatores de risco para doença periodontal e, portanto, podem ter um efeito contributivo (Ball; Darby, 2022). Marcadores de estresse como cortisol e catecolaminas podem modular o crescimento bacteriano periodontal e a expressão de fatores de virulência. O stress e alguns distúrbios de saúde mental são acompanhados por uma inflamação crônica de baixo grau que pode estar envolvida na sua relação com a doença periodontal e vice-versa (Deinzer, R. *et al.*, 1998; Giannopoulou; Kamma; Mombelli, 2003).

Algumas limitações do estudo devem ser apontadas. A amostra foi não-probabilística e envolveu apenas usuários de um centro de referência no processo de transexualização, o que poderia introduzir viés de seleção ao se excluírem pessoas que se identificam como pessoa trans, mas que não procuraram ou não utilizaram o serviço de saúde, mas desejaram ou necessitaram, as quais podem ter percepção diferente de sua QVRS. O número de participantes pode não ter tido o poder de identificar diferenças entre categorias avaliadas que podem, na realidade, existir. Estudos com uma população altamente vulnerabilizada apontam o desafio em recrutar e reter pessoas trans, em razão disso, tem se observado uma grande variabilidade na construção da amostragem, a depender do desenho, do tipo e das características da população, do local do estudo e do contexto (Bassichetto Kc *et al.*, 2023). Não houve distinção do momento terapêutico do processo transexualizador em que as pessoas estavam, o que merece ser investigado em relação à QVRS, inclusive em conjunto com uma investigação qualitativa, considerando que há evidências que a QVRS pode melhorar após as intervenções (Baker *et al.*, 2021).

O estudo sugere que a inclusão de medidas de percepções subjetivas no contexto do processo transexualizador ajudaria a avaliar a relação entre a identidade de gênero e as mudanças físicas e psicológicas que acompanham a transição, uma vez que um dos principais objetivos do tratamento, além das mudanças corporais, é o ganho na qualidade de vida e a integração social das pessoas trans (Sá Paula Trovão, 2022), o que não pode ser avaliado apenas por medidas clínicas exclusivamente normativas, que negligenciam as necessidades percebidas pelas

peças, bem como suas possíveis implicações psicossociais. Estas medidas subjetivas autorreportadas, que descrevem ou caracterizam a percepção da própria saúde, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais que a permeiam, ou o que o(a) paciente experienciou como resultado dos cuidados médicos, são complementares às medidas biológicas ou fisiológicas tradicionais do estado de saúde. A conceptualização da QVRS integra o paradigma das ciências sociais – centrado nas dimensões do funcionamento e do bem-estar geral, com formas de medir comportamentos e sentimentos complexos, não apenas resultados biológicos ou clínicos, mas também a sensação de bem-estar – ao modelo biomédico, que é focado nos processos patológicos e nos resultados biológicos, fisiológicos e clínicos (Wilson; Cleary, 1995).

Medir saúde vem ganhando espaço em relação a medir doença. Assim, conhecer como as pessoas trans avaliam sua própria QVRS, bem como os fatores que a condicionam, pode subsidiar ações em saúde mais efetivas e eficientes, ao evidenciar aspectos não-clínicos ou necessidades não contemplados e orientar decisões e condutas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção à saúde das pessoas trans. Tal abordagem, ao reconhecer as necessidades peculiares da população trans, desafia as percepções e o cuidado convencionais e ressalta a importância de estratégias de apoio inclusivas para superar os obstáculos vivenciados rotineiramente em uma sociedade atravessada pela lógica cis-heteronormativa, a fim de promover a saúde e o bem-estar dessa população.

7. CONCLUSÕES

As pessoas trans usuárias de um serviço de saúde especializado, localizado no município de Manaus, Amazonas, Brasil, apresentaram pior QVRS que a população brasileira, tendo sido o componente mental pior que o componente físico. A QVRS de homens trans foi semelhante à de mulheres trans e travestis.

