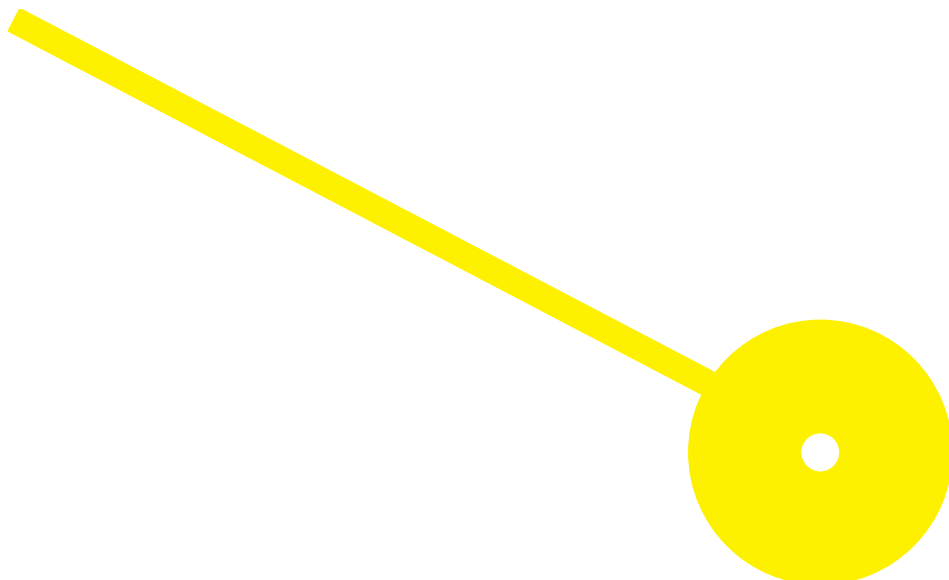




# Levantamento de necessidades em fisioterapia durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas em Portugal: estudo observacional descritivo transversal

Sara Coelho Troia

09/2024





**ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE**

**Levantamento de necessidades em fisioterapia durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas em Portugal: estudo observacional descritivo transversal**

**Autor**

Sara Coelho Troia

**Orientador**

Professora Doutora Andreia Raquel Santos Noites Soares de Pinho |

Escola Superior de Saúde – P.Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Fisioterapia Dermatofuncional** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e colaboração de muitas pessoas, às quais expresso minha profunda gratidão.

À minha orientadora, Professora Andreia Noites, pela paciência, orientação, e pelo vasto conhecimento compartilhado, que foram fundamentais para a conclusão desta tese. A sua dedicação e confiança no meu potencial foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também à Catrina Guimarães, Patrícia Polónia e Bruna Ferreira, pelo apoio e paciência nesta fase final.

À minha família, em especial à minha mãe e ao David, pelo amor incondicional, apoio e compreensão em todos os momentos.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado, direta ou indiretamente. A todos, o meu sincero agradecimento.

## **Resumo**

**Introdução:** O processo de reafirmação de género inclui várias fases, a terapia hormonal e as três cirurgias. A Fisioterapia é essencial, podendo dar resposta a muitas das complicações vividas após cada cirurgia.

**Objetivo(s):** Inferir a realização de fisioterapia durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas e identificar complicações e a satisfação dos após as cirurgias.

**Métodos:** É um estudo observacional descritiva transversal com uma amostragem não probabilística por autosseleção de pessoas que se encontrem em qualquer fase do processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas. Foi utilizado um questionário online. Foram realizadas análises descritivas (mediana e amplitude interquartil), assim como frequências absolutas e relativas.

**Resultados:** A amostra foi composta por 16 respostas válidas. 3 dos indivíduos realizaram fisioterapia pós-mamoplastia. Apresentaram uma mediana  $1\pm 3$  e  $3,5\pm 2$  complicações pós mamoplastia e vaginoplastia respetivamente. Verificou-se uma mediana de  $8\pm 2$  e  $7,5\pm 3$  de satisfação estética, comparativamente a uma de  $9\pm 2$  e  $4,5\pm 4$  funcional na mamoplastia e vaginoplastia respetivamente.

**Conclusão:** A realização de fisioterapia durante o processo de reafirmação de género é muito reduzida, apesar das múltiplas complicações associadas e níveis de satisfação estética e funcional que podem ser melhoradas com a fisioterapia.

**Palavras-chave:** Transição; Identidade de género, Pós-operatório, Encaminhamento, Fisioterapia.

## **Abstract**

**Introduction:** The process of gender reassignment includes several phases, hormone therapy and the three surgeries. Physiotherapy is essential and can respond to many of the complications experienced after each surgery.

**Objective(s):** To find out whether physiotherapy is carried out during the process of gender reassignment from male to female and to identify complications and satisfaction after surgery.

**Methods:** This is a cross-sectional descriptive observational study carried out with a non-probabilistic sample by self-selection of people at any stage of the process of gender reassignment of male to female characteristics. An online questionnaire was used. Descriptive analyses were carried out (median and interquartile range), as well as absolute and relative frequencies.

**Results:** The sample consisted of 16 valid responses. 3 of the individuals had undergone physiotherapy after mammoplasty. They had a median of  $1\pm 3$  and  $3.5\pm 2$  complications after mammoplasty and vaginoplasty respectively. There was a median of  $8\pm 2$  and  $7.5\pm 3$  for aesthetic satisfaction, compared to  $9\pm 2$  and  $4.5\pm 4$  for functional satisfaction in breast augmentation and vaginoplasty respectively.

**Conclusion:** The practice of physiotherapy during the gender affirmation process is very limited, despite the multiple associated complications and the levels of aesthetic and functional satisfaction that can be improved with physiotherapy.

**Keywords:** Transition, Gender identity, Postoperative, Referral, Physiotherapy.

## Índice

|        |                                                                                                          |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.     | Introdução.....                                                                                          | 1  |
| 2.     | Métodos.....                                                                                             | 8  |
| 2.1.   | Desenho de estudo .....                                                                                  | 8  |
| 2.2.   | Contexto.....                                                                                            | 8  |
| 2.3.   | População alvo .....                                                                                     | 8  |
| 2.4.   | Variáveis.....                                                                                           | 9  |
| 2.5.   | Instrumentos e recolha de dados.....                                                                     | 9  |
| 2.6.   | Procedimentos .....                                                                                      | 10 |
| 2.6.1. | Validação do conteúdo do questionário.....                                                               | 10 |
| 2.6.2. | Estudo Piloto.....                                                                                       | 10 |
| 2.7.   | Viés.....                                                                                                | 11 |
| 2.8.   | Tamanho do estudo.....                                                                                   | 11 |
| 2.9.   | Procedimentos estatísticos .....                                                                         | 11 |
| 2.10.  | Considerações éticas .....                                                                               | 12 |
| 3.     | Resultados.....                                                                                          | 13 |
| 3.1.   | Amostra.....                                                                                             | 13 |
| 3.2.   | Características sociodemográficas da amostra.....                                                        | 13 |
| 3.3.   | Características dos procedimentos .....                                                                  | 17 |
| 3.4.   | Associações.....                                                                                         | 20 |
| 3.4.1. | Associação entre problemas de saúde e a toma de medicação.....                                           | 20 |
| 3.4.2. | Associação entre a recomendação e a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento                | 20 |
| 3.4.3. | Associação entre realização de fisioterapia e a presença de complicações pós mamoplastia de aumento..... | 21 |
| 4.     | Discussão.....                                                                                           | 22 |
| 5.     | Conclusão.....                                                                                           | 30 |
|        | Referências Bibliográficas.....                                                                          | 31 |

## 1. Introdução

A sexualidade humana não é apenas sinónimo da função biológica, limitada às características genitais, mas sim o englobamento das características corporais apresentadas como um todo. Desta forma, vai muito além da biologia, abrangendo diversos aspetos, como por exemplo os aspectos psicológicos, sociológicos, religiosos, educacionais, físicos e ambientais (Araujo et al., 2023). A sexualidade é responsável pela formação social de cada indivíduo, estando altamente relacionada com a identidade de género e orientação sexual do próprio. Atualmente, a identidade de género é compreendida como a autoidentificação do indivíduo como homem, mulher, pessoa não-binária, pessoa intersexual, travesti ou queer (Araujo et al., 2023; Coleman et al., 2022; ILGA, 2024).

Uma pessoa que se identifica com o género designado no seu nascimento caracteriza-se por cisgénero. Sendo que o género é inferido – como masculino, feminino ou intersexo –, geralmente através de um exame aos genitais, ignorando outras características secundárias, ou fatores genéticos, endócrinos ou neurológicos. Já uma pessoa que não se identifica com o género designado no seu nascimento caracteriza-se por transgénero, sendo este termo utilizado para descrever indivíduos com diversidade de género (Araujo et al., 2023; Safa et al., 2019). Em determinados casos, apesar de não se identificarem com o género designado ao nascimento, não apresentam desconforto com o seu sexo biológico e não desejam realizar nenhuma modificação da sua aparência física. Quando existe desconforto com o seu sexo biológico podem ser realizadas intervenções médicas (terapias hormonais e/ou procedimentos cirúrgicos) ou poderá existir uma expressão de género, no que diz respeito aos comportamentos, forma de se apresentar e comunicar (Fernandes De Lima et al., 2023; ILGA, 2024; Reis et al., 2021). Transgénero é, então, um termo que engloba várias identidades, como homens e mulheres transexuais, pessoas não binárias, travestis, queer, entre outros (Paganini et al., 2021; G. de J. O. Santos, 2020). Indivíduos com disforia de género podem identificar-se como homens e mulheres, ou como variante de género, transgénero, transexual, travesti, não-género, pangénero, poligénero, género queer, andrógino, neutrois ou outros termos. As estimativas populacionais atuais de pessoas transgénero e não conformes variam de 0,17 a 1.333 em 100.000 em todo o mundo (Meier & Labuski, 2013).

As “mulheres transgéneras” são indivíduos que são designados como homens ou intersexo ao nascimento, mas que se identificam como mulheres, iniciando essa transição com terapia hormonal de sexo cruzado (geralmente terapia exógena de estrogénio e antiandrogénio)

e algumas optam por realizar mamoplastia de aumento (“top surgery”), procedimentos de feminização facial (também conhecido como “facial gender confirm surgery”) e/ou cirurgia de vaginoplastia (“bottom surgery”) (Ferreira & da Silva, 2020).

Segundo A. L. Santos (2013), define-se intersexo como: a circunstância em que a harmonia entre cromossomas sexuais (feminino = XX; masculino = XY), hormonas sexuais (feminino = estrogénio; masculino = testosterona), genitália (vagina e pénis), gónadas (ovários e testículos) e características sexuais secundárias fogem aos critérios estipulados para a categorização de uma pessoa como masculina ou feminina, o que torna impossível determinar o “sexo global” dessa mesma pessoa (A. L. Santos, 2013).

Em Portugal, o conceito de pessoa transgénera é definido como uma convicção profunda e persistente de que a identidade de género não está de acordo com a aparência física, quer completamente ou parcialmente, e é conhecida por disforia de género ou perturbação da identidade de género, considerado durante muitos anos como um diagnóstico de saúde mental (ILGA, 2024; Martins et al., 2022; Safa et al., 2019). Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS), avançou com uma atualização onde a transexualidade saiu da categoria de transtornos mentais, integrando-se na categoria de condições relacionadas à saúde sexual, como “incongruência de género” (Araujo et al., 2023; World Health Organisation, 2019). Desde maio de 2019, os Estados Membros das Nações Unidas começaram a adotar esta nova atualização (World Health Organisation, 2019).

A incongruência de género expressa-se como um sentimento de angústia causado por uma discrepância entre a identidade de género de um indivíduo e o sexo que lhe foi atribuído no nascimento (Ferreira & da Silva, 2020). As pressões sociais associadas à incongruência de género não controlada e/ou ao estigma social que pode acompanhar o diagnóstico e a transição de género podem resultar em níveis clinicamente significativos de angústia que exigem assistência médica, em particular, com experiência especializada do campo (Chen & Loshak, 2020).

A incidência da população transgénera em Portugal está estimada em 1 “homem” em cada 12000 sente que é uma mulher e uma proporção menor de “mulheres” sente que é um homem (ILGA, 2024). Nos últimos dez anos, existiu um aumento do número de indivíduos transgéneros que acabaram por procurar ajuda de profissionais de saúde, como endocrinologistas, psicólogos clínicos, psiquiatras e enfermeiros especialistas em casos de reafirmação de género. Este fenómeno parece estar relacionado com o aumento de informação

dada pelos meios de comunicação atuais, a maior aceitação social, disponibilidade e facilidade do acesso à informação e à criação de vários grupos de apoio LGBTQIA+, promovendo uma maior consciencialização da população sobre este tema (Kyriakou et al., 2020).

Por vezes, a incompatibilidade entre identidade e corpo acontece desde a infância, denominado como transexualidade primária ou clássica, enquanto outras são sentidas mais tarde, denominado como transexualidade secundária. Quando a identificação com o sexo oposto ao que foi atribuído ao nascimento é contínua, é improvável que altere. Posto isto, muitos indivíduos optam por tratamentos que consigam equiparar o sexo à identidade de género (ILGA Portugal, 2024).

O processo de reafirmação de género inicia-se de forma diferente de pessoa para pessoa, consoante aquilo que cada um sabe sobre a sua condição, sobre os tratamentos existentes e a certeza que tem acerca do objetivo do tratamento (Safer & Tangpricha, 2019).

O atendimento médico para pessoas transexuais é prestado em locais especializados, onde vários profissionais de saúde mental, endocrinologistas ou outros especialistas realizam avaliação específica e posterior intervenção, se necessário. Essas intervenções podem ser uma combinação de tratamentos médicos (terapia hormonal cruzada), cirúrgicos (cirurgia de reafirmação sexual (CRS) e procedimentos cirúrgicos não genitais), de saúde mental e outros tratamentos e serviços relacionados. No entanto, é muito comum existirem atrasos e barreiras de acesso no início e durante o tratamento (Chen & Loshak, 2020).

O processo de reafirmação de género apenas é iniciado se forem cumpridos vários critérios, sendo os mais importantes: identidade de género persistente que não vai de encontro ao sexo registado à nascença; capacidade de tomar decisões médicas; exclusão de potenciais condições de confusão de saúde mental. Depois desta avaliação do cumprimento dos critérios é iniciado o planeamento das intervenções médicas em equipa multidisciplinar com a pessoa, tendo em consideração as repercussões biopsicossociais que cada intervenção pode ter (Safer & Tangpricha, 2019).

Em Portugal, a 19 de maio de 1995 foi aprovada a realização de CRS nos casos clínicos adequadamente diagnosticados como “transexualismo ou disforia de género” (ILGA, 2024).

A primeira etapa do processo de reafirmação de género consiste, então, na confirmação da condição de Transexualismo ou Incongruência de Género, através de consultas multidisciplinares e exames médicos. A segunda etapa, dividida em três fases que ocorrem simultaneamente, consiste na experiência da vida real, em que o indivíduo viverá o papel do

gênero desejado. Neste período ocorrem orientações comportamentais e início da terapia hormonal, com o objetivo de iniciar a alteração das características sexuais secundárias do gênero de origem, sendo iniciado, também, alguns protocolos como a depilação definitiva.

O início do tratamento hormonal visa reduzir o crescimento de pelos faciais, induzir o crescimento mamário e mudar a distribuição corporal entre gordura e músculo para que se enquadre nos padrões de referência do gênero feminino. Convencionalmente, a terapia hormonal consiste em diminuir os níveis de testosterona (10,4 – 34,7 nmol/L) para valores tipicamente encontrados em mulheres (<1,7 nmol/L). Deste modo, são administradas doses suprafisiológicas de estrogênio que isoladamente têm a capacidade de suprimir andrógenos, no entanto, pelo risco aumentado de trombose, também são incluídos outros agentes redutores de testosterona, de forma a ser possível administrar doses mais baixas de estrogênio (Hembree et al., 2009). A orquiectomia (remoção dos testículos (Fernandes De Lima et al., 2023)) é a forma mais eficaz de diminuir os níveis de testosterona, mas muitas vezes escolhe-se apenas realizar o tratamento farmacológico numa fase inicial. Após 6 a 18 meses de terapia hormonal, é observado o crescimento mamário, diminuição da massa muscular, aumento da maciez da pele, diminuição do desejo sexual e diminuição do número de ereções (Safer & Tangpricha, 2019).

As cirurgias para melhorar a relação entre identidade de gênero e aparência têm início mais ou menos 2 anos após o início da terapia hormonal (Martins et al., 2022; Petry, 2015). Não são apenas procedimentos estéticos, mas sim uma forma de estabelecer uma completa interação entre identidade sexual, corpo e mente (Araujo et al., 2023). É de notar que não é obrigatório realizar terapia hormonal antes de se ser sujeito a algum tipo de CRS (Safer & Tangpricha, 2019).

A reafirmação de gênero a nível cirúrgico para indivíduos com características masculinas que desejam alterá-las para femininas compreende 3 categorias que não são necessariamente realizadas numa ordem em específico. A primeira categoria consiste na realização de uma ou mais cirurgias de feminização facial para a criação de traços faciais mais femininos, beneficiando a saúde mental e a qualidade de vida destas pessoas (Safer & Tangpricha, 2019).

