

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans

Discrimination and Access Barriers to the National Health Service Perceived by Trans People

RODRIGUES*, JOÃO¹; LEMOS, CAROLINA^{1,2}; FIGUEIREDO, ZÉLIA^{1,3}

1. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

2. UnIGene, IBMC - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto, Portugal. ORCID: 0000-0001-9803-9584

3. Unidade de Consulta Externa – Consulta de Sexologia. Hospital Magalhães Lemos, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução: A população trans, que necessita de tratamentos médicos, cirúrgicos e psicológicos específicos pela sua condição, é confrontada com discriminação, preconceito e estigma, na procura de serviços de saúde, que limitam o seu acesso. Este estudo pretende avaliar barreiras no acesso à saúde, por esta população, em três ambientes distintos do Serviço Nacional de Saúde (urgência, medicina geral e familiar e cirurgia).

Material e Métodos: Realizou-se um estudo transversal, não controlado, com recurso a entrevista a 71 pessoas trans, após consulta de Sexologia. Um modelo de entrevista foi elaborado pelos autores, adaptando questões do *Trans Pulse Project* e do *2015 US Transgender Survey*.

Resultados: Metade dos trans que recorreram aos três contextos estudados percecionaram discriminação por um profissional de saúde. O uso de linguagem preconceituosa foi o episódio de perceção de discriminação mais frequente e o serviço de urgência o local onde ocorreu com mais frequência. Encontramos relação entre episódios de perceção de discriminação em medicina geral e familiar, com o desconforto sentido em abordar saúde trans com o médico de família.

Discussão: A discriminação percecionada por pessoas trans foi semelhante à verificada na literatura, em contexto de urgência e medicina geral e familiar. O incumprimento e desconhecimento de *guidelines* de boas práticas clínicas, por profissionais de saúde, à semelhança da literatura, podem constituir barreiras de acesso a cuidados de saúde, na população estudada.

Conclusão: Verificamos que existe a necessidade de estudar, a nível nacional, o impacto da discriminação na população trans, bem como de avaliar e promover a formação de profissionais de saúde nesta área.

Abstract

Introduction: Trans people, who need specific medical, surgical and psychological healthcare due to their condition, are confronted with discrimination, prejudice and stigma thus limiting their access to health services. The present study aims to assess barriers in trans health in three distinct public services (emergency, primary care and surgery).

Material and Methods: A non-controlled cross-sectional study was conducted, using interviews with 71 trans people, after their sexology consult. An interview model was elaborated by the authors, adapting questions from the *Trans Pulse Project* and the *2015 US Transgender Survey*.

Results: Half of the trans people who used the services studied perceived discrimination by a healthcare provider. The use of prejudiced language was the most frequent perceived episode of discrimination and the emergency department was the place where it occurred with higher frequency. We found an association between episodes of perceived discrimination in family medicine and the discomfort felt in addressing trans health with the family physician.

Recebido/Received: 2020-09-30

Aceite/Accepted: 2020-12-18

Publicado / Published: 2020-12-30

* Autor Correspondente/Corresponding Author: João Miguel Correia Rodrigues | joaomr95@gmail.com | Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Portugal

R. Jorge de Viterbo Ferreira 228, 4050-313 Porto

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Discussion: The perceived discrimination felt by trans people was similar to the literature data, in emergency and family medicine services. The lack of knowledge of standards of care by health providers may reinforce barriers to trans healthcare, as seen in the literature.

Conclusion: We found the need to study the impact of trans discrimination, around the country, as well as evaluate and promote trans healthcare amongst healthcare providers.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Disparidades em Assistência à Saúde; Pessoas Transgénero

Keywords: Health Services Accessibility; Healthcare Disparities; Transgender Persons

INTRODUÇÃO

Consideramos transgénero ou trans um termo abrangente que, de forma inclusiva engloba várias identidades de género que diferem das tradicionalmente estabelecidas. Desta forma, incluem-se, por um lado, indivíduos que não se identificam com o sexo biológico atribuído à nascença e que pretendem alterar os caracteres sexuais primários e/ou secundários através de intervenções médico-cirúrgicas – transexual - e, por outro lado, incluem-se indivíduos que não se identificam com a classificação de género binária masculino-feminino (por exemplo, género *queer*, não-binário, género fluido).^{1,2} O termo cisgénero (ou Cis), em oposição, refere-se a pessoas que se identificam com o sexo atribuído à nascença.¹

O Sexo constitui uma característica atribuída ao nascer, que se reflete fisiologicamente nas gónadas, hormonas sexuais, órgãos reprodutivos internos e pela aparência dos órgãos genitais externos, e o Género constitui uma característica que engloba atitudes, sentimentos e comportamentos, associados à experiência e expressão do seu sexo biológico, que podem ou não estar em conformidade.²

O termo identidade de género (IG) atribui-se à percepção intrínseca pessoal relativa ao seu género, podendo ou não corresponder ao seu sexo biológico, não se reduzindo à classificação binária de género. Exemplos de IG, para além do masculino e feminino, existem o género *queer*, não-binário, género fluido).¹