Pessoas trans mais jovens, com trabalho remunerado e que relataram alguma condição ou doença crônica apresentaram piores escores do componente mental da QVRS. Já a inatividade física e ter vivido em situação de rua foram associados com pior QVRS física. Pessoas trans que declararam raça/cor branca apresentaram melhor QVRSB, já os com menor escolaridade mostraram pior.

Ter uma pior condição periodontal autorreferida foi associada à pior QVRSB e a pior componente mental da QVRS. Inatividade física e ter trocado sexo por dinheiro, moradia, serviços ou drogas foram associados à pior condição periodontal e indiretamente associados (via condição periodontal) também à pior QVRSB e pior componente mental da QVRS.

REFERÊNCIA

1. ANDRADE, T. L. et al. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde - the 12-Item Short-Form Health Survey - em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. **Jornal brasileiro de pneumologia: publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, v. 33, n. 4, p. 414–422, 2007.
2. ALI, I. Oral health and oral contraceptive-is it a shadow behind broad day light? A systematic review. **J Clin Diagn Res**, v. 10, n. 11, p. E01-6, 2016.
3. ARCELUS, J. et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 30, n. 6, p. 807–815, 2015.
4. BALL, J.; DARBY, I. Mental health and periodontal and peri-implant diseases. **Periodontology 2000**, v. 90, n. 1, p. 106–124, 2022.
5. BAKER, K. E. et al. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. **Journal of the Endocrine Society**, v. 5, n. 4, p. bvab011, 2021.
6. BARBOSA, A. L. S. B. et al. Representações sociais de travestis profissionais do sexo sobre qualidade de vida. **Enfermería global**, v. 20, n. 4, p. 131–169, 2021.
7. BAŞAR, K.; ÖZ, G.; KARAKAYA, J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. **The journal of sexual medicine**, v. 13, n. 7, p. 1133–1141, 2016.
8. BASSICHETTO, K. C. et al. Fatores associados à retenção de travestis e mulheres trans vivendo com HIV em uma intervenção com navegação de pares em São Paulo, Brasil. **Brasil. Cad Saúde Pública**, v. 39, n. 4, 2023.
9. BORGERT, V. et al. "A gente só quer ser atendida com profissionalismo": experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 33, 2023.
10. BRAZ, D. G. DE C. et al. Vivências familiares no processo de transição de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.
11. BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J.; ROBERTS-THOMSON, K. F. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, v. 17, n. 2, p. 227–235, 2008.
12. CAMPOLINA, A. G. et al. Quality of life in a sample of Brazilian adults using the generic SF-12 questionnaire. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 64, n. 3, p. 234–242, 2018.
13. Camelier AA. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004
14. CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana**, n. 14, p. 319–351, 2013.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: CDC, 2000. 44p.
16. COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic medicine**, v. 38, n. 5, p. 300–314, 1976.

17. CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de saúde publica**, v. 17, n. 4, p. 887–896, 2001.
18. CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF: 36 (Brasil SF:36). **Rev Bras Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999.
19. CORRIDORE, D. et al. Impact of stress on periodontal health: Literature revision. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, v. 11, n. 10, p. 1516, 2023.
20. COSWOSCK, K. H. C. et al. Factors associated with poor quality of life of transgender people. **Discover social science and health**, v. 2, n. 1, 2022.
21. CRISSMAN, H. P. et al. Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. **American journal of public health**, v. 107, n. 2, p. 213–215, 2017.
22. CYRINO, R. M. et al. Evaluation of self-reported measures for prediction of periodontitis in a sample of Brazilians. **Journal of periodontology**, v. 82, n. 12, p. 1693–1704, 2011.
23. DEINZER, R. et al. Increase in gingival inflammation under academic stress. **Journal of clinical periodontology**, v. 25, n. 5, p. 431–433, 1998.
24. DUE, P. Social relations: network, support and relational strain. **Social science & medicine (1982)**, v. 48, n. 5, p. 661–673, 1999.
25. EKE, P. I.; DYE, B. Assessment of self-report measures for predicting population prevalence of periodontitis. **Journal of periodontology**, v. 80, n. 9, p. 1371–1379, 2009.
26. DAVEY, A. et al. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. **The journal of sexual medicine**, v. 11, n. 12, p. 2976–2985, 2014.
27. DANTAS, M. M. C. et al. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados DOI - 10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, 2012.
28. DE OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307–314, 2005.
29. ERICH, S. et al. Family relationships and their correlations with transsexual well-being. **Journal of GLBT family studies**, v. 4, n. 4, p. 419–432, 2008.
30. FAVERO, S. Como atender travestis e pessoas trans?": (des)cisgenerizando o cuidado em saúde mental. **Cadernos Pagu**, n. 66, 2022.
31. FIGUERO, E. et al. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. **Journal of clinical periodontology**, v. 40, n. 5, p. 457–473, 2013.
32. FISCHER, R. G. et al. Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section V: Treatment of periodontitis. **Brazilian oral research**, v. 34, n. suppl 1, 2020.
33. FISCHER, R. G. et al. What is the future of Periodontal Medicine? **Brazilian oral research**, v. 35, n. suppl 2, 2021.
34. FULLER, K. A.; RIGGS, D. W. Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. **The international journal of transgenderism**, v. 19, n. 4, p. 1–10, 2018.