A segunda categoria envolve cirurgias de aumento do volume mamário. Apesar da terapia hormonal ajudar no desenvolvimento mamário, muitos indivíduos acabam por recorrer a mamoplastia de aumento, para conseguirem ter o tamanho/volume de mama desejado (Safa et al., 2019). O aumento dos seios é muitas das vezes um passo extremamente importante na experiência cirúrgica da paciente transfeminina, sendo feita uma avaliação cuidadosa dos

objetivos da pessoa e das suas características anatómicas, para que a escolha da prótese, o tamanho e a incisão levem a uma satisfação do paciente com os resultados. As taxas de complicações cirúrgicas são baixas e idênticas às vistas em pacientes cisgênero submetidos a este tipo de intervenção (Bekeny et al., 2021).

A terceira categoria compreende as cirurgias de reconstrução genital como vaginoplastias e orquiectomias. Estas cirurgias requerem uma equipa multidisciplinar com profissionais como cirurgião plástico, urologista, uroginecologista e ginecologista com experiência cirúrgica em indivíduos transgêneros. Uma vez que é necessária a avaliação da qualidade do procedimento cirúrgico através da função sexual e urinária pós-cirurgia (Safer & Tangpricha, 2019). A cirurgia de vaginoplastia é considerada uma cirurgia de confirmação ou afirmação de género e é irreversível (Ferreira & da Silva, 2020; Morais & Cortes, 2020). São três as possibilidades cirúrgicas: vaginoplastia sigmóide ou ileal, vaginoplastia peno-escrotal e vaginoplastia de inversão de pele. A mais utilizada e considerada padrão ouro é a vaginoplastia de inversão de pele, que se define pela retirada dos testículos e pela criação da cavidade da neovagina, revestimento de cavidade, construção dos pequenos e grandes lábios, formação do clitóris e reconstrução do hiato uretral (Ferreira & da Silva, 2020; Hazin et al., 2021; LeBreton et al., 2017; Paganini et al., 2021; G. de J. O. Santos, 2020).

Muitas vezes, após este tipo de intervenção, existe a necessidade de adesão à dilatação pós-operatória, pela possibilidade de se observar pele insuficiente para atingir dimensões neovaginais adequadas. No mesmo seguimento, é frequente um crescimento de pelos na neovagina, se for usado um retalho escrotal. O objetivo de todas as técnicas centra-se na construção de uma vagina, clitóris e vulva funcionais e estéticos, capazes de ter relações sexuais e orgasmo (Ferrando, 2018; Ferreira & da Silva, 2020; Morais & Cortes, 2020; Unger, 2017). Como todas as cirurgias, existem diversas complicações que podem ocorrer como consequência da CRS, uma vez que a musculatura do pavimento pélvico é submetida a retalhações e modificações. Entre elas estão a estenose vaginal e uretral, encurtamento da neovagina, prolapso vaginal, disfunções sexuais tendo mais prevalência a dispareunia e anorgasmia, e fragilidade da parede vaginal. Além dessas, são citadas complicações imediatas: fístulas, retenções urinárias, sangramentos, infeções, lesões retais e necroses teciduais pós cirúrgicas imediatas (Araujo et al., 2023; Cardoso De Sousa et al., 2019; Carolina et al., 2018; Ferreira & da Silva, 2020).

Após a vaginoplastia, existem protocolos pós-operatórios que devem ser seguidos, nomeadamente a dilatação pós-operatória e a realização de fisioterapia pélvica. Considerando,

apenas, estudos realizados para esta população, sabemos que a intervenção em fisioterapia desempenha um papel crucial no acompanhamento dos utentes durante todos os processos cirúrgicos. No pré-cirúrgico, o objetivo centra-se na avaliação e preparação física para a cirurgia, tal como educar e orientar o utente para a mesma. No pós-cirúrgico, o fisioterapeuta desempenha um papel fundamental para direcionar o processo de cicatrização, prevenir e tratar possíveis complicações, aprimorar o resultado cirúrgico, promover funcionalidade, acelerar a recuperação e melhorar a qualidade de vida (Mendoza et al., 2021).

Tendo em conta as cirurgias realizadas durante o processo de reafirmação de género, a fisioterapia é essencial. Dentro das suas diferentes áreas, a fisioterapia dermatofuncional é a responsável pela promoção e reabilitação da funcionalidade do sistema tegumentar, tecidos subcutâneos e sistema linfático. A fisioterapia dermatofuncional desempenha funções essenciais principalmente sobre condições cirúrgicas, de origem endócrina, metabólica, circulatória, dermatológica, que afetem direta ou indiretamente a integridade do sistema tegumentar (APFISIO, n.d.; CONFFITO, 2014).

Segundo a literatura encontrada, a fisioterapia pélvica é o tema mais estudado na população transgénera durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas. Relativamente a área, não foram encontrados estudos que tenham sido realizados nesta população durante o processo de reafirmação de género (Mendoza et al., 2021; Migotto et al., 2013; Zyznawska et al., 2013).

Perante a falta de bibliografia sobre os efeitos da intervenção em fisioterapia nas diferentes complicações pós-cirúrgicas nos processos de reafirmação, nomeadamente na mamoplastia e vaginoplastia (Ghaderi et al., 2019). Existe apenas o pressuposto de que as intervenções e complicações em pessoas transgéneras, assim como as possíveis intervenções em fisioterapia, assemelham-se às que são realizadas em pessoas cisgéneras que se submetem a este tipo de procedimentos. No entanto, considerando as alterações hormonais, físicas e emocionais e a sua influência ao nível do sistema tegumentar, tecidos subcutâneos, sistema vascular e linfático, torna-se importante compreender quais as especificidades que estão presentes nesta população. No mesmo seguimento, é necessário compreender sobre as complicações específicas que advêm da cirurgia de vaginoplastia, bem como de que forma esta população recebe as indicações necessárias tanto sobre a realização de fisioterapia após os procedimentos cirúrgicos, como em relação à sua função sexual após cirurgia.

Deste modo, este estudo tem como objetivo principal inferir a realização de fisioterapia na população-alvo durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas. Desta forma, os objetivos específicos passam por realizar um levantamento das necessidades desta população através da identificação do número e tipos de complicações e o nível de satisfação dos indivíduos após as cirurgias e a função sexual. Para além destes, pretende-se perceber se existem recomendações para a realização de fisioterapia por parte de outros profissionais de saúde.

## 2. Métodos

### 2.1. Desenho de estudo

O presente estudo enquadra-se num estudo observacional descritivo transversal que segue as diretrizes de STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), (*Anexo I*) sem a intervenção ou controlo artificial por parte dos investigadores responsáveis. Trata-se de um estudo que tem por base a recolha de dados de forma não-probabilística por autosseleção (voluntária).

### 2.2. Contexto

De modo a realizar a seleção e a caracterização da amostra elaborou-se o “Questionário de Seleção e Caracterização da Amostra” (*Anexo II*) para preenchimento por parte de indivíduos que se encontrem em qualquer fase de reafirmação de género de características masculinas para femininas ou que já tenham terminado o processo de reafirmação em Portugal.

### 2.3. População alvo

A população alvo deste estudo foi constituída por indivíduos que se encontrem a realizar ou tenham realizado qualquer intervenção correspondente a uma fase do processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas.

No sentido de garantir que a amostra apresentava o máximo de características em comum, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos com mais de 18 anos de idade;
- Indivíduos que se encontrassem em qualquer fase de reafirmação de género de características masculinas para femininas ou que já a tenham terminado;
- Indivíduos aos quais foram atribuídos os dois sexos à nascença (intersexo) mas que realizaram ou iniciaram o processo de reafirmação de género para características femininas;
- Indivíduos que receberam os seus cuidados de saúde em Portugal.

Não se incluíram critérios de exclusão, nomeadamente problemas de saúde mental, pois todos os indivíduos que se encontram ou já terminaram o processo de reafirmação de género já passaram por uma série avaliações criteriosas que salvaguardam os critérios de exclusão que poderiam ser aplicados para poder realizar os respetivos procedimentos médicos, como já referido na introdução.

## 2.4. Variáveis

De acordo com os objetivos do estudo, este procura descrever as seguintes variáveis: caracterização da amostra (Idade (anos), identidade de género, sexo atribuído à nascença (masculino ou intersexo), área de residência, altura (cm), peso (Kg), problemas de saúde, medicação, data de início do processo), fases do processo de reafirmação de género (data de realização de cada fase, efeitos sentidos com a terapia hormonal) complicações (após mamoplastia e vaginoplastia) assim como recomendação (se recebeu por parte de um profissional de saúde) e realização de fisioterapia (se realizou pré e/ou pós ou não realizou), e satisfação estética e funcional pós-cirúrgicas (0-não satisfeita a 10- muito satisfeita), função sexual após vaginoplastia (se tem desejo sexual, se e quando iniciou relações sexuais, se sente dor durante as relações sexuais, se realiza e sente dor na penetração, se já atingiu e tem dificuldade em atingir um orgasmo).

## 2.5. Instrumentos e recolha de dados

De modo a realizar a seleção e a caracterização da amostra elaborou-se o “Questionário de Seleção e Caracterização da Amostra” para preenchimento. Neste estudo foi utilizado um questionário de autopreenchimento em versão digital através da plataforma Google Forms, com uma duração de aproximadamente 10 minutos e limitado a uma resposta por pessoa, salvaguardando respostas em duplicado.

Este está dividido em seis partes: uma primeira acerca dos dados sociodemográficos dos participantes; a segunda com as informações relativas ao início do processo de reafirmação; a terceira relativa à realização da intervenção cirúrgica de mamoplastia; a quarta com questões acerca da realização de cirurgia de harmonização facial e a quinta parte relativa à realização da intervenção cirúrgica de vaginoplastia, avaliando as complicações, encaminhamento para a realização de fisioterapia e satisfação estética e funcional nestas três últimas intervenções e finalmente uma sexta parte sobre a função sexual após vaginoplastia.

O questionário em questão foi divulgado nas redes sociais e enviado por email para profissionais de psicologia, fisioterapia e outros profissionais de saúde e os associados das seguintes associações e grupos:

- Associação Amplos – Associação de Mães e Pais Pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género
- Ação pela Identidade – Intervenção Transexual e Intersexo
- Associação Plano I
- Associação Tudo Vai Melhorar
- Grupo Transsexual Portugal
- Panteras Rosa – Frente de Combate à Lesbigaytransfobia
- Casa Qui – Associação de Solidariedade Social
- Identidades e Afetos
- ILGA Portugal – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo
- Opus Diversidades – Associação de Apoio e Defesa dos Direitos Humanos, a nível individual e coletivo, das minorias sexuais
- Rede Ex Aequo – Associação de Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo
- Rede de Apoio Trans, Não-Binária e Intersexo – Apoiotranscovid

A vinte de abril de 2024 foi enviado o questionário para as instituições acima referidas, estando este último disponível até dia dez de junho de 2024. Durante este período foi realizada a seleção da amostra e posteriormente a análise dos dados até dia vinte de agosto de 2024.

## 2.6. Procedimentos

### 2.6.1. Validação do conteúdo do questionário

Primeiramente foi elaborado um questionário piloto. Inicialmente o questionário foi enviado a um grupo de 5 peritos (conjunto de profissionais com experiência clínica ou de docência) que avaliaram as questões tendo em consideração a pertinência (graduada de 1-nada pertinente a 5-totalmente pertinente), clareza (graduada de 1-nada claro a 5- totalmente claro) e construção (1-fraca construção a 5-ótima construção) das questões numa escala do tipo Likert (graduada de 1 a 5) foi permitido, também, que os peritos no final do questionário acrescentassem comentários com o objetivo de melhorar o questionário (*Anexo III*).

### 2.6.2. Estudo Piloto

Para além disso, após as alterações propostas pelo grupo de peritos, um grupo de 3 indivíduos, selecionados de forma não aleatória, com características semelhantes à amostra em estudo, respondeu a um teste de compreensão do questionário (*Anexo IV*), com o objetivo de avaliar a pertinência, clareza das questões, as instruções, o vocabulário e tempo de resposta do questionário.

As respostas foram analisadas e realizaram-se alterações do vocabulário, terminologias e pronomes utilizados, obtendo-se, assim, a versão final do mesmo. Posteriormente foi feito o contacto com as associações supracitadas para a publicitação via redes sociais e email do questionário.

## **2.7. Viés**

Antecipando qualquer viés, foi feita uma explicação introdutória no início do questionário, informando os participantes das condições para o preenchimento do mesmo, incluindo-se nestas, os critérios de inclusão, tal como o objetivo deste inquérito. Para facilitar o preenchimento do mesmo, as perguntas foram desenhadas de forma a não suscitar dúvidas, sendo estas apenas de resposta fechada ou de escolha múltipla.

Além disso, é necessário salvaguardar que foi garantida uma opção de resposta em aberto quando nenhuma das opções de resposta satisfazia a resposta do participante, existindo oportunidade para o participante acrescentar à sua própria resposta.

## **2.8. Tamanho do estudo**

No presente estudo obteve-se resposta por parte de 18 pessoas, dentro das quais, 16 enquadram-se nos critérios de inclusão.

## **2.9. Procedimentos estatísticos**

A análise dos dados foi realizada através do IBM SPSS Statistics® software, versão 29.0.1.0, com um nível de significância de 0,05.

Foram realizadas análises descritivas através da mediana e desvio interquartil, assim como frequências absolutas e relativas. Estas foram utilizadas para a caracterização da amostra,

assim como, análise do número de indivíduos em cada fase e o número de complicações associadas, o número de indivíduos que realizou fisioterapia e se esta última foi recomendada ou não, e ainda, o nível de satisfação a nível funcional e estético pós-cirúrgico e a função sexual após vaginoplastia. Para além disto, o Teste de Fisher foi utilizado para testar a associação entre a existência de problemas de saúde e a toma de medicação, a associação entre a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento e a recomendação para a sua realização e a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento e a presença de complicações pós-mamoplastia de aumento (Marôco, 2018).

## **2.10. Considerações éticas**

O presente estudo obteve um parecer favorável por parte da Comissão de Ética da ESS-P.Porto com o número de registo nº CE0087C. Todos os dados foram armazenados numa base de dados a que apenas os investigadores responsáveis tiveram acesso. Todos os indivíduos participaram de forma voluntária e consentiram a utilização dos dados recolhidos em resposta ao questionário de acordo com o termo de consentimento informado, segundo a lei 67/98 de outubro e “Declaração de Helsíquia” da Associação Médica Mundial, que foi apresentado no início do questionário. O anonimato e a confidencialidade dos participantes foram assegurados.

### 3. Resultados

#### 3.1. Amostra

Foram obtidas 18 respostas ao questionário, dos quais 2 não cumpriram com os critérios de inclusão, ficando uma amostra para a análise de 16 participantes (Figura 1).

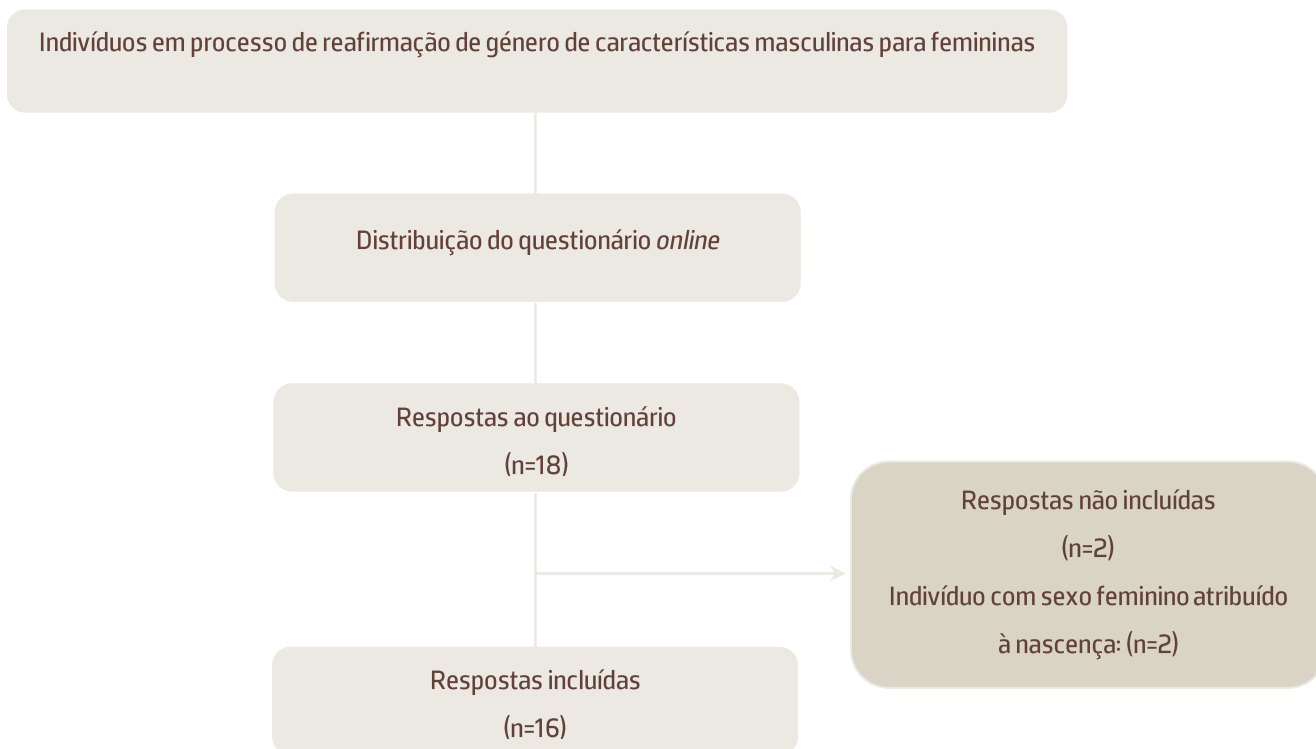


Figura 1–Diagrama de seleção da amostra

#### 3.2. Características sociodemográficas da amostra

Na seguinte tabela (Tabela 1) está representada uma breve caracterização estatística da amostra inquirida, com uma mediana de idades de  $29 \pm 10$  anos. Para além disto, observou-se um valor de mediana de idade de início do processo de  $22 \pm 9$  anos.