Expressão de género (EG) é definida pela manifestação física e externa da identidade de género, englobando aparência física, modos de comunicar e interagir com outros.³

Papel de género (PG) corresponde aos comportamentos, atitudes e reações que uma determinada sociedade, num determinado período histórico, atribui a determinado género, podendo ou não, corresponder à IG de uma pessoa.³

A não-conformidade de género (NCG) (variabilidade de género) ocorre quando a identidade, expressão e/ou papel de género do indivíduo difere do padrão social e cultural atribuído ao seu sexo biológico.¹

Pensa-se que a IG seja influenciada por um conjunto de fatores biológicos, culturais e psicossociais, estando sujeita ao reforço de comportamentos associados, socialmente, ao sexo biológico.³

É por volta dos 2 anos de idade que começam a surgir sinais de NCG em alguns indivíduos trans, os quais persistem ao longo de toda a sua vida, ou que acabam por desaparecer.

Por outro lado, noutros casos o questionamento da IG surge no início da puberdade, existindo assim, uma heterogeneidade de apresentação da NCG.⁴

No DSM-5 a disforia de género (DG) é classificada como o sofrimento psicopatológico desenvolvido na NCG por um período superior a 6 meses,⁵ previamente designada, no DSM-IV, por Perturbação da Identidade de Género.⁶ Em conformidade com as recomendações da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), a transexualidade – desejo de viver no género oposto – foi retirada da categoria de doenças de saúde mental, no CID-10,⁷ fortalecendo o caminho da despatologização desta condição, codificando-a no grupo de condições relacionadas com a saúde sexual, sob o nome de Incongruência de Género, no CID-11.⁸

Historicamente, a população trans tem vivenciado múltiplas formas de discriminação, seja por discriminação contínua - que varia desde formas mais subtis de discriminação (como desrespeito pelo seu nome e pronomes adequados ao seu género) a formas mais severas (por exemplo, agressões ou ser assumido como trans, por outra pessoa),⁹ isolamento, marginalização ou dificuldades económicas.¹⁰ Vivências de discriminação pela população trans podem influenciar negativamente a sua saúde mental. Está descrito na literatura, uma maior prevalência de perturbação de uso de substâncias, episódios depressivos, perturbações de ansiedade e de tentativas de suicídio.¹¹ Além disso, a esta população está também associada uma maior prevalência de doenças infeciosas, nomeadamente VIH em mulheres trans, e um maior risco de episódios de violência e vitimização, incluindo abuso psicológico, físico e sexual.¹²

Os serviços de saúde não estão isentos de poder contribuir para vivências de discriminação, reais ou percebidas, pela população trans, existindo vários relatos de iniquidade na abordagem a pessoas trans.¹¹ Recorrentemente, trans encontram obstáculos aquando da procura de serviços de saúde, seja por um desadequado fornecimento de cuidados de saúde,³ dificuldade em obter encaminhamento médico correto,¹³ desconhecimento de *guidelines* pelos profissionais de saúde que os acompanham,¹⁰ uso de linguagem e comportamentos desadequados, bem como, uso de pronomes e nome social desatualizado.¹³

Por outro lado, recai sobre a população trans uma responsabilidade acrescida de procura e preocupação ativa pela sua saúde, podendo existir, na relação médico/doente,

momentos em que tem de ser o próprio trans a transmitir informação ao médico, dada a perceção de formação, eventualmente, insuficiente ou desadequada do médico acerca de saúde trans, pelo utente.^{13,14}

Desta forma, o medo de discriminação subtil (como ignorar nome social escolhido, ou utilizar o sexo biológico para identificação) ou assumida (como realização de exame físico não profissional, ou ser assumido como trans para a comunidade, por uma entidade externa)¹³ e o eventual desconforto existente no contacto com os serviços de saúde, pode levar a uma diminuição da procura de serviços de saúde pela população trans, constituindo uma barreira ao seu acesso, seja em cuidados primários, especializados ou episódios de urgência.¹⁴

Existem várias normas que definem como deve ser feito o acompanhamento do indivíduo trans. Na maioria dos países Europeus, cumpre-se em três passos – avaliação/diagnóstico, terapia hormonal e cirurgias. O papel dos profissionais de saúde consiste em facilitar a exploração da IG do indivíduo e fornecer opções de tratamento individualizado.¹⁵

Uma pessoa trans que pretenda e tenha indicação clínica para alterar a expressão física dos seus caracteres sexuais irá recorrer a um tratamento de redesignação de sexo (TRS), que implica um conjunto de atos médicos, cirúrgicos e legais, que incluem, mas não se limitam, à psicoterapia, tratamento hormonal masculinizante ou femininizante e intervenções cirúrgicas visando alteração dos caracteres sexuais secundários e/ou primários.¹

Em Portugal, é necessário um conjunto de requisitos prévios à realização de intervenções cirúrgicas, nomeadamente: acompanhamento médico durante todas as fases do TRS, não devendo o período antes da intervenção cirúrgica ser inferior a dois anos; o indivíduo “ser maior de idade e cognitivamente capaz”; obtenção de dois diagnósticos de disforia de género (DG), elaborados por duas equipas médicas multidisciplinares distintas, e emissão de um parecer por parte da Ordem dos Médicos.¹⁶

Ainda que relatos de vivências de discriminação pela população trans, relativamente às medidas de seguimento por parte dos cuidados primários de saúde, já se encontrem descritas em alguma literatura médica,^{9,11,14} o seu impacto está, todavia, pouco estudado em Portugal.

