

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país

Liliana Sofia Domingues das Neves

Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres- Género, Cidadania e
Desenvolvimento

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país

Liliana Sofia Domingues das Neves (2101840)

Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres- Género, Cidadania e
Desenvolvimento

Dissertação de Mestrado conduzida pela equipa de orientação Professora
Doutora Bárbara Bäckström e Dr. Miguel Saraiva

Janeiro de 2026

Declaração relativa às condições de utilização do trabalho por terceiros

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Bárbara Bäckström e ao Dr. Miguel Saraiva pela sua orientação e presença.

A todas as pessoas entrevistadas, a sua generosa partilha.

Não sou livre enquanto outra pessoa for prisioneira, mesmo que as suas correntes sejam diferentes das minhas.

António Alves Vieira

Dedicatória

Aos meus filhos. A esperança de um mundo melhor.

Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação/tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 215, de 6 de novembro de 2013.

Universidade Aberta, janeiro de 2026

Nome completo: Liliana Sofia Domingues das Neves

Assinado por: **Liliana Sofia
Domingues das Neves**
Num. de Identificação: 12360955
Data: 2025.11.12 23:45:13 +0000



Resumo

Este trabalho de investigação tem como objeto de estudo as vivências das pessoas trans num hospital da zona norte do país. Apresenta como objetivos analisar a perceção em relação ao seu atendimento, identificar dificuldades/barreiras e aspetos positivos das vivências de pessoas trans nesta conjuntura.

Delineou-se um estudo de cariz qualitativo, para o qual foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas a pessoas trans que frequentam a Unidade de Sexologia e Género entre janeiro e julho de 2025.

Os resultados obtidos foram analisados segundo o método de análise de conteúdo e deram origem a cinco categorias de análise: interação estabelecida com os profissionais de saúde, questões estruturais e organizacionais, perceção sobre o conhecimento clínico e a formação, a experiência mais marcante e o papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans.

Identificamos como dificuldades o tempo de espera para algumas consultas e cirurgias, bem como o contato para o hospital por via telefónica. Os resultados sugerem vivências positivas e inclusivas, com destaque para o papel dos profissionais de saúde e de todos os colaboradores de outras áreas. Observamos a utilização devida dos nomes e dos pronomes bem como a perceção de uma boa formação dos profissionais relativamente à saúde da pessoa trans.

Para os resultados relatados podem ter contribuído a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto e a publicação da Estratégia de Saúde para pessoas LGBTI, pela Direção-Geral de Saúde (DGS) em 2019. Evidenciamos uma maior procura dos serviços de saúde das pessoas trans e a realização de ações de formação direcionadas a esta área.

Impõem-se a continuação da produção de estudos nesta área como forma de compreender melhor as suas experiências e necessidades, facilitando a implementação de políticas de saúde e inclusão mais eficazes, promovendo o respeito e a igualdade.

Palavras-chave: pessoa trans, vivências; cuidados de saúde.

Abstract

This research study focuses on the experiences of transgender people in a hospital in the northern part of the country. Its objectives are to understand their perceptions of the care they receive, identify difficulties/barriers, and positive aspects of the experiences of transgender people in this context.

A qualitative study was designed, in which 16 semi-structured interviews were conducted with transgender people who attend the Sexology and Gender Unit between January and July 2025.

The results were analyzed using content analysis and originated five categories of analysis: interaction with health professionals, structural and organizational issues, perceptions of clinical knowledge and training, the most memorable experience, and the role of society in the inclusion and support of transgender people.

We identified difficulties such as waiting times for some appointments and surgeries, as well as contacting the hospital by telephone. The results suggest positive and inclusive experiences, with emphasis on the role of health professionals and all employees in other areas. We observed the proper use of names and pronouns, as well as the perception of good training of professionals regarding the health of transgender people.

Law No. 38/2018 of August 7 and the publication of the Health Strategy for LGBTI people by the Directorate-General for Health (DGS) in 2019 may have contributed to this. We have seen increased demand for health services from transgender people and the implementation of various training initiatives in this area.

Further studies in this area are needed to better understand their experiences and needs, facilitating the implementation of more effective health and inclusion policies and promoting respect and equality.

Keywords: trans people, experiences; health care

Índice

Declaração relativa às condições de utilização do trabalho por terceiros.....	iii
Agradecimentos	iv
Dedicatória.....	vi
Declaração de Integridade	vii
Resumo	viii
Abstract.....	ix
Índice.....	x
Índice de tabelas	xii
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	xiii
Introdução.....	14
Parte 1 – Enquadramento teórico.....	17
Capítulo I – Considerações teóricas.....	17
1. Breve perspetiva histórica.....	17
2. Os conceitos de sexo e de género.....	19
3. Identidade, expressão de género e orientação sexual	22
4. A transgeneridade.....	25
5. Sociologia da saúde.....	29
6. Saúde da pessoa trans	31
6.1. Experiências da pessoa trans em unidades de saúde.....	36
7. Os corpos reinventados	39
8. Enquadramento legal.....	42
Capítulo II – O contexto	46
1. Caracterização do hospital da zona norte do país e da Unidade de Sexologia e Género	46

Parte 2 – Percurso metodológico.....	48
1. Objeto de estudo / Questão de partida	48
2. Objetivos	48
3. Tipo de estudo	48
4. Caracterização da amostra.....	50
5. Estratégia de recolha de dados	54
6. Processamento de dados e análise de conteúdo	55
7. Questões éticas	56
Parte 3 – Análise e discussão dos resultados.....	58
1. A Interação com os profissionais de saúde	58
2. Questões estruturais/ organizacionais.....	65
3. Perceção sobre o conhecimento clínico e a formação sobre pessoas trans.....	69
4. A experiência mais marcante	73
5. O papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans	75
Conclusões e considerações finais	85
Bibliografia	90
APÊNDICES	103
APÊNDICE 1 – Guião da entrevista.....	104
APÊNDICE 2 – Consentimento informado.....	107
APÊNDICE 3 – Informação sobre a participação no estudo	110
ANEXOS	118
ANEXO 1 – Autorização para a realização	119
do estudo	119

Índice de tabelas

Tabela 2.4.1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas entrevistadas.....	53
---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – *American Psychiatric Association*

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

ENIND- Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação

EU-LGBTI II- Segunda Pesquisa da UE sobre as experiências e visões de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero e intersexuais

ILGA – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e outros

ORL- Otorrinolaringologia

SOC 8 – *Standards Of Care - Version 8*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

USEG – Unidade de Sexologia e Género

WPATH – *World Professional Association for Transgender Health*

Introdução

No ano de 2021, o hospital onde foi desenvolvida a investigação inaugurou a Unidade de Sexologia e Género que integra uma equipa multidisciplinar que materializa uma resposta especializada com vista a saúde holística das pessoas trans. A criação deste grupo de trabalho suscitou uma série de questões que motivaram a pesquisa e o desenvolvimento de competências nesta área de estudos.

Mais acrescentou a constatação de que esta comunidade é a população mais marginalizada e carente na medicina (Tollinche et al., 2020) e os contributos da investigação realizada que documentaram a violência, o preconceito e a discriminação a que este grupo está exposto (Nogueira et al., 2010; Rodrigues et al., 2020; Saleiro et al., 2022).

Também o estado da arte reconhece a necessidade de *“intensificar a produção científica e políticas públicas que promovam o contato da sociedade com o tema”* (Silva et al., 2020, p.2). Assim sendo, estavam criadas as condições que nos incentivaram para a escolha da abordagem deste assunto neste contexto de Estudos Sobre as Mulheres: Género, Cidadania e Desenvolvimento.

Nesta perspetiva, compreendemos que esta investigação conduz ao empoderamento da sociedade resultante do acesso ao conhecimento e a decisão do que fazer com ele em termos de responsabilidade e mudança social (Neves & Nogueira, 2005) num processo de visibilidade e reconhecimento do outro (Bergano & Vieira, 2020).

Permite uma rutura com os paradigmas dominantes, colaborando com a construção de paradigmas emergentes que interpretam e desenvolvem o mundo contemporâneo (Cruz, 2014) com novas formas de ser, de estar e de viver o corpo e a sua identidade, numa busca de alternativas emancipatórias perante as forças de resistência do poder hegemónico (Santos, 2009, *apud* Cruz, 2014).

As vivências relatadas pelas pessoas trans, em ambiente hospitalar, desafiam uma área de interesse arriscada que retira pessoas e grupos das periferias honrando as vozes mudas dos grupos minoritários (Reason, 1994b, *apud* Bergano & Vieira, 2020).

Destarte, sendo a vivência definida como uma experiência profundamente subjetiva e individual resultante da articulação das dimensões cognitiva e afetiva e cuja interpretação

será construída a partir de idiosincrasias socioculturais (Sousa, 2021), encerra a oportunidade de conhecer melhor este grupo minoritário na unidade de saúde onde a investigadora desempenha a atividade laboral.

Por fim, o retorno do conhecimento à comunidade estudada e não, apenas, à sociedade científica (Peruzzo, 2017) surge como uma oportunidade de melhoria em termos de prestação de cuidados por parte dos profissionais que aí desempenham funções ressaltando a *“obrigação de apoiar as pessoas trans a transitarem por caminhos seguros e eficazes para alcançar um conforto pessoal duradouro com suas identidades de género, a fim de maximizar a sua saúde (...) e realização pessoal”* (Pinto & Torres, 2021, p.8).

A designação trans consiste num termo inclusivo que reúne distintas identidades de género. Engloba pessoas que não se identificam com o sexo que lhes foi atribuído à nascença, em função dos atributos biológicos e que podem ou não querer fazer modificações corporais com vista ao seu bem-estar (Rodrigues et al., 2021). Este termo incorpora identidades que se designam como homens trans, mulheres trans e também aquelas que não se reconhecem na categorização de género binária masculino-feminino (Rede ex aequo, s.d.).

Estas pessoas são vítimas de discriminação em distintos contextos, incluindo no acesso aos cuidados de saúde (EU-LGBTI II, 2020).

Contudo, a literatura evidencia igualmente situações positivas, onde se ressalva o respeito, a compreensão e o atendimento qualificado (Hobster & McLuskey, 2020) que potenciam o bem-estar físico, psicológico e social (Pinto & Torres, 2021) numa perspetiva holística e que incluiu intervenções de várias áreas profissionais.

Partindo destas considerações avançamos para uma reflexão metodológica que se iniciou com a delimitação do objeto de estudo, no sentido de compreender as vivências das pessoas trans em contexto hospitalar.

O objetivo geral deste trabalho é compreender as vivências de pessoas trans num hospital na zona do norte do país e os específicos visam analisar a sua perceção em relação ao atendimento; identificar dificuldades/barreiras no acesso de cuidados de saúde e conhecer aspetos positivos das vivências de pessoas trans nesta conjuntura.

Tendo em conta a concretização dos objetivos traçados, enveredamos pela metodologia qualitativa por consentir maior compreensão do universo de significados, aspirações e crenças, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantificáveis (Gerhardt & Silveira, 2009).

A colheita de dados foi realizada com recurso a 16 entrevistas realizadas no período compreendido entre janeiro e julho de 2025, em gabinetes de consulta, no hospital onde se desenvolveu o estudo. Foi realizada uma amostra por conveniência que incluiu pessoas frequentadoras da Unidade de Sexologia e Género, como forma de ter acesso a este grupo.

O fio orientador deste trabalho inicia-se com uma parte introdutória e encontra-se dividido em três partes.

A primeira parte do documento compreende dois capítulos que incluem o enquadramento teórico onde se tecem considerações sobre vários aspetos conceptuais relacionados com o tema e o contexto onde decorreu a pesquisa.

A segunda parte engloba o percurso metodológico que apresenta a linha condutora do trabalho ao longo da elaboração da dissertação, nomeadamente o tipo de estudo, a amostra, a estratégia de recolha de dados utilizada, o processamento de dados e a análise do conteúdo. Prossegue com as questões éticas associadas ao processo de investigação.

A terceira parte integra a análise e discussão dos resultados que foram balizados em cinco categorias de análise, nomeadamente:

- interação com os profissionais de saúde;
- questões estruturais e organizacionais;
- perceção sobre o conhecimento clínico e a formação sobre pessoas trans;
- experiência mais marcante;
- o papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans.

A dissertação finda com a conclusão e considerações finais. Neste tópico são apresentadas as conclusões, os desafios e sugestões de continuidade deste estudo que interseta um processo de desconstrução social e que caminha no sentido de documentar o lugar das diferenças, pensar as especificidades culturais e identificar outras categorias de análise para a atividade científica (Cruz, 2014) numa perspetiva que agrega significado crítico e pessoal.

Parte 1 – Enquadramento teórico

Capítulo I – Considerações teóricas

1. Breve perspectiva histórica

Os registos históricos atestam que o desejo de mudança de género não constitui, apenas, um assunto contemporâneo. Remonta a épocas anteriores, expresso tanto pelo recurso a indumentárias como a outros modos de expressão da identidade de género (Moreira & Marcos, 2019).

Os mesmos autores aludem à mitologia como forma de vincular este parecer, ao fazerem referência à doença dos Citas, povo da Rússia meridional, que quando fracassavam nas suas relações com as mulheres, e acreditando terem cometido algum pecado contra a divindade, vestiam as suas roupas, confessavam impotência e assumiam a voz de mulher, executando a seu lado, o mesmo trabalho (idem).

No século XV Millot et al. (1988) relatam a história de uma mulher que se fez passar por homem. Casou-se com mulheres, sempre se apresentou como um homem e tudo o que se relacionava com o seu género apenas foi conhecido quando ficou doente e precisou de cuidados médicos.

Até meados do século XVII, defendia-se a convenção de que existia um corpo e, pelo menos, dois géneros que determinam os limites de uma ordem de género fundamentada na diferença sexual (Bento, 2008).

A história de Charles D'Eon de Beaumont (1728-1810), que pertenceu ao serviço secreto francês e era alto funcionário do Rei Luís XV, sugere que as permissões da mobilidade entre os géneros, nos dois últimos séculos, mudaram (Bento, 2008). Chevalier D'Eon/Madame Beaumont foi uma mulher que se vestia de homem, mas que para exercer as suas funções de espiã, por vezes era reconhecido como mulher, pelo que a circulação entre o masculino e o feminino era aceite e não comprometia a sua posição na corte francesa. O modo de proceder de Charles D'Eon revelava a tolerância do rei e da sociedade francesa em relação a seu comportamento e indicava uma aceitação no que diz respeito à sua indefinição sexual (Moreira & Marcos, 2019). Esta ambivalência leva-nos a concluir que

“a relação entre o corpo e gênero que orientava a leitura e definição do lugar do feminino e masculino não estava limitado à genitália” (Bento, 2008, p.16) mas sim a um conjunto de comportamentos pensados, socialmente aceites e convenientes.

Por volta da segunda metade do século XVIII as diferenças anatômicas e fisiológicas entre os gêneros não eram consideradas (Bento, 2008). Contudo, ao longo dos séculos XVIII e XIX ocorre uma mudança e distintos trabalhos apontam para a importância das diferenças sexuais no comportamento.

Durante este período ultrapassa-se a convicção do isomorfismo, segundo o qual a vagina é um pênis invertido e surge o dimorfismo como nova proposta de interpretação que advoga que há dois corpos radicalmente opostos e o fundamento para o comportamento está nesses corpos (Bento, 2008).

Ou seja, até meados do século XX, a forma como se entendia o “ser homem” e o “ser mulher”, social e cientificamente, era resultante da convicção existente sobre a concordância entre o corpo sexuado e o conjunto de significações, identidades e padrões de comportamentos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

No início do século XX, Magnus Hirschfeld (1868-1935), médico, sexólogo, judeu, alemão e homossexual, veio revolucionar os padrões convencionais, ao distinguir a orientação sexual de identidade de gênero e foi um dos pioneiros no uso do termo “transexual”. Em 1919, cria o *Institute for Sexual Science*, em Berlim, onde realiza as primeiras cirurgias genitais de afirmação de gênero (Rodrigues et al., 2021).

O termo transexualismo foi criado, no ano de 1953, por Harry Benjamin, médico endocrinologista que se tornou conhecido como “pai da transexualidade” (Moreira & Marcos, 2019) e que a descreveria como a plena convicção, por parte de um indivíduo de determinado sexo, de pertencer ao sexo oposto e cujo comportamento sugeria essa mesma convicção (Benjamin, 1999).

Em 1963, Reed Erickson, homem trans, contribuiu para a criação da *The Erickson Educational Foundation* e para as suas ligações com a *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) (Devor, 2013, *apud* Rodrigues et al., 2021).

O termo transgênero foi introduzido em 1979 por Virginia Prince, nos EUA, para se referir a pessoas que apesar de viverem a tempo inteiro como membros do sexo oposto ao

que lhes foi atribuído ao nascimento, não desejavam recorrer à cirurgia de reatribuição de sexo (ILGA, 2008).

Pela influência de Leslie Feinberg, a partir dos anos 90, o termo transgênero passou a ser considerado um termo abrangente, que alcança todas as pessoas cuja identidade ou expressão de gênero não estão de acordo com as normas sociais típicas (*idem*).

Os recentes avanços nas áreas de psicologia, das neurociências, da biologia, da fisiologia e da medicina, trouxeram uma grande evolução em relação às perspectivas lineares e simplistas sobre a dicotomia masculino e feminino.

Acrescem os estudos das ciências sociais, espoletados a partir dos movimentos feministas emergentes em meados do Século XX que “*vieram estabelecer uma perspectiva diversa sobre o “ser-se” homem ou mulher, em contraponto ao determinismo biológico estruturado até aí pela perspectiva biomédica sobre a gênese de uma identidade masculina (...) determinada pelo sexo masculino, ou de uma identidade feminina, pelo sexo feminino, únicas até aí consideradas*” (Direção-Geral da Saúde, 2019, p.6).

2. Os conceitos de sexo e de gênero

O sexo é uma característica “*atribuída à nascença, que se reflete em aspetos fisiológicos como nas gónadas, hormonas sexuais, órgãos reprodutivos internos e pela aparência dos órgãos genitais externos*” (Rodrigues et al., 2020, p.99).

Tal como Ann Oakley propôs, em 1972, o sexo com que nascemos diz respeito às características anatómicas e fisiológicas que legitimam a diferenciação em termos biológicos que, numa perspectiva dicotómica, conferem aos indivíduos o sexo masculino ou feminino (Matos et al., 2023).

Contudo, o dimorfismo sexual e simplista, comum e estereotipado, no espectro da diversidade humana, nem sempre se verifica de uma forma absoluta e clara (Direção-Geral da Saúde, 2019). A “*existência de bebês que nascem intersexo reforça o conceito que sexo biológico, macho ou fêmea, e gênero, masculino ou feminino, são independentes [sendo] (...) muito discutível o conceito de gênero apoiar-se nas diferenças biológicas*” (Modesto, 2013, p.50).

Butler (2017) defende que, ainda que os sexos possam ser considerados binários na sua morfologia e constituição, não há razão para assumir que os géneros devam igualmente ser dois ou que um deles espelhe o outro. Mais acrescenta que a distinção entre ambos os termos, oferece uma rotura entre os corpos sexuados e os géneros construídos cultural e socialmente (idem). Como corrobora Jesus (2012) o género vai além do sexo pois enquanto este é biológico, o género é socialmente construído pelas culturas. A expressão do que é ser homem ou mulher baseia-se na auto-perceção e na forma como a pessoa se expressa socialmente e culturalmente e não pelos seus cromossomas ou conformação genital.

Neste contexto, assoma o conceito de género como o *“conjunto de características e de condutas que, numa determinada sociedade, são atribuídas de modo distinto a homens e mulheres”* (DGS, 2019, p.6). Envolve os atributos psicológicos e as aquisições culturais que estes incorporam, ao longo do processo de formação da identidade (Cardona et al., 2015).

Numa outra perspetiva compreendemos o género como um dos organizadores mais importantes da vida social. O género é uma construção política e social em constante construção e evolução que com base em múltiplas influências (Morera & Padilha, 2017) e de uma forma individual e coletiva, determina papéis na sociedade com distintas posições de poder.

Butler (1988), citada por Reis et al. (2017), defende que as delimitações das sexualidades são de carácter puramente cultural pelo que as suas manifestações não são universais e divergem entre culturas, no tempo e no espaço (Bock, 1989). Também a associação entre sexo, género e orientação sexual são atribuições pré-definidas a partir de géneros binários produzidos das normas sociais.

A mesma autora acrescenta, com um toque de provocação, que constituir-se como um sujeito feminino ou masculino é um processo contínuo e incompleto e do qual o fracasso faz parte e é desejável (Bento, 2006) pois é nele que se encontra lugar para a resinificação das distintas sexualidades e dos géneros.

Ao analisarem as representações sociais de sexo e género entre pessoas transgénero, por meio das suas histórias de vida, Morera & Padilha (2017) socorrem-se do seu testemunho e identificam o género como uma imposição categórica natural adquirida no

momento do nascimento que rotula, condena e diferencia as pessoas pois desde tenra idade que a *“interpretação que o social faz da diferença dos sexos orienta as maneiras de criar e de educar a criança segundo o papel estereotipado que dela se espera”* (Le Breton, 2007, p.67).

Desde o momento precoce da gestação projeta-se na criança um determinado sexo que se expressa na preparação do enxoval, na compra de roupas, brinquedos, na escolha das cores, entre outras coisas. Aqui se releva o poder e a influência da cultura que se prolonga na escolha da profissão e até no comportamento sexual pois tal como refere Bento (2006), o corpo nasce maculado pela cultura.

Também Beauvoir (2009), na sua célebre frase *“ninguém nasce mulher, torna-se mulher”*, encerra o carácter construtivo e cultural do género.

O género é construído pela *“estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos, num quadro regular altamente rígido, que cristaliza com o tempo”* (Butler, 2017, p.105), expressa no conceito de performatividade.

Nesta ordem de ideias, Le Breton (2007) traz ao discurso o conceito de etiqueta corporal. Segundo o autor a pessoa é um autor e adota uma etiqueta corporal em função das normas implícitas da sociedade que o acolhe, empenhando-se *“em controlar a imagem que dá ao outro, esforça-se para evitar as gafes que poderiam colocá-lo em dificuldades”* (Le Breton, 2007, p.47) numa tentativa permanente de agradar e de ser incluído. Conforme os interlocutores, o seu *status* e o contexto de troca, ajusta o tipo de expressão que pode adotar, o movimento do corpo e o que pode expor da sua experiência corporal.

Scott (1986) acrescenta que o género é um elemento determinante na construção das relações sociais baseada nas diferenças visíveis entre os sexos e que determina profundamente as relações de poder e desigualdade.

Também os estudos de Foucault (2005) abriram caminho para a compreensão do género como um dispositivo de poder das sociedades modernas explicando que se caracteriza pela sua inserção em sistemas de unidade e regulação social (Modesto, 2013).