35. GARCIA, V. G. et al. aPDT for periodontitis treatment in ovariectomized rats under systemic nicotine. **Photodiagnosis and photodynamic therapy**, v. 22, p. 70–78, 2018.
36. GARCIA, V. G. et al. Adjunctive antimicrobial photodynamic treatment of experimentally induced periodontitis in rats with ovariectomy. **Journal of periodontology**, v. 84, n. 4, p. 556–565, 2013.
37. GODEFROY, R.; LEWIS, J. What explains the socioeconomic status-health gradient? Evidence from workplace COVID-19 infections. **SSM - population health**, v. 18, n. 101124, p. 101124, 2022.
38. GRIEP, R. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró- Saúde. **Cadernos de saude publica**, v. 19, n. 2, p. 625–634, 2003.
39. GOYAL, S. et al. Stress and periodontal disease: The link and logic! Ind. **Psychiatry J**, v. 22, p. 4–11, 2013.
40. GUYATT, G. H. Measuring health-related quality of life. **Annals of internal medicine**, v. 118, n. 8, p. 622, 1993.
41. GIANNOPOULOU, C.; KAMMA, J. J.; MOMBELLI, A. Effect of inflammation, smoking and stress on gingival crevicular fluid cytokine level: Cytokine profile in health and periodontitis. **Journal of clinical periodontology**, v. 30, n. 2, p. 145–153, 2003.
42. HENDERSON, E. R. A comparison of health-related quality of life among transgender adults in the United States. **Journal of homosexuality**, v. 69, n. 5, p. 857–874, 2022.
43. HUMPHREY, L. L. et al. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: A systematic review and meta-analysis. **Journal of general internal medicine**, v. 23, n. 12, p. 2079–2086, 2008.
44. IDE, M.; PAPAPANOU, P. N. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes – systematic review. **Journal of periodontology**, v. 84, n. 4S, 2013.
45. ILMA DE SOUZA CORTES, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 30, n. 3, p. 193–198, 2002.
46. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde PNS. Conceitos e Métodos: Metadados. 2020. Disponível em: < <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/XN> >. Acessado em: 10 de fevereiro de 2024.
47. JIEANNAMU et al. Inequalities in health-related quality of life and the contribution from socioeconomic status: evidence from Tibet, China. **BMC public health**, v. 20, n. 1, 2020.
48. JOSEPH, A. et al. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 4, p. 144–152, 2017.
49. KELLESARIAN, S. V. et al. “low testosterone levels in body fluids are associated with chronic periodontitis”: A reality or a myth? **American journal of men’s health**, v. 11, n. 2, p. 443–453, 2017.
50. KIMURA, M.; SILVA, J. V. DA. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 43, n. spe, p. 1098–1104, 2009.
51. LANKARANI, K. et al. Health-related quality of life variation by socioeconomic status: Evidence from an Iranian population-based study. **Journal of education and health promotion**, v. 12, n. 1, p. 287, 2023.