Este estudo tem como objetivos avaliar vivências de discriminação que podem constituir barreiras à saúde de

peças trans, em três ambientes distintos do Serviço Nacional de Saúde - SNS (urgência, medicina geral e familiar e cirurgia), e o impacto no recurso a cuidados de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, não controlado, entre Janeiro/2020 a Abril/2020, no Hospital Magalhães Lemos, com indivíduos adultos trans, utentes da consulta de Sexologia da Dra. Zélia Figueiredo, entrevistando-se 71 utentes.

Os indivíduos entrevistados que aceitaram participar, responderam a um conjunto de perguntas demográficas, sobre a sua experiência de TRS e experiência no SNS. Todos os dados foram registados de forma anónima, respeitando a proteção de dados dos utentes.

Obtivemos dados relativos à perceção de discriminação, em contexto de urgência, medicina geral e familiar e cirurgia, através de perguntas adaptadas de questionários do *Trans Pulse Project*¹⁶ e *2015 US Transgender Survey*.¹⁷

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas como distribuições de frequência e comparadas pelo teste de qui-quadrado, com intervalo de confiança a 95%. Realizamos a análise estatística com recurso ao *software IBM® SPSS® Statistics* versão 26.

RESULTADOS

a. Caracterização da amostra

Este estudo é composto por uma amostra de 71 indivíduos trans, adultos e seguidos na consulta de Sexologia do HML. Relativamente à amostra: 17 (23,9%) indivíduos identificam-se com o género feminino e foi-lhes atribuído o sexo masculino à nascença; 52 (73,2%) identificam-se com o género masculino, 1 (1,4%) com o género não-binário e 1 (1,4%) com género *queer*, e aos 54 (76,1%) indivíduos foi atribuído o sexo feminino à nascença.

A idade média dos participantes é de 26 anos (26,17±8,19). A idade de perceção de NCG (IPNCG) média foi aos 10 anos (10,03±6,45), a média da idade da expressão da IG (IEIG) aos 15 anos (15,23±8,27) e o início da transição (IT) aos 23 anos (22,57±7,93). Outras características demográficas estão presentes na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas da amostra ($N=71$)

Variável	%	N
Idade (media= 26,17±8,19) IPNCG (media=10,03±6,45) IEIG (media=15,23±8,27) IT (media=22,57±7,93)		
Sexo atribuído à nascença		
Masculino	23,9	17
Feminino	76,1	54
Género		
Masculino	73,2	52
Feminino	23,9	17
<i>Queer</i>	1,4	1
Não Binário	1,4	1
Nacionalidade		
Portuguesa	91,5	65
Portuguesa + Brasileira	5,6	4
Chinesa	1,4	1
Cabo Verdiana	1,4	1
Escolaridade		
1º ciclo	1,4	1
2º ciclo	4,2	3
3º ciclo	9,9	7
12º ano	57,5	41
Licenciatura	21,1	15
Mestrado	5,6	4

b. Experiência e Perceção de Discriminação no SNS

Dos inquiridos, 68 indivíduos estiveram presentes em contexto de serviço de urgência (SU), medicina geral e familiar (MGF) ou cirurgia, sendo que 50% dos trans passaram por, pelo menos, um episódio de discriminação. Relativamente a barreiras à informação, 32,4% dos participantes reportam que o “profissional de saúde (PS) referiu não ter conhecimento suficiente acerca de saúde da pessoa trans (ST), sendo incapaz de aconselhar”, e 69,1% teve de ceder informações sobre ST, a um PS, pelo menos uma vez.

Dos episódios de discriminação questionados, o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa” foi o episódio mais frequente (27,9%), seguido da “negação da IG” (20,6%) e do “desencorajamento da exploração da IG” (19,1%) (Tabela 2).

A média da avaliação da qualidade do SNS, com base na experiência dos participantes, foi de 3,31, verificado na Fig. 1. Dos participantes entrevistados, 11,3% referiu que se encontra muito desconfortável para discutir assuntos relacionados com a ST; 23,9% desconfortável; 12,7% é indiferente à situação; 36,6% está confortável e 15,5% muito confortável. A maioria dos participantes confia completamente (12,7%) ou maioritariamente (71,8%) na confidencialidade dos seus dados, por parte do médico, relativamente à sua experiência trans, e uma minoria confia pouco (12,7%) ou nada (2,8%).

Tabela 2. Frequências relativas de episódios de limitações ao acesso à saúde trans, sentidos pelos participantes, por parte de profissionais de saúde, em contexto de serviço de urgência, unidade de saúde geral e familiar e cirúrgico.