O desenvolvimento da sociologia do género, definida por Schouten & Silva (2011) como *“um modo específico de observação e análise de todas as áreas da realidade social”* (p.9), trouxeram o seu contributo ao analisarem a realidade social tendo em conta as

relações e representações de género e debruça-se sobre o conceito de género como um fator que está na origem de muitas situações de desigualdade e injustiça.

Embora a sociologia do género e os estudos sobre o género tenham origem, apenas, nos anos setenta do século passado, surgiram como um ponto de viragem na identificação do masculino como o universal e na mudança da perspetiva da mulher como a “Outra”, como o elemento complementar ou, conforme o título de um dos livros de Simone de Beauvoir, como o “Segundo Sexo” (Schouten & Silva, 2011).

Questionaram o conceito de masculinidade hegemónica e o de patriarcado visto como um sistema de estruturas sociais e práticas nas quais os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres (Walby, 1990).

Alargaram o campo visual e trouxeram ao discurso a história das mulheres na política, na luta pelos seus direitos, na literatura, bem como noutras áreas de intervenção e reforçaram o alcance da questão de género noutras sociedades e épocas.

3. Identidade, expressão de género e orientação sexual

A identidade de género considera o profundo sentimento de uma pessoa, o sentido pessoal do corpo e a sua experiência individual de género, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento (European Union Agency for Fundamental Rights¹, 2020).

A análise desta identidade pode acontecer em qualquer fase de desenvolvimento (infância, adolescência ou na vida adulta), contudo sabemos que *“muitas vezes as pessoas demoram mais tempo a questionarem-se, a perceberem e a aceitarem como se identificam (...) devido ao desconhecimento das realidades e vivências trans e devido ao preconceito associado a transgressões de género”* (Matos et al., 2023, p.14).

A expressão de género pode ser definida como o conjunto das características que são perceptíveis para o exterior -vestuário, acessórios, penteados, tom de voz, maneirismos- e cuja leitura é feita pela sociedade. Sugere a pertença a um determinado género. Todavia, a identidade e a expressão de género podem ou não estar associadas, pois não é através do visual que esta é mais ou menos validada (Matos et al., 2023).

¹ <https://fra.europa.eu/en>

Para as pessoas cujo sexo que lhes foi atribuído à nascença e a auto percepção da identidade de género não coincidem (DGS, 2019), existe uma discordância entre estes dois lugares. São denominamos por pessoas não-cisgénero, em oposição às cisgénero, que se identificam com o género que lhes foi atribuído ao nascimento.

Podem vivenciar um confronto com o corpo que baralha as fronteiras estabelecidas entre o natural e o cultural, o real e o fictício e acusam que as normas de género nem sempre consentem com a vida e a real interpretação do corpo (Bento, 2006).

Nestas circunstâncias, estamos perante disforia de género que é o sofrimento significativo relacionado com as questões de não congruência de género (Matos et al., 2023)

Segundo as considerações atuais, baseadas nas orientações da *World Professional Association for Transgender Health*² (WPATH), a transexualidade foi retirada da categoria de doença de saúde mental na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 11 (CID 11) e integrada no grupo de condições relacionadas com a saúde sexual, sobre o nome de Incongruência de Género, o que fortalece o caminho da despatologização desta condição (Rodrigues et al., 2020).

Adianta Jesus (2012) que a vivência de um género (social, cultural) discordante com o que se esperaria de alguém de um determinado sexo (biológico) é uma questão de identidade e não um transtorno.

Pessoas trans podem, inclusivamente, sentir euforia de género, que é a sensação de satisfação e felicidade relativamente às questões de género corporais e sociais (Matos et al., 2023).

A orientação sexual pode ser definida como uma atração emocional, romântica e/ou sexual por homens, mulheres ou ambos. É geralmente agrupada em três categorias: heterossexualidade (ter atração emocional, romântica ou sexual por membros do outro sexo), homossexualidade (atração emocional, romântica ou sexual por membros do mesmo sexo) e bissexualidade (ter atração por homens e mulheres) (APA, 2008).

“Se olharmos para a literatura, facilmente se repara que a bissexualidade ainda se encontra envolta numa forte neblina de ignorância e desconhecimento” (Oliveira &

² <https://wpath.org>

Nogueira, 2010, p.20), bem como acontece com a homossexualidade. Constituem categorias que, por serem diferentes, geram discriminação por parte de uma sociedade que continua a privilegiar uma estrutura de género inflexível e heteronormativa.

Petry & Meyer (2011) definem a heteronormatividade como um padrão que regula modos de ser e de viver os desejos corporais e a sexualidade segundo uma perspetiva reducionista de apenas duas possibilidades de locação das pessoas quanto à anatomia sexual humana.

Paranhos et al. (2021) apoiam-se em Foucault para explicar que o binarismo e o biologicismo sexual possuem a sua origem nos princípios do sistema capitalista, quando a sexualidade passa a ser controlada e objetiva, apenas, a reprodução pelo que todas as identidades que não contribuem para a eficácia do sistema são marginalizadas, patologizadas e discriminadas.

Nesta perspetiva, o heterocentrismo marginaliza as sexualidades que fogem à matriz heterossexual, estabelecendo categorias de supremacia onde *“os padrões de comportamentos heterossexuais são dominantes e todos aqueles contrários a esse padrão são estigmatizados”* (Moura & Medeiros, 2014, p.3).

A consequência direta da hierarquização das sexualidades, pode dar lugar à homofobia que confere à heterossexualidade um *status* superior e normal e à homossexualidade desprovida dessa normalidade, um posicionamento inferior (Moura & Medeiros, 2014).

Neste enquadramento do papel das convenções sociais, a *American Psychological Association* alerta para o facto de a orientação sexual ser comumente discutida como apenas uma característica individual. Contudo, esta perspetiva revela-se incompleta pois a orientação sexual engloba uma rede de interações e relacionamentos íntimos com outras pessoas. Portanto, a orientação sexual constitui um conceito que abraça um grupo de pessoas em que é provável que se encontrem relações românticas satisfatórias e gratificantes que são uma componente essencial da identidade pessoal (APA, 2008).

Em conclusão, a orientação sexual em nada se relaciona com a identidade ou expressão de género pois tal como sugere a ILGA (2011), o facto de nos identificarmos enquanto mulheres ou homens é independente da atração sentida por uns ou outros. Há

mulheres trans lésbicas, heterossexuais ou bissexuais e, do mesmo modo, os homens trans podem ter diferentes orientações sexuais.

4. A transgeneridade

No sentido de um esclarecimento em relação à transgeneridade gostaríamos de iniciar o debate com o conceito exposto por Jesus (2012). A autora defende que a transgeneridade é uma questão de identidade, nada tem nada a ver com orientação sexual. Não é uma escolha, não é uma perversão sexual ou doença mental, nem é uma doença contagiosa ou incapacitante.

Esta desconstrução do conceito abre portas a uma vasta possibilidade de definições e alternativas que nos remetem não para uma simples definição, mas para uma condição que se expressa na forma de viver e “de se sentir”.

É um conceito abrangente que, de forma inclusiva, engloba várias identidades de género que diferem das estabelecidas tradicionalmente (Rodrigues et al., 2020) e permite múltiplas convergências e divergências sem obedecer a um telos normativo de encerramento da definição (Butler, 2017).

As identidades podem ser diversas: binárias (homem/mulher), agénero, género-fluído, não-binárias, entre outras.

As pessoas não binárias são as que não se identificam com a denominação de homem nem de mulher podendo, inclusivamente, transitar entre as duas possibilidades num género fluído. Contrariam as convenções do binarismo pelo que *“a mencionada comunidade ainda é excluída da maioria dos espaços e debates, já que há diversas estruturas que favorecem essa marginalização, como o próprio binarismo – o qual se encontra até mesmo nos pronomes de tratamento da língua portuguesa”* (Midlej & Guimarães, 2024, p.143).

Uma vez que o dimorfismo biológico não é universal, muitas sociedades reconhecem um “terceiro género”, como é o caso de pelo menos 150 culturas de índios da América do Norte. Schouten (2011) esclarece que os indivíduos pertencentes à categoria de *berdaches* ou *two-spirit* são biologicamente homens, mas desempenham as atividades das mulheres e recorrem ao vestuário e o modo de ser e de estar das mulheres. Noutros continentes uma

ou mais categorias intermédias entre homem e mulher podem ser encontradas: em África um “terceiro género” parece raro, mas na Ásia é bastante divulgado, como atestam os cinco ou seis milhões de hijras, na Índia e no Bangladesh que se vestem como mulheres, e alguns recorrem à castração (*idem*).

Assim, atualmente, *“o termo transgénero é usado como um termo genérico que inclui não só as pessoas transgénero (...) mas também as pessoas transexuais, os travestis (crossdressers), as pessoas andróginas, mulheres com aspeto masculino, homens com aspeto feminino e as pessoas intersexuais”* (ILGA Portugal, 2008, p. 3).

Mulheres trans são as pessoas a quem foi atribuído o sexo masculino à nascença e que se declaram permanentemente no feminino, sendo os homens trans aqueles a quem foi atribuído o sexo feminino e se expressam no masculino (Saleiro, 2012).

A transgeneridade consiste numa condição que permite que as pessoas assumam uma identidade de género distinta da que concorda com a sua configuração biológica estipulada no momento do nascimento e baseada neste parâmetro de atribuição de género (Modesto, 2013).

Contudo, esta resolução nem sempre é fácil pois *“existem várias razões para que, por vezes, as pessoas não queiram/possam/consigam assumir uma determinada identidade, como contextos sociais e culturais adversos à diversidade, ambientes (familiares, escolares) percebidos como discriminatórios, preconceituosos ou conservadores”* (Nogueira & Oliveira, 2010, p.149).

Saleiro (2012) traz um contributo importante ao concluir a existência de diferenças entre homens e mulheres transgénero, ao verificar uma maior aceitação social das “masculinidades femininas”, pois revela que as pressões sociais colocadas sobre os rapazes para serem masculinos são maiores do que as colocadas sobre as raparigas para serem femininas.

Por outro lado, podemos relacionar esta realidade com o facto de o homem ser considerado, pela sociedade em geral e ao longo da história, como o género dominante, o que também sobressai neste contexto de transgeneridade com o *“masculino aparecendo sempre como superior ao feminino [num] universalismo que hierarquizou a diferença entre os sexos, transformando-a em desigualdade”* (Colling, 2014, p.21).

Conforme Beauvoir (2015) se as mulheres são compreendidas como “o outro” num mundo controlado pelo patriarcado onde os homens sustentam o poder, que lugar podemos reservar para as mulheres trans?

Tal como corrobora Jesus (2012) *“antes mesmo do coming out (sair do armário) muitos já acompanharam de perto os sentimentos (...) de vergonha e culpa que acompanham a descoberta ou a tentativa de aceitação de si mesmo e a consciência crescente de fazer parte de uma classe de sujeitos inapropriados perante a sociedade”* (p. 234).

Contudo, importa ressaltar que todas as pessoas têm direito à autodeterminação da identidade e expressão de género, de acordo com a sua individualidade e numa expressão de liberdade, pelo que pessoas trans podem escolher fazer uma transição (ou não) social, legal e/ou medicamente.

É relevante esclarecer que nem todos os indivíduo trans escolherão tratamentos e/ou cirúrgicos, o que não os torna mais ou menos trans (Abeln & Love, 2019). Esta decisão não invalida a identidade da pessoa, pois *“o que determina a identidade de género transexual é a forma como as pessoas se identificam e não um procedimento cirúrgico”* (Jesus, 2012, p.16).

Contudo, se a pessoa pretender e tiver indicação clínica para alterar o aspeto do seu corpo, recorre a tratamentos de afirmação de género, que *“implica um conjunto de atos médicos, cirúrgicos e legais, que incluem, mas não se limitam, à psicoterapia, tratamento hormonal (masculinizante ou feminizante) e intervenções cirúrgicas”* (Rodrigues et al., 2020, p.100).

De igual forma, as intervenções psicoterapêuticas permitem que as pessoas encontrem as estratégias para alcançar o seu bem-estar, qualidade de vida e desenvolvimento pessoal (ILGA, 2011).

O diagnóstico de não congruência de género requer o apoio de profissionais experientes, sendo o encaminhamento para os cuidados de saúde especializados, da responsabilidade do médico de família (Oliveira et al., 2019) ou por entrega do Formulário de Referência para consulta Hospitalar no SNS por médico particular.

De acordo com Saleiro (2012) ao falar de não congruência de género está-se no campo das meras conjecturas, ainda que se admita uma causalidade multifactorial. A verdade é que ninguém sabe, atualmente, porque alguém é trans apesar das várias teorias: umas dizem que a causa é biológica, outras que é social ou uma mistura de ambas, tal como acontece com as pessoas cisgénero (Jesus, 2012).

Modesto (2013) traz ao debate a perspectiva de que a minoria trans também sofre teoricamente. Os investigadores, embora reconhecendo que as teorias atuais sobre género excluem a transgeneridade, pouca é a pesquisa sobre este fenómeno pelo que os estudos sobre Orientação Sexual e Identidade de Género se encontram numa fase embrionária (Nogueira & Oliveira, 2010). Os mesmos autores explicam esta lacuna pela possibilidade de as instituições científicas serem avessas à aceitação desta temática, limitando a implementação de cursos e projetos no âmbito, bem como a falta de massa crítica na área.

Monteiro et al. (2024) referem um estudo onde pessoas trans e não binárias compõem cerca de 0,39% a 1,19% da população mundial.

De acordo com a European Union Agency for Fundamental Rights (2020) estima-se que na europa 0,59% das pessoas sejam trans.

Em Portugal não há estudos epidemiológicos sobre a prevalência de pessoas trans (Monteiro et al., 2024), embora ao longo dos últimos anos se verifique um aumento da procura dos serviços de saúde (Monteiro et al., 2024; Oliveira et al., 2019).

Mais recentemente, o inquérito Ipsos LGBT+ Pride (2023), revela que 1% dos adultos portugueses se identifica como *transgénero*.

Dados provenientes de países ocidentais (Suécia, Reino Unido, Holanda, Alemanha e Bélgica) sugerem que, aproximadamente, um em 30.000 homens adultos e uma em cada 100.000 mulheres adultas procuram cirurgia de reatribuição sexual (Direção-Geral da Saúde *apud* Oliveira et al., 2019).

A transgeneridade deve ser enquadrada no domínio dos direitos humanos, sendo a identidade de género reconhecida como uma dimensão fundamental da dignidade e autonomia. Os Princípios de Yogyakarta³ (2007) delimitam um conjunto de normas jurídicas internacionais que devem ser cumpridas por todos os Estados no sentido de assegurar que

³ https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

todas as pessoas, independentemente das identidades de género, possam viver com a mesma dignidade. Reforçam que os Estados devem garantir o seu reconhecimento e proteção pois *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”* (Yogyakarta Principles, 2007, p. 6).

Esta perspetiva é complementada pela Organização Mundial da Saúde (2015) que sublinha que a saúde sexual e reprodutiva está ligada ao gozo dos direitos humanos evidenciando que o acesso à saúde deve ser entendido não apenas como uma prestação de cuidados mas como um direito essencial.

No contexto europeu, persistem desigualdades significativas. A Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia refere que *“muitas pessoas LGBTI continuam a enfrentar discriminação e violência no seu quotidiano”* (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020, p. 3) incluindo em contextos de saúde. De forma semelhante, as Nações Unidas alertam que *“a violência e a discriminação contra pessoas com base na sua identidade de género constituem violações graves dos direitos humanos”* (United Nations, 2015, p. 5).

Nesta senda, a discriminação em contextos institucionais, incluindo os serviços de saúde, representa uma violação dos direitos humanos, com impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas trans.

5. Sociologia da saúde

Diz-nos Saraiva (2012), que a Sociologia da saúde se debruça sobre a relação entre a saúde e os fatores sociais que instigam os comportamentos dos indivíduos ou grupos quando expostos a situações de saúde ou doença. Analisa aspetos como classe social, género, raça, cultura e ambiente influenciam a saúde e a maneira como as sociedades respondem a essas questões. Por outro lado, dissecam a forma como determinados grupos são estigmatizados devido a doenças ou condições de saúde e como isso afeta o seu bem-estar.

De salientar que a saúde é uma atividade interpretativa e culturalmente relativa com distintas noções de corpo, pessoa e diferentes definições de anomalia e de normalidade (Pussetti, 2006). Assim, revela-se um conceito extremamente individual e social.

Contudo, tendo no horizonte o objeto de estudo deste trabalho, que visa conhecer as vivências das pessoas trans num hospital, relevou-se significativo estabelecer um paralelismo com esta área das ciências humanas, com o objetivo de relacionar as suas experiências em contexto de cuidados de saúde com as realidades a que os intervenientes no estudo pertencem.

Isto porque o modo como diferentes culturas e grupos sociais explicam as causas da saúde e da doença, os tipos de tratamento em que acreditam (Saraiva, 2012), as redes de apoio que solicitam durante as fases de transição ou das fragilidades decorrentes de um processo de tratamento de afirmação de género poderão ser muito distintas entre si.

A este propósito, o trabalho de Selles et al. (2023) expõe como principais redes de apoio a família, entidades religiosas, os amigos, instituições de ensino e as redes contruídas por meio de movimentos sociais. No entanto, a divergência desta experiência é tão variada que na mesma rede de apoio de âmbito familiar podemos encontrar experiências de acolhimento, mas também de violência e exclusão. Consequentemente, a ausência de suporte familiar foi a maior causa de doença, violências, repressão da identidade, ansiedade e depressão (Selles et al., 2023).

Assim, importa considerar uma perspetiva de saúde holística e de alcance bio-psico-social, contrariando a tendência médica de olhar o doente como um ser individual com um problema biológico e reduzido a dados clínicos (Saraiva, 2012) e que balizam os sujeitos em categorias rígidas, mecanismos de patologização, criminalização e exclusão social (Pussetti & Brazzabeni, 2011).

Implica olhar a sua relação com a família e a comunidade em que está inserido numa perspetiva integral, que acolha todas as dimensões e complexidades das necessidades de saúde da pessoa trans (Selles et al., 2023).

O não cumprimento desta consideração pode levar à instalação do sentimento de sofrimento social. Este conceito surge como um novo paradigma das ciências sociais e como uma lente ajustada às relações entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos e sociais (Pussetti & Brazzabeni, 2011) mais concretamente, os efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Nesta

perspetiva o sofrimento social advém da violência cometida pela estrutura social e não pelo indivíduo ou grupo que dela faz parte.

Sabendo que a população trans constitui o grupo que mais marginalidade sofre nos cuidados de saúde, com maiores fragilidades em termos de saúde física, mental e social e com profundas feridas na História, constatamos que as instituições de saúde deverão capazes de analisar os mecanismos que causam sofrimento (Pussetti & Brazzabeni, 2011) e, posteriormente, organizar as estruturas e dotadas de profissionais de saúde formados e informados, capazes de dar respostas ajustadas sem o peso da desigualdade numa intervenção política, social e económica.

Este modelo de intervenção nega a patologização da diversidade (Pussetti, 2006) numa atitude que abraça diferentes maneiras de *“conceber a relação entre mente, corpo, emoção, mal-estar e sociedade para procurar espaços de aproximação (...) para a construção de terrenos comuns”* (Pussetti, 2006, p.8) que proporcionam um maior entendimento da experiência individual e refletem boas repercussões da utilização dos serviços de saúde.

6. Saúde da pessoa trans

A saúde direcionada para a pessoa trans constitui um campo interdisciplinar em franco desenvolvimento tendo sido dada grande visibilidade, na última década, às pessoas que procuram apoio e tratamento médico de afirmação de género (Coleman et al., 2022).

A colaboração entre ativistas trans, académicos e profissionais de saúde estabelece um importante ponto de ligação para a implementação de práticas clínicas e desenvolvimento de conhecimentos para os cuidados de saúde trans em específico e baseados nos direitos humanos em geral (Schwend, 2020).

A *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, fundada em 1979, surge como uma associação profissional internacional e multidisciplinar que apoia fortemente esta causa. Promove cuidados de saúde, educação, apoio à investigação e à implementação de políticas públicas, respeitando a viabilidade e a aceitabilidade dentro de diferentes contextos e configurações dos países que se regem de acordo com estas orientações (Coleman et al., 2022).

A criação do documento Padrões de Cuidado - Oitava Edição (*Standards Of Care-Version 8⁴*, doravante SOC), desenvolvido pela mesma entidade, surge como um importante manifesto de orientação para os profissionais poderem ajudar pessoas trans no acesso seguro e eficaz aos cuidados de saúde com particular enfoque no bem-estar bio-psico-social.

Em contexto nacional o documento “Estratégia de Saúde para as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo”- Promoção da Saúde das Pessoas Trans e Intersexo⁵ (2019) difundido pela Direção-Geral da Saúde, assoma como um documento de referência, com vista à uniformização a nível nacional da *“promoção da saúde, a prestação de cuidados a pessoas trans (...) [e] a resposta às necessidades de saúde das pessoas LGBTI, racionalizando recursos e assegurando o exercício das boas práticas”* (Idem, p.3).

Em Portugal, os procedimentos que visam a promoção da saúde das pessoas trans são realizados ao abrigo do Sistema Nacional de Saúde ou de serviço privado prestado em determinadas unidades.

Tal como explanado em Coleman et al. (2022) *“os cuidados de saúde transgénero são maiores do que a soma das suas partes, envolvendo cuidados holísticos inter e multidisciplinares, de endocrinologia, cirurgia, voz e comunicação, cuidados primários, saúde reprodutiva, saúde sexual e saúde mental, para apoiar as intervenções de afirmação de género, bem como os cuidados preventivos e o tratamento de doenças crónicas”* (p.9).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em oposição à redução simplista da ausência de doença.

Todas estas vertentes se revelam interdependentes e de igual importância pois a fragilização de algum implica danos e consequências nas restantes. Assim sendo, sabemos que a saúde da pessoa trans apresenta lacunas que se expressam nas mais variadas formas de estar, de sentir e de se relacionar com a sociedade.

⁴ <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

⁵ <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/06/i025699.pdf>

Cardoso & Ferro (2012) citados em Paranhos et al. (2021), reforçam esta ideia ao revelarem que as pessoas trans em virtude da interseção de vários fatores, desencadeiam um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças e de outras vulnerabilidades.

Assim sendo, são evidenciadas elevadas taxas de infeção por HIV (Safer et al., 2016) exponenciadas pelo acesso deficiente aos serviços, prestação de trabalho sexual e sexo desprotegido (Abeln & Love, 2019) associada à incompreensão sobre os efeitos das medicações para o tratamento do HIV, as consequências da sua interrupção voluntária e a importância do uso do preservativo (Rocon et al., 2016).

Acresce o abuso de álcool, drogas e outras substâncias (Abeln & Love, 2019; Neira et al., 2022; Safer et al., 2016) como fator fraturante na degradação da saúde, bem como o uso inadequado de hormonas e procedimentos estéticos e cirúrgicos clandestinos (Jesus et al., 2023).