52. LAVANGE, L. M.; KOCH, G. G. Statistical projection of clinical subsample estimates to a survey population. **Journal of periodontology**, v. 78, n. 7S, p. 1400–1406, 2007.
53. LECAPLAIN, B. et al. Periodontitis, erectile dysfunction, reproductive hormones, and semen quality: A systematic review. **Andrology**, v. 9, n. 3, p. 769–780, 2021.
54. MACRI, D.; WOLFE, K. My preferred pronoun is she: Understanding transgender identity and oral health care needs. **Canadian journal of dental hygiene**, v. 53, n. 2, p. 110–117, 2019.
55. MARMOT, M. G.; KOGEVINAS, M.; ELSTON, M. A. Social/economic status and disease. **Annual review of public health**, v. 8, n. 1, p. 111–135, 1987.
56. MANPREET, K. et al. Oral health status among transgender young adults: a cross-sectional study. **BMC oral health**, v. 21, n. 1, 2021.
57. MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana**. p. 7–28, 2011.
58. MENDES, L. G.; JORGE, A. O.; PILECCO, F. B. Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 107–119, 2019.
59. MERINO-SOTO, C. et al. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, 2023.
60. MEYER, I. H. **Prejudice and Discrimination as Social Stressors**. In: **The Health of Sexual Minorities**. Boston, MA: Springer US, 2007.
61. MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciencia & saude coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.
62. MOHD, F.; AAINAA; MOHD ARIS, M. ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TRANSGENDER WOMEN IN MALAYSIA. **ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TRANSGENDER WOMEN IN MALAYSIA**. **Critical Review**, v. 7, n. 2020, 2021.
63. MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R. M. Saúde e direitos da população trans. **Cadernos de saude publica**, v. 35, n. 4, 2019.
64. MORERA, J. A. C.; PADILHA, M. I. Social representations of sex and gender among trans people. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1235–1243, 2017.
65. MOTMANS, J. et al. Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. **The journal of sexual medicine**, v. 9, n. 3, p. 743–750, 2012.
66. MURALIDHARAN, S. et al. Dentition status and treatment needs and its correlation with oral health-related quality of life among men having sex with men and transgenders in Pune city: A cross-sectional study. **Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP**, v. 22, n. 3, p. 443, 2018.
67. NEWFIELD, E. et al. Female-to-male transgender quality of life. **Qual Life Res**, v. 15, n. 9, p. 1447–1457, 2006.
68. NOBILI, A.; GLAZEBROOK, C.; ARCELUS, J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. **Reviews in endocrine & metabolic disorders**, v. 19, n. 3, p. 199–220, 2018.

69. NORONHA, D. D. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463–474, 2016.
70. PAPAPANOU, P. N. et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **Journal of periodontology**, v. 89, n. S1, 2018.
71. PIMENTEL, R. et al. Self-reported questionnaire on periodontal condition validated for use in Brazil. **Brazilian oral research**, v. 36, 2022.
72. ROBINSON, J. L. et al. Estrogen signaling impacts temporomandibular joint and periodontal disease pathology. **Odontology**, v. 108, n. 2, p. 153–165, 2020.
73. ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, 2016.
74. SÁ, P. T.; CAPUTO, V. G.; MORAES, M. Percepção de pessoas transexuais sobre os atendimentos em serviços de saúde. **Rev Psicol Saúde**, p. 77–90, 2022.
75. SABBAH, W. et al. Social gradients in oral and general health. *Journal of dental research*, v. 86, n. 10, p. 992–996, 2007.
76. SAMROCK, S.; KLINE, K.; RANDALL, A. K. Buffering against depressive symptoms: Associations between self-compassion, perceived family support and age for transgender and nonbinary individuals. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 15, p. 7938, 2021.
77. SANZ, M. et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. **Journal of clinical periodontology**, v. 47, n. S22, p. 4–60, 2020.
78. SOUZA, E. H. A. DE et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2955–2964, 2010.
79. SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social science & medicine (1982)**, v. 32, n. 6, p. 705–714, 1991.
80. SHARMA, P. et al. Impact of oral contraceptives on periodontal health. **African health sciences**, v. 19, n. 1, p. 1795, 2019.
81. SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 644, 2005.
82. Saúde bucal na América: um relatório do Surgeon General. **DHS**, 2000.
83. SILVA, E. D. et al. Physical and sociodemographic features associated with quality of life among transgender women and men using gender-affirming hormone therapy. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, 2021.
84. SIVARANJANI, K. S. et al. Correlation of periodontal status with perceived stress scale score and cortisol levels among transgenders in Puducherry and Cuddalore. **SRM Journal of Research in Dental Sciences**, v. 10, n. 2, p. 61, 2019.
85. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. v. 11, p. 3–11, 1994.
86. SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. **OMS**, v. 75, 2010.