Quanto à idade de realização da cirurgia de mamoplastia e vaginoplastia, recolheu-se uma mediana de  $28 \pm 9$  anos e  $29 \pm 10$  anos, respetivamente. Em relação à duração do processo de reafirmação de género (desde o início do processo à realização de vaginoplastia) verificou-se uma mediana de  $6 \pm 7$  anos.

Em relação ao início do processo de avaliação para a reafirmação de género, 6,3% (n= 1) começou o processo entre 1987–2010 e 93,8% (n= 15) entre 2011–2024.

Verificou-se um predomínio de indivíduos atribuídos com sexo masculino, 81,3% (n= 13) à nascença comparativamente a indivíduos atribuídos com intersexo, 18,8% (n= 3).

Relativamente à área de residência, na região Norte observa-se a maior percentagem de 43,8% (n= 7), seguida pelo Centro, em que se observou a percentagem de 31,3% (n= 5), seguido do Sul com 12,1% (n= 2) e Ilhas com 6,3% (n= 1).

Considerando o peso e altura dos participantes, 56,3% (n= 9) dos indivíduos apresenta um IMC de valor normal, enquanto existem 6,3% (n= 1) da amostra abaixo do normal e 37,5% (n= 6) acima do normal.

O efeito da terapia hormonal mais relatado pelos participantes, com uma percentagem de 68,8% (n= 11) foi a redistribuição de gordura corporal, assim como a perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial. Para além destes, é de realçar que 62,5% (n= 10) dos indivíduos também referiu aumento do peso.

No que diz respeito às complicações pós-mamoplastia de aumento, verificou-se que as alterações da sensibilidade e da cicatriz foram as complicações mais recorrentes, com uma percentagem de 44,4 (n= 4) e 55,6% (n= 5). No que toca às complicações da vaginoplastia, a dor genital (100,0%; n= 6) e a deiscência da cicatriz (50,0%; n= 3) são as mais presentes nesta amostra. Além disso, 50,0% (n= 3) da amostra admite apresentar incontinência urinária e 33,3% (n= 2) sofre de obstipação.

Observou-se ainda que apenas 25,0% (n= 4) dos indivíduos reportou ter problemas de saúde, comparativamente a 68,8% (n= 11) que referiu tomar medicação não associada ao processo de reafirmação de género. Sendo que, 62,5% (n= 10) dos participantes toma antidepressivos e 25,0% (n= 4) toma ansiolíticos.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra: idade, duração do processo, sexo atribuído à nascença, área de residência, IMC, efeitos terapia hormonal, complicações mamoplastia, complicações vaginoplastia, complicações urinárias e fecais, problemas de saúde e medicação.

| Características da amostra                       |            |
|--------------------------------------------------|------------|
|                                                  | Md ± AIQ   |
| Idade dos participantes (anos) (n=16)            | 29 ± 10,00 |
| Início do processo                               | 22 ± 9,00  |
| Mamoplastia*                                     | 28 ± 9,00  |
| Vaginoplastia**                                  | 29 ± 10,00 |
| Duração do processo (anos)                       |            |
| Início do processo → Mamoplastia*                | 3 ± 3,00   |
| Mamoplastia* → Vaginoplastia**                   | 4 ± 3,00   |
| Vaginoplastia** → Início do processo             | 6 ± 7,00   |
| n (%)                                            |            |
| Início do processo (n=16)                        |            |
| 1987 - 2010                                      | 1 (6,3)    |
| 2011 - 2024                                      | 15 (93,8)  |
| Sexo atribuído à nascença (n= 16)                |            |
| Masculino                                        | 13 (81,3)  |
| Intersexo                                        | 3 (18,8)   |
| Área de Residência (n=16)                        |            |
| Norte                                            | 7 (43,8)   |
| Centro                                           | 5 (31,3)   |
| Sul                                              | 2 (12,1)   |
| Ilhas                                            | 1 (6,3)    |
| Não fornecido                                    | 1 (6,3)    |
| IMC (n=16)                                       |            |
| Abaixo do normal (<18,5 Kg/m <sup>2</sup> )      | 1 (6,3)    |
| Normal (>18,5 e <24,9 Kg/m <sup>2</sup> )        | 9 (56,3)   |
| Acima do normal (>25 e <29,9 Kg/m <sup>2</sup> ) | 6 (37,5)   |
| Efeitos terapia hormonal (n=16)                  |            |

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| Diminuição do volume testicular                             | 9 (50,0)  |
| Diminuição da produção de esperma                           | 6 (37,5)  |
| Diminuição da libido                                        | 5 (31,3)  |
| Diminuição de ereções espontâneas                           | 6 (37,5)  |
| Disfunção sexual masculina                                  | 4 (25,0)  |
| Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial | 11 (68,8) |
| Diminuição da massa muscular/força                          | 9 (56,3)  |
| Crescimento mamário                                         | 9 (56,3)  |
| Suavização da pele/Diminuição da oleosidade                 | 7 (43,8)  |
| Redistribuição da gordura corporal                          | 11 (68,8) |
| Aumento do peso                                             | 10 (62,5) |
| Hipertensão                                                 | 2 (12,5)  |
| Hipertrigliceridemia                                        | 1 (6,5)   |

#### Complicações da mamoplastia (n = 9)

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Nenhuma                     | 3 (33,3) |
| Fibrose cicatricial         | 2 (22,2) |
| Alterações na cicatriz      | 5 (55,6) |
| Alterações da sensibilidade | 4 (44,4) |
| Dor                         | 3 (33,3) |
| Assimetria                  | 1 (11,1) |

#### Complicações da vaginoplastia (n = 6)

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Deiscência da cicatriz      | 3 (50,0) |
| Alterações da sensibilidade | 1 (16,7) |
| Estenose do canal vaginal   | 2 (33,3) |
| Dor genital                 | 6 (100)  |

#### Complicações urinárias da vaginoplastia (n = 6)

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Incontinência urinária         | 3 (50,0) |
| Alterações na função miccional | 1 (16,7) |

#### Complicações fecais da vaginoplastia (n = 6)

|            |          |
|------------|----------|
| Obstipação | 2 (33,3) |
|------------|----------|

#### Problemas de saúde (n=16)

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Admitidos pelos indivíduos | 4 (25,0) |
|----------------------------|----------|

|                     | Medicação (n=16) |
|---------------------|------------------|
| Total               | 11 (68,8)        |
| Antidepressivos     | 10 (62,5)        |
| Ansiolíticos        | 4 (25,0)         |
| Anti-hipertensivos  | 1 (6,3)          |
| Anti-dislipidémicos | 1 (6,3)          |

Legenda: \* n=9; \*\* n=6; Md – Mediana; AIQ – amplitude interquartil

### 3.3. Características dos procedimentos

Na Tabela 2, todos os indivíduos realizaram ou realizam terapia hormonal, e nenhum realizou cirurgia de feminização facial, 56,3% (n= 9) realizaram mamoplastia de aumento e 37,5% (n= 6) vaginoplastia. Aferiu-se ainda que apenas 3 indivíduos (33,3%), após ter realizado a mamoplastia de aumento, receberam recomendações para a realização de fisioterapia (1 por parte de amigos e 2 por partes de outros profissionais de saúde) e os 3 realizaram fisioterapia pós-cirúrgica. No caso da vaginoplastia, nenhum participante recebeu recomendações nem realizou fisioterapia.

Tabela 2-Procedimentos realizados durante as fases do processo e a realização de fisioterapia

|                                 | Amostra total n (%) |                                 |                       |
|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|-----------------------|
|                                 | Total               | Recomendações Para Fisioterapia | Realizou Fisioterapia |
| <b>Procedimentos realizados</b> |                     |                                 |                       |
| Terapia Hormonal                | 16 (100%)           | Não aplicável                   | Não aplicável         |
| Feminização Facial              | 0 (0%)              | Não aplicável                   | Não aplicável         |
| Mamoplastia de aumento          | 9 (56,3%)           | 3 (33,3%)                       | 3 (33,3%)             |
| Vaginoplastia                   | 6 (37,5%)           | 0 (0%)                          | 0 (0%)                |

Como se observa na Tabela 3, o valor da mediana das complicações pós mamoplastia corresponde a  $1 \pm 3$ .

Verifica-se uma mediana de  $8 \pm 2$  de satisfação a nível estético, comparativamente a uma mediana de  $9 \pm 2$  a nível funcional. Em ambos os tipos de satisfação, observam-se valores mínimos (7) e máximos (10) iguais.

Tabela 3– Complicações e satisfação pós-cirúrgicas da mamoplastia e nível de satisfação estética e funcional.

| Complicações e satisfação pós-cirúrgicas da mamoplastia |          |
|---------------------------------------------------------|----------|
|                                                         | Md ± AIQ |
| Complicações                                            |          |
| Totais                                                  | 1 ± 3,00 |
| Satisfação                                              |          |
| Nível estético (0-10)                                   | 8 ± 2,00 |
| Nível funcional (0-10)                                  | 9 ± 2,00 |

Legenda: Md – Mediana; AIQ – amplitude interquartil

Na Tabela 4 observa-se que o valor da mediana das complicações totais pós vaginoplastia corresponde a  $3,5 \pm 2$ , sendo que a nível de complicações cirúrgicas. Urinárias e fecais correspondem a  $2 \pm 1$  e  $0 \pm 1$  respetivamente.

No que diz respeito à satisfação da vaginoplastia, verifica-se uma mediana de  $7,5 \pm 3$  de satisfação a nível estético, comparativamente a uma mediana de  $4,5 \pm 4$  a nível funcional. É de realçar que o valor mínimo da satisfação a nível estético e funcional é de 1, sendo que o valor máximo a nível estético é 9 e a nível funcional é 6.

Além disso, é possível observar que o início da atividade sexual após a vaginoplastia apresentou uma mediana de  $13,5 \pm 11$  meses.

Tabela 4–Complicações e satisfação e atividade sexual (desejo sexual, dor durante a atividade sexual, realização de penetração, sensação de orgasmo e dificuldade em atingir orgasmo), pós-cirúrgicas da vaginoplastia.

| Vaginoplastia          |            |
|------------------------|------------|
|                        | Md ± AIQ   |
| Complicações           |            |
| Totais                 | 3,5 ± 2,00 |
| Cirúrgicas             | 2 ± 1,00   |
| Urinárias              | 1 ± 1,00   |
| Fecais                 | 0 ± 1,00   |
| Satisfação             |            |
| Nível estético (0-10)  | 7,5 ± 3,00 |
| Nível funcional (0-10) | 4,5 ± 4,00 |

|                                                  |                                |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                  |                                |
| Início da atividade sexual (meses após cirurgia) | 13,5 ± 11,00                   |
|                                                  |                                |
|                                                  | <b>n (%)</b>                   |
|                                                  |                                |
|                                                  | Desejo sexual                  |
| Sim                                              | 5 (83,3)                       |
| Não                                              | 1 (16,7)                       |
|                                                  |                                |
|                                                  | Dor durante atividade sexual   |
| Sim                                              | 5 (83,3)                       |
| Não                                              | 1 (16,7)                       |
|                                                  |                                |
|                                                  | Realização de penetração       |
| Sim                                              | 0 (0,0)                        |
| Não                                              | 6 (100,0)                      |
|                                                  |                                |
|                                                  | Sentiu orgasmo                 |
| Sim                                              | 2 (33,3)                       |
| Não                                              | 4 (66,7)                       |
|                                                  |                                |
|                                                  | Dificuldade em atingir orgasmo |
| Sim                                              | 4 (66,7)                       |
| Não                                              | 2 (33,3)                       |

Legenda: Md – Mediana; AIQ – amplitude interquartil

Especificamente em relação à atividade sexual após vaginoplastia é possível observar que 83,3% (n=5) apresenta desejo sexual, no entanto o mesmo número de participantes refere que sente dor durante a atividade sexual. Nenhum dos participantes admite realizar penetração durante a atividade sexual e 66,7% (n=4) dos participantes referem não sentir orgasmos assim como apresentam dificuldade em atingir orgasmos.

Além destes resultados, é importante salientar que a totalidade da amostra (n=16) admitiu que "Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género (presença de sofrimento, mal-estar e desconforto psicológico persistente que resulta da incongruência entre a sua identidade de género e o sexo atribuído ao nascimento, às características sexuais primárias e secundárias (genitais, mamas, pelos, formato do corpo, voz) e em relação ao papel de género socialmente

expectável em relação a esse sexo)” e que “Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de gênero”.

### 3.4. Associações

#### 3.4.1. Associação entre problemas de saúde e a toma de medicação

Como observado na tabela 5, inferiu-se através do valor  $p = 0,272$ , que não existem evidências estatísticas suficientes, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que os problemas de saúde admitidos pelos participantes estejam associados à toma de medicação.

Tabela 5- Associação entre problemas de saúde e a toma de medicação

|                    |     | Medicação |     |       | Valor p |
|--------------------|-----|-----------|-----|-------|---------|
|                    |     | Não       | Sim | Total |         |
| Problemas de saúde | Não | 4         | 8   | 12    | 0,272   |
|                    | Sim | 0         | 4   | 4     |         |
| Total              |     | 4         | 12  | 16    | /       |

#### 3.4.2. Associação entre a recomendação e a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento

Verifica-se através do valor  $p = <0,001$  (tabela 6), que existem evidências estatísticas suficientes, para um nível de significância de 0,05, para afirmar que a recomendação para a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento está associada à realização de fisioterapia.

Tabela 6- Associação entre a recomendação e a realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento

|                                  |                         |     | Recomendação para realização de Fisioterapia pós-mamoplastia de aumento |     |       | Valor p |
|----------------------------------|-------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|-----|-------|---------|
|                                  |                         |     | Não                                                                     | Sim | Total |         |
| Realizou fisioterapia de aumento | Fisioterapia de aumento | Não | 6                                                                       | 0   | 6     | <0,001  |
|                                  |                         | Sim | 0                                                                       | 3   | 3     |         |

|       |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|
| Total | 6 | 3 | 9 | / |
|-------|---|---|---|---|

### 3.4.3. Associação entre realização de fisioterapia e a presença de complicações pós mamoplastia de aumento

Existem evidências estatísticas suficientes, para um nível de significância de 0,05, através do valor  $p = <0,001$  (tabela 7), para afirmar que a realização de fisioterapia está associada à menor presença de complicações pós mamoplastia de aumento.

Tabela 7- Associação entre realização de fisioterapia e a presença de complicações pós mamoplastia de aumento

|                                              |              | Presença de complicações pós-mamoplastia de aumento |     |       | Valor p |
|----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|-----|-------|---------|
|                                              |              | Não                                                 | Sim | Total |         |
| Realizou<br>pós-mamoplastia<br>de<br>aumento | Fisioterapia | Não                                                 | 2   | 4     | 6       |
|                                              |              | Sim                                                 | 1   | 2     |         |
|                                              |              | Total                                               | 3   | 6     | 9       |

#### 4. Discussão

É crescente o número de transgéneros que optam por atendimento médico e, por vezes, cirúrgico em todo o mundo, principalmente nos últimos anos. No que diz respeito à assistência em saúde, as pessoas transgénero possuem maior dificuldade em aceder aos serviços de saúde, já que muitas vezes são vítimas da trans/travestifobia institucional, o que culmina numa baixa taxa de cuidados de saúde assegurados após a transição (Rocon et al., 2020).

Considerando a falta de literatura acerca da intervenção e acompanhamento da fisioterapia nos indivíduos em processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas em Portugal, este estudo pretendia descrever e dar resposta a esta problemática. Apesar de não ser possível extrapolar os resultados para a população-alvo, dado o baixo tamanho amostral, considerou-se importante descrever esta amostra.

Neste estudo, observou-se um valor de mediana de idade de início do processo de  $22 \pm 9$  anos, comparativamente às medianas de  $28 \pm 9$  anos e  $29 \pm 9$  anos de idade de realização da cirurgia de mamoplastia de aumento e vaginoplastia, respetivamente. Como se verifica, trata-se de um processo moroso ( $6 \pm 7$  anos), que se aproxima do tempo médio de 6 a 7 anos segundo a ILGA (ILGA Portugal, 2024).

Apesar da primeira descrição de CRS ter sido publicada no início da década de 1930, a procura por este tipo de intervenções tem vindo a crescer (Patrícia & Sá, 2017). Efetivamente entre 2010 e 2020, observou-se um aumento do número de indivíduos transgéneros que procuram ajuda de profissionais de saúde (Kyriakou et al., 2020). Esta informação vai ao encontro do que é possível observar nesta amostra sendo que 93,8% dos participantes iniciou o processo de reafirmação de género entre 2011 e 2024.