Também mostram Rigolon et al. (2020) que muitas vezes a automedicação constitui uma realidade com o intuito de evitar a discriminação e o preconceito aos quais estão expostas ao chegarem aos serviços e, por outro lado, como forma de ultrapassarem as dificuldades associadas a burocracias e a tempos de espera.

Assim, compreendemos que o desconforto existente no contacto com os serviços de saúde pode levar a uma diminuição da procura destes serviços constituindo uma barreira ao seu acesso (Abeln & Love, 2019; Rodrigues et al., 2020).

Consequentemente, a procura tardia destes cuidados dificulta a realização de diagnósticos e o tratamento, podendo agravar significativamente o prognóstico bem como uma redução de cuidados preventivos em virtude do distanciamento entre os serviços de saúde e os/as utentes (DGS, 2019).

De destacar, ainda, os atos de violência resultantes, em larga medida, de atitudes de homofobia e de transfobia (DGS, 2019).

Sabendo que a saúde se estende ao bem-estar e à integração social, trazemos ao debate o estudo de Oliveira et al. (2022) sobre as vivências de mulheres trans ou travestis no acesso aos serviços públicos de saúde, no Brasil. Refere que a sociedade as marginaliza através de uma política heteronormativa, totalitária e autoritária excluindo-as socialmente dos espaços públicos. Evitam as ruas, mercados e, principalmente, as escolas o que

interfere profundamente no seu baixo grau de escolaridade e as torna frágeis (e até mesmo invisíveis) no mercado formal de trabalho.

A este propósito Avelar et al. (2022), salientam que o mundo do trabalho ainda preserva *“hábitos quotidianos de cunho discriminatório e potencialmente reprováveis em comportamentos presentes diariamente nas relações de trabalho”* (p.47).

Ao mesmo autores explicam que os principais fatores de afastamento das pessoas trans do mundo laboral se relacionam com a baixa escolaridade, fruto da evasão escolar, da ausência de representatividade e da escassa abordagem de assuntos pedagógicos relacionados com a diversidade sexual e identidade de género. Acrescem, no âmbito público, a negligência do Estado em relação a esta temática, pela ausência de iniciativas, programas, políticas ou projetos para a promoção da inserção de pessoas trans no mercado laboral.

Assis et al. (2022) realizaram uma pesquisa bibliográfica e numa análise de cinco artigos, examinaram o preconceito e a discriminação como consequência da não permanência da população LGBTQIA+ no mercado de trabalho formal.

Assentam que o preconceito e a discriminação enraizados nas escolas espoletam o abandono precoce do ensino e menos capacitação para o mercado competitivo. Porém, notam que mesmo pessoas com escolaridade avançada podem encontrar dificuldades. A discriminação também foi evidenciada no estudo de Assis et al. (2022), na qual o abandono do emprego se relaciona com o preconceito perpetrado por colegas de trabalho, o desrespeito com o nome social e constrangimentos na utilização das casas de banho.

O documento *“Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género”* (Nogueira et al., 2010) expõem os resultados de questionários aplicados através da internet e ao qual responderam 972 pessoas. Constatou-se um padrão de resultados que ilustra a elevada perceção de discriminação e depreciação social das pessoas trans, ainda que qualificada para um emprego, o que foi partilhado por todas as pessoas que participaram neste estudo (Nogueira et al., 2010).

James et al. (2024) mostram que 11% dos entrevistados que já tiveram um emprego disseram que foram forçados a pedir demissão ou foram demitidos por causa da sua identidade ou expressão de género.

Pelo exposto, compreendemos que estes fatores agravam o isolamento e são um condicionante à saúde mental. *“A discriminação e o preconceito (...) tem um impacto significativo na saúde mental (...) e geram um ambiente hostil, que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas psicológicos, como a depressão e a ansiedade”* (Ferro et al., 2024, p.466).

Ressalvamos elevadas taxas de depressão – mulheres trans (24,3%), homens trans (31,1%) versus mulheres cisgénero (21,2%) e homens cisgénero (12,5%) (Abeln & Love, 2019).

Muitas vezes a depressão e a ansiedade culminam em suicídio, tal como elucida Safer et al. (2016), numa proporção 26 vezes superior à população em geral. Num estudo publicado pela Sociedade Americana de Suicídio (2007) durante o qual foram entrevistados 55 jovens transgénero constatou-se que 45% já tiveram ideação suicida e 26% vivenciado alguma tentativa de suicídio (Grossman & Augelli, 2007).

Em Portugal, os estudos relativos à taxa de suicídio neste grupo *“são raros, tendo em conta a sua invisibilidade mesmo dentro da comunidade LGBT e o facto de muitas destas pessoas se encontrarem em situações sociais particularmente desprotegidas”* (DGS, 2017, p.94)

Não obstante, o Programa Nacional de Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, da DGS, avalia este risco acrescido ao identificar a população trans como população de risco prioritária e prevendo a elaboração e a implementação de planos de intervenção dirigidos.

Assim, destaca a necessidade da realização de estudos científicos que permitam identificar comportamentos autolesivos, identificar fatores de risco de suicídio e fatores protetores. Ressalva a importância do treino especializado dos técnicos de saúde, sociais e escolares para o reconhecimento do estilo de vida destas pessoas e incentiva a promoção na sociedade civil do acesso à informação sobre as questões LGBTQI+. Por último reforça a informação adequada às famílias e o apoio especializado deste grupo (DGS, 2017).

No que concerne à saúde sexual das pessoas trans, esta tem vindo a ser progressivamente reconhecida como uma dimensão central do bem-estar global (Bauer et al., 2017; Reisner et al., 2016). A literatura evidencia que a saúde sexual deve ser

compreendida de forma abrangente, integrando não apenas a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, mas também aspectos relacionados com a identidade, o prazer, as relações interpessoais e a qualidade de vida (Bauer et al., 2017). Adicionalmente, a evidência destaca a existência de necessidades específicas como o acesso a aconselhamento em fertilidade, contraceção e estratégias de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (Light et al., 2018; Poteat et al., 2013).

Neste sentido, o estado da arte converge na necessidade de desenvolver abordagens de cuidados centrados na pessoa, culturalmente competentes e baseadas em formação adequada dos profissionais de saúde, de forma a promover a equidade, a inclusão e a qualidade dos cuidados prestados (Reisner et al., 2016).

6.1. Experiências da pessoa trans em unidades de saúde

A European Union Agency for Fundamental Rights (2020) refere que esta minoria tem sido sujeita, ao longo da história, a estigma e discriminação nos mais variados contextos da vida social e privada, incluindo na utilização dos serviços de saúde.

O relatório de pesquisa U.S. Transgender Survey (2024), considerada a maior pesquisa já realizada para observar as experiências de pessoas transgénero binárias e não binárias nos Estados Unidos, com 92.329 entrevistados, mostra-nos que 48% dos entrevistados(as) relatou ter pelo menos uma experiência negativa tal como a recusa do atendimento, recurso ao género incorreto, uso de linguagem áspera ou abusiva e tratamento físico censurável.

Numa outra perspetiva Alben & Love (2019) e Hobster & McLuskey (2020) relatam a discriminação que afeta a capacidade de receber cuidados de qualidade bem como a falta de conhecimentos sobre saúde de pessoas trans.

Relativamente a esta consideração, a investigação realizada por Rodrigues et al. (2020), com o objetivo de avaliar barreiras no acesso à saúde em três ambientes do Serviço Nacional de Saúde (urgência, medicina geral e familiar e cirurgia), com recurso à realização de 71 entrevistas a pessoas trans, vai de encontro a esta realidade, pois ressalva lacunas na formação dos profissionais de saúde e reforça a ideia da discriminação, referenciada por

metade dos inquiridos. O uso de linguagem preconceituosa destaca-se como o episódio mais recorrente.

A DGS explica a existência destes preconceitos em virtude do não enquadramento no modelo binário masculino/feminino, comum e estereotipado admitindo que os/as profissionais não estão imunes a mitos e representações sociais incutidas (DGS, 2019). Conforme sustentam Pinto & Moleiro (2012) *“os/as clínicos/as que trabalham com pessoas transexuais devem fomentar a sua autoconsciência acerca do modo como os seus próprios valores se relacionam com as questões transgénero, e das suas atitudes perante a possível diversidade de expressões de género”* (p.147).

Não obstante, pessoas trans sofrem preconceito e discriminação atrelados à pobreza, raça/cor e/ou aparência física.

Mello et al. (2011) demonstraram que dentro da população LGBTQI, as pessoas travestis e transgénero são as que enfrentam maiores dificuldades pela transfobia atrelada à discriminação por outros marcadores sociais como a pobreza, raça, aparência física.

Nesta senda, a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação, refere o cruzamento de várias características como a origem racial e étnica, a nacionalidade, a idade, a orientação sexual, identidade e expressão de género, entre outras, e a forma como potenciam várias formas de violência, exclusão social e marginalização, discurso de ódio, a privação da liberdade, o desrespeito pela vida privada e familiar, a discriminação no mercado de trabalho, bem como limitações ao acesso a serviços, saúde, educação e desporto (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018).

Importa-nos conduzir o debate sobre a importância de um olhar interseccional *“indispensável para que possamos explorar as diferentes formas pelas quais as pessoas estão localizadas em relação a categorias dominantes”* (Nogueira et al., 2010, p.93). A interseccionalidade surge como um conceito pluridisciplinar e que resulta do cruzamento de vários eixos de subordinação que quando se reúnem agravam o quadro discriminatório gerando desempoderamento e maiores desigualdades (Crenshaw, 2002).

Destarte, géneros e identidade(s) de género, orientações sexuais, etnias, localizações geográficas, graus de incapacidades/deficiências conjugam-se e operam de diversas formas na construção e manutenção das desigualdades.

Como explicam Nogueira & Oliveira (2010) a classe social produz resultados distintos dentro de comunidades jovens LGBTQI pobres e sem abrigo e naqueles que vivem em famílias ou meios sociais mais favorecidos. Estão mais sujeitos a problemas de saúde física e mental, mais expostos a violências várias e mais suscetíveis de caírem na prostituição. O estatuto socioeconómico está muito dependente do tipo de emprego que se detém, pois, devido ao heterossexismo laboral muitas pessoas sentem pressão para dissimularem as suas orientações sexuais mantendo -se "no armário", o que produz níveis mais elevados de stress e piores resultados profissionais (Nogueira & Oliveira, 2010).

Numa outra perspetiva, a literatura evidencia a existência de casos de sucesso de pessoas transgénero que conseguem maximizar o seu bem-estar físico, psicológico e social (ILGA, 2011). Tal como sugere Rachlin (2002), citado por Pinto & Moleiro (2012), a investigação distingue efeitos positivos associadas a práticas psicoterapêuticas com impacto em importantes mudanças de vida, numa abordagem designada de trans-positiva. Ressalvam as experiências associadas à aceitação e ao respeito pela identidade de género, à flexibilidade na abordagem terapêutica e à proximidade com a comunidade.

Mais recentemente, também uma revisão da literatura efetuada por Hobster & McLuskey (2020) comprova a vivência de experiências positivas expressas na boa interação com os profissionais, numa base de respeito e confiança, numa atitude não crítica e focada no paciente. Destacam como mais valia o facto de serem abordados pelo nome e o pronome de preferência.

A utilização correta do nome é manifestada como fator de extrema importância na qualidade do acolhimento e da relação que se estabelece. Relaciona-se com o fato de o nome, o corpo e o seu aspeto estarem devidamente relacionados pois *“o nome, expressa-se como o signo que designa uma mudança que ultrapassa e radicaliza a transformação corporal e é tomado como significado, rótulo que estabelece limites no meio do caos do corpo em mutação”* (Roncon et al., 2016, p.20).

Visto os profissionais de saúde desempenharem um papel preponderante em todo o processo de acompanhamento, transição e na integração social da pessoa trans, é preciso repensar e mudar a forma de agir dos profissionais da saúde em relação à população LGBT

pois a literatura evidencia a necessidade de incluir a temática LGBTQIA+ nos currículos de formação (Martins et al., 2023; Safer et al., 2017).

Por outro lado, seria vantajoso aumentar o conhecimento e o compromisso científico nesta área e ressaltar a colaboração entre ativistas trans, estudantes e profissionais de saúde (Schwend, 2020) como uma estratégia relevante para a melhoria dos cuidados de saúde prestados pois as evidências científicas subsidiam os profissionais de saúde na compreensão deste processo de vulnerabilidade (Rigolon et al., 2020) bem como das suas necessidades específicas.

7. Os corpos reinventados

O conceito de corpos reinventados traz à colação o da sociologia do corpo como uma área da *“compreensão da corporeidade humana como fenômeno social e cultural, motivo simbólico, objeto de representação e imaginário”* (Le Breton, 2007, p.7).

Perspetiva compreender a corporeidade como estrutura simbólica e assim destacar as representações, os imaginários, os desempenhos e os limites que figuram como infinitamente variáveis (Le Breton, 2007), como de seguida será explorado.

O corpo da pessoa é o templo que abraça todo o seu ser e as suas mais profundas convicções e sentimentos. É uma pertença naturalmente adquirida e que constitui uma porta de entrada para a sociedade e para as relações sociais.

Tal como refere Le Breton (2007) é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída pois servindo-se de sistemas simbólicos apropria-se da substância da sua vida, traduzindo-a para os outros membros da comunidade. Acrescenta que o corpo não existe em estado natural e não se trata de uma fatalidade que o homem deva assumir e que não pode alterar mas, pelo contrário, é um objeto de uma construção social, cultural e individual que se esculpe em prol de várias e distintas solicitações (Le Breton, 2007).

Neste encaixo, trazemos à discussão a importância de definir o corpo. Rocon et al. (2017) explicam o corpo como um plano onde são desenhadas as formas da beleza, os processos de saúde e de doença, mas também perspetivam um corpo semiótico, não

constituído por carne ou órgãos, mas sim pelo conjunto de signos que ordena as relações sociais, realizando transmissões e conexões.

Seguimos com a indagação da pertença deste corpo impregnado de significados e significâncias. Como esclarece Rodotà (2006), *apud* Barboza & Junior (2017), a posse de si não constitui um fato inato pois é propriedade das regras do poder e dos ritmos da vida quotidiana, que determinam os modos de uso do corpo, a sua liberdade e as formas de coerção (*apud* Barboza & Junior, 2017). Isto porque as sociedades têm espaços, comportamentos e atividades de gênero pré-determinados (Bock, 1989).

Uma reflexão sobre a autonomia impõe que esta seja compreendida como o resultado de interpretações e de representações, obstáculos ao exercício da expressão e da liberdade corporal pois as relações na sociedade são muitas vezes sustentadas em discursos hegemônicos (Colling, 2014). Assim, numa sociedade, a forma como os corpos se apresentam é o resultado de várias convenções estabelecidas de acordo com os padrões considerados “normais” onde critérios da realidade corporal os classificam, ordenam e definem (Jesus et al., 2023).

Sabemos que o processo de transição de gênero pode incluir a realização de tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos que alteram de uma forma importante, e muitas vezes irreversível, o corpo da pessoa que o experimenta. São corpos em constante transformação, o que implica o afastamento das fronteiras do sexo e do gênero, resistindo ao padrão dicotômico e promovendo modulações pelas quais se inventam novas formas corporais, estilos diversos e multifacetários (Rocon et al., 2017).

Logo, os corpos reinventados, *“pré-operados, pós-operados, hormonizados, depilados, retocados, corpos inconclusos, desfeitos e refeitos, arquivos vivos de histórias de exclusão”* (Bento, 2006, p.15) que lugar ocupam? Pois é inegável que *“a plasticidade dos corpos, [que não estando] (...) atados ao gênero binário ou à heterossexualidade compulsória [sentem] na resistência a essas normas, os limites e constrangimentos que elas implicam”* (Bento, 2006; Butler, 2003; Rocon et al., 2017, p.523).

Verifica-se uma rotura com a aparência corporal normalizada, que engloba a maneira de se apresentar e de se representar (Le Breton, 2007) e surge o conceito de capital corporal e de capital-aparência (MichellDellon, 1989, *apud* Le Breton, 2007). Num contexto no qual

a aparência pode ser tão valorizada como o conteúdo moral, a ação da aparência coloca o indivíduo sob o olhar apreciativo do outro e posiciona-o *“numa categoria social ou moral conforme o aspeto ou o detalhe da vestimenta, conforme o tipo ou a forma do rosto”* (Le Breton, 2007, p.78). Esta perspectiva sobrevaloriza a aparência física e aqui sobressaem os conceitos de representação e o imaginário, a partir dos quais emerge o julgamento do outro, num exercício da classificação, com o estigma em relação a tudo o que é diferente.

Assim, Saleito (2012) acrescenta ao discurso o conceito de capital corporal, numa perspectiva dirigida à pesquisa deste trabalho, que engloba as manipulações do corpo com vista à credibilidade social e à aceitação em determinado género. *“O corpo desempenha assim um papel crucial na visibilidade ou invisibilidade das identidades e expressões e género trans, com as respetivas consequências a nível das relações sociais”* (idem, p.8). O corpo como objeto de constante preocupação pretende *“satisfazer a mínima característica social fundada na sedução, que dizer, no olhar dos outros”* (Le Breton, 2007, p.78).

Nesta perspectiva de desconstrução de ideologias, Ronco et al. (2016) estabelecem a comparação entre as pessoas cisgénero que modificam os seus corpos com recurso a suplementos ou produtos farmacológicos, procedimentos estéticos, cirurgias, etc., alegando que o mesmo se verifica com as pessoas trans. Defendem que o que varia são os procedimentos de transformação corporal que, para as pessoas trans, podem consistir em tratamentos hormonais ou vários tipos de cirurgias mas que no fundo, em ambos os casos, se realiza um investimento em busca de um ideal de beleza associado ao género com o qual se identificam.

Na sua resenha teórica Pinho et al. (2020) discorrem sobre a discriminação perpetuada pela cultura cisnormativa, em relação a homens trans que mantendo os ovários, útero e vagina decidem engravidar e alertam para a necessidade de pensar estas vivências criando condições que contemplem a diversidade e a inclusão. Estes homens desafiam as convenções de género que definem o corpo grávido com uma expressão e um papel atribuídos apenas ao feminino.

Vamos, portanto, reivindicar o direito de cada indivíduo de tomar decisões sobre o seu corpo e de desfrutar da liberdade de escolhas conscientes pois este constitui o alicerce

de uma vida com poder e dignidade e de onde advém o exercício de todos os outros direitos humanos fundamentais.

“Dar visibilidade a experiências, grupos e posicionamentos que são gerados nos entrelugares, bordas e fronteiras das culturas” (Ribeiro, 2020, p.285) revela-se imperativo, numa tentativa de os incluir na visão a que Boaventura de Sousa Santos chamou de sociologia das ausências.

Vieira (2017) aponta o recurso a uma conspeção pluralista, educar e pensar para “um social plural” como forma de combate da discriminação e da violência pois *“só uma educação plural permite a facilitação de mecanismos de libertação (...) em relação à dominação (...) e permite a promoção dos direitos humanos e da igualdade na sua plenitude”* (p.334).

8. Enquadramento legal

A Lei n.º 7/2011, de 15 de março, criou o procedimento de regulação da mudança de menção de sexo no registo civil e correspondente alteração de nome próprio.

De acordo com o mesmo, o pedido carecia da entrega de um relatório capaz de comprovar o diagnóstico de perturbação de identidade de género elaborado por equipa clínica multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro e subscrito, pelo menos, por um médico e um psicólogo.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, de 21 de maio, aprova a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030.

Sob a alçada do XXI Governo Constitucional e sob o lema «Ninguém pode ficar para trás», a Agenda 2030 é regeneradora e reconhece a igualdade e a não discriminação como condição para a construção de um futuro sustentável para Portugal.

Para tal priorizou três objetivos estratégicos até 2030: promover o conhecimento das necessidades das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo; garantir a transversalização das questões da orientação sexual, identidade de género e características sexuais e combater a discriminação, prevenindo e combatendo todas as formas de violência contra as pessoas LGBTI na vida pública e privada (Despacho n.º 5643/2023).

Posteriormente, a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, veio substituir a Lei n.º 7/2011, de 15 de março, e alude ao direito à autodeterminação da identidade e expressão de género e à proteção das características sexuais. Concede ao Estado o dever de garantir a existência e o acesso a serviços de referência ou unidades especializadas no Serviço Nacional de Saúde para tratamentos e intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza, destinadas a fazer corresponder o corpo à sua identidade de género.

Esta alteração trouxe contributos importantes relativamente aos direitos da pessoa trans na medida em que facilitou o processo de mudança de marcador de sexo, bastando para tal, recorrer ao atendimento numa Conservatória do Registo Civil e indicar que pretende alterar o nome e marcador dispensando qualquer documento médico. Inicialmente os custos com o processo exigiam o pagamento de uma taxa administrativa de 200€. Contudo, desde a aprovação do Orçamento de Estado de 2020, esta foi eliminada e os únicos custos para este processo são os de renovação do Cartão de Cidadão e dos restantes documentos (Matos et al. 2023).

A mesma Lei acrescenta que nenhuma pessoa pode ser obrigada a fazer prova de que foi submetida a procedimentos médicos, cirurgias, esterilização ou terapia hormonal, assim como a tratamentos psicológicos e/ou psiquiátricos, como requisito que sirva de base à mudança.

Considera também que atualmente, maiores de 18 têm acesso à auto-determinação legal plena e os menores entre os 16 e os 18 estão condicionados por um atestado de consciência declarando a capacidade de decisão e vontade informada, atestado por qualquer profissional médico, bem como da autorização parental (Matos et al. 2023).

De acordo com esta Lei, a Direção-Geral da Saúde foi notificada a realizar, no prazo máximo de 270 dias, um modelo de intervenção para os profissionais de saúde.

Neste seguimento a DGS publicou o documento *“Estratégia de Saúde para as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo- Volume 1”* que propõe um plano de articulação entre Cuidados de Saúde Primários, Cuidados em Contexto Hospitalar e Centros de Intervenção Especializada que carece, ainda, de enquadramento por normas organizacionais, clínicas, orientações e referenciais (Despacho n.º 5643/2023). Como

corroborando Matos et al. (2023), estas medidas encontram-se ainda em fase de construção e desenvolvimento.

A 17 de maio de 2023, o Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, pelo Despacho n.º 5643/2023, constitui um Grupo de Acompanhamento da Implementação da Estratégia de Saúde para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo — LGBTI. Tem como missão avaliar a implementação da Estratégia de Saúde para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo — LGBTI; identificar as lacunas a nível da prevenção, promoção da saúde, acesso a cuidados a pessoas LGBTI, no que tange ao funcionamento da rede de cuidados para pessoas trans e intersexo e aos procedimentos administrativos e outros associados ao acesso e prestação desses cuidados; reconhecer oportunidades de melhoria e, por último, propor medidas para resolver as dificuldades identificadas.