Episódios de Discriminação	Nos três contextos (N=68)		No SU (N=38)		Em MGF (N=65)		Em contexto cirúrgico (N=31)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Recusa de assistência ou término de cuidados	12	17,6	5	13,2	6	9,2	3	9,7
Uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa	19	27,9	11	28,9	7	10,8	4	12,9
Ridicularização ou inferiorização	11	16,2	6	15,8	4	6,2	3	9,7
Recusa de discussão ou referência a assuntos relacionados com condições ST	10	14,7	2	5,3	7	10,8	1	3,2
Negação da IG	14	20,6	10	26,3	6	9,2	0	0
Afirmção de que o sexo alterado no seu CC estaria incorreto	7	10,3	7	18,4	0	0,0	0	0
Desencorajamento da exploração da IG	13	19,1	4	10,5	10	15,4	0	0
Recusa à realização de exame físico a alguma parte do corpo	2	2,9	0	0,0	2	3,1	0	0
Pelo menos um dos episódios	34	50	17	44,7	20	25,3	6	19,4
Lacunas de conhecimento de orientações de Saúde Trans	Nos três contextos (N=68)		No SU (N=38)		Em MGF (N=65)		Em contexto cirúrgico (N=31)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Profissional de saúde (PS) referiu não ter conhecimento suficiente acerca de saúde trans (ST), sendo incapaz de aconselhar	22	32,4	5	7,9	17	26,2	3	9,7
Conhecimento do médico, com que contactou, acerca de ST	-	-	-	-	-	-	30	96,8
Nenhum	-	-	-	-	9	13,8	4	13,3
Pouco	-	-	-	-	20	30,8	8	26,7
Algum	-	-	-	-	27	41,4	2	6,7
Muito	-	-	-	-	9	13,8	16	53,3
Informou o PS sobre <i>guidelines</i> de ST, pelo menos uma vez	47	69,1	17	44,7	34	52,3	6	19,4
Não tentou	-	-	-	-	5	7,7	-	-
Nunca	21	30,9	21	55,3	26	40,0	25	80,6
Poucas Vezes	-	-	6	15,8	15	23,1	4	12,9
Algumas Vezes	-	-	8	21,1	15	23,1	2	6,5
Muitas Vezes	-	-	3	7,9	4	6,2	0	0

Percentagem (%)

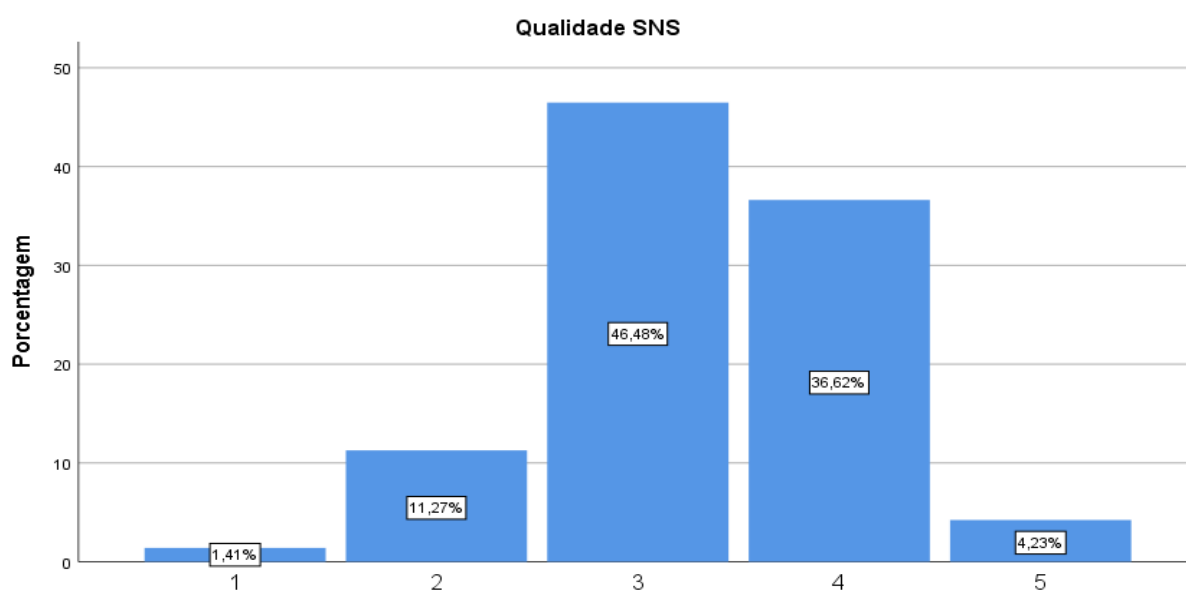


Figura 1. Frequência da avaliação da qualidade do SNS, com base na sua experiência

Investigamos a relação entre as experiências de discriminação em três contextos (SU, MGF e cirúrgico) e a percepção dos participantes acerca da qualidade do SNS, o conforto perante um médico desconhecido, a obtenção

de cuidados de saúde, quando necessário, no último ano e a confiança na confidencialidade dos seus dados, não se encontrando nenhuma relação significativa, como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3. Relações entre a discriminação sentida pelos participantes e características da sua experiência no SNS