A toma de medicação é normalmente o primeiro passo no processo de reafirmação de género. No entanto, além da medicação relacionada com a terapia hormonal, 68,8% dos indivíduos inquiridos referiu tomar outros tipos de medicação. Os resultados do presente estudo revelam que 62,5% dos participantes toma antidepressivos e 25% toma ansiolíticos. Apesar da evidência demonstrar uma redução dos níveis de ansiedade e depressão associados à disforia de género e melhoria na qualidade de vida com a terapia hormonal, a percentagem de participantes que parece continuar a sofrer é consideravelmente elevada (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2009). Isto pode ser corroborado pela angústia, isolamento, baixa autoestima que resultam muitas vezes em depressão e pensamentos suicidas, causados pelos conflitos internos e fatores

externos associados à incongruência de género (Eftekhar Ardebili et al., 2020; Kyriakou et al., 2020).

Apesar da amostra deste estudo não ser representativa da população-alvo, verifica-se que apenas 25% dos indivíduos reportou ter problemas de saúde, ainda que 62,5% tomem antidepressivos e ansiolíticos, existindo uma percentagem relevante de participantes que não associa a toma deste tipo de medicação à existência de um problema de saúde. Este resultado parece demonstrar que as pessoas transgénero podem apresentar uma maior dificuldade em aceder aos serviços especializados, o que culmina na falta de literacia em saúde nesta população, em consequência do condicionamento do planeamento e da implementação de cuidados de saúde adequados. Em Portugal os serviços de saúde parecem não estar preparados para dar resposta às necessidades específicas desta população, levando à desinformação sobre o próprio estado de saúde das pessoas (Direção-Geral da Saúde, 2019; Rocon et al., 2020).

O processo de reafirmação de género inicia-se geralmente com a terapia hormonal (Safer & Tangpricha, 2019). Esta pode ser iniciada utilizando doses progressivas de hormonas quando os adolescentes completam 16 anos e deve ser mantida durante o processo de reafirmação de género (Patrícia & Sá, 2017).

Os principais objetivos da terapia hormonal centram-se na redução dos níveis de hormonas sexuais endógenas de modo a minimizar as características sexuais secundárias do sexo biológico e induzir as características sexuais do sexo desejado. Majumder & Sanyal (2017) realizaram um estudo retrospectivo das preferências de tratamento em pessoas transgéneros, e constataram que a terapia somente com estrogénio foi a escolhida pela maioria da sua amostra por ser de fácil acesso. No entanto, os esquemas de feminização podem incluir uma combinação de estrogénios com antiandrogéneos (agentes que suprimem a produção ou impedem a ação dos androgénios)(Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2009). Os efeitos da terapia hormonal são diversos, como por exemplo, alterações físicas no fenótipo das suas características primárias como crescimento das mamas, aumento do tecido adiposo, redução do comprimento, diâmetro e da velocidade do crescimento dos pelos, melhora da função vascular, aumento da densidade óssea e redução do volume prostático (Athayde, 2001). De acordo com Coleman et al. (2022) a terapia hormonal com hormonas de feminização pode ter como efeitos o aumento de peso, hipertensão, hipertrigliceridemia, mudanças na redistribuição corporal, diminuição dos pelos corporais e faciais, diminuição da força e massa muscular, crescimento mamário, diminuição da libido, diminuição das ereções espontâneas, disfunção sexual masculina, diminuição da

espermatogéneses, crescimento mamário e alterações na voz, o que vai ao encontro com os dados observados no presente estudo (Coleman et al., 2022).

Nesta amostra, foi possível observar a presença destes efeitos da terapia hormonal, sendo de notar que 62,5 % dos indivíduos referiu aumento do peso e 68,8% uma redistribuição de gordura corporal o que pode ser uma das justificações para os 37,5% dos participantes que apresentam um IMC acima do normal. A terapia hormonal pode levar ao aumento do peso e consequentemente do IMC, uma vez que a toma de progesterona estimula a atividade da enzima lipoproteína lipase, levando à formação e acumulação de gordura. Para além disso, a progesterona e o estrogénio aumentam o risco de resistência à insulina, dificultando a utilização de glicose como fonte de energia pelo organismo, acabando por ficar armazenada sob forma de gordura. O estrogénio pode ser responsável pela redistribuição de gordura corporal uma vez que este promove a acumulação de gordura subcutânea principalmente na região da anca e coxas (padrão ginoide) (Bracht et al., 2020; Reubinoff et al., 1995; Safer & Tangpricha, 2019).

Após 2 anos da realização de terapia hormonal contínua, jovens com mais de 18 anos de idade podem realizar as intervenções cirúrgicas definitivas em Portugal (Patrícia & Sá, 2017). Deste modo, após a terapia hormonal, a segunda fase do processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas passa geralmente pela realização de mamoplastia de aumento (Safer & Tangpricha, 2019). Este procedimento cirúrgico não segue uma linha temporal obrigatória, sendo que 56,3% dos participantes do presente estudo o realizou.

Relativamente à recomendação e realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento, apenas 3 dos 9 indivíduos da amostra receberam estes cuidados de saúde após a mamoplastia. O facto do número ser tão baixo pode estar relacionado com a falta de informação sobre o tema, uma vez que são escassas as informações encontradas acerca da recomendação de fisioterapia dermatofuncional durante o processo de reafirmação de género. Para além disso, a capacidade dos profissionais de saúde parece ser limitada na prestação de cuidados de encaminhamento adequados a esta população. A falta de conforto por parte dos profissionais de saúde no cuidado destes indivíduos é relatada em estudos mais recentes, sendo identificada uma escassez de conhecimento, habilidades e formação nesta área da saúde, apesar dos conteúdos específicos crescentes e da possibilidade de realização de formações acerca deste tema. Esta falta de conhecimento específico sobre as necessidades desta população pode culminar no aumento de desafios que estes indivíduos acabam por enfrentar, assim como suposições incorretas, desconforto e discriminação explícita e/ou implícita. O aumento da exposição clínica

e realização de formações sobre o processo de reafirmação de género poderá colmatar as falhas existentes no conhecimento, melhorando a prestação de serviços de saúde em Portugal (Araujo et al., 2023; Coleman et al., 2022; Freton et al., 2021; Park & Safer, 2018; Ross & Setchell, 2019).

Em contrapartida, esta falta de conhecimento acerca da importância do encaminhamento para fisioterapia no tratamento pós-cirúrgico de cirurgias plásticas não se verifica na população geral. Flores et al. (2011) verifica que cerca de 90% dos cirurgiões plásticos realizam encaminhamento dos seus utentes para fisioterapia pós-cirurgia. Além disso 73,3% destes cirurgiões conhece e acredita na importância da fisioterapia no tratamento complementar ao procedimento cirúrgico (Flores et al., 2011). Mesmo sendo a fisioterapia dermatofuncional um complemento da Fisioterapia é uma área recente e em desenvolvimento. O seu reconhecimento tem vindo a aumentar neste contexto, sendo identificada a grande importância da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgias plásticas com o objetivo de minimizar tanto as complicações estéticas como funcionais (Migotto et al., 2013). A fisioterapia dermatofuncional “atua em disfunções que afetam direta ou indiretamente a pele, visando fundamentalmente atuar diretamente na capacidade funcional do indivíduo” (ABRAFIDEF, 2022). E por isso, esta especialidade que trabalha no sentido da promoção e reabilitação da funcionalidade do sistema tegumentar, tecidos subcutâneos, sistema metabólico e sistema linfático (APFISIO, n.d.; CONFFITO, 2014).

Segundo os dados recolhidos, foi possível afirmar que a recomendação da realização de fisioterapia pós-mamoplastia de aumento está associada à realização de fisioterapia, apesar da impossibilidade de generalizar para a população em questão. Estes dados podem estar relacionados com a vontade, necessidade e procura constante desta população por melhores e mais qualificados cuidados de saúde durante o processo de reafirmação de género, acabando por seguir as recomendações recebidas quer por profissionais de saúde, quer pelos seus pares (Policarpo et al., 2021).

Neste estudo foi possível verificar que apenas 33,3% dos participantes não apresentaram nenhuma complicação pós-cirúrgica e que existiu uma mediana de  $2 \pm 3$  de complicações associadas às cirurgias de mamoplastia de aumento. Como em qualquer procedimento cirúrgico, a mamoplastia apresenta riscos, tais como infeção, seroma, dor, ondulação, rotação, visibilidade da borda, rutura, contratatura capsular, alterações cicatriciais, assimetrias e alterações da sensibilidade (Fagundes et al., 2023). Segundo um estudo retrospectivo apresentado por Daronch et al. (2023), 5,26% dos participantes apresentaram

complicações como assimetria e alterações cicatriciais. A elevada percentagem de 66,6% dos participantes do presente estudo com complicações pode estar relacionadas com as alterações hormonais a que estes indivíduos estão sujeitos, uma vez que a testosterona, estrogénio e progesterona potenciam a produção de colagénio, concentração de água e a elasticidade da pele. Com a terapia hormonal, mais precisamente com a diminuição de testosterona e o aumento de estrogénio e progesterona, podem existir alterações do processo cicatricial após a cirurgia, uma vez que as propriedades da pele sofrem modificações, podendo aumentar a incidência de complicações como alterações cicatriciais, fibroses cicatriciais, dor e alterações da sensibilidade cutânea (Bernard et al., 2012; Fernandes De Lima et al., 2023; Lourdes et al., 2005; Raine-Fenning et al., 2003).

Salienta-se ainda que a fisioterapia poderá ajudar na drenagem linfática, aumento do retorno venoso, na melhora da sensibilidade e na diminuição de hematomas e edemas, auxiliando na prevenção de complicações como a fibrose, aderências e alterações cicatriciais (De & Gonçalves, 2015; Opuchlik et al., 2016). Estas conclusões podem justificar as evidências estatísticas suficientes de que a realização de fisioterapia está associada à não presença de complicações pós mamoplastia de aumento.

A cirurgia genital, regra geral, é a última fase do processo de reafirmação de género. Esta consiste na penectomia (retirada do pénis), orquidectomia (retirada dos testículos) e formação de uma neovagina (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2009). Estas cirurgias podem acarretar em várias complicações, sendo as mais comuns: alterações da cicatrização, cavidade vaginal deficiente ou estenose vaginal, estenose uretral, disfunção da musculatura pélvica, incontinências, prolapsos de órgãos pélvicos, disfunções sexuais, alterações da sensibilidade, dor genital, presença de pelos no canal vaginal, necessidade de dilatação contínua e lubrificação para o ato sexual (Coleman et al., 2022; Seehusen et al., 2014). Estas complicações vão ao encontro das identificadas pelos participantes do presente estudo, nomeadamente a presença de dor genital em todos participantes, alterações na cicatrização em 50% dos participantes, estenose do canal vaginal e alterações da sensibilidade em 33,3 e 16,7% dos participantes, respetivamente. Apresentando uma mediana de  $2 \pm 1$  complicações associadas às cirurgias de vaginoplastia. É de notar que a terapia hormonal, mais precisamente com a diminuição de testosterona e o aumento de estrogénio e progesterona, como referido anteriormente, levar a alterações do processo cicatricial pós-cirurgia, potenciando complicações pós-cirúrgicas como a estenose vaginal, por

cicatrização excessiva e inadequada, que torna a abertura da vagina mais estreita (Bernard et al., 2012; Fernandes De Lima et al., 2023; Lourdes et al., 2005; Raine-Fenning et al., 2003).

Além disso, as complicações urinárias relatadas também reforçam o que está descrito na bibliografia, como incontinência urinária e alteração da função miccional em 50 e 16,7% dos participantes do presente estudo, respectivamente (Horbach et al., 2015; Morrison et al., 2023; Opuchlik et al., 2016; Seehusen et al., 2014)

Outros autores também demonstraram repercussões pós-cirúrgicas que impactam negativamente a saúde mental e sexual desta população, tal como Neto et al. (2012), constataram que a dispareunia ocorreu em 15% da amostra (de 332 pacientes foram submetidos à intervenção cirúrgica). A dispareunia pode ser caracterizada como dor persistente durante o ato sexual e afeta diretamente a saúde mental, física e o relacionamento com os parceiros, podendo também levar a disfunções sexuais como diminuição do desejo sexual e da excitação, e até mesmo a anorgasmia (Seehusen et al., 2014).

No presente estudo foi verificado que apesar de 83,3% dos participantes apresentarem desejo sexual, a mesma percentagem de participantes apresenta dor durante a atividade sexual, uma percentagem muito superior à relatada na bibliografia. No mesmo seguimento, nenhum dos participantes do presente estudo realiza penetração durante a atividade sexual e 66,7% não sente orgasmos e/ou apresenta dificuldade em atingir o orgasmo. Esta representação de disfunção sexual pode estar relacionada com o fato de nenhum dos participantes ter recebido qualquer recomendação para a realização de fisioterapia pós cirúrgica.

A fisioterapia pélvica, é a área da fisioterapia que intervém na função da musculatura pélvica e função sexual, estando indicada para recuperação de lesões pós-cirúrgicas, disfunção urinária, fecal e sexual, apresentando uma eficácia comprovada e considerada como padrão ouro de tratamento para várias disfunções (Bernardes et al., 2012). Salienta-se ainda que a área da fisioterapia dermatofuncional é de extrema importância no acompanhamento desta população durante o seu processo de reafirmação de gênero, principalmente, na recuperação pós cirurgia. Esta intervém na redução de possíveis complicações tardias, evitando o comprometimento da função, consciencialização e reabilitação do novo órgão. Consequentemente verifica-se também uma melhoria da qualidade de vida (sensação de maior conforto e segurança), promoção de saúde e inclusão da saúde sexual, levando a um processo de transição mais satisfatório para estes indivíduos (Araujo et al., 2023; Fernandes De Lima et al., 2023; Fernández-Palma, 2018; Martins et al., 2022; Roberta Da Silva et al., 2023). No entanto, nenhum dos participantes realizou

qualquer tipo de fisioterapia pré nem após a vaginoplastia, o que pode influenciar estes resultados.

Apesar das complicações acima citadas, o nível de satisfação estético e funcional encontrados é satisfatório em ambas as cirurgias (mediana da satisfação estética  $8 \pm 2$ , funcional  $9 \pm 2$  da mamoplastia e  $7,5 \pm 3$  estética da vaginoplastia), à exceção da satisfação funcional da vaginoplastia, apresentando uma mediana de  $4,5 \pm 3$ . Acrescenta-se também que, na vaginoplastia os valores mínimos de respostas, são de 1 numa escala de 0 a 10. Estes resultados podem estar relacionados com a presença das complicações supracitadas, podendo ter um impacto negativo na qualidade de vida (Araujo et al., 2023; Eftekhar Ardebili et al., 2020; Fernandes De Lima et al., 2023; Fernández-Palma, 2018; Migotto et al., 2013).

Apesar disso, o índice de satisfação sexual pós-cirúrgico encontrado pelas pesquisas de Bizic et al. (2014), é parcialmente elevado. No entanto, a qualidade de vida sexual após CRS não é analisada por grande parte dos estudos sobre a transexualidade, não existindo um acompanhamento a longo prazo para verificar o impacto destas complicações na atividade sexual. Deste modo, o prazer sexual poderá ser relativo, sendo que estas pessoas podem sentir-se sexualmente satisfeitas mesmo que exista um funcionamento inadequado da neovagina, já que para muitos a possibilidade de se sentir mulher modifica o ponto de vista voltado para a satisfação pessoal de identificação de género e não da questão sexual propriamente dita (Bizic et al., 2014; Petry, 2015). Tudo isto vai ao encontro do facto de todos os participantes, apesar das complicações, admitirem que apesar de sentirem ou terem sentido incongruência ou disforia de género, a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género”.

Apesar de no presente estudo se observar a falta de encaminhamento e da não realização de fisioterapia após vaginoplastia, é importante salientar que vários estudos apontam os benefícios e resultados positivos da realização de fisioterapia na função do pavimento pélvico e na função sexual (Bernardes et al., 2012; Piassarolli et al., 2010).

Independentemente das limitações encontradas neste estudo, nomeadamente a forma de amostragem não probabilística por autosseleção, a sensibilidade da população-alvo acerca dos cuidados em saúde em Portugal (já que estes são inadequados às suas necessidades) e a forma como foi divulgado o questionário, podem ter tido um impacto na recetividade do mesmo. Tudo isto pode justificar o facto da amostra não ser representativa da população-alvo.

Contudo, a realização deste estudo contribui para a divulgação e reconhecimento da importância da fisioterapia em indivíduos em processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas em Portugal.

## 5. Conclusão

Neste estudo, foi possível verificar que a recomendação e realização de fisioterapia em indivíduos durante o processo de reafirmação de género de características masculinas para femininas é muito reduzida em Portugal, apesar da elevada relação entre a recomendação e a realização de fisioterapia.

Independentemente disto, é possível de observar várias complicações pós-cirúrgicas que influenciam os níveis de satisfação principalmente o funcional após vaginoplastia, apesar do potencial para serem melhorados e trabalhados junto da fisioterapia.