Gostaríamos de destacar a Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, que garante o direito à igualdade no acesso ao emprego e nas condições de trabalho, ressalvando a proibição da discriminação de pessoas com base em sexo, orientação sexual e identidade de género.

A Lei n.º 85/2021, de 15 de dezembro, considera a não-discriminação na elegibilidade de pessoas para dádiva de sangue com base na sua orientação sexual, da identidade e expressão de género, e das suas características sexuais. Pode dar sangue aquele que cumpra critérios de elegibilidade definidos por portaria do Ministério da Saúde, de forma objetiva, clara, proporcional e respeitando os princípios da confidencialidade, equidade e não discriminação.

A Resolução da Assembleia da República n.º 31/2023 recomenda ao Governo que ponha fim à discriminação de pessoas trans nos rastreios oncológicos para o cancro de mama, colorretal e de colo do útero, criando para o efeito um novo campo autónomo no âmbito do sistema de informação que permita aos profissionais de saúde que acompanham os utentes sinalizar aqueles que tenham um órgão sexual de género diferente do constante na respetiva identificação civil e que apenas seja acessível no sistema.

Mais recentemente, foi publicada a Lei n.º 15/2024, de 29 de janeiro, que proíbe as denominadas práticas de «conversão sexual» contra pessoas LGBT+, criminalizando os atos

dirigidos à alteração, limitação ou repressão da orientação sexual, da identidade ou expressão de género.

Esta provoca uma alteração à Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, ao acrescentar que são proibidas quaisquer práticas destinadas à conversão forçada da orientação sexual, identidade ou expressão de género (Lei n.º 15/2024).

Também o Código Penal sofre modificações. Redige as penas aplicadas a quem estiver acusado do não cumprimento desta lei desenvolvendo *“tratamentos ou intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações irreversíveis ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa”* (Lei n.º 15/2024, p.5).

Ressalvamos o artigo 5.º que prevê a obrigatoriedade da elaboração de um estudo sobre as práticas de alteração, limitação ou repressão da orientação sexual, identidade ou expressão de género em Portugal e os seus impactos na saúde física e mental das vítimas. Objetiva, também, apurar o número de vítimas em todo o território nacional, através da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e da Direção-Geral da Saúde.

Ademais, consideramos o artigo 6.º que observa o desenvolvimento de ações de sensibilização entre pais, famílias e comunidades; a promoção dos cuidados de saúde destinadas a promover a inclusão de pessoas LGBTQ+ e o diálogo com as principais partes interessadas: ordens profissionais, sociedades científicas, instituições do setor da saúde, organizações religiosas, instituições educacionais e organizações de base comunitária.

Para finalizar, destacamos o Projeto-Lei n.º 762/XV (Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República Portuguesa, 2023), aprovado na reunião plenária n.º 130, mas vetado pelo Presidente da República. Este projeto prevê a possibilidade de adoção de nomes neutros em termos de género, um passo de maior importância para as identidades não-binárias (Leal et al., 2024).

Capítulo II – O contexto

1. Caracterização do hospital da zona norte do país e da Unidade de Sexologia e Género

A Unidade Local de Saúde da zona norte do país onde foi realizado o estudo constitui um dos maiores prestadores de cuidados de saúde da região. Abraça diversas especialidades e subespecialidades e acompanha utentes de todas as regiões do país consoante a sua referência.

Estabelece parceria com um Instituto de Ciências Biomédicas, contribuindo para o desenvolvimento clínico da formação médica da instituição bem como para a prática de investigação.

Inserida nesta Unidade Local de Saúde, encontra-se a Unidade de Sexologia e Género, doravante USEG, criada no ano de 2021, que teve um papel preponderante no processo de recolha de dados pois foi através desta unidade que acedemos à população em estudo.

Trata-se de uma unidade multidisciplinar que conta com os contributos de diversos serviços, com a missão partilhada de prestar cuidados de saúde a pessoas transgénero. É constituída por profissionais especializados de diferentes áreas de conhecimento em saúde nomeadamente: endocrinologia, ginecologia, enfermagem, pediatria, psicologia, pedopsiquiatria, endocrinologia pediátrica, psiquiatria, cirurgia plástica e reconstrutiva, urologia, otorrinolaringologia e anestesiologia.

A criação desta unidade surgiu pela necessidade crescente de garantir uma resposta baseada na evidência, estruturada e equitativa, adequada às necessidades específicas da população trans.

Pretende minimizar limitações no acesso a cuidados de saúde frequentemente marcadas por assimetrias regionais, fragmentação de respostas e ausência de equipas com formação diferenciada na área da diversidade de género e sexologia clínica. Permitiu reduzir as desigualdades no acesso a cuidados especializados, através da integração em redes de referência dentro do SNS, encaminhando utentes para centros com maior diferenciação técnica, nomeadamente em áreas cirúrgicas respeitando a autonomia e as preferências da pessoa.

Por outro lado, consentiu concentrar competências e promover uma abordagem integrada e centrada na pessoa, melhorando não só a qualidade assistencial, como agilizando o acesso aos cuidados, garantindo maior eficiência e segurança clínica.

A USEG incorpora estratégias de formação, o que assume particular relevância na promoção da literacia em saúde, no combate ao estigma e na melhoria dos resultados em saúde a médio e longo prazo.

Por fim, reforça o compromisso do SNS com os princípios de equidade, inclusão e prestação de cuidados centrados na pessoa, respondendo a necessidades identificadas na prática clínica e na evidência científica, e alinhando-se com as recomendações internacionais na área da saúde das pessoas transgénero.

O acesso à USEG carece de referenciação via Cuidados de Saúde Primários ou via preenchimento e entrega do Formulário de Referenciação para consulta Hospitalar no SNS por médico particular e inicia-se com uma primeira consulta de Sexologia Clínica (adultos) ou de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (menores de idade).

Segundo dados fornecidos pelo gabinete de estatística do hospital em referência, no ano de 2024, a população de pessoas inscritas na USEG, foi de 917 utentes. Frequentam diferentes especialidades, nomeadamente a endocrinologia (401), ginecologia (102), psicologia (130) e psiquiatria (284). Relativamente às demais especialidades não foi possível obter dados concretos. De ressaltar que a mesma pessoa poderá ser utilizadora e, por isso, estar inscrita em mais do que uma especialidade médica.

Parte 2 – Percurso metodológico

1. Objeto de estudo / Questão de partida

O objeto de estudo consiste nas vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país. Desta consideração delineamos o “*enunciado interrogativo de extrema importância que irá conduzir toda a investigação*” (Vilelas, 2020, p.94), ou seja, a questão de partida: Quais as vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país?

2. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é compreender as vivências de pessoas trans num hospital na zona do norte do país.

Apresentamos como objetivos específicos:

- Analisar a percepção de pessoas trans em relação ao seu atendimento num hospital na zona do norte do país;
- Identificar dificuldades/barreiras no acesso aos cuidados de saúde neste contexto;
- Conhecer aspetos positivos das vivências de pessoas trans neste hospital.

3. Tipo de estudo

Diz-nos Vilelas (2020) que todo o trabalho científico é definido, em primeiro lugar, pelo método que adota. Destarte, o tipo de estudo realizado quanto ao modo de abordagem, inseriu-se num estudo de carácter qualitativo.

Uma vez que o objeto de estudo consistiu em conhecer as vivências de pessoas trans, a pesquisa centrou-se no modo como estas interpretam e dão sentido às suas experiências, visando a compreensão da realidade social, dos grupos e culturas (Vilelas, 2020) numa “*dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas*” (Minayo, 2017, p.2) que não podem ser traduzidas em dados estatísticos ou em números.

Ao permitirem examinar os processos de construção e de diferenciação de género e das desigualdades (Denzim, 2006, *apud* Cruz, 2014), a pesquisa feminista e os estudos de

género, acrescentaram importantes contributos para as metodologias qualitativas, o que consolida a investigação na direção deste método, pois destaca as vivências das pessoas, dando-lhes voz e expondo a complexidade das suas experiências em discurso direto (Bergano & Vieira, 2020).

Abrange um grupo da população minoritário que experiencia as questões e as desigualdades de género (Showalter, 1994, *apud* Cruz, 2014) e cujas especificidades e idiosincrasias são ocultadas por formas convencionais de fazer ciência (Bergano & Vieira, 2020). Trata-se de uma investigação que delinea os princípios dos feminismos ao homenagear a igualdade, recusar o sexismo e a heteronormatividade e promover o respeito pela diversidade, multiplicidade e polifonia (Neves, 2012).

De acordo com o seu objetivo geral consideram-se como instrumentos metodológicos complementares o aspeto exploratório e o descritivo na procura da realidade da pessoa.

O carácter exploratório aproxima o investigador do objeto de estudo proporcionando maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito apoiando-se, para tal, em estudos similares publicados (Silveira & Córdova, 2009).

Por outro lado, visto a USEG ser relativamente recente, trata-se de uma nova área de estudo. Tal como defende Vilelas (2010) o estudo exploratório *“surge quando aparece um novo fenómeno que por ser novo, ainda não possui uma descrição sistemática, ou quando os recursos de que dispõem o investigador são insuficientes para empreender um trabalho mais profundo”* (p.213). Tem como objetivo obter um maior conhecimento de um fenómeno (Vilelas, 2020), neste caso concreto as vivências de pessoas trans nesta unidade.

O aspeto descritivo centra-se nas questões relacionadas com o processo de desenvolvimento da pesquisa, com foco centrado no escopo teórico. Objetiva reunir, selecionar e descrever as informações e contribuições teóricas de forma a torná-las mais compreensíveis (Avelar et al., 2022).

Também Aires (2015) acrescenta que o processo de recolha de dados na metodologia qualitativa deve ser associado à pesquisa bibliográfica, essencial para a delimitação e fundamentação deste trabalho.

4. Caracterização da amostra

A técnica de amostragem utilizada foi a amostra por conveniência, inserida nas amostras não probabilísticas, uma vez que a seleção das pessoas entrevistadas resultou de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2020) e a seleção das fontes por proximidade ou disponibilidade (Duarte, 2005).

A amostra foi constituída por participantes selecionados de forma intencional, de acordo com critérios previamente definidos, garantindo a sua relevância para os objetivos do estudo.

Constituíram critérios de inclusão o facto de a pessoa ser trans, frequentar as consultas da USEG e manifestar interesse em participar, voluntariamente, no estudo após consentimento informado e esclarecido.

Atenta às limitações deste tipo de amostra, mais concretamente ao facto de não ser representativo da população e não permitir generalizações nem extrapolações, consideramos que serve o propósito do objeto de estudo ao representar vivências de múltiplas realidades cujo foco está dentro da experiência humana (Vilelas, 2020) e ao permitir obter a máxima informação possível para a fundamentação do projeto de pesquisa, refletindo a máxima variação em vez da uniformidade (Aires, 2015).

Além disso, trazemos à colação o conceito da representatividade do individual para o coletivo, pelas palavras de Gadamer (2008) segundo o qual cada individualidade é a manifestação do viver total e, embora não seja a totalidade do viver, é reveladora do grupo.

Bourdieu (1983) e Elias (1994) referem o conceito de *habitus* e justificam, também, a conveniência da utilização desta amostra. Segundo este conceito, o indivíduo afigura-se com a sua interioridade, mas também sob a influência de um contexto sócio/ histórico e cultural pelo que uma entrevista com alguém que pertence a um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo.

Atentos às especialidades médicas e cirúrgicas que constituem a USEG, foram selecionadas quatro áreas de intervenção médica para a realização da colheita de dados: endocrinologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia- mais especificamente as consultas de terapia de voz- e a psiquiatria.

Estas áreas constituem aquelas cuja intervenção mais impacto apresenta na alteração da imagem corporal e na forma como as pessoas se apresentam e expressam perante a sociedade. Ressalvamos a especialidade de psiquiatria pela importância que esta valência representa na manutenção da saúde mental, reforçando que se trata de um grupo que sofre em virtude do processo de discriminação, vulnerabilidade e estigma que podem levar ao desenvolvimento de doenças de foro psicológico.

Foi tida em linha de conta a seleção de pessoas trans com e sem experiência cirúrgica, bem como a seleção de participantes sob hormonoterapia em distintas fases de tratamento.

No decurso das entrevistas atingimos o critério da saturação e redundância, compreendida como o ponto da análise em que o investigador, subsequente da análise de dados, reconhece que não surgem novos conceitos e que todos as conceções da teoria estão bem desenvolvidas (Ribeiro & Lobão, 2018). Neste momento terminamos o ciclo de recolha e análise de dados, por saturação teórica, o que determinou a conclusão do trabalho de campo e a suspensão da inclusão de participantes.

A amostra em estudo é constituída por 16 participantes, identificados de E1 a E16, com diversidade ao nível da identidade de género, género definido à nascença, faixa etária, contexto profissional, região geográfica e percurso no hospital.

Relativamente à identidade de género, observa-se representação de pessoas do género feminino (n=10) e masculino (n=5), sendo identificada uma pessoa que se define como não binária (n=1).

No que diz respeito ao género definido à nascença, verifica-se uma distribuição equilibrada, ainda que com ligeira predominância de participantes designados como masculinos à nascença (n=10), comparativamente aos designados como femininos (n=6), refletindo trajetórias de transição de género diversas.

A maioria das pessoas nasceu nas décadas de 1990 e 2000 (n=13), correspondendo a uma população predominantemente jovem-adulta. Apenas três participantes pertencem a décadas anteriores (1970 e 1980), o que sugere uma maior representatividade de experiências contemporâneas na utilização dos serviços de saúde.

Ao nível da área profissional, a amostra apresenta heterogeneidade incluindo estudantes, trabalhadores do setor dos serviços, restauração, hotelaria, tecnologias, gestão, trabalho independente e situações de desemprego e estudantes.

Relativamente à distribuição geográfica, de salientar uma clara predominância da região norte (n=13), com menor representação da região centro (n=3).

No que respeita aos serviços de saúde frequentados, destacamos uma forte componente multidisciplinar. A maioria dos participantes refere acompanhamento em Saúde Mental e Endocrinologia, frequentemente em combinação com outras especialidades como ORL, Ginecologia, Urologia ou Cirurgia Plástica. Um subconjunto relevante (n=5) reporta acompanhamento explicitamente classificado como “multidisciplinar”, o que sugere integração de cuidados, embora com variabilidade na composição das equipas. Esta diversidade de percursos assistenciais evidencia a complexidade dos processos de afirmação de género e a necessidade de articulação entre diferentes áreas clínicas.

Quanto ao tempo de frequência dos serviços de saúde neste hospital, observa-se uma distribuição variável, desde períodos inferiores a um ano até mais de 10 anos. A maioria dos participantes situa-se entre 1 e 5 anos de acompanhamento (n=11), indicando percursos relativamente recentes. Apenas um participante refere acompanhamento superior a 10 anos.

Globalmente, a amostra caracteriza-se por uma população maioritariamente jovem, concentrada na região norte e com percursos assistenciais predominantemente multidisciplinares, ainda que heterogéneos.

A predominância de acompanhamento em Saúde Mental e Endocrinologia reforça o papel central destas áreas nos processos de afirmação de género. A existência de percursos multidisciplinares aponta para uma evolução no sentido de cuidados mais integrados.

De forma a garantir a confidencialidade das pessoas participantes, procedeu-se à agregação de variáveis sociodemográficas e clínicas, reduzindo a granularidade de dados potencialmente identificáveis, sem comprometer a análise interpretativa dos resultados, conforme a tabela seguinte.

Tabela 2.4.1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas entrevistadas

	Género	Género definido à nascença	Década nascimento	Área profissional	Região	Serviços de saúde (agrupados)	Tempo de frequência
E1	Não binário	Feminino	2000	Estudante	Norte	Saúde mental / Endocrinologia	<1 ano
E2	Masculino	Feminino	2000	Serviços	Norte	Endocrinologia	~1 ano
E3	Masculino	Feminino	1990	Serviços	Centro	Saúde mental / Endocrinologia / Ginecologia	~1 ano
E4	Feminino	Masculino	1990	Restauração	Norte	Multidisciplinar	~5 anos
E5	Feminino	Masculino	1970	Desempregado	Norte	Multidisciplinar	~3 anos
E6	Feminino	Masculino	2000	Hotelaria	Norte	Saúde mental / Endocrinologia / ORL	~3 anos
E7	Feminino	Masculino	2000	Desempregado	Norte	Saúde mental / Endocrinologia / ORL	~2 anos
E8	Feminino	Masculino	1990	Trabalhador independente	Norte	Saúde mental / Endocrinologia / ORL	~2 anos
E9	Feminino	Masculino	1970	Serviços	Norte	Saúde mental / Endocrinologia	>10 anos
E10	Masculino	Feminino	2000	Gestão	Norte	Saúde mental / Endocrinologia / Urologia	~1 ano
E11	Masculino	Feminino	1990	Desempregado	Centro	Saúde mental / Endocrinologia / Ginecologia	< 1 ano
E12	Feminino	Masculino	1990	Tecnologias	Centro	Saúde mental / Cirurgia plástica	~1 ano
E13	Feminino	Masculino	2000	Estudante	Norte	Multidisciplinar	~3 anos
E14	Feminino	Masculino	1990	Serviços	Norte	Multidisciplinar	~8 anos
E15	Feminino	Masculino	2000	Estudante	Norte	Multidisciplinar	~4 anos
E16	Feminino	Masculino	1980	Desempregado	Norte	Endocrinologia / ORL	~3 anos

5. Estratégia de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista por constituir uma poderosa técnica de obtenção de informação, dificilmente conseguida de outra forma (Coutinho, 2021) e por representar uma das práticas mais comuns e importantes no estudo e compreensão do ser humano (Aires, 2015).

No que concerne ao tipo de entrevista, optou-se pela entrevista semiestruturada, com base num conjunto de perguntas pré-estabelecidas que deram cobertura ao interesse de pesquisa (Duarte, 2005). De acordo com esta, a partir do foco principal desencadeado pelos investigadores, a pessoa entrevistada teve a oportunidade de discorrer sobre as suas experiências, permitindo respostas livres e espontâneas (Lima et al., 1999) num processo de recolha de dados de carácter aberto e interativo (Aires, 2015).

A sua elaboração teve em linha de conta as considerações explanadas no documento *“Questionable Questions About Transgender Identity”* (2016)⁶ que pretende esclarecer se determinada pergunta é apropriada ou não à luz da perspetiva da pessoa trans e elucida sobre questões relacionadas com esta abordagem, bem como os conhecimentos alcançados pelos contributos da revisão da literatura na área (Apêndice 1).

A entrevista foi encaminhada de acordo com os esclarecimentos de Duarte (2005, p.3): *o investigador “(...) faz a primeira pergunta e explora ao máximo cada resposta até esgotar a questão [que é] aprofundada a partir da resposta do entrevistado, como um funil, no qual perguntas gerais vão dando origem a específicas”*.

Foram realizadas individual e pessoalmente, em gabinetes privados, no hospital onde foi desenvolvida a investigação, no intervalo de tempo entre janeiro e julho de 2025.

Todas as entrevistas foram gravadas para proporcionar o registo integral e evitar perdas de informação, minimizar distorções e facilitar a condução da entrevista (Vilelas, 2020). A autorização para a gravação careceu da explicação de que o seu uso (apenas pela investigadora) visaria a transcrição e análise de dados, sendo este esclarecimento realizado antes do início do processo.

Foram integralmente transcritas, incluindo hesitações, risos, silêncios e estímulos do entrevistador (Bardin, 2022) através do programa “TRsncibe”, com posterior validação dos

⁶ <https://transequality.org/issues/resources/questionable-questions-about-transgender-identity>

conteúdos abordados. Como forma de garantir a autenticidade das informações reunidas, as entrevistas transcritas foram enviadas aos informantes, via e-mail ou WhatsApp (conforme acordado no momento da realização da entrevista), para validação do conteúdo. Registamos como tempo de duração média de cada entrevista 41 minutos.

As entrevistas foram codificadas segundo a nomenclatura E1/ E2/E3 (etc.) por forma a manter a confidencialidade das mesmas e o respeito pela pseudonimização.

6. Processamento de dados e análise de conteúdo

Concluído o trabalho de campo e a recolha de dados iniciamos o processo da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo permite uma descrição subjetiva, sistemática e quantitativa do contido manifesto das comunicações, tendo por objetivo a sua interpretação (Berelson, 1952, 1968, *apud* Carmo & Ferreira, 2008).

Propõe-se como uma técnica que visa a *“apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados”* (Cavalcante et al., 2014, p.16).

A preferência do método de análise deve-se à possibilidade de permitir uma análise intensiva, metódica e organizada, de informações com elevado grau de profundidade e complexidade (Quivy & Campenhoudt, 1998) características desta investigação qualitativa que reside na abordagem interpretativa da realidade social (Vilelas, 2020).

Por outro lado, tal como reforçam Carmo & Ferreira (2008) este método solidifica o critério de fidelidade e validade que permite *“garantir que distintos qualificadores cheguem a resultados idênticos e que o mesmo codificador aplique de igual forma os critérios de codificação e o de validade”* (p.277).

A análise de conteúdo foi elaborada tendo em linha de conta as etapas definidas por Vilelas (2020) nomeadamente: (i) a pré-análise, com a organização e sistematização das ideias, confronto com os objetivos da pesquisa e composição dos indicadores determinantes da interpretação final; (ii) exploração do material: durante a qual decorreu a seleção das unidades de análise que deram origem às categorias (iii) tratamento dos

resultados obtidos e interpretação, de acordo com o enquadramento teórico e os objetivos propostos, com vista novas dimensões teóricas.

De ressaltar o fato das categorias de análise surgirem de uma forma indutiva, derivando diretamente dos dados, com o intuito de reduzir a influência de preconceções e enquadramentos teóricos pré-estabelecidos.

A desvantagem deste método relaciona-se com a singularidade individual de cada entrevista- onde cada pessoa encena livremente aquilo que viveu, sentiu e pensou- se transformar, ao longo do processo de análise, numa polifonia de vozes (Bardin, 2022). Assim sendo, tornou-se essencial em cada nova entrevista fazer uma abstração das entrevistas anteriores, recusando a imersão no mundo subjetivo do outro (*idem*) e iniciar um novo processo de desconstrução e posterior descoberta.

Por outro lado, dada a relação que se estabelece no momento da realização das entrevistas e a proximidade do observador com os fenómenos (Cavalcante et al., 2014) foi importante evitar conclusões decorrentes das experiências e convicções pré-existentes por forma a resistir a uma perspetiva impregnada de pré-conceitos capazes de se refletir no objeto estudado.

7. Questões éticas

O olhar da ética na investigação engloba todas as etapas do processo numa constante preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos seus princípios (Nunes, 2013).