	Discriminação sentida			
	Nos três contextos	No SU	Em MGF	Em contexto cirúrgico
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Recorreu ao SU pelo menos uma vez, referindo a sua IG		1,00		
Recorreu ao SU pelo menos uma vez, referindo a sua IG	0,547			
Evitou o SU por ser trans		0,491		
Evitou o SU por ser trans	0,64			
Nível de conhecimento do médico de MGF			1,00	
Conforto em discutir ST com o médico de MGF			0,041	
Ter seguimento em MGF			0,238	
IG é conhecida em contexto de MGF			0,492	
Nível de conhecimento do médico do cirurgião				0,084
Avaliação da qualidade do SNS	0,126			
Conforto em discutir ST com médico desconhecido	0,596			
Ter recebido cuidados de saúde, quando necessitou, no último ano	0,464			
Confiança na confidencialidade dos dados de experiência trans	1,00			

c. Experiência do TRS

Aquando da entrevista, 93% dos inquiridos estavam a realizar TRS, 69% alterou o nome/género nos documentos administrativos em conformidade com a sua IG, 36,6% realizou pelo menos uma cirurgia de alteração dos caracteres sexuais e 80,3% realiza terapia hormonal (TH).

A maioria dos indivíduos que realiza TH tem supervisão médica (89,5%) e realiza controlo laboratorial regular, segundo a indicação médica (75,4%). Uma pequena percentagem

não realiza controlo (1,8%) ou realiza-o sem cumprir as recomendações (22,8%). A maioria dos participantes já obteve o TH através de prescrição médica em consulta de sexologia (82,5%), porém, uma minoria obteve TH sem prescrição, por amigos/familiares (15,8%) ou desconhecidos (12,3%). Verificamos que 31% dos participantes não tem seguimento noutras especialidades além da consulta de sexologia (Tabela 4).

Tabela 4. Frequências descritivas dos estágios do TRS (N=71)

	N	%
Alteração do sexo nos documentos	49	69,0
Seguimento em Especialidade		
Psiquiatria	8	11,3
MGF	16	22,5
Endocrinologia	26	36,6
Psicologia	19	26,8
Cirurgia Plástica	12	16,9
Nenhum Seguimento	22	31
Iniciou TRS	66	93
Tratamento Hormonal	57	80,3
Realiza controlo laboratorial segundo indicação	43	75,4
Realiza controlo laboratorial esporadicamente	13	22,8
Não realiza controlo laboratorial	1	1,8
Fontes de obtenção de TH		
Prescrição em consulta de sexologia	47	82,5
Prescrição em consulta de endocrinologia	21	36,8
Prescrição em consulta de MGF	14	13
Prescrição em consulta no Centro Gis	8	14
Cedido por amigo/familiar	9	15,8
Obtido sem prescrição (ginásio, internet)	7	12,3
Tratamento Cirúrgico		
Realizou pelo menos uma cirurgia	26	36,6
Não realizou cirurgia	45	63,4
Pretende realizar cirurgia e já realizou pelo menos uma	21	29,6
Pretende realizar cirurgia e nunca realizou nenhuma	45	63,4
Finalizou o processo cirúrgico	5	7
Em lista de espera para consulta	15	22,7
Em lista de espera para cirurgia	12	18,2
Média dos tempos de espera (em meses)	Min.	Máx.
1º consulta de cirurgia = 10,92 ± 12,51	1	48
Procedimento cirúrgico = 11,45 ± 11,50	1	36

Relativamente aos procedimentos cirúrgicos, 93% demonstrou ainda interesse em realizar alguma cirurgia, sendo que, destes, 31,8% já realizou pelo menos uma cirurgia e 68,2% não realizou nenhuma. Apenas 7% já finalizaram o processo de transição cirúrgica. Os tempos médios de espera consulta e cirurgia podem ser observados na Tabela 4.

Perceção de discriminação em contexto de SU hospitalar: Dos inquiridos, 38 (53,5%) já necessitaram de recorrer a este serviço, sendo que 22,5% evitou-o pelo menos uma vez, pela sua IG. Por outro lado, 46,5% dos inquiridos já recorreram a um SU, referindo a sua IG e 7% recorreram ao SU sem nunca a ter revelado.

Dos 38 (53,5%) inquiridos que já recorreram ao SU, 44,7% passaram, pelo menos, por um episódio de discriminação e 55,3% nunca sofreram discriminação em contexto de SU. O “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa relacionada com IG” foi o episódio de discriminação mais frequente (28,9%). A maioria dos indivíduos que recorreu ao SU não tiveram de “fornecer informações sobre ST a um PS (55,3%) (Tabela 2).