87. SPIZZIRRI, G. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, 2021.
88. SUSSEX, P. V. Edentulism from a New Zealand perspective - A review of the literature. **N Z Dent J**, v. 104, p. 84–96, 2008.
89. TAYLOR, G. W.; BORGNAKKE, W. S. Self-reported periodontal disease: Validation in an epidemiological survey. **Journal of periodontology**, v. 78, n. 7S, p. 1407–1420, 2007.
90. TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cadernos de saúde publica**, v. 20, n. 4, p. 905–914, 2004.
91. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine (1982)**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.
92. VALASHANY, B. T.; JANGHORBANI, M. Quality of life of men and women with gender identity disorder. **Health and quality of life outcomes**, v. 16, n. 1, p. 167, 2018.
93. VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. DE A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. **Revista de saúde publica**, v. 47, n. suppl 3, p. 29–39, 2013.
94. Ware J. How to score SF-12 items. SF-12 v2: How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey. 1995;29–38.
95. WEINHARDT, L. S. et al. The role of family, friend, and significant other support in well-being among transgender and non-binary youth. **Journal of GLBT family studies**, v. 15, n. 4, p. 311–325, 2019.
96. WHITE, K. R. The relation between socioeconomic status and academic achievement. **Psychological bulletin**, v. 91, n. 3, p. 461–481, 1982.
97. WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, v. 273, n. 1, p. 59–65, 1995.
98. WIMMER, G. et al. Coping with stress: its influence on periodontal disease. **Journal of periodontology**, v. 73, n. 11, p. 1343–1351, 2002.
99. WINTER, S. et al. Transgender people: health at the margins of society. **Lancet**, v. 388, n. 10042, p. 390–400, 2016.
100. WITCOMB, G. L. et al. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. **Journal of affective disorders**, v. 235, p. 308–315, 2018.
101. YANG, X. et al. Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. **The journal of sexual medicine**, v. 13, n. 6, p. 977–987, 2016.
102. YU, L. et al. Exercise improves alveolar bone loss and the inflammatory profile of Periodontal disease. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 29, 2023.
103. ZELUF, G. et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. **BMC public health**, v. 16, n. 1, 2016.

APÊNDICE A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

1 DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde geral e bucal e seus fatores associados em pessoas trans no Amazonas

Pesquisador: Erivan Clementino Gualberto Júnior

2 Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 65732222.0.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

3 DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.315.703

4 Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa, arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2172279_E1.pdf, gerado em 10/09/2023 16:09:11.

Resumo: As travestis e transexuais são os que sofrem maior preconceito e discriminação dentro da população LGBTQIA+. Embora possuam o direito aos serviços de prevenção e cuidado, o receio devido aos estigmas que carregam em consequência da transfobia e a falta de suporte da rede de apoio social e familiar, ainda constituem um grande obstáculo de acesso aos serviços de saúde, que afetam negativamente a qualidade de vida dessa população. A saúde da pessoa trans, está correferida as vulnerabilidades exclusivas dessa população, assim como a saúde bucal é acometida negativamente pelo estresse, discriminação, uso de substâncias nocivas á saúde, ISTs e realização de terapia hormonal. Percebe-se um interesse crescente da comunidade científica sobre a transexualidade, porém, os estudos que abordam são escassos, tão pouco ainda, estudos que descrevem o impacto das condições bucais e rede de apoio na qualidade de vida dessa população no Brasil. O presente estudo objetiva avaliar por meio da aplicação dos instrumentos: Short-Form Health Survey (SF-12); Oral health impact profile (OHIP-14); Rede e apoio social - Medical Outcomes Study (MOS – SSS) e Oral Health Questions Set B (OHQB), as diferentes dimensões da qualidade de vida em pessoas trans no Amazonas.