Neste sentido, a elaboração da dissertação respeitou o cumprimento dos princípios morais e éticos subjacentes a uma prática científica sólida e correta.

Paralelamente foi sujeito aos procedimentos internos do hospital que visaram um estudo ético e com total respeito pela proteção de dados e anonimato das pessoas.

Numa primeira fase o projeto de investigação foi apresentado, em reunião de serviço, à equipa multidisciplinar da USEG, no sentido de obter o aval dos seus constituintes e sugestões de melhoria.

Ultrapassada esta etapa, seguiu-se o pedido de autorização da Diretora da Unidade, do Diretor de Serviço e do Diretor do Departamento.

Reunidas estas condições e preenchidos os documentos solicitados, foram encaminhados para o Centro Académico Clínico do hospital que os encaminhou para o Departamento de Investigação/ Ética/ Proteção de dados e para o Conselho de Administração.

Satisfeitas estas solicitações e validadas as orientações foi concedida a devida autorização para avançar com o estudo e iniciar a colheita de dados (Anexo 1).

No que concerne às questões relacionadas com os participantes no estudo, a validação para a sua colaboração foi confirmada pelo recurso ao consentimento informado (Apêndice 2), sujeito ao seu aval e assinatura bem como de um documento contendo toda a informação relativa ao estudo em causa (Apêndice 3).

Nestes documentos os participantes receberam informação relativa aos *“objetivos gerais do estudo e características da sua participação; direito a recusar participar e interromper a participação em qualquer momento; eventuais riscos, desconfortos; benefícios associados à participação; limites à confidencialidade; quem contactar no caso de desejar fazer perguntas ou comentários sobre o estudo”* (Vilelas, 2020, p.472).

Revelou-se essencial o cumprimento de virtudes éticas, tais como a confiabilidade, honestidade, empatia, flexibilidade e a reflexividade ética (Caetano, 2016).

Importa considerar com Neves & Nogueira (2005) que a metodologia feminista, tida em linha de conta ao longo da elaboração deste trabalho, dissolve a presença de uma investigadora neutra e desatenta a fatores sociais, políticos e históricos que envolvem o objeto da investigação, para valorizar a que analisa a relação consigo própria, com os instrumentos científicos que utiliza, a comunidade científica em que se integra e com a sociedade de que é membro (Santos, 1998, *apud* Neves & Nogueira, 2005).

Para finalizar, referir que a pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque⁷, assegurando que todos os participantes fossem tratados com dignidade e respeito. Especial atenção foi dada ao uso do nome social e aos devidos pronomes, bem como à proteção da privacidade e confidencialidade, considerando os riscos sociais e psicológicos associados à vulnerabilidade da população trans.

⁷ https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf

Parte 3 – Análise e discussão dos resultados

1. A Interação com os profissionais de saúde

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na experiência da pessoa trans em ambiente hospitalar. A sua intervenção interseta várias vertentes como a avaliação clínica inicial, a realização de exames complementares de diagnóstico, o acompanhamento, a gestão de tratamentos específicos, passando pela promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Tal como reforçam Monteiro et al. (2024), os profissionais de saúde devem estar familiarizados sobre as especificidades de saúde desta população, nomeadamente às particularidades da história clínica, exame objetivo, promoção de saúde sexual, rastreios oncológicos e preservação da fertilidade.

Consequentemente, a interação que se estabelece constitui um elo determinante na satisfação das pessoas bem como na continuidade da utilização dos serviços de saúde. Compreendemos que um ambiente acolhedor e deferente ajuda a reduzir barreiras de acesso e promove a confiança no sistema. Numa outra perspetiva observamos que pessoas trans podem adiar ou negar a procura de serviços de saúde por medo de discriminação ou tratamento inadequado.

Assim sendo, conscientes da história de preconceito existente na sociedade e do estigma associado ao atendimento hospitalar identificamos algum receio inicial resultante do desconhecimento da equipa multidisciplinar e do método de trabalho, como de seguida mostramos.

No início, nas primeiras consultas tive muito medo, porque lá está (...) como uma pessoa é trans, e eu já passei muitos momentos constrangedores de atendimento ao público, então a pessoa acaba por ter um bocadinho de medo inconsciente. Apesar de serem meios com pessoas especializadas nessa área e que eu acho muito difícil ser transfóbico, às vezes nunca se sabe. Então tive um bocadinho de receio de ouvir algum tipo de argumento que eu não achasse bom de ouvir, mas aquele momento que eu tive no início, foi embora muito rápido nas primeiras consultas. (E8).

Eu tive muito receio no início do processo. De apanhar pessoas que apesar de estarem nessa área, não serem tão abertas à comunicação ou tão compreensivas, mas acho que está tudo muito acessível. (E10).

A partir do momento que comecei a ter consulta, pôs-me tão à vontade que eu já me sinto muito mais à vontade, já não estou como no início. Estou mais confiante. (E11).

Pese embora este sentimento inicial reparamos, maioritariamente, experiências positivas e facilitadoras da experiência hospitalar.

Os médicos mostram sempre muita abertura. A abertura dos profissionais é a parte que eu gosto mais. (E1).

Todos os profissionais de saúde com quem tive contacto desde os enfermeiros, médicos e mesmo outros profissionais, são pessoas muito amáveis e que tendem a ter uma postura bastante respeitadora. (E4).

A maneira como os médicos têm tratado a situação tem sido muito positiva. Têm sido muito respeitosos, ajudado durante a transição e assim. O que mais gosto, é tipo, a parte moral deles. (E7).

São extremamente compreensíveis, são extremamente educados com um carinho e atenção enormes. (E9).

Vários estudos descrevem discriminação em unidades de saúde (Abeln & Love, 2020; Oliveira et al., 2020; Rocon et al., 2022), constituindo um problema grave e persistente que afeta diretamente o acesso, a qualidade do atendimento e o bem-estar físico e mental desta população. Ocorre de formas subtis ou explícitas o que reforça a exclusão, o preconceito e a vulnerabilidade. Estas as pessoas são as que mais enfrentam discriminação, não só

quando reivindicam serviços especializados, mas em diversas outras ocasiões devido à transfobia agravada por marcadores sociais e pela escassez de serviços específicos (Rocon et al., 2022).

Contudo, nesta investigação, os relatos das pessoas entrevistadas relatam uma vivência isenta de discriminação, tal como apresentamos seguidamente.

Em momento algum senti algum tipo de discriminação. (E1).

Nunca senti nenhuma discriminação em nenhum lugar. (E3).

Tanto médico como enfermeiro, como assistentes, nunca senti nenhuma discriminação. Achei que eles foram muito respeitosos. (E7).

As pessoas foram muito compreensíveis, nunca me discriminaram. Sinto que foram pessoas que sempre pude falar abertamente e que nunca julgaram nada, até entenderam muito e ajudaram-me a entender a mim próprio e muitas questões. (E10).

De seguida, destacamos a receptividade dos profissionais para o esclarecimento de dúvidas de qualquer ordem e o respeito pela individualidade como um fator várias vezes referido e muito valorizado. Verificamos um modelo de cuidados centrado na pessoa e o entendimento de que não existe uma única abordagem universal.

Consolidamos uma atitude que corrobora os pressupostos previstos por Coleman et al. (2022) de que as pessoas podem necessitar de se submeter a todas, apenas a algumas, ou, até mesmo, a nenhuma intervenção médica ou cirúrgica para apoiar a sua afirmação de género.

Assim sendo, tal como reforçam Rodrigues et al. (2020) é importante uma atuação que respeite os princípios éticos e legais da profissão, considerando que para um cuidado integral ao ser humano, é necessária uma visão holística compreendendo a subjetividade humana.

Nunca tive problema com nada, porque foram bastante abertos a todas as questões que eu trazia. Foi muito flexível, todo o processo, no sentido de perceberem que cada indivíduo tem uma representação diferente. (E8).

Eu acho que o que já mencionei, do processo ser muito adaptável a cada pessoa (...) Eu diria que é a maior vantagem, porque sinto mesmo que há muitos passos para vivenciar à minha maneira. Que não há uma maneira pré-definida de ter de passar por isto. Que posso ir ajustando à maneira que for mais confortável e ao ritmo que for mais confortável. (E9).

Sente-se que os profissionais têm uma noção maior de que não tem de ser tudo feito de uma maneira, que é um processo como outro processo qualquer e que há alguma flexibilidade que pode ser oferecida para cada caso. (E10).

As pessoas com quem falei, senti que me compreendem, que estão aqui neste grupo de trabalho porque querem, não porque foram forçadas. São pessoas que percebem perfeitamente as minhas necessidades. (E12).

Estes discursos reiteram os preceitos do código deontológico da Ordem dos Médicos que explana o dever de prestar a sua atividade profissional sem qualquer tipo de discriminação. Também a deontologia de enfermagem determina que o enfermeiro deve cuidar da pessoa abstendo-se de juízos de valor e da imposição dos próprios ideais, defendendo a liberdade e a sua dignidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Vários autores referem o uso desadequado dos nomes e pronomes e esta experiência como uma das mais constrangedora em contexto de unidades de saúde (Hobster & McLuskey, 2020; James et al., 2024; Rodrigues et al., 2020).

Ao mesmo tempo esta vivência é um fator de afastamento e desconforto pois ao serem chamadas por um nome que não as representa e que, muitas vezes, encaminha para memórias e sofrimentos impede que se sintam seguras nesse contexto (Rocon et al, 2016; Rigolon et al., 2020).

Advertem Neira et al. (2022) e Tollinche et al. (2020) que o uso indevido do nome ou pronome pode ser considerado extremamente ofensivo e desencadear situações constrangedoras, danos psicológicos, reforçar o estigma e, conseqüentemente, resultar numa pior prestação de cuidados de saúde (Tollinche et al., 2018).

Contudo, no hospital em estudo, destacam-se os relatos positivos em relação ao uso dos pronomes, tal como pode evidenciar-se.

Desde que comecei a ser seguida aqui, lá está, todos os médicos com quem lido, realmente têm sido todos muito exemplares e têm-me tratado sempre pelo pronome feminino. (E6).

Sempre foi respeitado. Acho que nunca houve uma única vez que houvesse um engano (E10)

É muito bom, é muito bom sentir que estou a ser chamada pelo meu nome. Efetivamente é muito bom e faz-me sentir que (...) me aceitam e que estou a ser tratada da mesma forma como eu mesma. (E12).

Sim, sempre fui tratada como esperava. Nunca houve nenhum problema com isso. (E13).

As respostas encontradas certificam as instruções de boas práticas de atuação determinadas pelas SOC que sugerem que os profissionais dialoguem com as pessoas, sobre qual a linguagem ou a terminologia que estas preferem que seja usada quando se referem a si (Coleman et al., 2022).

Advém desta consideração que os profissionais de saúde deverão estar conscientes da evolução da linguagem (Neira et al., 2022) e recetivos ao seu carácter mutável e organizador de significados sociais, necessitando por isso de revisões que contribuam para a desconstrução da desvantagem psicossocial em que se encontram determinados grupos (Pereira et al. 2022; APA, 2008), pensando numa comunicação inclusiva que aprecia os

recursos disponíveis na língua, para transformar palavras ou expressões que possam ter um pendor discriminatório (Leal et al., 2024).

É importante esclarecer estes dados numa primeira abordagem pois os documentos ou o processo clínico podem não refletir com precisão a identidade ou preferências. Por outro lado, evitam as suposições baseadas no aspeto físico, no tom de voz ou noutras formas de expressão de género que nos podem levar por caminhos do preconceito.

A literatura avança que nos momentos da identificação da pessoa, todos os profissionais de saúde devem usar o nome e o pronome por ela determinado, ainda que sejam distintos dos atribuídos à nascença (Tollinche et al., 2020) e mantidos durante todo o período de atendimento (Tollinche et al., 2018).

Devem considerar a possibilidade de utilizar linguagem e pronomes neutros (como elu, delu, nelu, aquelu) como forma de evitar aqueles que não correspondam à identidade de género pois o uso de linguagem inclusiva está intimamente ligado ao conceito de autodeterminação, ou seja, ao processo de cada pessoa se reconhecer dentro de determinadas características que vê como definidoras da sua identidade (APA, 2008).

Assim, indagar sobre a forma/ nome/pronome pelos quais pretende ser tratado será o procedimento lógico e recomendado. Esta abordagem convida o paciente à partilha, *“demonstra inclusão e evita o potencial erro de género”* (Neira et al., 2022, p.410).

Durante a realização das entrevistas verificamos a validação desta boa prática.

Perguntar como pretende ser chamado, principalmente neste ambiente ao atender pessoas transgénero, isso é crucial. (E1).

As pessoas estão disponíveis, até em questões de não saberem como interagir de perguntar, ou seja, que também às vezes demonstra uma humildade por parte das pessoas que não percebem como interagir, o que acho que é muito positivo. Melhor do que tudo é perguntar quando uma pessoa não percebe como é que pode interagir. (E4).

Foi a primeira vez desde todos os sítios por onde eu já passei que me perguntaram como é que queria ser tratada (E5).

Senti-me muito confortável. E em situações em que as pessoas não sabiam, elas perguntaram. (E7).

Percebemos que algumas pessoas frequentam serviços externos à USEG como o caso do internamento ou da urgência. Embora não se trate de um estudo de cariz comparativo, pretendemos ressaltar que a experiência positiva é extensível a outros serviços do hospital.

Lá [na urgência] também me perguntaram qual era o género que eu queria. Não são só pessoas da unidade que estão treinadas para isto. (E5).

Foi muito bem tratada na urgência. (E9).

No internamento foram fantásticos, trataram-se sempre de uma forma espetacular. (E5).

Tenho uma coisa a destacar no internamento, que foi nos primeiros dias em que eu vim. Eu tive... Uma enfermeira (...) que me deixou completamente à vontade. Foi excelente. Foi a primeira enfermeira que eu decorei o nome, porque senti-me mesmo bem. Sentia-me extremamente confortável de me despir à frente dela, da maneira como ela me tratou, da maneira como me acolheu e eu senti que poderia estar à vontade. (E13).

Em relação à experiência no bloco operatório, pese embora o facto de ser um ambiente restrito e intimidante por ser desconhecido, com práticas, dispositivos e rotinas muito específicas observamos, igualmente, uma vivência muito acolhedora.

Sempre pessoas excelentes. Inclusivamente o anestesista, foi muito simpático. Muito querido. Eu me senti muito confortável. Nesse aspeto eu nunca tinha nenhum problema, aliás, sou grata, extremamente grata por isso. Por isso, senti-me mesmo bem. Senti-me como se estivesse em casa. (E13).

Todavia, salientamos uma vivência, durante a realização de um exame complementar de diagnóstico, na qual a linguagem não verbal extravasou sinais de consternação.

Eu não sei qual foi a questão que se colocou. Não verbalizou, mas notou-se que havia um pequeno desconforto. Foi uma questão não verbal. (E9).

Partindo do pressuposto que a comunicação é uma ferramenta fundamental na interação humana e uma poderosa arma de trabalho, que abarca a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções, os profissionais de saúde não devem esquecer que a comunicação (verbal e não verbal) impacta de uma forma poderosa com a pessoa com a qual interagimos.

2. Questões estruturais/ organizacionais

Relativamente às questões estruturais e organizacionais destacamos o facto da USEG ser composta por várias especialidades que dão resposta às distintas necessidades da pessoa e que se articulam de uma forma rápida e harmoniosa. Este aspeto foi considerado de extrema relevância para a satisfação dos utilizadores e uma característica capaz de destacar o método de trabalho deste hospital.

É um núcleo que já tem tudo, então é muito melhor. Também experimentei a parte das análises, ou seja, não ter que andar atrás de outros recursos médicos para fazer análises, achei fantástico. (E2).

Outra coisa é o facto de haver um núcleo de vários doutores que são da área. (E8).

E o facto de todas as consultas serem aqui. (E7).

Acho que é uma mais-valia haver essa unidade que está em constante diálogo. (E15).

Esta realidade contrasta com os preceitos de Mikulak et al. (2021) que descrevem os serviços de saúde trans como altamente fragmentados, com burocracia excessiva e dificuldades na continuidade dos cuidados. Acrescenta Costa (2023) que operam como setores isolados e sem coordenação entre cuidados de saúde primários, endocrinologia, psicologia e cirurgia.

Também foi identificado como um aspeto positivo da organização, a facilidade para marcar consultas de especialidades que noutros contextos seriam muito dispendiosas e de difícil acesso pelo tempo de espera requerido.

Um ponto positivo foi a facilidade de conseguir as consultas, nomeadamente de psiquiatria e de neurologia é muito complicado. (E9).

Houve quem reconhecesse como mais valia o facto de algumas especialidades, como o caso da endocrinologia, decorrerem num espaço mais resguardado e afastado do movimento regular do hospital.

Gosto que seja aqui este espacinho e não que tenha de ir ali em cima, por exemplo, e passar por toda uma vastidão de gente. (E3).

Mikulak et al. (2021) alertam para o facto de as unidades de saúde não possuírem planos de formação ou políticas internas sobre diversidade de género. Neste seguimento, importa ressaltar a perceção da existência de um esforço institucional positivo, no sentido de responder às expectativas e às necessidades específicas desta população, contrariando esta evidência.

Vários questionários que eu tive de responder para conhecerem os pacientes e acho que também para depois perceberem como podem ser tratados. Até na altura a terapeuta referiu que estava a existir a nível interno, quase um compendio de normas para perceber qual seria a melhor abordagem nestes tópicos, nos diversos departamentos que existem a nível hospitalar para perceber qual seria a melhor postura, nomenclatura a utilizar. E acho

que todos estes mecanismos que surgem, elas são pontos muito positivos, que demonstram que uma comunidade está interessada em perceber e acompanhar estas novas tendências de pessoas que se sentem cada vez mais confortáveis em poder usar os serviços de saúde e serem acolhidas nas mais diversas questões que os levam lá. (E4)

A literatura almeja a importância de as organizações de saúde criarem ambientes “trans-inclusivos”, com lideranças institucionais com compromisso explícito com a inclusão e com a desconstrução de barreiras com detalhes que fazem a verdadeira diferença (Mikulak et al., 2021).

Por serem a primeira interação da pessoa com o ambiente de saúde, as salas de espera devem ser vistas como pontos de referência. Podem ser tornadas acolhedoras por meio do uso de pôsteres, folhetos e de cartazes. Também as casas de banho e os formulários devem ser considerados (Abeln & Love, 2020) pois a falta de sinalização inclusiva e de instalações neutras em género reforçam a sensação de desigualdade (Costa, 2023).

De igual modo, a inexistência de representatividade trans entre os colaboradores reforça a percepção de distanciamento e a exclusão institucional (*Idem*).

Por outro lado, analisamos aspetos organizacionais que foram apreciados como vivências negativas nos cuidados de saúde, nomeadamente o tempo de espera para as cirurgias e para determinadas consultas que se coaduna com uma grande ansiedade e expectativa para evoluir no processo de transição.

Para nós nunca é rápido o suficiente porque é um desejo enorme. (E16).

Eu acho que foi um bocadinho demorado todas estas consultas (...) para este tipo de tratamento nós queremos o mais depressa possível. (E1).

Essa é a parte mais chata, é o tempo de espera entre as consultas, que normalmente é de meses (E6).

Eles pedem para esperar um ano para obter melhores resultados. Eu já pedi para me encaminharem, para me terem lá na lista de espera antes para depois não estar tanto tempo à espera, mas dizem que não é muito viável fazer isso. (E14).

A nível cirúrgico seria bom que houvesse mais cirurgiões especializadas nesta parte da medicina da cirurgia para pessoas transgénero. Seria bom, poderia ajudar a não haver um tempo de espera tão longo. (E12).

Em paralelo, tendo em conta as linhas de comunicação do hospital, percebemos bastante dificuldade no contacto por via telefónica.

O que me marcou negativamente foi quando eu liguei para o hospital e ninguém atendeu, é um bocado a falta de resposta. (E3).

O negativo, acho que é só mesmo quando ligo para cá e falo primeiro com o atendente e eles não sabem muito bem para o que estou a ligar. (E6).

Estive imenso tempo ao telefone, à espera, e não consegui falar com ninguém. (E7).

Ainda relativamente a questões organizacionais menos positivas, salientamos o testemunho de uma pessoa que relata o fato de ter sido chamada pelo nome morto.

Esta primeira consulta, a primeira vez que me chamaram, chamaram pelo nome morto porque é o que ainda está no cartão de cidadão. (E1).

Não obstante, esta situação ocorreu em duas especialidades diferentes. Daqui advém uma sugestão de melhoria consiste em fazer a chamada de acordo com o número atribuído no momento de chegada ao hospital.

Uma coisa a melhorar é: já que a psiquiatra e o endocrinologista falaram, porque eu fui encaminhada, então se eu fui encaminhada, não é possível haver já essa preparação? Eu já sabia que ia acontecer, mas ao mesmo tempo, se há essa comunicação, porque é uma transferência de informação também podia haver o cuidado de tratar a pessoa pelo nome preferido, não é? (E1).

Antes de eu trocar o nome tinha sempre lá a dizer o nome social que estava a usar na altura. Então sempre que eu entrava na consulta, já tinham lá essa indicação. Só na chamada é que não. (E3).

Ultrapassados estes constrangimentos, ressaltamos que todos os participantes recomendam o hospital a alguém que necessite dos cuidados de saúde que lá se prestam. Inclusivamente já o fizeram e alguns, mais do que uma vez, tal como exemplificado nos transcritos expostos.

Sim, recomendaria. (E1).

Eu diria que 100%, sem dúvida. (E4).

Sim, e já o fiz. Duas vezes. (E8).

Sim. Inclusive, eu já recomendei! (E10).

3. Perceção sobre o conhecimento clínico e a formação sobre pessoas trans

O acesso à saúde não é suficiente para ter um atendimento adequado e de alta qualidade. A existência de profissionais comprometidos com a causa e com experiência e sensibilidade nesta área, constitui um componente essencial para que a experiência se torne completa, sendo que uma grande parte destas competências resultam dos contributos da formação.

Assim, sabemos que profissionais formados ajudam a reduzir o preconceito e a transfobia institucional, recusam tratamentos desiguais, acolhem e atendem com dignidade e empatia, num atendimento humanizado.

Esta atenção integral e inclusiva fortalece o sistema de saúde como um todo e encerra o cumprimento de normas e políticas públicas que advertem que o atendimento à população trans é uma questão de justiça social.

Não obstante, é-lhes exigido um conhecimento técnico específico com cuidados singulares, tais como terapia hormonal, acompanhamento psicossocial, cuidados antes, durante e após cirurgias de afirmação de género; saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Dá que a formação adequada garanta que o profissional esteja preparado para lidar com essas questões com segurança e competência.

A formação dos profissionais de saúde assume um papel central na promoção de cuidados equitativos, inclusivos e ajustados às necessidades específicas desta população. A evidência tem demonstrado que a ausência de formação adequada pode contribuir para a perpetuação de práticas discriminatórias, dificuldades no acesso aos cuidados e inadequação das respostas clínicas.