Investigamos a relação entre “evitar uma ida ao SU” com episódios de discriminação no SU e com episódios de discriminação nos três contextos, não encontrando relação significativa. Também não se encontrou relação significativa entre recorrer ao SU, referindo a sua IG e episódios de discriminação (Tabela 3).

d. Perceção de discriminação em contexto cirúrgico

Uma minoria (19,4%) refere ter vivenciado pelo menos, um episódio de discriminação, sendo o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa relacionada com IG” o mais frequente (Tabela 2). A maioria dos indivíduos (80,6%), neste contexto, nunca tiveram de informar um PS acerca de ST (Tabela 2).

Investigámos a relação entre o conhecimento de questões da ST, segundo a perceção dos participantes, por parte da equipa de cirurgia, com episódios de discriminação em contexto cirúrgico, não encontrando resultados significativos (Tabela 3).

e. Perceção de discriminação em contexto de MGF

Dos inquiridos, 65 trans já tiveram contacto com um PS, neste contexto, porém, apenas 22,5% mantém seguimento (Tabela 4). Não se encontrou relação significativa com episódios de discriminação, neste contexto (Tabela 3).

Verificamos que 25,3%, de quem contactou com MGF, já vivenciou, pelo menos, um episódio de discriminação, sendo o “desencorajamento da exploração da IG” o mais frequente (15,4%) (Tabela 2). Encontramos associação estatisticamente significativa entre episódios de perceção de discriminação em MGF, com o desconforto para discutir ST, com o médico de MGF ($p=0,041$), sendo que a maioria (74,2%) referiu sentir-se confortável.

A maioria dos que frequentaram MGF, referiram ter de “fornecer informações sobre ST a um PS (52,3%), pelo menos uma vez; e 26,4% referem não ter obtido aconselhamento, tendo o PS referido, segundo os participantes,

“não ter conhecimento suficiente acerca ST, sendo incapaz de aconselhar” (Tabela 2).

Verificamos que 55,4% referiu que o seu MGF teria um conhecimento alto sobre ST, não se encontrando relação significativa com a perceção da discriminação, neste contexto. Na maioria dos inquiridos (89,2%) a sua IG era conhecida, pelos PS de MGF, não se encontrando associação significativa com a experiência de episódios de discriminação (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo é feita uma análise descritiva às barreiras no acesso aos cuidados de ST no SNS, avaliadas pela perceção que os participantes tiveram acerca de vivências de discriminação e de conhecimento sobre ST e potencial impacto na procura de serviços de saúde, em três contextos do SNS.

No presente estudo, metade dos participantes que frequentaram o SNS percecionaram vivências de discriminação. Ao contrário do que pode ser observado em Vermeir,⁹ que refere que episódios de transfobia afetam negativamente o recurso aos serviços de saúde, no presente estudo, a metodologia não permitiu estudar esta relação. Ainda assim, é de considerar, que vários participantes referiram não confiar totalmente na confidencialidade dos seus dados, que não se sentem confortáveis para os discutir com um médico, que avaliam qualitativamente o SNS com uma pontuação inferior a 3, ou que referem não terem obtido cuidados de saúde apesar de acreditarem necessitar deles. A bibliografia refere também a importância do tipo e gravidade do episódio de discriminação, considerando que episódios de discriminação subtis, embora menos impactantes no imediato, a sua reiteração e frequência é mais determinante e prejudicial para a ST, do que episódios esporádicos mais graves.⁹ Esta relação não foi procurada no presente estudo, ainda assim, podemos verificar que o “Uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa”, que classificamos como discriminação assumida, foi a vivência de discriminação com maior frequência, contrastando com vivências de discriminação subtis, que foram percecionadas menos vezes.

O conhecimento de *guidelines* nacionais e internacionais, por parte dos PS, é percecionado como insuficiente pelos participantes, por serem os próprios a dar informação sobre essas orientações, e pela frequência elevada dos que percecionaram não terem sido devidamente orientados, por assumida falta de informação ST. Esta circunstância pode determinar a preocupação ativa que o trans tem de ter com a sua própria saúde, arriscando-se a não ter os cuidados adequados, ou ter de recorrer à automedicação ou serviços não certificados, como vem descrito em alguma literatura.¹⁰

Os cuidados de saúde primários - nível I do modelo de intervenção da DGS¹⁹- têm a função de referência e de acompanhamento do trans ao longo do TRS. Na nossa amostra uma elevada percentagem de trans não tem acompanhamento em MGF, ainda que a maioria já tenha recorrido a esta especialidade pelo menos uma vez. Também em

contexto hospitalar – nível II - a frequência de acompanhamento foi baixa, em especialidades como Endocrinologia e Psicologia, com marcada importância no TRS¹, no entanto o estudo carece de mais dados para que possam ser retiradas conclusões. A necessidade de recorrer a formas alternativas de obtenção do TH e a ausência de um controlo laboratorial apertado, verificado numa minoria dos participantes, aumentam os riscos para a saúde associados ao TRS.¹⁰

No presente estudo, praticamente todos os inquiridos realizaram ou pretendem realizar um procedimento cirúrgico, descrito como a fase do TRS que mais influência tem na reversão do desconforto causado pela DG, quando existente, e no bem-estar, saúde mental e sexual do indivíduo.¹ Uma minoria dos participantes que referiu não querer continuar o processo cirúrgico, alegou receio das complicações associadas aos procedimentos ou elevado tempo de espera no SNS. A WPATH recomenda um tempo mínimo de 12 meses de vivência no papel de género desejado, antes do processo cirúrgico. No entanto, na maioria das vezes este tempo é largamente ultrapassado, desde o momento em que o trans manifesta a sua vontade de transição, passando por todos os níveis de cuidados médicos, lista de espera de consultas de especialidade, até completar efetivamente o TRS. Tal realidade não foi demonstrada no presente estudo. Ainda assim, não pode ser omitida a existência de indivíduos que se encontram em lista de espera há mais de 12 meses para a primeira consulta de cirurgia e outros há mais de 30 meses para uma primeira cirurgia.