Continuação do Parecer: 6.315.703

Investigador	ProjetoTransCEP07Agosto.pdf	07/08/2023 17:29:45	Erivan Clementino Gualberto Júnior	Aceito
Outros	EMENDA_07AGOSTO_assinado.pdf	07/08/2023 17:26:07	Erivan Clementino Gualberto Júnior	Aceito
Outros	CartaRespostaCEP20Fev.pdf	20/02/2023 20:42:54	Erivan Clementino Gualberto Júnior	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_CEP.pdf	22/12/2022 11:20:50	ACUCENA AMANCIO DALL ALBA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaTrans.pdf	02/12/2022 13:39:29	Erivan Clementino Gualberto Júnior	Aceito
Outros	Anuencia_Policlinica_Codajas.jpeg	03/11/2022 13:00:14	ACUCENA AMANCIO DALL ALBA	Aceito
Outros	Anuencia_FAPSI.pdf	03/11/2022 12:59:52	ACUCENA AMANCIO DALL ALBA	Aceito

3 Situação do Parecer:

Aprovado

4 Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 21 de
Setembro de 2023

5 Assinado por:
Eliana Maria Pereira
da Fonseca
(Coordenador(a))

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

“Primeiro vou fazer algumas perguntas sobre você, sua casa, sua família, estudo e trabalho.”

1. Identidade de gênero: 1. Homem trans 2. Mulher trans 3. Travesti	_
2. Qual a data do seu nascimento?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3. Qual a sua raça/cor da pele? 1. Preta 2. Parda 3. Amarela 4. Branca 5. Indígena	_
4. Qual a sua situação conjugal? 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Separado(a) 5. Vive com companheiro(a)	_
5. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?	_ _ _
6. Quantos cômodos tem em sua casa?	_
7. Qual foi a última série/ano que você completou na escola ou faculdade? (se nunca estudou colocar 0 e 0) _ _ Série / anos completos de faculdade 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior	_
8. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não 1. Sim	_
9. No seu trabalho atual, você é: (se tiver mais de um, considerar apenas o principal) 1. Servidor(a) público 2. Empregado(a), não servidor público 3. Conta própria 4. Empregador(a)	_
10. Qual a renda familiar TOTAL dos moradores do seu domicílio? 1. até R\$ 1.302,00 (até 1 salário-mínimo) 2. de R\$ 1.302,00 a R\$ 2.604,00 (mais que 1 salário- mínimo até 2 salários-mínimos) 3. de R\$ 2.604,00 a R\$ 6.510,00 (mais que 2 salários-mínimos até 5 salários- mínimos) 4. mais que R\$ 6.511,00 (mais que 5 salários- mínimos)	_
11. Algum morador(a) do domicílio recebe algum benefício social (bolsa- família, BPC-Loas, bolsa floresta, etc.)? 0. Não 1. Sim	_

ANEXO 2 – DOENÇAS CRÔNICAS / TABAGISMO / USO DO ÁLCOOL / ATIVIDADE FÍSICA

“Agora, vou fazer algumas perguntas relacionadas à sua saúde e hábitos”