Neste sentido, a capacitação dos profissionais constitui um elemento estruturante para a prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, promovendo não apenas a qualidade assistencial, mas também o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade dos indivíduos. De acordo com a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (2021) a formação específica e contínua revela-se essencial para garantir respostas informadas, sensíveis e não discriminatórias, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

Durante a realização das entrevistas, alcançámos uma opinião muito positiva em relação ao conhecimento clínico e formação sobre pessoas trans na unidade hospitalar.

Estavam preparados e lidaram bem comigo. (E1).

Com os que eu lidei até o momento, sim, estão preparados (E6).

Percebi que estavam preparados para isto. (E7).

Foram eles que me formaram ainda mais sobre como é que funcionava toda a questão. (E9).

Sinto que têm muito cuidado com a saúde. Têm a certeza que está tudo o direito antes de começar. Para começarmos e não temos que fazer algum tipo de paragem porque algo está mal. Acho que foi tudo feito de uma forma segura e apropriada para o tratamento. (E10)

Foi relatado o manifesto interesse, por parte da enfermagem, em conhecer mais sobre o tema recorrendo diretamente aos ensinamentos das pessoas que cuidam, tal como expomos de seguida.

Lembro-me quando eu estava internado, não por todos, mas por alguns senti bastante interesse para tentarem perceber como é o processo, o que é que me levou a estar naquela situação, se eu estava a pensar de fazer mais alguma cirurgia depois, ou seja, havia muitas questões que para mim ou para as pessoas que estão mais próximas são muito óbvias e se calhar até colocadas de forma errada, mas que para uma pessoa que seja de fora são naturais e que eu acho que é importante que sejam respondidas e que sejam faladas abertamente entre as pessoas. (E15).

Os resultados obtidos colidem com um estudo que mostra a enfermagem como uma profissão lenta na implementação de mudanças e de políticas que incluem a orientação sexual e a identidade de género (Klotzbaugh & Spencer, 2014).

Em termos curriculares Tollinche et al. (2020) revelam que setenta e quatro por cento dos estudantes de medicina relatam menos de duas horas de tempo curricular dedicado à competência clínica sobre pessoas trans. Rodrigues et al. (2020) acrescentam que a temática é invisibilizada nos cursos de medicina, psicologia e enfermagem, na medida em

que a formação é sustentada em princípios cis e heteronormativos que comprometem os cuidados prestados.

Diante de tais reflexões é essencial que nos currículos de formação em saúde, os planos formativos acompanhem e promovam novas abordagens, capazes de exceder a cisgeneridade e a heteronormatividade (Rodrigues et al., 2020) com um olhar para além das questões biológicas e explorando as esferas sociais, culturais, afetivas e psicológicas que permeiam essas vivências.

Damery et al. (2025) vão mais longe e recomendam que a formação inclua abordagens não só teóricas e expositivas, mas também simulações, participação direta e contacto com pessoas LGBT, bem como discussão de casos, para aumentar a eficácia das ações implementadas.

Para finalizar, transcrevemos a opinião de uma pessoa que defende que a informação relativa a pessoas não binárias, ou seja, aquelas cuja identidade de género não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, afastando-se da convenção dos dois polos do chamado género binário, permanece rudimentar e reforça a importância da formação direcionada para este assunto.

Não há muita coisa sobre pessoas não binárias. Isso é uma parte chata, porque depois disso também acaba por se refletir mesmo aqui no meio médico, porque pronto (...), mas acho que no geral é isso, é continuar a informarem-se e não esquecer as pessoas não binárias, isso é muito importante. A informarem-se e a formarem-se. (E1).

Este depoimento reforça as evidências da literatura que ressalva que “a maior parte das pesquisas existentes é extraída de amostras comunitárias de pessoas transgénero, e há muito que ainda não sabemos sobre as experiências daqueles com identidades não binárias” (Balsam, 2017, sp).

4. A experiência mais marcante

O objetivo de conhecer a experiência mais marcante visou entender melhor as suas necessidades, emoções e expectativas e ao conhecermos esta vertente tão íntima da perspectiva de cada uma, valorizarmos a sua individualidade. Além disso, a informação ajudou a identificar pontos fortes e áreas que precisam de melhorias no sistema de saúde.

Ao longo das entrevistas contactamos com experiências positivas relacionadas com o início do acompanhamento para o processo de afirmação de género:

Acho que foi, provavelmente, a primeira consulta de endocrinologia, porque acho que foi a primeira abordagem que eu tive do tópico com algum profissional de saúde. Marcou o ponto de viragem. (E4).

Outros entrevistados dirigem a sua experiência mais marcante para o um momento mais concreto que coincidiu com o início da terapia hormonal.

Positivo acho que foi poder começar a tomar as hormonas, não é? E poder ter acompanhamento, acho que é importante. E é importante termos um sistema nacional de saúde, não é, público, que nos permita fazer isto. (E14).

A primeira consulta em que comecei a terapia hormonal, efetivamente. (E6).

Foi o primeiro dia, desde a consulta de endocrinologia que comecei e tomar hormonas, foi tipo: “Finalmente”! (E7).

Provavelmente quando finalmente tive a minha primeira... tive acesso à minha primeira dose de testosterona. Tive que esperar uns meses para ter as análises exatas, e finalmente quando tive a minha primeira dose de testosterona. Foi um bom momento. Foi provavelmente o melhor momento. Foi eu dizer finalmente está a começar. (E11)

Paralelamente, vemos o impacto positivo da marcação para a consulta de cirurgia plástica, com vista a realização de cirurgias de afirmação de género e as próprias cirurgias realizadas.

Foi quando recebi, não foi aqui no hospital, foi em casa, mas foi quando recebi a primeira a primeira notificação para a consulta de cirurgia. (E12).

Na verdade eu coloco muito o (...) [cirurgião plástico] no centro da experiência, porque é uma pessoa que vou levar para o resto da vida com uma memória excelente, eu sou extremamente grata (...). Sem ele nada disto seria possível. (...) A experiência mais marcante foi mesmo a cirurgia. (E13).

Outro testemunho salienta a possibilidade de poder fazer terapia da fala.

A terapia da fala para mim foi muito importante. Que eu não sabia a que parte do processo é que eu ia ter acesso, se ia ter acesso, sequer, e então mesmo antes de começar a terapia hormonal foi feita essa sugestão e eu estou a gostar imenso, é uma parte do processo que eu gosto muito. (E8)

Desta exposição notamos o facto de se verificar uma grande expectativa em relação aos procedimentos que, efetivamente, culminam em alterações da imagem corporal e na sua expressão, como a realização de cirurgias, início do tratamento hormonal ou a terapia de voz, na medida em que fazem corresponder o corpo às características da sua identidade.

Esta realidade converge com o conceito de deslocamento (Bento, 2006) em que o género está em confronto com o corpo-sexuado. Tal como reforçam (Rocon et al., 2017 p. 201) “(...) a transformação do corpo apresenta-se como esfera constitutiva da vida das pessoas. Mas, no caso das pessoas trans, tal esfera assume uma intensa magnitude. São variados os métodos circunscritos nas modificações corporais empreendidas por pessoas trans, mas também em relação às convenções estipuladas pelas normas sociais de género”.

Por outro lado, servindo-nos das palavras de Rocon (2018) alargamos esta reflexão à expectativa das pessoas entrevistadas em adaptarem as particularidades corporais às convenções estipuladas pela sociedade para determinado género pois *“o corpo é um texto socialmente contruído e que já nasce operado por tecnologias sociais precisas”* (Bento, 2006, p.39).

Destarte, apuramos como experiências marcantes o momento em que se verifica a possibilidade de poderem “pertencer” aos padrões sociais balizados para os géneros.

Por fim, verificamos como reforço a boa interação que se estabelece com os profissionais como a experiência mais marcante.

Ponto forte foi o atendimento, com pessoas extremamente acessíveis e o facto de ter sido tudo feito de uma forma segura e tudo está a correr bem. (E10).

Casas-Ramirez et al. (2023) trazem evidência de que a boa interação com os profissionais está diretamente associada à qualidade percebida do cuidado. Os autores descrevem esta interação como a forma como o profissional se posiciona (escuta, respeito, reconhecimento) com vista o tratamento focado no indivíduo incluindo a comunicação clara e o reconhecimento da identidade de género.

5. O papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans

Embora o objeto de estudo seja conhecer a vivência das pessoas trans no hospital, optamos por elaborar uma questão mais abrangente direcionada para a intervenção social, no geral, na medida em que esta é o molde das pessoas que integram as organizações e, por outro lado, as organizações são o rosto das pessoas que as representam.

Advém desta consideração que pessoas melhor preparadas, sem estereótipos e capazes de avaliar as suas próprias convicções, no sentido de serem mais inclusivas e respeitadoras, darão melhor resposta às necessidades das pessoas trans nos hospitais ou em qualquer lugar onde desempenhem o seu projeto laboral.

Posto isto, iniciamos com testemunhos que validam a importância de as pessoas trans serem vistas através de uma lente holística que as considere em todas as valências da sua vida e não numa perspetiva redutora que apenas repara na transgeneridade.

Eu também não sou uma pessoa que quer ser definida a 100% pelo processo de transição que estou a passar. Isto é mais uma questão, nas mais diversas que definem a pessoa que eu sou. Não me parece que ser uma pessoa que vai se definir como uma pessoa transgénero a 100% da sua vida, parece-me redutor. (E4).

A minha vivência, no geral, também influencia na minha vivência como uma pessoa trans, não é? A minha vivência não é só ser trans, também existem outros fatores e isso também é uma coisa que me influencia. (E1).

Somos só pessoas normais, que apenas têm uma identidade de género que foi dada à nascença e que quis mudar o que não afeta na vida de ninguém porque as pessoas podem ter a sua vida individual. (E10)

Nos testemunhos conseguidos observamos que a sociedade mantém atitudes de transfobia relacionadas com a ignorância relativa a estes tópicos o que dificulta a inclusão e a expressão da diversidade.

Eu sinto que o problema da transfobia vem muito da ignorância. Então, acho que o que afeta muito a sociedade é a falta de conhecimento. E se isso fosse aberto, fosse um assunto mais falado, deixava de ser um tabu. Por exemplo se os enfermeiros fossem às escolas, o que faz, por exemplo, em relação à saúde oral e outras coisas, ser um assunto que também começava a ser agradável. Acho que seria muito bom as pessoas começarem a abrir um bocadinho a mente, perceberem que não são escolhas, que não é uma doença. (E10)

A minha mãe foi a prova de que realmente o problema é a ignorância. A minha mãe é muito influenciada pelo meu pai, se o meu pai diz que aquilo é verde, a minha mãe diz que aquilo é verde! Também sinto que os meus pais quando viram os filhos que tinham eles sentiram-se muito forçados a entender-nos e a minha mãe e o meu pai mudaram muito de mentalidade. Agora querem vir às marchas de orgulho connosco! (E10)

Mas no geral eu acho que é a falta de inclusão... porque há um standard para pessoas cis. Eu diria que já nem tenho expectativas das outras pessoas, mas o mundo é feito na base que as pessoas são cis e há muito pouca flexibilidade em termos de ter um nome de preferência e assim que acho que é tipo uma coisa mesmo mínima e que cria muitos problemas que é um bocado desnecessário (E14).

Eu acho que o caminho certo é aceitarem cada vez mais a diversidade e a inclusão das pessoas (E12).

As narrativas recolhidas encontram eco na literatura que documenta a ideia de que a ignorância e a transfobia estão intimamente relacionadas, articulando-se estas duas vertentes, não apenas com a falta de formação, mas também com valores sociais e institucionais que perpetuam o preconceito (Stroumsa et al., 2019).

Esta transfobia pode levar a situações de medo desencadeadas pela violência, mas também à perda de apoio de familiares e de amigos.

A verdade é que ainda levo com muita violência verbal ou quer seja física no mundo real. Significa que basta sair sem maquilhagem ou falha-me a voz, ou alguma coisa desse género para de repente a minha segurança ser posta em questão. (E8).

Muitas vezes as pessoas viviam isso em silêncio, escondidas. Viviam uma vida inteira frustradas. Eu também tive muito medo, da falta de aceitação, família e amigos, perdi muita gente. Só que assim, o que é que é pior? Perdermos muita gente ou perdermo-nos a nós? (E5).

Estes achados apoiam as evidências de Lobo et al. (2023) que ao analisarem as repercussões da transfobia na vida e na saúde de homens trans relatam vivências de violência no espaço privado bem como a perda ou enfraquecimento das relações com familiares.

Assim sendo, como forma de evitar este impacto pessoal e relacional, a sociedade deve aliar-se a esta causa com a existência de respeito pelas mais variadas formas de se identificar e exprimir.

Acho que o respeito é a chave para tu. Acho que a partir do momento em que alguém nos diz que quer ser tratada desta forma, cabe-nos a nós respeitar. E é basicamente isso. É tudo a base do respeito. Eu acho que falha muito. (E13).

Destacamos como um importante papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans, a existência de formação nas escolas sobre identidade de género, diversidade sexual, entre outros assuntos, tornando-se espaços sociais capazes de oferecer representatividade e inclusão. A promoção de contextos escolares inclusivos, informados e sensíveis à diversidade de género assume-se como um elemento central na prevenção da discriminação e na garantia dos direitos das pessoas LGBTI+ (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2021).

Este aspeto reveste-se de grande valor pois a educação trabalha-se desde tenra idade de forma abrangente, tal como desde cedo as crianças aceitam e integram positivamente a diversidade (Cardona et al. 2010).

Para tal as orientações da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (2021) enfatizam a necessidade de investir na formação dos profissionais de educação, reconhecendo-a como um eixo estruturante na promoção de contextos escolares inclusivos e na prevenção de práticas discriminatórias.

Além disso, esta consideração poderia conferir autonomia e compreensão relativamente aos sentimentos vividos em virtude da não conformidade de género, o que para muitas pessoas era desconhecido.

Dou muita importância à formação. Eu sou a favor de sentar as crianças na sala e explicar. Não digo, começar aos 5 anos de idade, como fazem toda uma tempestade de copo de água, porque uma criança com 5 anos não vai compreender, mas pegar num adolescente de 15 ou 16 anos que já tem uma cabeça mais ou menos formada, que já tem uma noção, que sabe compreender as informações passadas e passar-lhes a ensinar esse tipo de coisa. Que é para acabar com o preconceito, numa tentativa de acabar com o preconceito e de também dar possibilidade a outras crianças de entenderem. (E6).

A educação sexual nas escolas. Não só abranger a heterossexualidade. Ensinar que existem mais coisas além disso. Acho que isso ajudaria muito as pessoas trans que estão confusas, não sabem o que se passa com elas. Basicamente é isso que eu preciso dizer, porque isto já é um passo grande. Ensinar que é uma coisa normal que existe. (E7).

Eu acho que muita da formação nas escolas ainda é religiosa. Então, no que toca a relações, sexualidade, identidade, ainda é muito nesta de homem e mulher, homem e mulher como casal. E provavelmente, melhorar isso nas escolas é um primeiro passo para ter certeza que a próxima geração não só percebe que estas pessoas existem, mas se calhar percebe que elas existem de uma maneira que não entra em conflito com a maneira do público geral de viver a vida. (E8).

A educação sexual é uma coisa que se debate muito, que também é preciso ser ensinada nas escolas. É só introduzir a educação sexual mais do homem e de mulher e não se fala ainda muito das divergências e se for uma criança como eu, que na escola não tinha, não era de muito falar em casa e não sabia, não sabia nada. Nem existiam TikTok's como hoje em dia. (E11).

Acho que a escola tem um papel importantíssimo, porque até para mim eu sinto que nunca tive. Eu que aprender tudo de certa forma sozinha e crescer para mim foi muito complicado porque eu também não entendia e não havia como. Hoje em dia acredito que seja mais fácil porque há internet, há muitos recursos, há mais recursos, mas no meu tempo

não tinha acesso à internet e tudo que via era na televisão e digamos que os exemplos portugueses que entram na televisão não são aqueles exemplos de (...) não temos, nenhuma figura que nós associamos à transexualidade na televisão, digamos assim. (E13).

Pelo exposto compreendemos que as instituições escolares “*dado o seu protagonismo não só na transmissão de conteúdos disciplinares, mas também na formação do ser humano enquanto membro de uma sociedade que partilha valores e pressupõe o usufruto de direitos e o exercício de deveres e responsabilidades, é vista aqui como podendo ter um papel realmente transformador*” (Cardona et al. 2010, p. 47).

Destarte, importa que os ambientes educacionais passem a negar os comportamentos tidos como “*permitidos e aceitáveis*” em relação aos padrões de géneros dominantes “*normalizados*”, mas que tendem a produzir e reproduzir desigualdades históricas (Avelar et al., 2022) que são perpetuadas ao longo dos tempos.

Para concluir, recorremos às palavras de Vieira (2017) que nos alerta para a necessidade de pensar e educar no sentido plural e “*como esta poderá ser uma ferramenta de combate a diferentes formas de discriminação e de violências que persistem na moderna sociedade (...) porque só uma educação plural, permite a facilitação de mecanismos de libertação intelectual em relação à dominação, num sentido lato, e permite a promoção dos direitos humanos e da igualdade na sua plenitude*” (p.334).

Compreendemos, que a formação poderia constituir uma mais valia na desconstrução dos preconceitos existentes. Observamos um testemunho que retrata esta situação, em contexto de trabalho, onde o desconhecimento da situação de transgeneridade foi uma mais valia na construção de uma relação que não se deixou afetar pelo preconceito existente.

Eu tenho uma colega no trabalho que era muito preconceituosa e ela gostava muito de mim. Ela não fazia a mínima ideia de que eu era trans. Ela já era uma senhora mais de idade. Quando soube que eu era trans, ela veio ter comigo. Ter uma conversa a pedir-me desculpa e a agradecer. Sempre tive imagens de pessoas trans completamente diferentes da pessoa que tu és e eu a conhecer-te, sem saber que eu era trans, fez com que eu me

relacionasse de uma maneira diferente porque se soubesse que eras trans desde o começo, não iria abrir-me tanto contigo. Já ia ficar com o pé atrás. Ela já ia interpretar tudo outra forma porque já estava com uma mentalidade, já estava com o tal preconceito, sobre como é que uma pessoa trans é. (E10).

E acho que começaria por aí, não começarem pelo juízo de valores que fazem logo, de início. Lá está, não julgar o livro pela capa. (E6)

Um outro aspeto que foi abordado relaciona-se com as dificuldades em contexto de trabalho. De acordo com a ENIND (2018), a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género cruza com a discriminação em várias vertentes, de onde queremos ressaltar o mercado de trabalho.

A análise sociodemográfica das pessoas entrevistadas evidencia que 25% se encontram em situação de desemprego.

Então, senti um pouco na pele essa discriminação de ser posta de parte porque tenho um bom currículo, mas era posta logo de parte por ser quem sou. Nem sequer me dava uma oportunidade para falar das minhas aptidões e daquilo que eu conseguia fazer. (E6).

Hoje em dia há muitas pessoas do meu passado, do meu departamento informático, que hoje em dia não dizem sequer bom dia. (E12).

Assim sendo, concluímos que políticas públicas que respeitem a diversidade de género e de orientação sexual, a liberdade individual e neguem visões estereotipadas de género tem um impacto positivo em toda a comunidade.

Socorremo-nos das palavras de Avelar (2022) que fomenta a necessidade de formular políticas públicas com carácter interventivo que colaborem para uma transformação social por meio do incentivo a empregabilidade trans, numa postura mais enfática em relação ao Estado, exigindo o cumprimento de metas e compromissos para com a comunidade e suas entidades. Neste processo, seria uma mais valia a inclusão de pessoas trans como

protagonistas do processo de formulação e implementação de políticas públicas de (re)inserção laboral (*idem*).

Todavia, houve quem referisse que nunca tinha tido problemas no ambiente de trabalho. Analisa que este aspeto pode estar relacionado com o tipo de emprego que desempenha.

Eu nunca tive problemas no trabalho, por exemplo, mas acho que há muita gente que teria. Tive vantagens por trabalhar em estúdios de arte e coisas assim. O pessoal era muito mais aberto. Não digo que não foi estranho com alguns clientes, mas o facto de o meu chefe e os meus colegas não me discriminarem foi quase um privilégio da minha parte, quando devia ser um standard. (E8).

Encontramos um depoimento que evidencia a existência de políticas empresarias que retaliam e afastam atitudes transfóbicas ou exclusivas. Estas políticas consubstanciam, os princípios da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (2018-2030) que consideram políticas públicas para a não discriminação.

Porque, por exemplo, o meu trabalho não aceita homofobia, não aceita transfobia, que é uma coisa que por acaso gosto muito. Outros colaboradores comuns foram julgados por serem gays, por exemplo, e essas pessoas foram dispensadas porque não aceitamos esse tipo de política nesse local de trabalho. Os tópicos, tanto de questões raciais quanto de xenofobia, são intransigentes. (E10)

Um outro aspeto verificado, relativamente ao papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans, relaciona-se com a importância de facilitar burocracias inerentes a serviços que se encontram muito formatados e, por isso, condicionados pelos padrões que determinada sociedade define, o que muitas vezes exige explicações mais alargadas e que colidem com assuntos individuais.

Quando passei a fase da transição social de alterar os documentos e depois alguns tipos de contratos que tinha, por exemplo, da TV Cabo, eu quando me dirigia aos serviços, tinha que explicar a situação. E mesmo quando dizia que era uma mulher transgénero, mesmo assim, parecia que havia ali um entrave. Há algumas coisas que são simples, mas o preconceito e as pessoas fazem um juízo de valor e complica. (E6).

No que concerne a questões que se relacionam diretamente com a área da saúde percebemos que estão a realizar-se avanços importantes e positivos neste assunto.

Em geral eu acho que aqui estamos em um ótimo caminho na saúde. (E8).

Em dois relatos verificamos a importância da normalização da difusão do assunto da transgeneridade por parte dos media sob o pretexto de que destaque em demasia também é discriminar e pode ser usado para dividendos políticos.

É que as pessoas têm uma questão de moda de escolher isto, mas o facto de estarem a ser faladas, a forma como são faladas e tratadas com os media, sejam menos tradicionais, mesmo nas próprias redes sociais e depois aproveitadas por vários partidos políticos, dos mais diversos contratos para falarem depois cada um na sua perspectiva do tópico. (E4).

Difundir mais do que tem sido difundido, acho que não é por aí! Já passam na televisão, passam por todo lado, é o que eu quero dizer, já está em quase todo o sítio. (E11).

Para finalizar, referimos a importância da abertura das pessoas trans no esclarecimento de dúvidas e na tomada de decisões.