Por fim, o presente estudo pretende incentivar à reflexão e à realização de novos estudos sobre a necessidade de encaminhamento e acompanhamento em fisioterapia, de forma a melhorar ainda mais a satisfação funcional e consequentemente a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos que passam ou já passaram pelo processo de reafirmação de género.

## Referências Bibliográficas

- ABRAFIDEF. (2022). *ABRAFIDEF- Quem Somos*. <https://www.abrafidef.org.br/>
- APFISIO. (n.d.). *Dermatofuncional*. Retrieved September 27, 2024, from [https://www.apfisio.pt/areas\\_intervencao/dermatofuncional/](https://www.apfisio.pt/areas_intervencao/dermatofuncional/)
- Araujo, L. D., Camelo, N. B., Martins, N. S., Oliveira, H. F., & Silva, M. I. B. (2023). IMPACTO DA FISIOTERAPIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL EM MULHERES TRANSGENERO. *Sexualidade Humana*. <https://doi.org/https://doi.org/10.35919/rbsh.v34.1090>
- Athayde, A. V. L. (2001). Transexualismo Masculino. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 45.
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Manrique, O. J., Fan, K. L., & Corral, G. Del. (2021). Breast augmentation in the transgender patient: narrative review of current techniques and complications. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 611–611. <https://doi.org/10.21037/atm-20-5087>
- Bernard, P., Scior, T., & Do, Q. T. (2012). Modulating testosterone pathway: A new strategy to tackle male skin aging? *Clinical Interventions in Aging*, 7, 351–361. <https://doi.org/10.2147/CIA.S34034>
- Bernardes, B. T., Resendel, A. P. M., Stüppel, L. S., & Oliveiral, E. (2012). Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med Journal*.
- Bizic, M., Kojovic, V., Duisin, D., Stanojevic, D., Vujovic, S., Milosevic, A., Korac, G., & Djordjevic, M. L. (2014). An overview of neovaginal reconstruction options in male to female transsexuals. In *Scientific World Journal* (Vol. 2014). The Scientific World Journal. <https://doi.org/10.1155/2014/638919>
- Bracht, J. R., Vieira-Potter, V. J., De Souza Santos, R., Öz, O. K., Palmer, B. F., & Clegg, D. J. (2020). The role of estrogens in the adipose tissue milieu. In *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 1461, Issue 1, pp. 127–143). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/nyas.14281>
- Cardoso De Sousa, E., Henrique Vieira Vilaça, D., Lorena Leite Pereira, Í., Anderson Dos Santos Leite Ribeiro, L., Millena Remijio Da Costa, M., Cristina Lima Calu, E., Cardoso Mariano, F., Alves De Lima Junior, A., & Antônio Farias Lucena, P. (2019). Complicações operatória na cirurgia de redesignação sexual: uma revisão sistematica Operative complications in sex reassignment surgery: a systematic review Brazilian Journal of health Review. *Brazilian Journal of Health Review Braz. J. Hea. Rev*, 3, 1624–1632.

- Carolina, M., Ferreira, S., Sandy, ;, Campos, R., Paula, A., & Ferreira, M. (2018). REPERCUSSIONS OF MALE FEMALE REDESIGNATION FOR FEMALE AND PHYSIOTHERAPY ACTIVITIES. *Revista Científica de Saúde Do Centro Universitário de Belo Horizonte*, 11, 8–16.
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines. . *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- CONFFITO. (2014). *RESOLUÇÃO N.º. 394/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Dermatofuncional e dá outras providências*. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3157>
- Daronch, O. T., Marcante, R. F. R., & Neto, A. A. P. (2023). Differences in the profile of postoperative complications in patients undergoing breast augmentation and mastopexy with prosthesis. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 38(4). <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2023RBCP0777-EN>
- De, C., & Gonçalves, J. M. (2015). *Breves notas sobre a responsabilidade civil nas cirurgias plásticas reparadora, estética e de transgenitalização e nos tratamentos dermatológicos–Análise da jurisprudência Short notes about civil liability in esthetic and reparative plastic surgery, changing sex surgery and skin treatments–Judicial decisions analysis*. <http://ssrn.com/abstract=2623297><http://direitogv.fgv.br/publicacoes/working-papersandattheSocialScienceResearchNetwork>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA AS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANS E INTERSEXO: Promoção da Saúde das Pessoas Trans e Intersexo: Vol. Volume 1*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Eftekhari Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. In *Health and Quality of Life Outcomes* (Vol. 18, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>

- Fagundes, A. M., Lopes, R. B., Passos, L. de O., Ludwig, B. H. B., Paiano, G. de J., Casale, R. R. A., Lopes, J. R., Santos, R. B. da S., Ribeiro, L. W. G., Rosário, C. C. do, Costa, D. F., Muniz, J. R. T., Bellini, A. J. A., & Zanoni, R. D. (2023). Técnicas e complicações da mamoplastia de aumento: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, *12*(2), e19512240027. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40027>
- Fernandes De Lima, B., Cabral Barreto, I., Duarte Macedo, A., Blena De Oliveira Souza, M., Helena Viana, L., & Edwiges Cirino Talim Ferreira, L. (2023). THE RELEVANCE OF THE PERFORMANCE OF PHYSIOTHERAPY IN THE DYSFUNCTIONS OF THE PELVIC FLOOR AFTER SEXUAL RE-ASSIGNMENT SURGERY IN TRANS WOMEN: A LITERTURE REVIEW. *Revista Científica de Saúde Do Centro Universitário de Belo Horizonte*, aa.
- Fernández-Palma, C. (2018). MAMOPLASTIA DE AUMENTO: ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, *1*(1), 2–9. <https://doi.org/10.46296/gt.v1i1.0001>
- Ferrando, C. A. (2018). Vaginoplasty Complications. *Clinics in Plastic Surgery*, *45*(3), 361–368. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.007>
- Ferreira, B. R. B. A., & da Silva, F. J. D. E. S. C. (2020). Physiotherapeutic intervention in the rehabilitation post sex reassignment surgery male to female: A case report. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, *10*(2), 288–300. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2854>
- Flores, A., Oliveira De Brum, K., & Mendonça De Carvalho, R. (2011). *Descriptive analysis of medical recommendation to aesthetic physical therapy in preoperative and postoperative periods of cosmetic plastic surgeries* (Vol. 35, Issue 4).
- Freton, L., Khene, Z. E., Richard, C., Mathieu, R., Alimi, Q., Duval, E., Vassal, L., Bertheuil, N., Aillet, S., Bonnet, F., Ravel, C., Guenego, A., Travers, D., Morel-Journal, N., Hascoet, J., & Peyronnet, B. (2021). Self-assessment of healthcare workers regarding the management of trans people in a university hospital. *Progres En Urologie*, *31*(16), 1108–1114. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.03.008>
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, *30*(11), 1849–1855. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>

- Hazin, M., Ferreira, C. W. S., Andrade, R., Moretti, E., da Silva, D. R., Policarpo, J. H., Barbosa, L., & Lemos, A. (2021). Assessment of the strength and electrical activity of the pelvic floor muscles of male-to-female transgender patients submitted to gender-affirming surgery: A case series. *Neurourology and Urodynamics*, *40*(6), 1625–1633. <https://doi.org/10.1002/nau.24728>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-Van De Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *94*(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Horbach, S. E. R., Bouman, M.-B. B., & Smit, J. M. (2015). Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*, 1499–1512. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- ILGA, P. associação. (2024). *Transexualidade- ILGA-Portugal*.
- ILGA Portugal. (2024). *ILGA Portugal. (2024). Porque existimos?* . <https://ilga-portugal.pt/associacao/porque-existimos/>.
- Kyriakou, A., Nicolaides, N. C., & Skordis, N. (2020). Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria. In *Acta Biomedica* (Vol. 91, Issue 1, pp. 165–175). Mattioli 1885. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9244>
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prévost, D., Bélanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. É. (2017). Genital Sensory Detection Thresholds and Patient Satisfaction With Vaginoplasty in Male-to-Female Transgender Women. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(2), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Lourdes, M. De, Biondo-Simões, P., Zimmermann, E., Daher, T. S., Borsato, K. S., & De Noronha, L. (2005). Effects of hormonal replacement therapy on colon anastomosis healing in rats. *Acta Cirúrgica Brasileira*, *20*.
- Majumder, A., & Sanyal, D. (2017). Outcome and preferences in male-to-female subjects with gender dysphoria: Experience from Eastern India. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, *21*(1), 21–25. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.196000>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª edição). ReportNumber, Lda.
- Martins, M. A., Da Silva, M. F., Martins, M. E. B., Ribeiro, M. H. L., & Cabral, F. D. (2022). A fisioterapia na pós-cirurgia de redesignação sexual – masculino para feminino / Physiotherapy in post-

- sexual reassignment surgery – male to female. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 6070–6081. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-184>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population* (pp. 289–327). [https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_16)
- Mendoça, A. C., Pegorare, A. B., Ferreira, A. P. C., Resstel, A. P. F., Faria, A. X., Silva, C. R. G. G. A., Boullosa, D., Carvalho, F. F. P., Rosa, G. J., Guginski, G., Oliveira, I. G. E., Albuquerque, J. E. C., Tibola, J., Albuquerque, L. C. B. de B. A., Adami, L. de C. S., Martins, M., Pires-de-Campos, M. S. M., Simões, N. D. Pietro, Martinez, P. F., & Canto, P. P. C. (2021). *MANUAL DE CONDUTAS E PRÁTICAS EM FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL: ATUAÇÃO NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PLÁSTICAS*. <https://repositorio.ufms.br>
- Migotto, J. S., Di, N., & Simões, P. (2013). FUNCTIONAL PHYSICAL THERAPY PRACTICE DERMATO POSTOPERATIVELY OF PLASTIC SURGERIES. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Vol. 04(1)*, 1365–1377.
- Morais, A. V. C., & Cortes, H. M. (2020). Sex reassignment surgery: implications for care. *J. Nurs. Health, 10(3)*.
- Morrison, S. D., Claes, K., & Morris, M. P. et al. (2023). Principles and outcomes of gender-affirming vaginoplasty. *Nat Rev Urol*, 20, 308–3022. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41585-022-00705-y>
- Neto, R. R., Hintz, F., Krege, S., Rubben, H., & Dorp, F. vom. (2012). Gender reassignment surgery – a 13 year review of surgical outcomes. *Int Braz J Urol, 38*, 97–107.
- Opuchlik, A., Bocian, A., Biskup, M., Włoch, A., Wróbel, P., Jonak, R., Kamińska-Gwózdź, E., & Ridan, T. (2016). Advances in the surgical treatment of breast cancer and postoperative physiotherapy. *Medical Studies, 2*, 136–144. <https://doi.org/10.5114/ms.2016.61103>
- Paganini, R., Nagahama, A., Antico Benetti, F., Estevão, A., & Castiglione, M. (2021). FUNÇÕES E DISFUNÇÕES PÉLVICAS – PAPEL DA FISIOTERAPIA PÓS CIRURGIA DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO EM MULHERES TRANSEXUAIS. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 32(1)*. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.963>
- Park, J. A., & Safer, J. D. (2018). Clinical Exposure to Transgender Medicine Improves Students' Preparedness above Levels Seen with Didactic Teaching Alone: A Key Addition to the Boston University Model for Teaching Transgender Healthcare. *Transgender Health, 3(1)*, 10–16. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0047>

- Patrícia, J., & Sá, M. (2017). *TRATAMENTO DA DISFORIA DE GÊNERO*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Petry, L. A. R. (2015). Transgender women and the Gender Reassignment Process: subjection experiences, suffering and pleasure in body adaptation. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 70–75. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Piassarolli, V. P., Hardy, E., Andrade, N. F., Ferreira, N. de O., & Osis, M. J. D. (2010). Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet.*
- Policarpo, J., Hazin, M., Silva, D. R. da, Andrade, R. T. de, Ferreira, C. W. S., & Lemos, A. (2021). ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES TRANSGÊNERO SUBMETIDAS À CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO: UMA SÉRIE DE CASOS. *CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA*, 8(17). <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v8n17.a1>
- Raine-Fenning, N. J., Brincat, M. P., & Muscat-Baron, Y. (2003). Skin Aging and Menopause Implications for Treatment. In *Am J Clin Dermatol* (Vol. 4, Issue 6).
- Reis, T., Mannaro, P., Siqueira Dionísio, L., Wiest da Silva, R., Harrad, D., Bacci, I., Junqueira, S., Duarte, R., Berenice Dias, M., & Souza, H. (2021). *Manual de comunicação LGBTI+*. Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros.
- Reubinoff, B. E., Grubstein, A., Berry, E., Schenker, J. G., Brzezinski, A., & Meirou, D. (1995). Effects of low-dose estrogen oral contraceptives on weight, body composition, and fat distribution in young women. In *FERTILITY AND STERILITY* (Vol. 63, Issue 3).
- Roberta Da Silva, P., Campos Kohut, G., Aline, J., & Wencel, S. (2023). Intervenção fisioterapêutica em pacientes submetidos a cirurgia de redesignação de gênero. *Revista Integrar*.
- Rocon, P. C., Wandekoken, K. D., Barros, M. E. B. de, Duarte, M. J. O., & Sodr e, F. (2020). ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL: NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
- Ross, M. H., & Setchell, J. (2019). People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey. *Journal of Physiotherapy*, 65(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.02.002>

- Safa, B., Lin, W. C., Salim, A. M., Deschamps-Braly, J. C., & Poh, M. M. (2019). Current Concepts in Feminizing Gender Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(5), 1081e–1091e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005595>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1–ITC14. <https://doi.org/10.7326/AITC201907020>
- Santos, A. L. (2013). Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político\*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 102, 3–20. <https://doi.org/10.4000/rccs.5421>
- Santos, G. de J. O. (2020). *ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA*.
- Seehusen, D. A., Baird, D. C., & Bode, D. V. (2014). Dyspareunia in Women. In *Am Fam Physician* (Vol. 90, Issue 7). <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/1001/p465.html>
- Unger, C. A. (2017). Update on Gender-Affirming Treatment for the Transgender Woman. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(5), 442–447. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604454>
- World Health Organisation. (2019). *Moving one step closer to better health and rights for transgender people*. <https://www.who.int/europe/news/item/17-05-2019-moving-one-step-closer-to-better-health-and-rights-for-transgender-people>
- Zyznawska, J., Smolağ, D., & Golec, J. (2013). Physiotherapy after breast reconstruction following a radical mastectomy. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3, 33–36.

## Anexos

### Anexo I: Diretrizes de STROBE

**Tabela.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

| Item                        | Nº              | Recomendação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Título e Resumo             | 1               | Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado<br>Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Introdução</b>           |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Contexto/Justificativa      | 2               | Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Objetivos                   | 3               | Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Métodos</b>              |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Desenho do estudo           | 4               | Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Contexto ( <i>setting</i> ) | 5               | Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento ( <i>follow-up</i> ) e coleta de dados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Participantes               | 6               | Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento.<br>Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles<br>Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.<br>Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos.<br>Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso. |
| Variáveis                   | 7               | Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fontes de dados/ Mensuração | 8 <sup>a</sup>  | Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Viés                        | 9               | Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tamanho do estudo           | 10              | Explique como se determinou o tamanho amostral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Variáveis quantitativas     | 11              | Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Métodos estatísticos        | 12              | Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento.<br>Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações.<br>Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data")<br>Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas.<br>Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado.<br>Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem.<br>Descreva qualquer análise de sensibilidade.                                                                                                                                                         |
| <b>Resultados</b>           |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Participantes               | 13 <sup>a</sup> | Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados)<br>Descreva as razões para as perdas em cada etapa.<br>Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Dados descritivos           | 14 <sup>a</sup> | Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse.<br>Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Tabela continuação

| Item                  | Nº              | Recomendação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desfecho              | 15 <sup>a</sup> | Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo<br>Estudos de Caso-Controle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição.<br>Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.                                                                                                                                                              |
| Resultados principais | 16              | Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos.<br>Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados.<br>Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante. |
| Outras análises       | 17              | Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Discussão             |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Resultados principais | 18              | Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Limitações            | 19              | Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de viéses em potencial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Interpretação         | 20              | Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Generalização         | 21              | Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Outras Informações    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Financiamento         | 22              | Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Anexo II: Questionário de Seleção e Caracterização da Amostra

Secção 1 de 34

### Questionário de caracterização da população sujeita a qualquer fase de intervenção médica de reafirmação de género.

B I U ↻ ✖

Este questionário tem como objetivo caracterizar a **população sujeita à intervenção médica de reafirmação de género** para o levantamento de necessidades desta população.

O presente estudo destina-se a pessoas que se encontrem em qualquer uma das fases da intervenção médica de reafirmação de género ou que já tenham realizado cirurgia de reafirmação de género de **características consideradas masculinas para femininas em Portugal**.

A participação neste estudo é **voluntária e anónima**. Pode recusar participar ou desistir a qualquer momento. Apenas os investigadores do estudo terão acesso aos dados. Os dados deste estudo serão mantidos por um período de três anos. Os resultados deste estudo podem ser usados em apresentações ou publicados em relatórios científicos.

Este questionário terá uma duração de **aproximadamente 10 minutos**.

O presente estudo é realizado por Sara Troia, Fisioterapeuta e aluna do segundo ano do mestrado em Fisioterapia Dermatofuncional na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto com a Orientação de Professora Andreia Noites. Poderá contactar através do endereço de email [sara.troia97@gmail.com](mailto:sara.troia97@gmail.com), caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

#### Declaração de Consentimento Informado:

Declaro que me foi dada a informação de que o presente estudo de investigação se destina a caracterizar a **população sujeita a intervenção médica de reafirmação de género** para o levantamento de necessidades desta população.