12. Qual seu peso e altura?	_ _ _ _ , _ kg _ , _ _ _ m
13. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de	
Diabetes 0. Não 1. Sim	_
Hipertensão arterial (pressão alta) 0. Não 1. Sim	_
Câncer 0. Não 1. Sim	_
Doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica) 0. Não 1. Sim	_
Depressão 0. Não 1. Sim	_
Obesidade 0. Não 1. Sim	_
Infecção por HIV 0. Não 1. Sim	_
Outra doença / Infecção sexualmente transmissível (IST) 0. Não 1. Sim	_
14. Alguma outra doença ou deficiência grave? 0. Não 1. Sim Qual(is)? _____	_
15. Você está em processo de hormonização (terapia hormonal) ? 0. Não 1. Sim	_
16. Se sim, tem acompanhamento médico? 1. Sim 2. Não	_
Há quanto tempo está em processo de hormonização (terapia hormonal)? 17. 1. 0 a 3 meses 2. 3 a 6 meses 3. 6 a 12 meses 4. Acima de 12 meses	
18. Você sabe qual o nome do hormônio que você faz uso ? 1. Sim 2. Não Se sim, qual? _____	_
19. Atualmente, você fuma algum produto do tabaco? 1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não fumo atualmente	_
20. E no passado, você fumou algum produto da tabaco? 1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não, nunca fumei	_ _
21. Você faz uso de bebida alcoólica? 0. Não 1. Sim	_
22. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a bebida ou ter parado de beber? 0. Não 1. Sim	_

23. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? 0. Não 1. Sim	_
24. Nos últimos 7 dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação ou outra atividade? 1. nenhum dia nos últimos sete dias 2. 1 dia nos últimos sete dias 3. 2 dias nos últimos sete dias 4. 3 dias nos últimos sete dias 5. 5 a 7 dias nos últimos sete dias	_

ANEXO 3 – AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

“Agora vou pedir que você faça uma auto-avaliação da sua saúde e de sua saúde bucal.”

<p>25. Como você classifica a sua saúde geral? 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>26. Como você classifica a sua saúde bucal? 1. Péssima 2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5. Ótima</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>27. Essa escala representa a intensidade de dor dental que você sentiu nos últimos 6 meses. O limite à esquerda representa nenhuma dor. Partindo deste ponto, a intensidade da dor é crescente até o limite da direita, que representa a pior dor possível. Assinale na escala o quanto de dor dental você sentiu nos últimos 6 meses.</p> <p style="text-align: center; padding-top: 20px;"> Nenhuma dor Muitíssima dor </p>	<p style="text-align: right; padding-top: 20px;"> _ </p>

ANEXO 4 – Short-Form Health Survey (SF-12) – Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

“Agora, vou fazer algumas perguntas relacionadas à como você se sente em relação à sua saúde física e psicológica e sua vida social”

<p>28. Em geral você diria que sua saúde é: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Ruim 5. Muito ruim</p>	<p align="center"> _ </p>
<p align="center"><i>As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto? (perguntas 29 e 30)</i></p>	
<p>29. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, fazer compras, limpar a casa e/ou trocar de roupa 1. Sim, dificulta muito 2. Sim, dificulta um pouco 3. Não, não dificulta de modo algum</p>	<p align="center"> _ </p>
<p>30. Subir três ou mais degraus de escadas? 1. Sim, dificulta muito 2. Sim, dificulta um pouco 3. Não, não dificulta de modo algum</p>	<p align="center"> _ </p>
<p align="center"><i>Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (perguntas 31 e 32)</i></p>	
<p>31. Realizou menos tarefas do que você gostaria por causa de sua saúde física ? 1. Sim 2. Não</p>	<p align="center"> _ </p>
<p>32. Sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física ? 1. Sim 2. Não</p>	<p align="center"> _ </p>
<p align="center"><i>Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, <u>como consequência de algum problema emocional</u> (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (perguntas 33 e 34)</i></p>	
<p>33. Realizou menos tarefas do que você gostaria? 1. Sim 2. Não</p>	<p align="center"> _ </p>
<p>34. Deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente como de costume ? 1. Sim 2. Não</p>	<p align="center"> _ </p>
<p>35. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? 1. De maneira alguma 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente</p>	<p align="center"> _ </p>
<p align="center"><i>As próximas três questões (perguntas 36 a 38) são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.</i></p>	
<p>36. Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranqüilo? 1. Todo tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nunca</p>	<p align="center"> _ </p>

