

Relevância da Competência Médica nos Cuidados de Saúde à Comunidade LGBTQIA+ Uma abordagem exploratória

Matilde Lopes Pereira Amaral Vieira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof.^a Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto

janeiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Matilde Lopes Pereira Amaral Vieira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44022 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciência da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 15 /01 /2025

Matilde Pereira Vieira

Dedicatória

A todas as pessoas que lutam diariamente por um mundo mais inclusivo e justo.

A todas as pessoas que lutam e praticam uma medicina livre de estigmas e preconceitos.

A todas as pessoas que lutam pelos direitos LGBTQIA+.

A todas as futuras pessoas médicas que terão oportunidade de fazer a diferença.

A todas as pessoas da comunidade LGBTQIA+.

A ti, que lêes e podes ser um agente de mudança.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Amélia Augusto, que esteve sempre disponível para me ajudar em todas as etapas desta caminhada, com as palavras certas e conselhos sábios, que me foram tranquilizando ao longo de toda a escrita. Continuarei a inspirar-me na sua forma de ver o mundo para pôr em prática uma medicina mais inclusiva e justa.

A todos/as os meus amigos/as que fizeram esta caminhada mais fácil, leve e sorridente.

À Marta, por ser a minha amiga de coração desde o primeiro dia na cidade neve. Por ser a pessoa mais genuína e com mais amor para dar.

À Inês, a minha melhor amiga, a amiga de todas as horas, a amiga que faz tudo parecer possível, a amiga que me apoia incondicionalmente (mesmo nas ideias mais *spooky*), a amiga que partilhou esta aventura comigo durante 6 anos. E que aventura. Ansiosa por continuar a partilhar a vida contigo (e queijo também).

Aos meus avós, Elsa, Álvaro, Quida e Mário, que são a minha inspiração todos os dias e vão sempre caminhar lado a lado comigo em todas as minhas conquistas.

À minha irmã, Francisca, que me motiva a ver a vida de uma forma mais colorida. Por ter o humor certo nos momentos certos. Por me lembrar, que apesar de muitos quilómetros de distância, a cumplicidade estará sempre lá.

À minha Mãe, a pessoa que mais me inspira e me motiva para lutar por tudo aquilo em que acredito. Por me permitir ser sempre o meu “eu” mais genuíno e por me ensinar que a vida é mais bonita quando a vemos com positivismo. Por partilhar a sua sabedoria, inteligência e os melhores conselhos em cada etapa da minha vida. Por ser o meu pilar e a pessoa em quem mais confio. Sem ti não era possível.

Ao meu Pai, por me apoiar e acompanhar em todos os momentos e etapas da minha vida. Por me ensinar a não desistir ao primeiro obstáculo e pela oportunidade de poder sonhar alto e alcançar os meus objetivos. Por ser o meu pilar. Sem ti não era possível.

Resumo

As pessoas LGBTQIA+ são alvo de exclusão social e marginalização no seu quotidiano. A presente monografia tem como foco principal o estudo da “Relevância da Competência Médica nos Cuidados de Saúde à Comunidade LGBTQIA+” onde se pretende analisar as experiências vividas por esta população nos serviços de saúde e compreender as possíveis implicações na sua saúde global. O presente estudo tem como um dos objetivos centrais discutir a importância e a pertinência de adotar uma perspetiva livre de preconceitos e estereótipos ligados à orientação sexual, à identidade, expressões e características de género na prática médica. A presente dissertação é do tipo qualitativo, estando aliada a um momento exploratório, dividindo-se em duas partes. A primeira parte remete para uma revisão de literatura, a qual ocupa o papel central desta investigação. Foi efetuada uma seleção de 66 recursos bibliográficos em língua portuguesa e inglesa. A recolha dos artigos foi realizada entre outubro 2023 a novembro de 2024 através da base de dados PubMed e do motor de busca GoogleScholar. A segunda parte remete para a investigação empírica, realizada com recurso a um inquérito aplicado por meio da plataforma Google Forms, constituído por um conjunto de questões abertas e de escolha múltipla, às pessoas Presidentes dos vários Núcleos de Estudantes de Medicina, relativamente à abordagem das necessidades em saúde da comunidade LGBTQIA+ no âmbito da formação médica, em Portugal. Conclui-se que é fundamental pôr em prática uma medicina não cisheteronormativa, empática, informada e inclusiva capaz de responder de forma holística às necessidades de todas as pessoas. Mostrou-se que as pessoas Trans, as mulheres Lésbicas, Bissexuais e os homens Gays continuam a ser alvo de uma medicina desinformada e que, em algum momento, já vivenciaram algum tipo de discriminação nos serviços de saúde. Conclui-se, também, através das respostas das pessoas estudantes dos núcleos de medicina, que existem lacunas nos *currícula* médicos, sendo, por isso, fulcral a ação célere por parte das escolas médicas na formação de futuras pessoas médicas competentes e capazes de responder às necessidades da comunidade LGBTQIA+.