Tudo depende da abertura que nós temos... se admitimos que as pessoas nos questionem coisas, porque às vezes também se tivermos uma postura menos refletiva e mais fechada, as pessoas também sentem-se menos disponíveis para questionar, porque se

temos uma postura mais recetiva, a pessoa pode questionar mais, e o processo de empatia vai ser mais natural dentro dos dois lados mesmo (...) normalizamos as suas dúvidas. (E4).

A inclusão ativa desta população nos processos de decisão, que dizem respeito às suas próprias trajetórias clínicas e sociais, empodera-as numa vertente de autonomia individual, mas também favorece o fortalecimento coletivo das comunidades (Meyer, 2015). Nesse sentido, promover a participação das pessoas trans como parceiras nos processos de planeamento, implementação e avaliação de políticas de saúde é uma estratégia transformadora que contribui para reforçar a justiça social (White Hughto et al., 2017; Poteat et al., 2019).

Conclusões e considerações finais

Nesta fase de conclusão da investigação reiteramos que a opção pelo estudo das vivências das pessoas trans num hospital da zona Norte do país constituiu um objeto de estudo deveras motivante e uma experiência enriquecedora.

Os objetivos propostos foram atingidos com sucesso e, para além dos contributos da perspetiva académica, destacamos as sugestões de melhoria que serão partilhadas com o grupo da USEG e os ganhos de ordem pessoal.

Relativamente aos objetivos, concluímos que a perceção em relação ao atendimento no hospital é muito positiva e acolhedora e, por isso, todas as pessoas entrevistadas recomendariam o hospital a alguém que precise dos cuidados que lá se prestam e, inclusivamente, muitas delas já o fizeram.

Por uma questão de organização dos resultados obtidos, estes foram estruturados por cinco categorias de análise.

A primeira relaciona-se com a interação estabelecida com os profissionais de saúde. Observamos um receio inicial, resultante do estigma social que esta população vivencia nas mais variadas áreas da sua vida, que depressa se esvaneceu fruto do profissionalismo e da abertura das equipas.

Ressalvamos que neste grupo estão envolvidos não só os médicos e enfermeiros, mas também rececionistas, assistentes operacionais, técnicos de imagem, bem como outros profissionais.

Assim sendo, destacamos experiências positivas e de abertura, isentas de qualquer tipo de discriminação e sempre assentes em princípios éticos e deontológicos. A disposição dos profissionais em esclarecer dúvidas de qualquer tipo foi um aspeto mencionado várias vezes e sobejamente valorizado, bem como o respeito pela identidade de cada pessoa.

Comparando com estudos feitos em Portugal, observamos que os resultados são distintos das investigações realizadas na mesma área. Pinto & Moleiro (2012), ao analisarem a prestação de cuidados clínicos por serviços e profissionais de saúde especializados na intervenção com pessoas transgénero, expõem que *“os testemunhos dos/as participantes transexuais foram, por vezes, reveladores de conceções rígidas e*

estereotipadas acerca dos papéis de género, por parte dos/as profissionais que os/as acompanharam, bem como do modo como estes valores condicionam a prestação de cuidados de saúde sensíveis à diversidade. Desta forma, não é efetivamente conseguida a provisão de uma atmosfera percebida como empática e segura” (p.147).

Rodrigues et al. (2020), no seu trabalho sobre *“Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans”*, concluem a existência de episódios de discriminação, sendo o uso de linguagem preconceituosa o episódio mais recorrente e o serviço de urgência o contexto onde ocorrem com maior frequência.

Posto isto podemos inferir que, no período que decorre entre a realização destes estudos e a atualidade, foi possível identificar avanços positivos relativamente ao cuidado da pessoa trans.

Para tal pode ter contribuído a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, que surgiu como um marco no sentido de salvaguardar o direito à autodeterminação da identidade e expressão de género e à proteção das características sexuais.

Faria (2025) avalia o impacto da implementação desta lei nos cinco primeiros anos através da realização de entrevistas a organizações da sociedade civil que representam pessoas trans e intersexo, da recolha de dados quantitativos: queixas e pedidos de informação recebidos pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e registos de alterações da menção ao sexo entre 2018 e 2023. Conclui a evidência de avanços significativos nos direitos das pessoas trans e intersexo em Portugal. No entanto, persiste um défice de implementação prática, reforçado por resistências culturais, desconhecimento institucional e carência de formação profissional. A autora recomenda um maior investimento em ações formativas, clarificação da lei e acompanhamento das instituições para garantir a sua efetiva aplicação (Faria, 2025).

Ao mesmo tempo a publicação pela DGS em 2019, da Estratégia de Saúde para pessoas LGBTI, representa pontos de viragem importantes com a implementação de políticas e normas nacionais que fomentam a equidade dos serviços de saúde com vista a eliminação da discriminação. Atrelados a estes documentos podemos salientar uma maior procura dos serviços de saúde, uma maior exposição das reais necessidades destas pessoas e, por conseguinte maior sensibilidade por parte dos profissionais.

Ademais consideramos a realização de ações de formação no hospital onde foi realizada a investigação, sobre Medicina Transgénero (em 2023) dirigida a profissionais de vários serviços, bem como dos cuidados de saúde primários e as Tertúlias sobre a Transversalidade de Cuidados na Saúde Materno-Infantil (em 2024).

Embora não se trate de um estudo de cariz comparativo observamos que a experiência positiva dos entrevistados é extensível a vários serviços do hospital como o caso da urgência, do bloco operatório ou dos serviços de internamento.

A literatura relata vários casos de uso desadequado do nome e do pronome (Hobster & McLuskey, 2020; Rodrigues et al., 2020) razão pela qual foi elaborada uma questão direta para conhecer a realidade no hospital em causa. Os resultados revelam uma realidade comprometida com os princípios das práticas recomendadas internacionalmente, onde os profissionais- independentemente do serviço em que trabalham- em caso de dúvida, questionam a pessoa relativamente à forma como deseja ser tratada.

Contudo, destacamos uma situação onde tal não aconteceu e de onde advém a sugestão de as pessoas serem chamadas pelo número de chegada e não pelo nome próprio.

Em relação às questões estruturais e organizacionais, apontamos o fato de a USEG ser constituída por várias especialidades que atendem às diferentes necessidades e que trabalham juntas de forma rápida e harmoniosa, encaminhando as pessoas para uma ou outra área, de acordo com a sua necessidade, e tendo em vista o seu completo bem-estar.

A facilidade em marcar consultas de determinadas especialidades, que noutros contextos são muito dispendiosas e demorados, e um esforço institucional positivo para se adaptar às necessidades específicas desta população - recorrendo para tal à realização de questionários - são identificados como aspetos fundamentais para uma vivência positiva.

Neste âmbito encontramos aspetos negativos como o tempo de espera para as cirurgias de afirmação de género e para determinadas consultas. Sugerimos a existência de equipas formadas por mais cirurgiões direcionados para a área. Além disso, ressalvamos a dificuldade em estabelecer contacto telefónico com o hospital. No sentido de colmatar esta dificuldade propomos a criação de uma linha telefónica de acesso direto para profissionais envolvidos com a USEG.

No que diz respeito à percepção sobre o conhecimento clínico e a formação sobre pessoas trans concluímos que estes detêm os conhecimentos necessários para a aplicação de uma prática segura e direcionada. Todavia, encontramos o caso de uma pessoa que entende que ainda há pouco conhecimento sobre a identidade de género não binária- embora não revele diretamente a razão pela qual apresenta esta opinião- e ressalva a importância do investimento na formação.

Optamos por conhecer a experiência mais marcante das pessoas entrevistadas como forma de destacar a sua individualidade. Sabendo que estamos a lidar com minorias estigmatizadas e muitas vezes marginalizadas pretendemos valorizar os sentimentos mais íntimos e trazer as suas vozes para o conteúdo desta investigação.

Concluímos que todas são consideradas positivas e, destacamos o início da terapia hormonal, a terapia de voz e a realização de cirurgias de afirmação de género. Verificamos que todas se relacionam com o objetivo que muitas destas pessoas têm que se relaciona com a necessidade de adequarem o aspeto do corpo à sua identidade.

Por fim, discutimos o papel da sociedade na inclusão e apoio das pessoas trans. Nesta seção observamos depoimentos de transfobia que se estendem às mais variadas áreas de atuação, como no emprego e que se relacionam com a ignorância e a existência de preconceitos. Assim sendo, destacamos o papel da implementação de políticas públicas- nas quais esta minoria deveria ter uma intervenção ativa e permanente- capazes de proteger os trabalhadores e de retaliar comportamentos transfóbicos. A escola e a formação são pontos de concordância ao simbolizar a oportunidade de ensinar desde cedo os princípios da cidadania e da igualdade, independentemente do género ou da sua forma de expressão.

Relativamente à entrevista utilizada como método de colheita de dados, inferimos tratar-se de uma boa opção metodológica por conseguir uma colheita de dados profunda e intimista o que constituiu um objetivo dos investigadores desde o primeiro momento. As entrevistas decorreram num ambiente calmo e privado, durante as quais observamos uma grande empatia e vontade de colaborar com o estudo. Mais do que isso, muitas pessoas manifestaram o seu agradecimento pelo interesse por esta área e pela publicação de trabalhos desta temática no sentido de dar visibilidade à causa.

Considerando o fato de optarmos por uma amostra por conveniência e pela pesquisa qualitativa ser caracterizada pelo seu empirismo, subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (Minayo, 2001) salientamos como limitação do estudo o fato de não poder ser extensível a outros hospitais. Acresce a discrepância entre os resultados comparativamente a outros estudos existentes no país (Pinto & Moleiro, 2012; Rodrigues et al., 2020).

Ressalvamos a colaboração de todos os médicos no sentido de nos proporcionarem as condições necessárias para estar em contacto com as pessoas trans e num ambiente privado e acolhedor foi de um valor incalculável.

Afirma-se importante neste momento, falar dos contributos para a investigadora resultantes deste trabalho. De ressaltar a realização das entrevistas que permitiram o contacto com pessoas maravilhosas que partilharam as histórias de vida com coragem e entrega. Os seus testemunhos foram momentos de reflexão e aprendizagem e as suas palavras barcos transportadores de igualdade e inclusão para todas as vertentes da vida, com impacto na maneira de ser, trabalhar e educar.

Sabendo que a investigação é um processo contínuo e inacabado, apresentamos como sugestão futura, o desenvolvimento de estudos nesta área com o objetivo de conhecer a experiência dos enfermeiros no bloco operatório - local onde a investigadora desempenha a atividade profissional- relativamente ao seu contacto com pessoas trans.

Para finalizar propõe-se a realização de formações nesta área e o desenvolvimento de protocolos de atuação, bem como a publicação de estudos científicos com o objetivo de trazer este assunto aos debates atuais da profissão, como forma de contribuir para a criação de ambientes acessíveis a todas as (des)igualdades.

Bibliografia

- Abeln, B., & Love, R. (2019). Considerations for the Care of Transgender Individuals. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.005>
- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Universidade Aberta. https://www.researchgate.net/publication/277178673_Paradigma_qualitativo_e_praticas_de_investigacao_educacional
- Alessandrin, A., & Bouchard, J. P. (2023). Taking care of trans minors. *Revue de l'Infirmiere*, 72(289), 42–44. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2023.02.017>
- American Psychological Association (APA) (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation>
- American Psychological Association (APA). (n.d.). <https://www.apa.org>
- Assis, V., Bonini, L., & Kumanaya, D. (2022). O preconceito e a discriminação como consequência da não permanência da população LGBTQIA+ no mercado de trabalho formal. *Revista Conecta*, 5(2), 14-25. <https://fatecrl.edu.br/revistaconecta/index.php/rc/article/view/139/84>
- Avelar, R., Gonçalves, J., Mendes, A., & Queiroz, T. (2022). (Trans) grendindo preconceitos: a escassez de travestis e transexuais no mundo do trabalho. *Historiæ*, 13(1), 45–71. <https://periodicos.furg.br/hist/article/view/12740/10082>
- Balsam, K. F. (2017). Identity, stress, and resilience among transgender and nonbinary individuals. In B. Earnshaw, G. Bogart, & S. Kalichman (Eds.), *Stigma and health* (pp. 123–144). Academic Press
- Barboza, H., & Junior, V. (2017). (Des)Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. *Pensar - Revista de Ciências Jurídicas*, 22(1), 240-271. <https://doi.org/10.5020/2317-2150.2017.5409>
- Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Batista, S., Mendes, D., Silva, G., & de Mendonça, J. (2020). JORNADA TRANS: Um Estudo Acerca da Trajetória de Travestis e Mulheres Transexuais no Mercado de Trabalho do Recife. *Perspectivas Contemporâneas*, 15(2), 144-166. <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/article/view/3176/1145>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2017).

- Beauvoir, S. (2009). *O Segundo sexo, Volume I - Os factos e os mitos*. Quetzal
- Benjamin, H. (1999). *The transsexual phenomenon*. The Julian Press
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo : sexualidade e gênero na experiência transexual*. Garamond
- Bento, B. (2008). *Transexualidade e as armadilhas dos gêneros*. Brasiliense
- Bergano, S., & Vieira, C. C. (2020). Do pessoal ao político: As metodologias de investigação qualitativa como aliadas da ação. *Ex Aequo*, 41, 15–25. <https://doi.org/10.22355/EXAEQUO.2020.41.01>
- Bourdieu, P. (1983). *Questões de sociologia*. Edições Anagrama
- Butler, J. (1988). Os atos performativos e a constituição do gênero: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. *Cadernos de leituras*, (78), 1–16. https://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2018/06/caderno_de_leituras_n.78-final.pdf
- Butler, J. (2017). *Problemas de Género*. Orfeu Negro
- Caetano, A. (1999). Ética na investigação-ação, alguns apontamentos de reflexão. *Revista da Rede Internacional de Investigação-Ação Colaborativa*, 4(1), 53–73. https://www.researchgate.net/publication/341412853_Etica_na_investigacao-acao_-_alguns_apontamentos_de_reflexao_1
- Cardona, M., Vieira, C., & Tavares, T.-C. (2015). *Guião de educação: género e cidadania no pré-escola*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/10/398_15_Guiao_Pre_escolar.pdf
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/b96c0bd7-f983-41cf-8b0c-5aafaa1a8e46>
- Casas-Ramírez, M., Martínez-Linares, J. M., Cortés-Martín, J., & López-Entrambasaguas, O. M. (2024). Trans people perceptions of care received from healthcare professionals— A phenomenological study. *Heliyon*, 10(1) [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(23\)10536-6](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)10536-6)
- Cavalcante, R., Calixto, P., & Pinheiro, M. (2014). Análise de conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & sociedade: estudos*, 24(1), 13-18. <https://brapci.inf.br/v/92625>
- 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>
- Colling, A. (2014). *Tempos diferentes, discursos iguais : a construção do corpo feminino na história*. Editora UFGD. <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/bitstream/prefix/2648/1/tempos-diferentes-discursos-iguais-a-construcao-historica-do-corpo-feminino-ana-maria-colling-1.pdf>
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2021). *O direito a ser nas escolas: Orientações para a prevenção e combate à discriminação e violência em razão da orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais, em contexto escolar*. <https://www.cig.gov.pt>
- Costa, D. (2023). Transgender health between barriers: a scoping review and integrated strategies. *Societies*, 13(5), 125 <https://www.mdpi.com/2075-4698/13/5/125>
- Coutinho, C. (2021). *Metodologias de Investigação em Ciências Humanas*. Almedina
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171–188. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000100011>
- Cruz, M. (2014). A Crítica Feminista à Ciência e Contribuição à Pesquisa nas Ciências Humanas. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 7(12), 15-28. <https://doi.org/10.20952/revtee.v0i0.2949>
- Damery, S., Sekoni, A. O., Retzer, A., Okafor, I., Manga-Atangana, B., Posaner, R., Gale, N. K., & Jolly, K. (2025). *Impact of education and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: A systematic review of comparative studies*. *BMJ Open*, 15(2) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097144>
- Despacho n.º 5643/2023 do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde: *Cria o Grupo de Acompanhamento da Implementação da Estratégia de Saúde para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo - LGBTI*. (2023). Diário da República n.º 95/2023, Série II de 2023-05-17, páginas 64 - 66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5643-2023-213132372>
- Direção-Geral da Educação (DGS). (n.d.). *Educação para a Cidadania - Linhas Orientadoras*. <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-cidadania-linhas-orientadoras>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional de Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). *Estratégia de Saúde para as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo – LGBTI. Volume 1 – Promoção da Saúde das Pessoas Trans*

- e *Intersexo*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as- pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
- Duarte, J. (2005). Entrevista em profundidade. In J. Duarte & A. Barros (Eds.), *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação* (pp. 62–83). Editora Atlas.
- Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Jorge Zahar Editor.
- EU-LGBTI II. (2020). *A long way to go for LGBTI equality - Technical report*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-technical-report_en.pdf
- Faria, E. (2025). *5 anos depois, implementação, impactos e desafios da Lei n.º 38/2018 de 7 de agosto* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/179979>
- Ferro, L., Silva, D., Alcântara, N., Salviano, C., Lisboa, D., & Oliveira, A. (2024). O impacto do preconceito na saúde mental de mulheres trans. *Psicologia e Saúde em Debate*, *10*(2), 453–474. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V10A2A27>
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e método* (5ª ed.). Paulus.
- Gerhardt, T., & Silveira, D.(Orgs.). (2009). *Métodos de pesquisa*. Editora da UFRGS
- Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, *388*(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Governo de Portugal. (2018). *Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual: “Primeiro Plano de Ação 2018-2021”*. <https://www.cig.gov.pt>
- Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Hobster, K., & McLuskey, J. (2020). Transgender patients’ experiences of health care. *British Journal of Nursing*, *29*(22), 1348–1353. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.22.1348>
- Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero (ILGA) (2008). *Ser transexual ou transgénero em Portugal: experiências e obstáculos no acesso ao direito à identidade de género*. ILGA Portugal
- Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero (ILGA) (2011). *Sabemos que somos. Pessoas*. <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadena saude.pdf>
- Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero (ILGA) (2018). *Relatório sobre a implementação da Recomendação CM/Rec (2010) 5 do Comité de Ministros do*

Conselho da Europa aos Estados Membros sobre medidas para o combate à discriminação em razão da orientação sexual ou da identidade de género: Segunda Revisão. https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/ilga_RELATORIO_CONSELHO_EUROPA_2018_1.pdf

Ipsos. (2023). *Pride 2023: 8 em cada 10 portugueses defendem a proteção da comunidade transgénero contra a discriminação*. <https://www.ipsos.com/pt-pt/pride-lgbt-2023>

James, S., Herman, J., Durso, L., & Heng-Lehtinen, R. (2024). *Early Insights: A Report of the 2022 U.S. Transgender Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/2024-02/2022%20USTS%20Early%20Insights%20Report_FINAL.pdf

Jesus, J. (2012). *Orientações sobre identidade de género: conceitos e termos: Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgéneros, para formadores de opinião*. <https://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>

Jesus, M., Moré, I., Querino, R., & Oliveira, V. (2023). Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27. <https://doi.org/10.1590/interface.220369>

Karaian, L. (2013). Pregnant Men: Repronormativity, Critical Trans Theory and the Re(conceive)ing of Sex and Pregnancy in Law. *Social and Legal Studies*, 22(2), 211–230. <https://doi.org/10.1177/0964663912474862>

Klotzbaugh, R., & Spencer, G. (2014). Magnet Nurse Administrator Attitudes and Opportunities. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(9), 481–486. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000103>

Le Breton, D. (2007). *A sociologia do corpo* (4ª ed.). Vozes.

Le Breton, D. (2007). *Corpo e sociedade: As interações simbólicas*. Vozes.

Leal, D., Freitas, J., Magalhães, S., & Matias, M. (2024). *Quem inclusivo fala, sempre acerta: uma discussão sobre linguagem inclusiva*. <https://exaequo.apem-estudos.org/files/2024-07/revista-ex-aequo-49-completa.pdf#page=21>

Lei n.º 15/2024 da Assembleia da República: *Proíbe as denominadas práticas de «conversão sexual» contra pessoas LGBT+, criminalizando os atos dirigidos à alteração, limitação ou repressão da orientação sexual, da identidade ou expressão de género, alterando a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, e o Código Penal*. (2024). Diário da República n.º 20/2024, Série I de 2024-01-29, páginas 3 - 6. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2024-839477377>

Lei n.º 38/2018 da Assembleia da República: *Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa*.