Sei que neste estudo está prevista a recolha de informações de carácter sociodemográfico, de informações relativas aos predicamentos da reafirmação de género e ainda referentes à intervenção em Fisioterapia Dermatofuncional, por meio de um questionário anónimo.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização.

Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato. Em caso de dúvida compreendo que posso contactar o investigador principal, Sara Troia, e que o seu e-mail me foi disponibilizado para o efeito.

Declaro que compreendi a informação que me foi dada e aceito, de livre vontade participar no presente estudo:

Sim

Não

Dados sociodemográficos



Descrição (opcional)

Qual é a sua idade (em anos)? \*

Texto de resposta curta

Qual é a sua identidade de género? \*

Texto de resposta curta

Quais os pronomes que utiliza? \*



- Ela/Dela
- Ele/Dele
- Elu/Delu
- Outra opção...

Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença? \*

- Feminino
- Masculino
- Intersexo

Qual é a sua área de residência?

Texto de resposta curta

Qual a sua altura em cm? \*

Texto de resposta curta

Qual o seu peso em Kg? \*



Texto de resposta curta

Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género? (mês/ano) \*

Texto de resposta curta

Apresenta algum problema de saúde? \*

Sim

Não

Após a secção 2 Continuar para a secção seguinte

Secção 3 de 34

Problemas de saúde

Descrição (opcional)

Quais são os seus problemas de saúde?

Texto de resposta curta

Quais são os seus problemas de saúde?

Texto de resposta curta

Após a secção 3 Continuar para a secção seguinte

Secção 4 de 34

Medicação

Descrição (opcional)

Toma alguma Medicação? \*

Sim

Não

Após a secção 4 Continuar para a secção seguinte

Secção 5 de 34

Medicação que toma



Descrição (opcional)

Qual é a medicação que toma?

Texto de resposta longa

Após a secção 5 Continuar para a secção seguinte

Secção 6 de 34

Terapia hormonal



Descrição (opcional)

Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal? \*

Sim

Não

Secção 7 de 34

Efeitos da terapia hormonal



Descrição (opcional)

Selecione os efeitos que sentiu ou sente: \*

- Redistribuição da gordura corporal
- Aumento do peso
- Diminuição da massa muscular/força
- Suavização da pele/diminuição da oleosidade
- Diminuição da libido
- Diminuição de ereções espontâneas
- Disfunção sexual masculina
- Crescimento mamário
- Diminuição do volume testicular
- Diminuição da produção de esperma

- Diminuição da produção de esperma
- Perda e crescimento desacelerado do pelo corporal ou facial
- Calvície de padrão masculino
- Doença tromboembólica venosa
- Hipertensão
- Diabetes tipo 2
- Cancro de mama
- Hipertrigliceridemia
- Enzimas hepáticas elevadas
- Nenhum
- Outra opção...

Após a secção 7 Continuar para a secção seguinte

Secção 8 de 34

Secção 8 de 34

Mamoplastia

Descrição (opcional)

Realizou mamoplastia de aumento ("top surgery") \*

Sim

Não

Após a secção 8 Continuar para a secção seguinte

Secção 9 de 34

Especificações da cirurgia de mamoplastia de aumento

Descrição (opcional)

Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? \*

Texto de resposta curta

Sofreu complicações após a cirurgia? \*

- Fibroses cicatriciais
- Deiscência da cicatriz
- Alteração de sensibilidade
- Alterações na cicatriz
- Dor
- Nenhuma
- Outra opção...

Após a secção 9 Ir para a secção 10 (Satisfação mamoplastia) ▼

Secção 10 de 34

Satisfação mamoplastia



Descrição (opcional)

Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não satisfeita ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito satisfeita

Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não satisfeita ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito satisfeita

⋮

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? \*

- Sim
- Não
- Outra opção...

Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta? \*

- Sim, pré-cirurgicamente
- Sim, pós-cirurgicamente
- Sim, pré e pós-cirurgicamente
- Não

Após a secção 10 Continuar para a secção seguinte

Secção 11 de 34

Fisioterapia após Mamoplastia

Descrição (opcional)

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde? \*

Médico-Cirurgia Plástica

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde? \*

- Médico-Cirurgia Plástica
- Médico- Medicina Geral e Familiar
- Médico- Urologia
- Médico- Endocrinologia
- Enfermeiro
- Psicologo
- Nenhum
- Outra opção...

Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si? \*

- Sim

Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?

- Sim
- Não

Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? \*

- Sim
- Não

...

\*

Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?

- Sim
- Não

A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado? \*

- Público
- Privado com seguro de saúde
- Privado sem seguro de saúde

Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia? \*

- Sim
- Não

Após a secção 11 Continuar para a secção seguinte

Secção 12 de 34

Procedimentos realizado em Fisioterapia após masmoplastia

⌵ ⋮

Descrição (opcional)

⋮

\*

Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?

- Drenagem linfática manual
- Termoterapia
- Massagem
- Técnicas respiratórias
- Técnicas de relaxamento muscular
- Meios eletrofísicos (TENS, fotobiomodulação)
- Taping
- Cinesioterapia (exercício terapêutico, fortalecimento muscular, mobilização)
- Massagem da cicatriz
- Não sei
- Outra opção...

Secção 13 de 34

Feminização facial

⌵

⋮

Descrição (opcional)

Realizou Cirurgia de Feminização facial? \*

- Sim
- Não

Após a secção 13 Continuar para a secção seguinte

▼

Secção 14 de 34

Especificações da cirurgia de Cirurgia de Feminização facial

⌵

⋮

Descrição (opcional)

⋮

Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? \*

Texto de resposta curta

Sofreu complicações após a cirurgia? \*

- Fibroses cicatriciais
- Deiscência da cicatriz
- Alterações da sensibilidade
- Alterações da cicatriz
- Dor
- Nenhuma
- Outra opção...

Após a secção 14 Continuar para a secção seguinte

Secção 15 de 34

Satisfação Feminização facial

Descrição (opcional)

Qual a sua satisfação com a cirurgia da nível estético? \*

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não satisfeita           Muito satisfeita

Qual a sua satisfação com a cirurgia da nível funcional? \*

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não satisfeita           Muito satisfeita

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? \*

- Sim
- Não
- Outra opção...

Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à feminização facial por parte de um Fisioterapeuta? \*

- Não
- Sim, pré-cirurgicamente
- Sim, pós-cirurgicamente
- Sim, pré e pós-cirurgicamente

Após a secção 15 Continuar para a secção seguinte

Secção 16 de 34

Fisioterapia após Feminização facial

Descrição (opcional)

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde? \*

- Médico-Cirurgia Plástica

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde? \*

- Médico-Cirurgia Plástica
- Médico- Medicina Geral e Familiar
- Médico- Urologia
- Médico- Endocrinologia
- Enfermeiro
- Psicologo
- Nenhum
- Outra opção...

Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si? \*

- Sim
- Não

Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar?

- Sim
- Não

Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?

- Sim
- Não

A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado? \*

- Público
- Privado com seguro de saúde
- Privado sem seguro de saúde

Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?

- Sim
- Não

Após a secção 16 Ir para a secção 18 (Vaginoplastia)

Secção 17 de 34

Procedimentos realizado em Fisioterapia após Feminização facial

Descrição (opcional)

Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia? \*

- Eletrotermofototerapia (laser terapia, ultrassom, eletroterapia não invasiva, crioterapia)
- Cinesioterapia (exercícios faciais, fortalecimento muscular, mobilização)
- Drenagem linfática manual

Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia? \*

- Eletrotermofototerapia (laser terapia, ultrassom, eletroterapia não invasiva, crioterapia)
- Cinesioterapia (exercícios faciais, fortalecimento muscular, mobilização)
- Drenagem linfática manual
- Massagem
- Taping contensivo
- Não sei
- Outra opção...

Após a secção 17 Continuar para a secção seguinte

Secção 18 de 34

Vaginoplastia

Descrição (opcional)

Realizou cirurgia de vaginoplastia ("bottom surgery") \*

- Sim
- Não

Após a secção 18 Ir para a secção 34 (Muito Obrigada pel...sua participação!)

Secção 19 de 34

Especificações da cirurgia de vaginoplastia ("bottom surgery")

Descrição (opcional)

Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? \*

Texto de resposta curta

Sofreu complicações após a cirurgia? \*

⋮

Sofreu complicações após a cirurgia? \*

- estenose do canal vaginal;
- necrose parcial da vagina;
- necrose do clitóris;
- dor genital;
- lesão retal;
- fístula retovaginal;
- prolapso neovaginal;
- estenose meatal uretral;
- abscessos locais;
- deiscência da cicatriz
- nenhuma
- Outra opção...

⋮

Apresenta alguma complicação a nível urinário? \*

- Alteração na função miccional
- Incontinência urinária ou perdas de urina
- Nenhuma
- Outra opção...

⋮

Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal? \*

- Incontinência fecal
- Opstipação
- Hemorróidas
- Nenhuma
- Outra opção...

Tem desejo sexual? \*

Tem desejo sexual? \*

- Sim
- Não
- Outra opção...

Iniciou relações sexuais após a cirurgia? \*

- Sim
- Não

Após a secção 19 Continuar para a secção seguinte

Secção 20 de 34

Não iniciou a atividade sexual

Descrição (opcional)

Por algum motivo?

Texto de resposta longa

Após a secção 20 Ir para a secção 29 (Satisfação vaginoplastia)

Secção 21 de 34

Iniciou atividade sexual

Descrição (opcional)

Quanto tempo após a cirurgia (em meses)? \*

Texto de resposta curta

Sente dor durante a atividade sexual? \*

- Sim
- Não

Secção 22 de 34

Não sente dor durante atividade sexual



Descrição (opcional)

Realiza penetração durante a atividade sexual? \*

Sim

Não

Após a secção 22 Continuar para a secção seguinte



Secção 23 de 34

Dor durante a atividade sexual



Descrição (opcional)

Realiza penetração durante a atividade sexual? \*

Sim

Realiza penetração durante a atividade sexual? \*

Sim

Não

Após a secção 23 Continuar para a secção seguinte



Secção 24 de 34

Realização de penetração



Descrição (opcional)

Sente dor durante a penetração sexual? \*

Sim

Não

Após a secção 24 Continuar para a secção seguinte



Secção 25 de 34

Dor durante a penetração



Descrição (opcional)

Quando sente dor na penetração? \*

- Início da penetração
- Durante a penetração
- Após a penetração
- Outra opção...

Após a secção 25 Ir para a secção 26 (Participação no estudo)

Secção 26 de 34

Participação no estudo



Descrição (opcional)

Teria disponibilidade e interesse em participar num estudo acerca dos efeitos da aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia)? \*

- Sim
- Não
- Talvez

Após a secção 26 Ir para a secção 27 (Mais informações sobre o estudo)

Secção 27 de 34

Mais informações sobre o estudo



Descrição (opcional)

Para saber mais informações acerca do estudo e para ter a possibilidade de realizar o tratamento com aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia) pedimos para que forneça o seu contacto (email ou numero de telemóvel):

Texto de resposta curta

Secção 28 de 34

Especificações atividade sexual



Descrição (opcional)

Já sentiu um orgasmo? \*

Sim

Não

Tem dificuldade em atingir um orgasmo? \*

Sim

Não

Após a secção 28 Ir para a secção 29 (Satisfação vaginoplastia)



Secção 29 de 34

Secção 29 de 34

Satisfação vaginoplastia



Descrição (opcional)



Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não satisfeita

Muito satisfeita

Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não satisfeita

Muito satisfeita

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? \*

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? \*

- Sim
- Não
- Outra opção...

Já realizou algum tipo de intervenção em fisioterapia após a cirurgia? \*

- Sim
- Não

Após a secção 29 Continuar para a secção seguinte

Secção 30 de 34

Intervenção em fisioterapia na vaginoplastia

Descrição (opcional)

Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?

- Médico-Cirurgia Plástica
- Médico- Medicina Geral e Familiar
- Médico- Urologia
- Médico- Endocrinologia
- Enfermeiro
- Psicologo
- Nenhum
- Outra opção...

Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à vaginoplastia por parte de um Fisioterapeuta? \*

- Sim, pré-cirurgicamente
- Sim, pós-cirurgicamente
- Sim, pré e pós-cirurgicamente

Sempre e por engano

Não

Outra opção...

A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado? \*

Público

Privado com seguro de saúde

Privado sem seguro de saúde

...

\*

Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?

Sim

Não

Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? \*

Sim

Não

...

\*

Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?

Sim

Não

\*

Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?

Sim

Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?

- Sim
- Não

Após a secção 30 Continuar para a secção seguinte

Secção 31 de 34

Procedimentos realizados em Fisioterapia após vaginoplastia

Descrição (opcional)

Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?

Terapia manual (Massagem perineal e/ou alongamentos)

Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?

- Terapia manual (Massagem perineal e/ou alongamentos)
- Eletroestimulação
- Cinesioterapia (exercício terapêutico de mobilidade pélvica e/ou fortalecimento muscular e/ou exercício...
- Biofeedback
- Dilatadores vaginais
- Vacuoterapia clitoriana
- Estímulos vibratórios
- Radiofrequencia ou tecarterapia
- Fototerapia
- Laser
- Não sei
- Outra opção...

Secção 32 de 34

Mais informações



Descrição (opcional)

Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género (presença de sofrimento, mal-estar e desconforto psicológico persistente que resulta da incongruência entre a sua identidade de género e o sexo atribuído ao nascimento, às características sexuais primárias e secundárias (genitais, mamas, pelos, formato do corpo, voz) e em relação ao papel de género socialmente expectável em relação a esse sexo)? \*

Sim

Não

Após a secção 32 Continuar para a secção seguinte

Secção 33 de 34

Incongruência de género e intervenções



Descrição (opcional)

Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género? \*

Sim

Não

Outra opção...

Gostaria de acrescentar e/ou clarificar alguma informação que considere pertinente e que não foi abordada?

Texto de resposta longa

Após a secção 33 Ir para a secção 34 (Muito Obrigada pel...sua participação!)

Secção 34 de 34

Muito Obrigada pela sua participação!



Descrição (opcional)

## Anexo III: Avaliação do questionário piloto por parte dos investigadores

### Validação do questionário pelos peritos

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Por favor, preencha a tabela abaixo atribuindo a cada um dos itens do questionário uma graduação de 1 a 5 de acordo com as seguintes

Instruções de preenchimento.

#### Quanto à pertinência:

1. Não é nada pertinente incluir a questão no questionário. Justifique e faça a sugestão de alteração.
2. Não é pertinente incluir a questão no questionário. Justifique e faça a sugestão de alteração.
3. Tenho uma posição neutra quanto à pertinência de incluir a questão no questionário.
4. É pertinente incluir a questão no questionário;
5. É totalmente pertinente incluir a questão no questionário.

#### Parte 1 - Informações Sociodemográficas

| Questão                                                              | Classificação da questão |   |   |   |                       | Justificação | Sugestão de alteração |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|-----------------------|--------------|-----------------------|
|                                                                      | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                     |              |                       |
| Qual é a sua idade?                                                  |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual é a sua identidade de género?                                   |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Quais os pronomes que utiliza?                                       |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença?                    |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual é a sua área de residência?                                     |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual a sua altura?                                                   |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual o seu peso?                                                     |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género? |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Apresenta algum problema de saúde?                                   |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Quais são os seus problemas de saúde?                                |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Toma alguma Medicação?                                               |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Qual é a medicação que toma?                                         |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |

#### Parte 2 – Informações terapia hormonal

| Questão                                                | Classificação da questão |   |   |   |                       | Justificação | Sugestão de alteração |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|-----------------------|--------------|-----------------------|
|                                                        | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                     |              |                       |
| Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal? |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |
| Selecione os efeitos que sentiu ou sente:              |                          |   |   |   | P1; P2; P3;<br>P4; P5 |              |                       |

### Parte 3 - Informações mamoplastia

| Questão                                                                                                            | Classificação da questão |   |   |   |                          | Justificação | Sugestão de alteração |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                                    | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                        |              |                       |
| Realizou mamoplastia de aumento ("top surgery")                                                                    |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Quando foi realizada a cirurgia ?                                                                                  |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                                                               |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                             |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                            |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?                |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                     |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                            |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia                                                                   |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |

|                                                                                              |  |  |  |  |                          |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| corresponderam às suas expectativas?                                                         |  |  |  |  |                          |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                    |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia? |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |

#### Parte 4 - Informações feminização facial

| Questão                                                                                             | Classificação da questão |   |   |   |                          | Justificação | Sugestão de alteração |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                     | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                        |              |                       |
| Realizou Cirurgia de Feminização facial?                                                            |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Quando foi realizada a cirurgia?                                                                    |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                                                |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                              |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                             |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta? |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?      |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                             |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |                          |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                              |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                          |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?                       |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?                                 |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |

#### Parte 5 - Informações vaginoplastia

| Questão                                                   | Classificação da questão |   |   |   |                          | Justificação | Sugestão de alteração |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                           | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                        |              |                       |
| Realizou cirurgia de vaginoplastia (“bottom surgery”)     |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Quando foi realizada a cirurgia?                          |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                      |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Apresenta alguma complicação a nível urinário?            |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal? |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Tem desejo sexual?                                        |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |                          |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| Iniciou relações sexuais após a cirurgia?                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Por algum motivo?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quanto tempo após a cirurgia?                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Sente dor durante a atividade sexual?                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Realiza penetração durante a atividade sexual?                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Sente dor durante a penetração sexual?                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quando sente dor na penetração?                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Teria disponibilidade e interesse em participar num estudo acerca dos efeitos da aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia)?                                                            |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Para saber mais informações acerca do estudo e para ter a possibilidade de realizar o tratamento com aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia) pedimos para que forneça o seu contacto |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |

|                                                                                                                     |  |  |  |  |                          |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| (email ou numero de telemóvel):                                                                                     |  |  |  |  |                          |  |  |
| Já sentiu um orgasmo?                                                                                               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Tem dificuldade em atingir um orgasmo?                                                                              |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                              |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                             |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à Vaginoplastia por parte de um Fisioterapeuta?               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                      |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                             |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo do procedimento a realizar? |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante procedimento em fisioterapia?                         |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a                                                               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| intervenção em<br>fisioterapia? |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

**Parte 6 – Informações complementares**

| Questão                                                                                                    | Classificação da questão |   |   |   |                          | Justificação | Sugestão de alteração |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                            | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                        |              |                       |
| Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género?                                                       |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género?                        |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Gostaria de acrescentar e/ou clarificar alguma informação que considere pertinente e que não foi abordada? |                          |   |   |   | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |

**Quanto à Clareza:**

1. A questão não está nada clara. Justifique e faça a sugestão de alteração.
2. A questão não está clara. Justifique e faça a sugestão de alteração.
3. Tenho uma posição neutra à clareza da questão. Justifique e faça a sugestão de alteração.
4. A questão está clara.
5. A questão não está totalmente clara.