Num estudo realizado no Canadá²⁰, 21% dos trans inquiridos evitou o SU, pelo menos uma vez, devido à sua IG, semelhantemente aos 22,5% dos inquiridos do presente estudo.

Cuidados de saúde insuficientes ou episódios anteriores de transfobia podem ser a causa para a não utilização do SU²⁰, relação que não foi possível estabelecer. Ainda assim verificamos que o SU, dos três contextos analisados, detém a maior frequência de episódios de percepção de discriminação (44,7%), semelhante aos 52% de trans que relataram experiências negativas no SU,²⁰ sendo que, o episódio mais frequente foi também o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa”.

À semelhança da bibliografia,²⁰ em que a maioria dos trans que recorreram a um SU teve de fornecer algum tipo de informação de ST a um PS, no presente estudo, uma percentagem considerável (44,7%) esteve na mesma situação. Esta circunstância sai reforçada por Chisolm-Straker,²¹ onde 82,5% dos PS inquiridos referem não ter nenhum tipo de formação relativa à população trans, levantando questões sobre a necessidade de maior formação e o conhecimento dos PS para fornecer cuidados de saúde informados e livres de discriminação (ainda que não intencional), a indivíduos trans.

MGF foi dos três contextos o mais frequentado, possivelmente por ser aqui que se dá o primeiro passo no início do TRS e, também, por ser um local com elevado potencial de acesso a cuidados ST.¹⁴

Observamos que cerca de um quarto daqueles que recorreram a MGF percecionou, pelo menos, um episódio de discriminação, resultado inferior ao relatado,¹⁴ onde se

observaram experiências negativas trans-específicas com o médico de família, em 37,1% dos seus participantes trans masculinos e 38,1% nos participantes trans femininos.

Por um lado, a percepção de desconhecimento de *guidelines* de boas práticas clínicas e o conhecimento prévio da IG do utente trans podem ser fatores que influenciam possíveis episódios de discriminação,¹⁴ relação que não foi verificada. Por outro lado, episódios prévios de discriminação, parecem ter impacto no nível de desconforto que o trans tem na discussão da sua saúde com o médico de MGF, relação que foi observada, à semelhança da bibliografia.¹⁴ A existência de participantes que relataram episódios em que o PS admite não ter conhecimento de ST e de episódios de passagem de informação do utente ao PS, à semelhança da bibliografia,¹⁴ realça mais uma vez a necessidade que o trans tem de conhecer algumas *guidelines* para que possa, ativamente, obter cuidados de saúde adequados.

Observamos a menor frequência de percepção de discriminação dos três contextos, avaliando-se a influência do conhecimento médico, acerca de questões trans, neste facto, visto que, foi também aqui que se verificou uma maior percepção de conhecimento médico, porém não se estabeleceu essa relação. Foi também neste contexto que se verificou a maior frequência de indivíduos trans que nunca tiveram de informar um PS acerca de ST.

No entanto, foi neste contexto que, pontualmente, surgiram durante a entrevista, referências a episódios de discriminação assumida de maior gravidade, alguns não contabilizados para o estudo, por não se enquadrarem na contabilização estabelecida inicialmente, nomeadamente, recusa de fornecimento de cuidados de higiene nos primeiros dias do internamento pós-cirúrgico, por parte de auxiliares de ação médica; realização de exame físico desnecessário, para satisfação da curiosidade do médico, situação relatada também em Bauer.²⁰

A primeira limitação do estudo prende-se com a metodologia utilizada. A entrevista deixa espaço à subjetividade na interpretação de perguntas, e na comunicação de respostas. A utilização de uma adaptação de questionários também poderá ter condicionado a comparação com a bibliografia. Além disso, todas as questões baseiam-se na percepção de vivências das pessoas trans.

O número de participantes, inferior ao proposto, também constituiu uma limitação que pode ter condicionado o estudo estatístico, demonstrado pelas relações não significativas que se obteve, que contrastam com os estudos observados. A heterogeneidade dos participantes não permite também inferir, se existem diferenças de percepção de discriminação ao longo do TRS, ou entre participantes de IG diferente.

Seria pertinente, por um lado, alargar o estudo de modo a comprovar os resultados, estabelecendo um grupo de controlo, perceber que fatores implicam a vivência ou não de discriminação e a sua percepção.