- (2018). Diário da República n.º 151, Série I de 2018-08-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2018-115933863>
- Lei n.º 7/2009 da Assembleia da República: *Aprova a revisão do Código do Trabalho*. (2009). Diário da República n.º 30/2009, Série I de 2009-02-12, páginas 926 - 1029. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Lei n.º 7/2011 da Assembleia da República: *Cria o procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil e procede à décima sétima alteração ao Código do Registo Civil*. (2011). Diário da República n.º 52/2011, Série I de 2011-03-15, páginas 1450 - 1451. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2011-278187>
- Lei n.º 85/2021 da Assembleia da República: *Proíbe a discriminação em razão da identidade de género ou orientação sexual na elegibilidade para dar sangue, alterando a Lei n.º 37/2012, de 27 de agosto, que aprova o Estatuto do Dador de Sangue*. (2021). Diário da República n.º 241/2021, Série I de 2021-12-15, páginas 3 - 4. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/85-2021-175923953>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2018).
- Lima, M., Almeida, M., & Lima, C. (2008). A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1999(20), 130-142. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4288>
- Lobo, B. Santos, G., Porcino, C., Mota, T., Machuca-Contreras, F. A., Oliveira, J. F. D., ... & Sousa, A. R. D. (2023). Transphobia as a social disease: discourses of vulnerabilities in trans men and transmasculine people. *Revista brasileira de enfermagem*, 76(Suppl 2), e20220183 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38558029/>
- Louro, G. (2018). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Autêntica
- Lund, E., & Burgess, C. (2021). Sexual and Gender Minority Health Care Disparities: Barriers to Care and Strategies to Bridge the Gap. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 48(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.02.007>
- Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Martins, M., Almeida, M., Cândido, J., Paula, J., Martins, M., & Nunes, M. (2024). Acesso ao serviço de atenção transdisciplinar para pessoas transgêneros (SERTRANS) na perspectiva dos usuários da comunidade LGBTQIA+. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(3), e69620. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-067>

- Matos, J., Martins, B., & Salgado, T. (2023). *Guia sobre saúde e leis trans em Portugal: Recursos e procedimentos*. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/06/Guia-Saude-e-Leis-Trans_compressed.pdf
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 9, 7-28. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>
- Meyer, I. H. (2015). *Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities*. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213
- Meyer, W. (2009). World professional association for transgender health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127-132. <https://doi.org/10.1080/15532730903008065>
- Midlej, M., & Guimarães, A. (2024). Identidades não binárias: a escuta psicanalítica como meio para a subversão do binarismo. *Revista Periódicus*, 1(20), 142-157. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i20.52909>
- Mikulak, M., Ryan, S., Ma, R., Martin, S., Stewart, J., Davidson, S., & Stepney, M. (2021). Health professionals' identified barriers to trans health care: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 71(713), e941-e947. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0179>
- Minayo, M. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Modesto, E. (2013). Transgeneridade: um complexo desafio. *Via Atlântica*, 14(2), 49-65. <https://doi.org/10.11606/va.v0i24.57215>
- Monteiro, J., Ferreira, A., Ramos, B., Dantas, B., Couto, M., Vieira, J., Moreira, J., Coelho, M., Fernandes, M., Santos, P., Rezende, R., Fernandes, S., Santos, L., & Saraiva, M. (2024). Abordagem e orientação de pessoas trans e não binárias nos cuidados de saúde primários: experiência e conhecimento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 40(2), 126-136. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i2.13658>
- Moreira, E., & Marcos, C. (2019). Breve percurso histórico acerca da transexualidade. *Psicologia em Revista*, 25(2), 593-609. <https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/15311/16589>
- Morera, J., & Padilha, M. (2017). Social representations of sex and gender among trans people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1235-1243. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0581>

- Moura, E., & Medeiros, C. (2014, October). *Desafiando a heteronormatividade: interpretações sobre manifestações das organizações a favor da diversidade sexual*. https://www.researchgate.net/publication/350891804_DESAFIANDO_A_HETERONORMATIVIDADE_INTERPRETACOES SOBRE MANIFESTACOES DAS ORGANIZACOES_A_FAVOR_DA_DIVERSIDADE_SEXUAL
- Muller, M., & Knauth, D. (2008). Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'!. *Cadernos EBAPE.BR*, 6(2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/s1679-39512008000200002>
- Nascimento, G., & Comin, F. (2018). A Revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura científica. *Temas em Psicologia*, 26(3). <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-14pt>
- Neves, S. (2012). Investigação Feminista Qualitativa e Histórias de Vida: A libertação das vozes pelas narrativas biográficas. In M. Magalhães, A. Cruz, & R. Nunes (Eds.), *Pelo fio se vai à meada: percursos de investigação através de histórias de vida* (pp. 69–81). Ela por Ela. https://www.fpce.up.pt/love_fear_power/pdfs/publicacoes/10b_nev12_sofia_neves_amp_lfp_hivis_2012.pdf
- Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 408-412. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000300015>
- Nogueira, C., Oliveira, J. (Organ.), Almeida, M., Costa, C., Rodrigues, L., & Pereira, M. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64341/2/16034.pdf>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- Olivera, A., Vilaça, A., & Gonçalves, D. (2019). Da transexualidade à disforia de género – protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(3), 210–222. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12105>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código de Deontologia de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Paranhos, W., Willerding, I., & Lapolli, É. (2021). Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200684>

- Pereira, M., & Santos, A. (2014). Introdução. Epistemologias e metodologias feministas em Portugal: contributos para velhos e novos debates. *Ex Aequo - Revista Da Associação Portuguesa de Estudos Sobre as Mulheres*, 29, 9–21. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2014.29.01>
- Peruzzo, C. (2017). Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas*, 23(3), 161–190. <https://www.redalyc.org/journal/316/31652406009/31652406009.pdf>
- Petry, A., & Meyer, D. (2011). Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. *Textos & Contextos*, 10(1), 193–198. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/7375>
- Pinho, A., Rodrigues, L., & Nogueira, C. (2020). (Des)Construção da parentalidade trans: Homens que engravidam. *Ex Aequo - Revista Da Associação Portuguesa de Estudos Sobre as Mulheres*, 41, 195–205. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.12>
- Pinto, N., & Moleiro, C. (1969). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *PSICOLOGIA*, 26(1), 129–151. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.266>
- Pinto, N., Côrte-Real, P., Ramos, M., & Torres, R. (Coord.) (2021). *Saúde em igualdade: Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*. <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaasaude.pdf>
- Pinto, T. (coord.), Nogueira, C., Vieira, C., Silva, I., Saavedra, L., Silva, M., Silva, P., Tavares, T.-C., & P., V. (2015). *Guião de educação: género e cidadania: 3.º ciclo*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/3Ciclo_Versao_Digital_FinalR.pdf
- Porchat, P., & Ofsiany, M. (2020). Quem habita o corpo trans? *Revista Estudos Feministas*, 28(1), e57698. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157698>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013).
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2019). *Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters*. *Social Science & Medicine*, 228, 119–126 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Pussetti, C. (2006). A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome. *Etnografica*, 10 (1), 3-40. <https://doi.org/10.4000/etnografica.2997>
- Pussetti, C., & Brazzabeni, M. (2011). Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnografica*, 15(3), 467–478. <https://doi.org/10.4000/etnografica.1036>

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Gradiva.
- Ramsey, G. (1998). *Transexuais: perguntas e respostas*. Summus.
- Rede ex aequo. (s.d.). *Glossário LGBTI*. <https://rea.pt/apoio/questoes/glossario-lgbt>
- Reis, R., Oliveira, J., Nogueira, C., & Leal, I. (2017). *Identidades e expressões de género: Representações sociais, saúde e direitos*. Lisboa
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Resolução da Assembleia da República n.º 31/2023, de 18 de abril da Assembleia da República: *Recomenda ao Governo que ponha fim à discriminação de pessoas trans nos rastreios oncológicos para o cancro de mama, colorretal e de colo do útero*. (2023). Diário da República n.º 76/2023, Série I de 2023-04-18, página 3. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/31-2023-211912788>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018 da Presidência do Conselho de Ministros: *Aprova a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030*. (2018). Diário da República n.º 97/2018, Série I de 2018-05-21, páginas 2220 - 2245. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036>
- Ribeiro, C. (2020). O princípio pluralista, corporeidade e sexualidade. *Estudos Teológicos*, 60(1), 283–297. <https://doi.org/10.22351/et.v60i1.3662>
- Ribeiro, J., Svoza, F., & Lobão, C. (2018). Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados?. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(10), 3-7. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213/111>
- Rigolon, M., Carlos, D., de Oliveira, W., & Salim, N. (2020). “Health does not discuss trans bodies”: Oral History of transsexuals and transvestites. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0228>
- Rocon, P., de Barros, M., & Rodrigues, A. (2022). A formação dos(as) trabalhadores(as) da saúde na construção de um acesso à saúde integral, equânime e universal à população trans. *Pro-Posições*, 33. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0083>

- Rocon, P., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(8), 2517–2526. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>
- Rocon, P., Zamboni, J., Sodré, F., Rodrigues, A., & Roseiro, M. (2017). (Trans)forma es corporais: Reflexões sobre saúde e beleza. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 521–532. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017171907>
- Rodrigues, J., Lemos, C., & Figueiredo, Z. (2020). Discrimina o e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 98–108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>
- Rodrigues, L., Carneiro, N., & Nogueira, C. (2021). História das abordagens científicas, médicas e psicológicas sobre as transexualidades e suas aproxima es críticas. *Saúde e Sociedade*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200768>
- Rodrigues, S., Pereira, G., Duarte, K., Silva, L., & Garzin, A. (2020). Enfermeiros frente   tomada de decisão  tica. *Anais Do CIPCEn: Congresso Internacional de Produ o Científica em Enfermagem*, 256. <https://doi.org/10.24281/rremecs.2020.10.02a03.CIPCEn.256>
- Rosa, D., Carvalho, M., Pereira, N., Rocha, N., Neves, V., & Rosa, A. (2019). Assistência de Enfermagem   popula o trans: g neros na perspectiva da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 311–319.
- Safer, J., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000227>
- Sala, J., & Dias, M. (2024). A inser o no mercado de trabalho de pessoas transexuais: um estudo de g nero. *Repositório Institucional do Conhecimento do Centro Paula Souza*. https://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/123456789/21593/1/20241S_Julia%20Demarchi%20Azevedo%20Sala_OD2123.pdf
- Saleiro, S. (2012). *A transexualidade e o g nero: identidades e (in)visibilidades de homens e mulheres transexuais*. <http://hdl.handle.net/10071/16544>
- Saleiro, S. P. (Org.), Ramalho, N., Menezes, M. S., & Gato, J. (2022). *Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discrimina o em razão da orienta o sexual, identidade e expressão de g nero e características sexuais* https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orienta_sexual_id_express_genero_caractrstcs_sexuais.pdf

- Saraiva, P. (2012). Jornadas APDIS. *Sociologia da Saúde e Literacia Digital: Nova Oportunidade de Intervenção para as Bibliotecas da Saúde*. <https://publicacoes.apdis.pt/index.php/jornadas/article/view/177/265>
- Schouten, M., & Silva, M. (2011). *Uma sociologia do género*. Edições Húmus
- Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075. <https://doi.org/10.2307/1864376>
- Selles, B., Almeida, P., Ahmad, A., Lemos, A., & Ribeiro, C. (2022). Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. *Saúde em Debate*, 46(spe6). <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e613>
- Silva, N., Lopes, R., Bitencourt, G., Bossato, H., Brandão, M., & Ferreira, M. (2020). Social identity of transgender persons: concept analysis and proposition of nursing diagnoses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0070>
- Silveira, D., & Córdova, F. (2009). *A pesquisa científica. Métodos de pesquisa*. Editora da UFRGS.
- Sousa, M., & Ramos, F. (2022). Vivências, emoções e o processo de (re) construção de identidades de uma professora de língua em formação inicial: um estudo sob a perspetiva sociocultural. *Estudos Linguísticos e Literários*, 72, 98–125. <https://doi.org/10.9771/ell.i72.46551>
- Stroumsa, D., Shires, D. A., Richardson, C. R., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2019). Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Medical education*, 53(4), 398-407 <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.13796>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The Perioperative Care of the Transgender Patient. *Anesthesia & Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>
- United Nations. (2015). *Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*
- Vieira, C. (2017). Sexualidade e Género: educar para um social plural. In *Violência de Género* (pp. 317–337). Edições CIEG.

<https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/227e1a58-c4b5-44f7-91c4-9249e5f7cfa0>

Vilelas, J. (2020). *Investigação, O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo

Walby, S. (1990). *Theorizing patriarchy*. Basil Blackwell.

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2017). *Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions*. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689648/>

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião da entrevista

Caracterização da amostra

Género:

Género definido à nascença:

Década de nascimento:

Profissão:

Distrito de residência:

Serviços que frequenta no hospital:

Tempo de frequência:

Questões

- Como descreve, de uma forma geral, a sua experiência no acesso aos cuidados de saúde?

- Sentiu que os profissionais de saúde estavam preparados para lidar com questões de identidade de género? Demonstraram conhecimento específico ou sensibilidade para a temática?

- Como se sentiu em relação ao uso do seu nome e pronome durante o atendimento? Alguma vez teve de explicar ou corrigir o uso do nome/ pronome?

- Vivenciou alguma situação que sentisse como obstáculo aos cuidados de saúde? Em que serviço? Pode/ quer dar algum exemplo?

- Em alguma situação sentiu desrespeito, julgamento ou desconhecimento? Pode partilhar?

- Esses obstáculos estavam relacionados com a sua identidade de género?

- Pode identificar aspetos positivos/ facilitadores da sua experiência no hospital?

Em que serviço? Pode/ quer dar algum exemplo?

- Que tipo de atitudes ou práticas fizeram diferença? Pode partilhar algum exemplo?

- Recomendaria este hospital a alguém que necessite dos cuidados que aqui se prestam?
- Qual foi a vivência mais marcante (positiva ou negativa) que experimentou?
- Como acha que as instituições e a sociedade em geral podem melhorar o apoio e a inclusão das pessoas trans?
- Existe mais alguma coisa que gostasse de partilhar sobre as suas vivências? Há algo que considera importante que não tenhamos abordado nesta entrevista?

APÊNDICE 2 – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA



Investigação no âmbito do Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres: Género, Cidadania e Desenvolvimento

Autora: Liliana das Neves

(Enfermeira no bloco operatório [REDACTED])
[REDACTED]

O presente trabalho de investigação, intitulado “Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país” insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres: Género, Cidadania e Desenvolvimento.

O seu objetivo geral é compreender as vivências de pessoas trans num hospital da zona do norte do país.

Os objetivos específicos consistem em compreender a perceção de pessoas trans em relação ao seu atendimento; identificar dificuldades/barreiras no acesso de cuidados de saúde e conhecer aspetos positivos das vivências de pessoas trans neste contexto.

Este trabalho constitui uma oportunidade para conhecer a perspetiva das pessoas trans que frequentam o hospital o que pode refletir-se numa melhoria em termos de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

A colheita de dados será realizada recorrendo a entrevistas semiestruturadas que serão gravadas para proporcionar o registo integral e evitar perdas de informação. A gravação

será apenas, utilizada, pela investigadora e para efeitos de análise de dados. As entrevistas codificadas por forma a manter o anonimato e a confidencialidade.

Este estudo não acarreta nenhuma despesa ou risco. A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar e/ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

O resultado do estudo, orientado pela Professora Doutora Bárbara Bäckström e pelo Dr. Miguel Saraiva, será apresentado na Universidade Aberta podendo, se desejar, contactar a autora para se inteirar dos resultados obtidos, bem como para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome da pessoa participante no estudo

Data Assinatura

__/__/____

Nome da Investigadora responsável

Data Assinatura

__/__/____

APÊNDICE 3 – Informação sobre a participação no estudo

INFORMAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO “VIVÊNCIAS DE PESSOAS TRANS NUM HOSPITAL DA ZONA NORTE DO PAÍS”

Excelentíssimo(a) Senhor(a),

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo “Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país”.

Para que possa tomar uma decisão informada quanto à sua participação no estudo e para que possa autorizar o tratamento dos seus dados pessoais, é importante que saiba quais objetivos, quais os riscos e inconvenientes decorrentes da sua participação no mesmo, as condições em que o mesmo é realizado e que implicações o mesmo tem para si.

É inteiramente livre de participar ou não no presente estudo. Pode, por isso, recusar-se a participar, sem que isso, de algum modo, afete o seu tratamento.

O objetivo do presente documento é transmitir-lhe, de forma transparente, todas as informações de que poderá necessitar, incluindo informação de como os seus dados pessoais, designadamente os de saúde, serão utilizados ou transmitidos a terceiros, caso opte por participar, para que possa tomar uma decisão informada relativamente à sua participação e relativamente ao tratamento dos seus dados pessoais. Agradecemos, por isso, que leia, atentamente, o presente documento, confrontando-o com as informações que lhe foram prestadas pelo investigador.

Antes de decidir se deseja ou não participar no estudo, pode colocar todas as perguntas que entender pertinentes, de forma a ficar com um conhecimento completo acerca do mesmo. No caso de não compreender alguma da informação constante deste documento ou de permanecer com dúvidas quanto à natureza do estudo e à sua participação no mesmo, deverá solicitar ao investigador responsável o esclarecimento ou a informação adicional que entenda necessário.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

TÍTULO: “Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país”.

NATUREZA E ALCANCE: O presente trabalho de investigação, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres: Género, Cidadania e Desenvolvimento.

O seu objetivo geral é compreender as vivências de pessoas trans num hospital da zona do norte do país.

Os objetivos específicos consistem em compreender a perceção de pessoas trans em relação ao seu atendimento; identificar dificuldades/barreiras no acesso de cuidados de saúde e conhecer aspetos positivos das vivências de pessoas trans neste contexto.

DURAÇÃO: Janeiro de 2026

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Liliana das Neves- Enfermeira no bloco operatório da [REDACTED]

Telemóvel: [REDACTED]

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO: Liliana das Neves- [REDACTED]

Miguel Saraiva- [REDACTED]

Bárbara Backström- [REDACTED]

1. O QUE É UM ESTUDO CLÍNICO?

Um «estudo clínico» é um estudo sistemático, conduzido no ser humano ou a partir de dados de saúde individuais, que constituem dados pessoais, destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e/ou segurança de intervenções ou serviços de saúde, através de aspetos biológicos,

comportamentais, sociais ou organizacionais.

Os estudos clínicos são realizados no estrito respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais.

2. QUEM É (SÃO) O(S) RESPONSÁVEL(IS) PELO TRATAMENTO DOS SEUS DADOS?

O(s) Responsável(is) pelo tratamento dos seus dados pessoais incluídos no presente estudo é a investigadora Liliana das Neves - [REDACTED]

3. QUAL É A FINALIDADE DESTE ESTUDO?

Este trabalho constitui uma oportunidade para conhecer a perspetiva das pessoas trans que frequentam o hospital o que pode refletir-se numa melhoria em termos de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

4. O QUE ACONTECERÁ SE DECIDIR PARTICIPAR NO ESTUDO?

Caso decida participar, os seus dados pessoais serão incluídos no estudo, analisados e estudados nos termos acima referidos, tendo em vista conhecer a sua opinião sobre a experiência em cuidados de saúde.

5. QUE RISCOS PODE CORRER COM A PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Nenhum.

6. QUE POTENCIAIS BENEFÍCIOS PODERÃO RESULTAR DA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO

Este trabalho constitui uma oportunidade para conhecer a perspetiva das pessoas trans que frequentam o hospital o que pode refletir-se numa melhoria em termos de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

7. É OBRIGADO(A) A PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Não. A participação no presente estudo é livre e a decisão de não participar no mesmo não acarreta quaisquer consequências.

Por outro lado, caso opte por participar, poderá, mais tarde, e em qualquer momento, retirar o seu consentimento para a participação, nos termos da Lei da Investigação Clínica, sem ter de invocar qualquer justificação e sem que de tal opção advenham quaisquer consequências, bastando para o efeito o envio de uma comunicação escrita, para o endereço postal ou para o endereço eletrónico do investigador responsável.

8. QUE DADOS PESSOAIS SERÃO TRATADOS NO ÂMBITO DESTES ESTUDO?

O presente estudo integrará e permitirá tratar os seguintes dados: Género/ Género definido à nascença/ Década de nascimento/ Profissão/ Distrito de residência/Serviços que frequenta no hospital/ Tempo de frequência.

9. COMO TERÃO ACESSO AOS SEUS DADOS PESSOAIS?

Através da realização de entrevistas, sendo certo que este acesso é restrito à(s) finalidade(s) indicada(s) e aos membros que integram esta equipa.

10. QUAL É O FUNDAMENTO LEGAL QUE PERMITE O TRATAMENTO DOS SEUS DADOS PESSOAIS?

O fundamento legal que permite o tratamento dos seus dados pessoais no âmbito do presente estudo é o seu consentimento explícito, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 9.º, n.º 2, alínea a) do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016. Sem a sua autorização explícita, não poderemos tratar os seus dados pessoais para estas finalidades. O consentimento informado deve, também, ser fornecido neste âmbito do artigo 6.º, n.º 1, alínea d) da Lei da Investigação Clínica, a Lei n.º 21/2024, de 16 de abril.

11. QUAIS SÃO OS SEUS DIREITOS RELATIVAMENTE AOS SEUS DADOS PESSOAIS?

Na qualidade de titular de dados pessoais, poderá, nos termos legais:

- Solicitar o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito;
- Solicitar a retificação dos seus dados pessoais;
- Solicitar a eliminação dos seus dados pessoais;
- Solicitar a limitação do tratamento dos seus dados pessoais;
- Solicitar a portabilidade dos seus dados pessoais;
- Opor-se ao tratamento dos seus dados pessoais ou à sujeição a decisões automatizadas;
- Retirar o seu consentimento;
- Apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

12. PODE RETIRAR O SEU CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS? COMO PODE EXERCER OS SEUS DIREITOS?

Sim, o consentimento prestado para efeitos de tratamento dos seus dados pessoais pode ser retirado a qualquer momento, sem que lhe possam ser opostas quaisquer objeções.

Se o consentimento para o tratamento de dados for retirado, todas as operações de tratamento de dados efetuadas até ao momento, com base nesse consentimento, consideram-se válidas. No entanto, o responsável pelo tratamento de dados deve interromper o tratamento de dados pessoais e, não existindo qualquer outro fundamento jurídico que justifique a conservação dos dados, deve proceder à sua eliminação. Deste modo, a retirada do consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais implicará, necessariamente, a retirada do consentimento para a participação no estudo.

Todos os direitos referidos acima poderão ser exercidos mediante pedido escrito dirigido ao responsável pelo tratamento de dados ou ao Encarregado da Proteção de Dados, para os endereços eletrónicos ou para as moradas postais divulgados.

13. OS SEUS DADOS PESSOAIS SERÃO PARTILHADOS?

Apenas para fins académicos.

14. OS SEUS DADOS PESSOAIS SERÃO TRANSFERIDOS PARA UM PAÍS FORA DO ESPAÇO ECONÓMICO EUROPEU OU PARA UMA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?

Não.

15. SERÃO ADOTADAS DECISÕES AUTOMATIZADAS, INCLUINDO A DEFINIÇÃO DE PERFIS?

Não.

16. QUAL O PRAZO DE CONSERVAÇÃO DOS SEUS DADOS?

O prazo máximo para a conservação dos seus dados será de 2 anos.

17. QUE MEDIDAS SERÃO TOMADAS PARA ASSEGURAR QUE OS SEUS DADOS UTILIZADOS NESTE ESTUDO SE MANTÊM CONFIDENCIAIS?

- Codificação das entrevistas segundo a nomenclatura E1/E2 (etc.)
- Os suportes físicos utilizados para recolha e registo de dados, terão acesso controlado e serão eliminados, após o tratamento dos dados.
- Credenciais de acesso ao equipamento utilizado para a análise dos dados.
- Não serão replicados ficheiros de dados pessoais em diversos dispositivos.

18. QUEM PODE CONTACTAR PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES?

Irá receber uma cópia deste documento e da declaração de consentimento que prestar.

Caso tenha alguma questão acerca de qualquer aspeto relacionado com este estudo, poderá contactar o Investigador responsável ou qualquer elemento da equipa de investigação, através dos contactos facultados anteriormente.

*

Muito obrigada por se ter disponibilizado a ler este documento e por considerar fazer parte desta investigação.

_____ de _____ de _____

A Investigadora responsável,

(Liliana das Neves, enfermeira, bloco operatório, [REDACTED]

[REDACTED]

ANEXOS

**ANEXO 1 – Autorização para a realização
do estudo**

ASSUNTO: Trabalho Académico de Mestrado- “Vivências de pessoas trans num hospital da zona norte do país” – N/ REF.ª 2024.167 (131/DEFI/143-CE)

O Conselho de Administração [REDACTED] na reunião do dia 27 de novembro, emitiu a seguinte deliberação “autorizado” para a realização do estudo acima mencionado, após a implementação das recomendações elaboradas pela Encarregada da Proteção de Dados da [REDACTED] [REDACTED], a realizar no Serviço de Endocrinologia desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Dra. Liliana Neves Enf.ª do Bloco Operatório e Investigador Responsável no Centro o Dr. Miguel Saraiva.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética da [REDACTED] pelo Gabinete de Projetos de Investigação [REDACTED] pela Direção do Centro Académico Clínico [REDACTED] e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