**Parte 1 - Informações Sociodemográficas**

| Questão                                                              | Classificação da questão |   |   |    |                    | Justificação | Sugestão de alteração             |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------|--------------|-----------------------------------|
|                                                                      | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                  |              |                                   |
| Qual é a sua idade?                                                  |                          |   |   | P2 | P1; P3; P4; P5     |              | P2: Qual é a sua idade? (em anos) |
| Qual é a sua identidade de género?                                   |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Quais os pronomes que utiliza?                                       |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença?                    |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Qual é a sua área de residência?                                     |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Qual a sua altura?                                                   |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Qual o seu peso?                                                     |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género? |                          |   |   | P2 | P1; P3; P4; P5     |              | P2: Qual a sua altura? (em cm)    |
| Apresenta algum problema de saúde?                                   |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                   |
| Quais são os seus problemas de saúde?                                |                          |   |   | P2 | P1; P3; P4; P5     |              | P2: Qual o seu peso? (em Kg)      |

|                              |  |  |  |    |                    |  |                                                                                    |
|------------------------------|--|--|--|----|--------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
| Toma alguma Medicação?       |  |  |  |    | P1; P2; P3; P4; P5 |  |                                                                                    |
| Qual é a medicação que toma? |  |  |  | P2 | P1; P3; P4; P5     |  | P2: Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género? (mês/ano) |

### Parte 2 – Informações terapia hormonal

| Questão                                                | Classificação da questão |   |   |   |                    | Justificação | Sugestão de alteração |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------|--------------|-----------------------|
|                                                        | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                  |              |                       |
| Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal? |                          |   |   |   | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                       |
| Selecione os efeitos que sentiu ou sente:              |                          |   |   |   | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                       |

### Parte 3 - Informações mamoplastia

| Questão                                                                                             | Classificação da questão |   |   |    |                    | Justificação | Sugestão de alteração                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------|--------------|------------------------------------------------|
|                                                                                                     | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                  |              |                                                |
| Realizou mamoplastia de aumento ("top surgery")                                                     |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Quando foi realizada a cirurgia ?                                                                   |                          |   |   | P2 | P1; P3; P4; P5     |              | P2: Quando foi realizada a cirurgia? (mês/ano) |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                                                |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                              |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                             |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta? |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?      |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve                                                                    |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                                                |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |                    |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|
| uma relação terapêutica adequada a si?                                                                             |  |  |  |  |                    |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |  |  |  |  | P1; P2; P3; P4; P5 |  |  |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                              |  |  |  |  | P1; P2; P3; P4; P5 |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                          |  |  |  |  | P1; P2; P3; P4; P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?                       |  |  |  |  | P1; P2; P3; P4; P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?                                 |  |  |  |  | P1; P2; P3; P4; P5 |  |  |

#### Parte 4 - Informações feminização facial

| Questão                                  | Classificação da questão |   |   |    |                                | Justificação | Sugestão de alteração                          |
|------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------|
|                                          | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                              |              |                                                |
| Realizou Cirurgia de Feminização facial? |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                |
| Quando foi realizada a cirurgia?         |                          |   |   | P2 | P1;<br>P3;<br>P4;<br>P5        |              | P2: Quando foi realizada a cirurgia? (mês/ano) |
| Sofreu complicações após a cirurgia?     |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |                                |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                             |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                            |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?                |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                     |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                            |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                              |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                          |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?                       |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram                                                                                   |  |  |  |  | P1;<br>P2;                     |  |  |

|                                                   |  |  |  |  |                  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|
| realizados durante a intervenção em fisioterapia? |  |  |  |  | P3;<br>P4;<br>P5 |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|

### Parte 5 - Informações vaginoplastia

| Questão                                                                          | Classificação da questão |   |   |    |                          | Justificação | Sugestão de alteração                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------------|--------------|------------------------------------------------|
|                                                                                  | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                        |              |                                                |
| Realizou cirurgia de vaginoplastia (“bottom surgery”)                            |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Quando foi realizada a cirurgia?                                                 |                          |   |   | P2 | P1; P3;<br>P4; P5        |              | P2: Quando foi realizada a cirurgia? (mês/ano) |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                             |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Apresenta alguma complicação a nível urinário?                                   |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal?                        |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Tem desejo sexual?                                                               |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Iniciou relações sexuais após a cirurgia?                                        |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Por algum motivo?                                                                |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Quanto tempo após a cirurgia?                                                    |                          |   |   | P2 | P1; P3;<br>P4; P5        |              | P2: Quanto tempo após a cirurgia? (em meses)   |
| Sente dor durante a atividade sexual?                                            |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Realiza penetração durante a atividade sexual?                                   |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Sente dor durante a penetração sexual?                                           |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Quando sente dor na penetração?                                                  |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |
| Teria disponibilidade e interesse em participar num estudo acerca dos efeitos da |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|
| aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia)?                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |                          |  |
| Para saber mais informações acerca do estudo e para ter a possibilidade de realizar o tratamento com aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia) pedimos para que forneça o seu contacto (email ou numero de telemóvel): |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Já sentiu um orgasmo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Tem dificuldade em atingir um orgasmo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à Vaginoplastia por parte de um Fisioterapeuta?                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |

|                                                                                                                     |  |  |  |  |                          |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                             |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo do procedimento a realizar? |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                               |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                           |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante procedimento em fisioterapia?                         |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?                                  |  |  |  |  | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |  |  |

#### Parte 6 – Informações complementares

| Questão                                                                                                    | Classificação da questão |   |   |    |                          | Justificação | Sugestão de alteração |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                            | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                        |              |                       |
| Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género?                                                       |                          |   |   | P5 | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género?                        |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |
| Gostaria de acrescentar e/ou clarificar alguma informação que considere pertinente e que não foi abordada? |                          |   |   |    | P1; P2;<br>P3; P4;<br>P5 |              |                       |

#### Quanto à construção:

1. A questão apresenta uma construção muito fraca. Justifique e faça a sugestão de alteração.

2. A questão apresenta uma construção fraca. Justifique e faça a sugestão de alteração.
3. Tenho uma posição neutra quanto à construção da questão. Justifique e faça a sugestão de alteração.
4. A questão apresenta uma boa construção.
5. A questão apresenta uma boa construção.

### Parte 1 - Informações Sociodemográficas

| Questão                                                              | Classificação da questão |   |   |    |                    | Justificação                                                                                   | Sugestão de alteração |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                                      | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                  |                                                                                                |                       |
| Qual é a sua idade?                                                  |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual é a sua identidade de género?                                   |                          |   |   | P1 | P2; P3; P4; P5     | P1: Deixar a resposta em aberto para não assumir qual, existem inúmeras identidades de género. |                       |
| Quais os pronomes que utiliza?                                       |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença?                    |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual é a sua área de residência?                                     |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual a sua altura?                                                   |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual o seu peso?                                                     |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género? |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Apresenta algum problema de saúde?                                   |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Quais são os seus problemas de saúde?                                |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Toma alguma Medicação?                                               |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |
| Qual é a medicação que toma?                                         |                          |   |   |    | P1; P2; P3; P4; P5 |                                                                                                |                       |

### Parte 2 – Informações terapia hormonal

| Questão                                                | Classificação da questão |   |   |   |                    | Justificação | Sugestão de alteração |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------|--------------|-----------------------|
|                                                        | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                  |              |                       |
| Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal? |                          |   |   |   | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                       |
| Selecione os efeitos que sentiu ou sente:              |                          |   |   |   | P1; P2; P3; P4; P5 |              |                       |

### Parte 3 - Informações mamoplastia

| Questão                                         | Classificação da questão |   |   |   |                             | Justificação | Sugestão de alteração |
|-------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|-----------------------------|--------------|-----------------------|
|                                                 | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5                           |              |                       |
| Realizou mamoplastia de aumento (“top surgery”) |                          |   |   |   | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              |                       |

|                                                                                                                    |  |  |  |    |                             |  |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| Quando foi realizada a cirurgia ?                                                                                  |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                                                               |  |  |  | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5        |  | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                             |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                            |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?                |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                     |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                            |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                              |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                          |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a                                                    |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |

|                                                                                    |  |  |  |    |                      |  |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|----------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| intervenção em fisioterapia?                                                       |  |  |  |    |                      |  |                                                                              |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia? |  |  |  | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5 |  | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |

#### Parte 4 - Informações feminização facial

| Questão                                                                                             | Classificação da questão |   |   |    |                                | Justificação | Sugestão de alteração                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                              |              |                                                                              |
| Realizou Cirurgia de Feminização facial?                                                            |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Quando foi realizada a cirurgia?                                                                    |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                                                                |                          |   |   | P4 | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P5        |              | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                              |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                             |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta? |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?      |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |              |                                                                              |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação                                                        |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;              |              |                                                                              |

|                                                                                                                    |  |  |  |    |                                |  |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|--------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| terapêutica adequada a si?                                                                                         |  |  |  |    | P4;<br>P5                      |  |                                                                              |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |                                                                              |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?                              |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |                                                                              |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                                          |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |                                                                              |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?                       |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4;<br>P5 |  |                                                                              |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?                                 |  |  |  | P4 | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P5        |  | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |

#### Parte 5 - Informações vaginoplastia

| Questão                                               | Classificação da questão |   |   |    |                             | Justificação | Sugestão de alteração                                                        |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|-----------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                           |              |                                                                              |
| Realizou cirurgia de vaginoplastia (“bottom surgery”) |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              |                                                                              |
| Quando foi realizada a cirurgia?                      |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              |                                                                              |
| Sofreu complicações após a cirurgia?                  |                          |   |   | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5        |              | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |
| Apresenta alguma complicação a nível urinário?        |                          |   |   | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5        |              | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |    |                             |  |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal?                                                                                                                                                                                            |  |  |  | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5        |  | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |
| Tem desejo sexual?                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Iniciou relações sexuais após a cirurgia?                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Por algum motivo?                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Quanto tempo após a cirurgia?                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Sente dor durante a atividade sexual?                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Realiza penetração durante a atividade sexual?                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Sente dor durante a penetração sexual?                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Quando sente dor na penetração?                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Teria disponibilidade e interesse em participar num estudo acerca dos efeitos da aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia)? |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Para saber mais informações acerca                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |    | P1;<br>P2;                  |  |                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |                             |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|
| do estudo e para ter a possibilidade de realizar o tratamento com aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia) pedimos para que forneça o seu contacto (email ou numero de telemóvel): |  |  |  |  | P3;<br>P4; P5               |  |  |
| Já sentiu um orgasmo?                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Tem dificuldade em atingir um orgasmo?                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à Vaginoplastia por parte de um Fisioterapeuta?                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |
| Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo do                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |  |

|                                                                                             |  |  |  |    |                             |  |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| procedimento a realizar?                                                                    |  |  |  |    |                             |  |                                                                              |
| Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?       |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?                   |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante procedimento em fisioterapia? |  |  |  |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |  |                                                                              |
| Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?          |  |  |  | P4 | P1;<br>P2;<br>P3; P5        |  | P4: Deixar uma resposta em aberto para outros efeitos que possam ter sentido |

#### Parte 6 – Informações complementares

| Questão                                                                                                    | Classificação da questão |   |   |    |                             | Justificação | Sugestão de alteração                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|----|-----------------------------|--------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                                                            | 1                        | 2 | 3 | 4  | 5                           |              |                                                       |
| Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género?                                                       |                          |   |   | P5 | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              | P5: Deixar a definição de disforia e género entre (). |
| Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género?                        |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              |                                                       |
| Gostaria de acrescentar e/ou clarificar alguma informação que considere pertinente e que não foi abordada? |                          |   |   |    | P1;<br>P2;<br>P3;<br>P4; P5 |              |                                                       |

#### Anexo IV: Questionário piloto

#### Alterações Teste de Compreensão / Estudo Piloto

#### Instruções do Questionário

| Questão | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|---------|----------------|----------------|----------------|
|---------|----------------|----------------|----------------|

|                                                                           |     |     |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------------------------------------------|
| Sentiu dificuldades em compreender as instruções do questionário?         | Não | Não | Não                                                  |
| Encontrou palavras ou frases que não tenha compreendido perfeitamente?    | Não | Não | Não                                                  |
| Considera que as instruções deviam ter sido escritas de outro modo? Como? | Não | Não | Ter cuidados para não assumir um género nas questões |
| Considera que falta alguma informação às instruções?                      | Não | Não | Não                                                  |

## Perguntas do Questionário

### Parte 1 - Informações Sociodemográficas

| Qual é a sua idade?                                      | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|----------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual é a sua identidade de género?</b>                |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Quais os pronomes que utiliza?</b>                    |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença?</b> |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual é a sua área de residência?</b>                  |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual a sua altura?</b>                                |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?        | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                         | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                      | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                      | Sim            | Sim            | Sim            |

|                                                                             |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
|                                                                             |     |     |     |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Qual o seu peso?</b>                                                     |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Quando iniciou o processo de avaliação para a reafirmação de género?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Apresenta algum problema de saúde?</b>                                   |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Quais são os seus problemas de saúde?</b>                                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Toma alguma Medicação?</b>                                               |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |
|                                                                             |     |     |     |
| <b>Qual é a medicação que toma?</b>                                         |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                         | Sim | Sim | Sim |

## Parte 2 – Informações terapia hormonal

|                                                               | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|---------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal?</b> |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?             | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                              | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                           | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                           | Sim            | Sim            | Sim            |

|                                                                                                            |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Selecione os efeitos que sentiu ou sente:</b>                                                           |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realizou mamoplastia de aumento ("top surgery")</b>                                                     |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)?</b>                                                          |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sofreu complicações após a cirurgia?</b>                                                                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?</b>                                              |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?</b>                                             |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                        | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                          | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                           | Sim | Sim | Sim |

|                                                                                                                           |                                             |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----|-----|
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?</b>                     |                                             |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não                                         | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim                                         | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?</b>                                            |                                             |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não                                         | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim                                         | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar?</b> |                                             |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não                                         | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim mas é difícil de ter uma resposta exata | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?</b>                              |                                             |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não                                         | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim                                         | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?</b>                                          |                                             |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não                                         | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim                                         | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim                                         | Sim | Sim |
| <b>Foi dada informação sobre os procedimentos realizados</b>                                                              |                                             |     |     |

|                                                                                           |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>durante a intervenção em fisioterapia?</b>                                             |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                       | Sim | Sim | Sim |

### Parte 3 - Informações feminização facial

|                                                                | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|----------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Realizou Cirurgia de Feminização facial?</b>                |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?              | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                               | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)?</b>              |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?              | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                               | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Sofreu complicações após a cirurgia?</b>                    |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?              | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                               | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?</b>  |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?              | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                               | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                            | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?</b> |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?              | Não            | Não            | Não            |

|                                                                                                                           |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?</b>                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?</b>                     |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?</b>                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?</b>                              |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |

|                                                                                                     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?</b>                    |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |
|                                                                                                     |     |     |     |
| <b>Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |
|                                                                                                     |     |     |     |
| <b>Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b>           |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |

#### Parte 4 - Informações mamoplastia

|                                                        | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|--------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Realizou mamoplastia de aumento ("top surgery")</b> |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?      | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                       | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                    | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                    | Sim            | Sim            | Sim            |
|                                                        |                |                |                |
| <b>Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)?</b>      |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?      | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                       | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                    | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                    | Sim            | Sim            | Sim            |
|                                                        |                |                |                |
| <b>Sofreu complicações após a cirurgia?</b>            |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?      | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                       | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                    | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                    | Sim            | Sim            | Sim            |
|                                                        |                |                |                |

|                                                                                                                           |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?</b>                                                             |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional?</b>                                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à mamoplastia por parte de um Fisioterapeuta?</b>                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de que profissional de saúde?</b>                     |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?</b>                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                         | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                       | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                       | Sim | Sim | Sim |

|                                                                                                     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?</b>        |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| <b>A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?</b>                    |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| <b>Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b>           |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                   | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                    | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                 | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                 | Sim | Sim | Sim |