Por outro lado, também se verifica importante avaliar a percepção dos profissionais de saúde acerca da sensibilidade, empatia e literacia trans e a adequação de programas de formação académicos e profissionalizantes, como sugerido na bibliografia.^{13,21}

A contabilização de vivências de discriminação pode também ter tido um impacto estatístico, visto que catalogou os episódios de transfobia, não contabilizando outros mais graves. O impacto da discriminação social como um todo, não foi avaliado, desconhecendo-se a influência nas relações estudadas.

CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se que metade dos inquiridos que recorreram ao SNS vivenciaram episódios de discriminação, sendo o uso de linguagem preconceituosa o episódio mais recorrente e o SU o contexto onde ocorrem com maior frequência.

As lacunas na formação dos profissionais de saúde nesta área podem contribuir para estas vivências sendo, por isso, importante uma maior divulgação e implementação das *guidelines* internacionais.

Todos estes fatores podem constituir barreiras de acesso a cuidados de saúde da população trans, condicionando a sua qualidade e aumentando as dificuldades desta população que, pela sua condição, já é alvo de estigma social, económico e familiar.

Revela-se necessária a extensão de estudos semelhantes a nível nacional, fomentando a formação dos profissionais nesta área, como forma de combater a discriminação e a desinformação.

A existência de uma Estratégia de Saúde para pessoas LGBTI, publicada em 2019 pela DGS, revela avanços positivos na promoção de saúde, através de políticas e normas nacionais que fomentam a equidade dos serviços de saúde e um caminho favorável na eliminação do preconceito, estigma e discriminação.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Ethical Considerations: The study was carried out in compliance with the Helsinki Declaration, and the Ethic Committee of Hospital Magalhães de Lemos approved all design and materials for investigation.

Data Availability: Participants gave their informed consent for data availability and the data presented are anonymised.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesses: Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento ou bolsas para a realização deste trabalho.

Considerações Éticas: Este estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsínquia, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Magalhães Lemos.

Disponibilização de Dados: Os participantes deram o seu consentimento informado para disponibilização de dados e os dados apresentados estão anonimizados.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Referências

1. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th version). 2009:120. Doi: 10.1080/15532739.2011.700873
2. Oliveira A, Vilaça A, Gonçalves D. Da transexualidade à disforia de género: protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam.* 2019; 35: 210-22. doi: 10.32385/rpmgf.v35i3.12105
3. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet.* 2016; 388:390-400. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8
4. Vance S, Ehrensaft D, Rosenthal S. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics.* 2014;134:1184-92. doi: 10.1542/peds.2014-0772
5. Association AP. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Lisboa: Artmed Editora LTDA; 2014.
6. Association AP. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR. Lisboa: CLIMEPSI – Sociedade Médico-Psicológica, Lda; 2002.
7. World Health Organization. † International statistical classification of diseases and related health problems. 10th rev, 5th ed. Washington: WHO; 2016.
8. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018 [cited 2020 Jun 10] Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

9. Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Cult Health Sex*. 2018; 20:232–46. doi: 10.1080/13691058.2017.1338757
10. Dean L, Meyer I, Robinson K, Sell R, Sember R, Silenzio V, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2000;4:102–51. doi: 10.1023/A:1009573800168
11. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, Sevelius J. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016; 23:168-71. doi: 10.1097/MED.000000000000022
12. Operario D, Nemoto T. HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 55 :91-3. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181fbc9ec
13. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hoenadel KM, Boyce M. “I don’t think this is theoretical; this is our lives”: how erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20:348–61. doi: 10.1016/j.jana.2009.07.004
14. Bauer G, Zong X, Scheim A, Hammond R, Thind A. Factors Impacting Transgender Patients’ Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey. *PLoS ONE*. 2015; 10. doi: 10.1371/journal.pone.0145046
15. Alvarez L. Guidelines to Human Rights- Based Trans-Specific Healthcare. *Transgender Europe* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://tgeu.org/guidelines-to-human-rights-based-trans-specific-healthcare/>
16. Código deontológico da Ordem dos Médicos. *Ordem dos Médicos* [Internet]. 1985;:2-22 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <http://ordemdosmedicos.pt/revista-da-ordem-dos-medicos/1985-2/marco-1985/>
17. [Transpulseproject.ca/](http://transpulseproject.ca/). The Trans PULSE Project (Ontario). 2009 [cited 2019 Out 20]. Available from: <http://transpulseproject.ca/resources/trans-pulse-survey/>
18. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. 2016 Washington, DC: National Center for Transgender Equality. [cited 2019 Out 20]. Available from: <https://transequality.org/issues/us-trans-survey>
19. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde. *Estratégia de Saúde para as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo -LGBTI*. 2019. Direção-Geral da Saúde. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
20. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. 2014;63:713–20.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.09.027
21. Chisolm-Straker M, Willging C, Daul AD, McNamara S, Shattuck D, Crandall C. Transgender and Gender-Nonconforming Patients in the Emergency Department: What Physicians Know, Think, and Do. *Ann Emerg Med*. 2018; 71:183–8. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.09.042