<p>37. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? 1. Todo tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nunca</p>	_
<p>38. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido(a) que nada pode animá-lo? 1. Todo tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nunca</p>	_
<p>39. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a <u>sua saúde física ou problemas emocionais</u> interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, sair e etc.)? 1. Todo tempo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo 4. Uma pequena parte do tempo 5. Nenhuma parte do tempo</p>	_

ANEXO 5 – Oral Health Impact Profile (OHIP-14) – Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB)

“Agora vou pedir para você responder algumas perguntas sobre problemas relacionados à saúde bucal no seu dia a dia. São 14 perguntas e as opções de resposta são: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) repetidamente e (4) sempre. Para cada pergunta, pense sempre no que aconteceu nos seis últimos meses. Vamos lá?”

40. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
41. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
42. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	_
43. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
44. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
45. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
46. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
47. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
48. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
49. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
50. Você ficou irritado(a) com as pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
51. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
52. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_
53. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	_

ANEXO 6 – Oral Health Questions Set B (OHQB) – Avaliação da condição periodontal autorreferida

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que você acha da sua condição e saúde gengival e dental”

<p>54. Você acha que pode ter doença na sua gengiva? 0.Não 1.Não sabe 2.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>55. De modo geral, como você diria que está o estado da saúde dos seus dentes e gengiva? 0.Excelente/boa/muito boa 1.Razoável/ruim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>56. Alguma vez, você recebeu tratamento para doença na gengiva, como raspagem ou alisamento das raízes, as vezes chamado de “limpeza profunda”? 0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>57. Você teve algum dente que ficou mole ou caiu sem motivo aparente? 0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>58. Algum dentista já disse que havia perda óssea ao redor dos seus dentes? 0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>59. Nos últimos 6 meses, percebeu que algum dente pareça não estar bem? 0.Não 1.Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>60. Além de usar a escova de dentes, nos últimos 7 (sete) dias, quantas vezes você usou fio dental, ou algum outro método para limpar entre os seus dentes? 0. 4 á 7 dias 1. 0 á 3 dias</p>	<input type="checkbox"/>
<p>61. Além da usar a escova de dentes, nos últimos 7 (sete) dias, quantas vezes você usou bochechos, ou outro produto antisséptico para tratar doenças ou problemas dentários? 0. 4 á 7 dias 1. 0 á 3 dias</p>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 7 – Medical Outcomes Study (MOS – SSS) – Apoio social

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia e convívio com amigos e familiares”

<p>62. Com quantos <u>parentes</u> você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta) _____ parentes <input type="checkbox"/> nenhum</p>	<p> _ _ </p>
<p>63. Com quantos <u>amigos</u> você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta) _____ amigos <input type="checkbox"/> nenhum</p>	<p> _ _ </p>
<p>Para as três perguntas seguintes (64 a 66), se sua resposta for SIM, responda com que frequência. 1.Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas a três vezes por mês 4. Algumas vezes no ano 5. Uma vez no ano</p>	
<p>64. Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 1.sim _____ 2.não</p>	<p> _ _ _____</p>
<p>65. Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? 1. sim _____ 2.não</p>	<p> _ _ _____</p>
<p>66. Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? 1.sim _____ 2.não</p>	<p> _ _ _____</p>
<p>67. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o(a) ajude, se ficar de cama? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>68. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>69. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>70. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>71. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>72. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para se divertir junto? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>73. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>
<p>74. Se você precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre</p>	<p> _ _ </p>

75. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
76. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
77. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
78. Se você precisar, com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
79. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
80. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias, se você ficar doente? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
81. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
82. Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
83. Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
84. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□
85. Se você precisar, com que frequência conta com alguém que você ame que faça se sentir querido? 1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. quase sempre 5. Sempre	□

ANEXO 8 – Condição de Rua e Trabalho Sexual

“Agora vou finalizar com perguntas sobre moradia e trabalho.”

86. Em algum momento da vida ficou sem ter onde morar ? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
87. Se sim, esteve em condição de rua? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
88. Você trabalha como trabalhador/a do sexo ? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
89. Em algum momento da vida trocou sexo por dinheiro, moradia, objeto de valor, serviços ou drogas? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>