#### Parte 5 - Informações vaginoplastia

|                                                              | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|--------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Realizou cirurgia de vaginoplastia (“bottom surgery”)</b> |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?            | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                             | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                          | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                          | Sim            | Sim            | Sim            |
| <b>Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)?</b>            |                |                |                |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?            | Não            | Não            | Não            |
| Considera a pergunta pertinente?                             | Sim            | Sim            | Sim            |
| A pergunta é clara?                                          | Sim            | Sim            | Sim            |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                          | Sim            | Sim            | Sim            |

|                                                                  |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Sofreu complicações após a cirurgia?</b>                      |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Apresenta alguma complicação a nível urinário?</b>            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Tem desejo sexual?</b>                                        |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Iniciou relações sexuais após a cirurgia?</b>                 |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Por algum motivo?</b>                                         |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quanto tempo após a cirurgia (em meses)?</b>                  |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                 | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                              | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                              | Sim | Sim | Sim |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Sente dor durante a atividade sexual?</b>                                                                                                                                                                                                                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realiza penetração durante a atividade sexual?</b>                                                                                                                                                                                                       |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sente dor durante a penetração sexual?</b>                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quando sente dor na penetração?</b>                                                                                                                                                                                                                      |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Teria disponibilidade e interesse em participar num estudo acerca dos efeitos da aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em neovaginas (após a vaginoplastia)?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Para saber mais informações acerca do estudo e para ter a possibilidade de realizar o tratamento com aplicação de radiofrequência na estenose vaginal (estreitamento da abertura vaginal) ou dispareunia (dor na atividade sexual) em</b>                |     |     |     |

|                                                                                                                              |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>neovaginas (após a vaginoplastia)<br/>pedimos para que forneça o seu<br/>contacto (email ou numero de<br/>telemóvel):</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Já sentiu um orgasmo?</b>                                                                                                 |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Tem dificuldade em atingir um<br/>orgasmo?</b>                                                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia<br/>a nível estético?</b>                                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Qual a sua satisfação com a cirurgia<br/>a nível funcional?</b>                                                           |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Realizou sessão de intervenção e/ou<br/>educação relativa à Vaginoplastia<br/>por parte de um Fisioterapeuta?</b>         |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                          | Sim | Sim | Sim |
| <b>Recebeu recomendação para a<br/>realização de fisioterapia por parte<br/>de que profissional de saúde?</b>                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                            | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                             | Sim | Sim | Sim |

|                                                                                                                             |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si?</b>                                              |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de procedimentos a realizar?</b> |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Os resultados após a intervenção em fisioterapia corresponderam às suas expectativas?</b>                                |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado?</b>                                            |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante os procedimentos em fisioterapia?</b>                      |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| <b>Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia?</b>                                   |     |     |     |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                           | Não | Não | Não |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                            | Sim | Sim | Sim |
| A pergunta é clara?                                                                                                         | Sim | Sim | Sim |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                         | Sim | Sim | Sim |

**Parte 6 – Informações complementares**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Participante 1</b> | <b>Participante 2</b> | <b>Participante 3</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Sente ou sentiu incongruência ou disforia de género (presença de sofrimento, mal-estar e desconforto psicológico persistente que resulta da incongruência entre a sua identidade de género e o sexo atribuído ao nascimento, às características sexuais primárias e secundárias (genitais, mamas, pelos, formato do corpo, voz) e em relação ao papel de género socialmente expectável em relação a esse sexo)?</b> |                       |                       |                       |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Não                   | Não                   | Não                   |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| <b>Sente que a/as intervenção/ões realizada/as melhorou/aram a sua disforia de género?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                       |                       |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Não                   | Não                   | Não                   |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| <b>Gostaria de acrescentar e/ou clarificar alguma informação que considere pertinente e que não foi abordada?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                       |                       |
| Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Não                   | Não                   | Não                   |
| Considera a pergunta pertinente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| A pergunta é clara?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
| O Vocabulário utilizado é adequado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim                   | Sim                   | Sim                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                       |                       |

## Anexo V: Base de dados

|    |     |                               |                                    |                                |                                                   |                                  |                          |                        |                                                                                  |                                    |                                       |                                           |                                   |                                                        |
|----|-----|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1  | Sim | Qual é a sua idade (em anos)? | Qual é a sua identidade de género? | Quais os pronomes que utiliza? | Qual foi o sexo que lhe foi atribuído à nascença? | Qual é a sua área de residência? | Qual a sua altura em cm? | Qual o seu peso em Kg? | Quando iniciou o processo de rutinização para a rutinização de género? (mês/ano) | Apresenta algum problema de saúde? | Quais são os seus problemas de saúde? | Toma alguma medicação?                    | Qual é a medicação que toma?      | Realizou ou encontra-se a realizar a terapia hormonal? |
| 2  | Sim | 26                            | Feminina                           | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 150                      | 50                     | 22/22222222                                                                      | 2020                               | Sim                                   | Depressão                                 | Antidepressivo                    | Sim                                                    |
| 3  | Sim | 50                            | Feminino                           | Ela/Dela                       | Intersexo                                         | Lisboa                           | 170                      | 79                     | 27/25954014                                                                      | 1987                               | Sim                                   | Antidepressivo                            | Sim                               |                                                        |
| 4  | Sim | 28                            | Mulher transgénero                 | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 165                      | 60                     | 22/0385749                                                                       | 2018                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |
| 5  | Sim | 27                            | Feminino                           | Ela/Dela                       | Intersexo                                         | Penafiel                         | 165                      | 76                     | 27/21551882                                                                      | 2019                               | Não                                   | Anticéptico, Antidepressivo               | Sim                               |                                                        |
| 6  | Sim | 23                            | Mulher transgénero                 | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 176                      | 85                     | 27/44039917                                                                      | 2021                               | Não                                   | Antidepressivo                            | Sim                               |                                                        |
| 7  | Sim | 28                            | Mulher transgénero                 | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Azores                           | 176                      | 53                     | 17/11002066                                                                      | 2021                               | Não                                   | Antidepressivo                            | Sim                               |                                                        |
| 8  | Sim | 37                            | Transfeminina                      | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 169                      | 60                     | 21/0076678                                                                       | 2023                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |
| 9  | Sim | 30                            | Feminino                           | Ela/Dela                       | Intersexo                                         | Leiria                           | 170                      | 62                     | 21/4532872                                                                       | 2016                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |
| 10 | Sim | 33                            | Mulher trans                       | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Coimbra                          | 165                      | 56                     | 20/5693296                                                                       | 2017                               | Não                                   | Anticéptico, Antidepressivo               | Sim                               |                                                        |
| 11 | Sim | 36                            | Mulher                             | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Coimbra                          | 175                      | 68                     | 22/2048163                                                                       | 2012                               | Não                                   | Antidepressivo                            | Sim                               |                                                        |
| 12 | Sim | 28                            | Mulher                             | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Gimarães                         | 163                      | 69                     | 25/5897376                                                                       | 2017                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |
| 13 | Sim | 42                            | Mulher transgénero                 | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 179                      | 72                     | 22/47120876                                                                      | 2012                               | Não                                   | Antidepressivo e medicação aos para acido | Sim                               |                                                        |
| 14 | Sim | 55                            | Mulher                             | Ela/Dela                       | Intersexo                                         | Faro                             | 158                      | 68                     | 27/2582948                                                                       | 2012                               | Sim                                   | Hiperensão e pre diabetes                 | Anti-hipertensivo, Anti-diabético | Sim                                                    |
| 15 | Sim | 37                            | Mulher Transgénero                 | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Faro                             | 175                      | 87                     | 28/44816327                                                                      | 2017                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |
| 16 | Sim | 28                            | Mulher                             | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Porto                            | 163                      | 57                     | 21/4537371                                                                       | 2016                               | Sim                                   | Depressão crónica                         | Anticéptico, Antidepressivo       | Sim                                                    |
| 17 | Sim | 22                            | Mulher                             | Ela/Dela                       | Masculino                                         | Lisboa                           | 178                      | 67                     | 21/4631991                                                                       | 2022                               | Não                                   |                                           | Sim                               |                                                        |

|    |  | Selecione as opções que sentiu ou sente:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
|----|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1  |  | Redistribuição da gordura corporal                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizou mastoplastia de aumento ("top surgery")? | Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? | Sofreu complicações após a cirurgia? | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético?                                                                                           |    |
| 2  |  | Aumento do peso, Hipertensão                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 3  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Crescimento mamário, Diminuição do volume testicular, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial        | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 4  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Crescimento mamário, Diminuição do volume testicular, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial        | Sim                                               | 2020                                       | Nenhuma                              |                                                                                                                                                  | 8  |
| 5  |  | Redistribuição da gordura corporal, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                  | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 6  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                              | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 7  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                              | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 8  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                              | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |
| 9  |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Crescimento mamário, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                                            | Sim                                               |                                            |                                      | Fitoses cicatríciais, Alteração de sensibilidade, 2018 Alterações na cicatriz, Dor, Alterações de sensibilidade, ficaram diferentes uma da outra | 8  |
| 10 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Crescimento mamário, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                                                                                                                             | Sim                                               |                                            |                                      | 2019 Dor                                                                                                                                         | 7  |
| 11 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                                                                                                                                                  | Não                                               |                                            |                                      | 2016 Dor                                                                                                                                         | 9  |
| 12 |  | Redistribuição da gordura corporal, Diminuição da massa muscular/força, Diminuição do volume testicular, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial, Hipertensão                                                                                                                 | Sim                                               |                                            |                                      | Alteração de sensibilidade, 2015 Alterações na cicatriz, Dor                                                                                     | 8  |
| 13 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Crescimento mamário, Diminuição do volume testicular, Hipertensão, Hipertrofia/eleidemia                                                                                                                                                      | Sim                                               |                                            |                                      | 2018 Nenhuma                                                                                                                                     | 10 |
| 14 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Crescimento mamário, Diminuição do volume testicular, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial                                                                                        | Sim                                               |                                            |                                      | Fitoses cicatríciais, Alteração de sensibilidade, 2019 Alterações na cicatriz                                                                    | 9  |
| 15 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Distúrbio sexual masculino, Diminuição do volume testicular, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial | Sim                                               |                                            |                                      | 2019 Alterações na cicatriz                                                                                                                      | 10 |
| 16 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Distúrbio sexual masculino, Diminuição do volume testicular, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial | Sim                                               |                                            |                                      | 2019 Alterações na cicatriz                                                                                                                      | 10 |
| 17 |  | Redistribuição da gordura corporal, Aumento do peso, Diminuição da massa muscular/força, Surtização da pele/diminuição da oleosidade, Distúrbio sexual masculino, Diminuição do volume testicular, Diminuição da produção de esperma, Perda e crescimento desaccelerado do pelo corporal ou facial | Não                                               |                                            |                                      |                                                                                                                                                  |    |

|    |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
|----|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? | Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? | Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à manuseação por parte de um fisioterapeuta? | Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde/ adequada a si? | Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si? | Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? | Os resultados após a intervenção em fisioterapia correspondem às suas expectativas? | A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado? | Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia? | Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia? | Realizou Cirurgia de Fertilização In Vitro? | Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? | Sótiu complicações após a cirurgia? | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? |
| 2  |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 3  |                                                         | 7 Não                                                                                         | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 4  |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 5  |                                                         | 10 Sim                                                                                        | Sim, pós-cirurgicamente                                                                            | Amigos                                                                                                       | Sim                                                                     | Sim                                                                                                                | Sim                                                                                 | Privado sem seguro de saúde                                               | Sim                                                                                          | Termoterapia, Massagem de crioter, Não sei                                         | Não                                         |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 6  |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 7  |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 8  |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 9  |                                                         | 8 Não                                                                                         | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 10 |                                                         | 9 Sim                                                                                         | Sim, pós-cirurgicamente                                                                            | Médico-Cirurgia Plástica                                                                                     | Sim                                                                     | Sim                                                                                                                | Sim                                                                                 | Privado sem seguro de saúde                                               | Não                                                                                          |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 11 |                                                         | 10 Não                                                                                        | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 12 |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 13 |                                                         | 9 Não                                                                                         | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 14 |                                                         | 10 Não                                                                                        | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 15 |                                                         | 9 Não                                                                                         | Não                                                                                                |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 16 |                                                         | 10 Sim                                                                                        | Sim, pós-cirurgicamente                                                                            | Médico-Cirurgia Plástica                                                                                     | Sim                                                                     | Sim                                                                                                                | Sim                                                                                 | Privado sem seguro de saúde                                               | Não                                                                                          |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |
| 17 |                                                         |                                                                                               |                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                             |                                            |                                     |                                                         |                                                         |

|    |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    |                                                          |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
|----|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| 1  | Qual a sua satisfação com a cirurgia de nível funcional? | Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? | Realizou sessão de educação relativa à intervenção fisioterapêutica? | Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? | Sentiu que o fisioterapeuta teve uma relação terapêutica adequada a si? | Sentiu que o fisioterapeuta tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição e o tipo de intervenção a realizar? | Os resultados após a intervenção em fisioterapia correspondem às suas expectativas? | A intervenção em fisioterapia foi realizada em regime público ou privado? | Foi dada informação sobre os procedimentos realizados durante a intervenção em fisioterapia? | Quais destes procedimentos foram realizados durante a intervenção em fisioterapia? | Realizou cirurgia de uroginecologista ("bottom surgery") |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 2  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      | Quando foi realizada a cirurgia (mês/ano)? |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 3  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2013                                       | estenose do canal vaginal; dor genital; todo correu mal; SS      | Perdas de urina                           |                              |  |  |  |  |
| 4  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2021                                       | dor genital;                                                     | Nenhuma                                   |                              |  |  |  |  |
| 5  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 6  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 7  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 8  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 9  |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2022                                       | estenose do canal vaginal; dor genital; desidratação da cicatriz | Incontinência urinária                    | Nível de zoom; diálogo Zoom. |  |  |  |  |
| 10 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 11 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2018                                       | dor genital; desidratação da cicatriz                            | Incontinência urinária ou perdas de urina |                              |  |  |  |  |
| 12 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 13 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2016                                       | dor genital; Não tenho grande sensibilidade                      | Nenhuma                                   |                              |  |  |  |  |
| 14 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 15 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |
| 16 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Sim                                                      | 2022                                       | dor genital; desidratação da cicatriz                            | Alteração na função miccional             |                              |  |  |  |  |
| 17 |                                                          |                                                                                               |                                                                      |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                     |                                                                           |                                                                                              |                                                                                    | Não                                                      |                                            |                                                                  |                                           |                              |  |  |  |  |

|    |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Apresenta alguma complicação a nível intestinal ou fecal? | Tem desejo sexual? | Iniciou relações sexuais após a cirurgia? | Por algum motivo? | Quanto tempo após a cirurgia (em meses)? | Sente dor durante a atividade sexual? | Realiza penetração durante a atividade sexual? | Sente dor durante a penetração sexual? | Quando sente dor na penetração? | Já sentiu um orgasmo? | Tem dificuldade em atingir um orgasmo? | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível estético? | Qual a sua satisfação com a cirurgia a nível funcional? | Recebeu recomendação para a realização de fisioterapia por parte de um profissional de saúde? | Já realizou algum tipo de intervenção em fisioterapia após a cirurgia? | Realizou sessão de intervenção e/ou educação relativa à vagina/pele por parte de um fisioterapeuta? |
| 2  |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 3  | Ostipação                                                 | Não                | Sim                                       |                   | 2 meses                                  | Sim                                   | Não                                            |                                        |                                 | Sim                   | Não                                    |                                                        | 1                                                       | 1                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 4  | Nenhuma                                                   | Sim                | Sim                                       |                   | 12 meses                                 | Não                                   | Não                                            |                                        |                                 | Sim                   | Não                                    |                                                        | 8                                                       | 6                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 5  |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 6  |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 7  |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 8  |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 9  | Nenhuma                                                   | Sim                | Sim                                       |                   |                                          | 10                                    | Sim                                            | Não                                    |                                 | Não                   | Sim                                    |                                                        | 7                                                       | 3                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 10 |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 11 | Nenhuma                                                   | Sim                | Sim                                       |                   | 15 meses                                 | Sim                                   | Não                                            |                                        |                                 | Não                   | Sim                                    |                                                        | 9                                                       | 6                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 12 |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 13 | Nenhuma                                                   | Sim                | Sim                                       |                   | 22 meses                                 | Sim                                   | Não                                            |                                        |                                 | Não                   |                                        |                                                        | 7                                                       | 4                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 14 |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 15 |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |
| 16 | Ostipação                                                 | Sim                | Sim                                       |                   | 18 meses                                 | Sim                                   | Não                                            |                                        |                                 | Não                   |                                        |                                                        | 8                                                       | 5                                                                                             | Não                                                                    | Não                                                                                                 |
| 17 |                                                           |                    |                                           |                   |                                          |                                       |                                                |                                        |                                 |                       |                                        |                                                        |                                                         |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                     |