Palavras-chave

cuidados de saúde; comunidade LGBTQIA+; competência médica; educação para a saúde; acessibilidade aos serviços de saúde.

Abstract

LGBTQIA+ people experience social exclusion and marginalization in their everyday lives. The main focus of this monograph is the study of the ‘Relevance of Medical Competence in Health Care for the LGBTQIA+ Community,’ which aims to analyse the experiences of this population in health services and understand the possible implications for their overall health. One of the central aims of this study is to discuss the importance and relevance of adopting a perspective free of prejudices and stereotypes linked to sexual orientation, identity, gender expressions, and characteristics in medical practice. This is a qualitative dissertation with an exploratory approach divided into two parts. The first part refers to a literature review, which is the centerpiece of this research. A selection of 66 bibliographical resources in Portuguese and English was made. The articles were collected between October 2023 and November 2024 using the PubMed database and the Google Scholar search engine. The second part was drawn up through a survey applied via the Google Forms platform, consisting of a set of open-ended and multiple-choice questions, to the Presidents of the various Medical Student Centres regarding the approach to the health needs of the LGBTQIA+ community in the context of medical training in Portugal. The conclusion is that it is essential to put into practice a non-cis heteronormative, empathetic, informed, and inclusive medicine that can respond holistically to the needs of all people. It was shown that trans people, lesbian and bisexual women, and gay men continue to be the target of uninformed medicine and that, at some point, they have experienced some discrimination in health services. It is also clear from the student's responses in the medical centers that there are gaps in the medical curricula, which is why swift action on the part of medical schools is crucial in training future doctors who are competent in responding to the needs of the LGBTQIA+ community.

Keywords

healthcare;LGBTQIA+ community;medical competence;health education;accessibility to health services.

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Acrónimos	xv
Introdução	1
Capítulo 1- Contextualização do objeto de estudo	3
1.1. Principais Conceitos	3
1.2. Enquadramento socio-histórico e político-legal LGBTI+: realidades contemporâneas	5
1.3. Do “Desvio Sexual” à Despatologização	8
Capítulo 2- Objetivos e Metodologia	10
2.1. Objetivos	10
2.2. Metodologia	10
Capítulo 3- Fundamentação teórica	13
3.1. Cuidados de Saúde: Obstáculos Normativos	13
3.1.1. Consequências na Saúde Mental	15
3.1.2. Consumo de substâncias psicoativas: Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas	19
Capítulo 4- A Medicina Heteronormativa	22
4.1. Pessoas Trans: Diversidade na identidade e expressão de género	22
4.2. Pessoas Lésbicas, Bissexuais e homens Gays: Experiências em contexto clínico	25
4.3. Prevalência de Patologia Oncológica em pessoas LGBTI+	29
4.4. Cuidados Paliativos em pessoas LGBTI+	39
Capítulo 5- Profissionais de saúde: Formação e Informação	43
Capítulo 6- Análise e discussão dos dados	47
6.1. Medicina inclusiva: Discursos de pessoas estudantes dos núcleos de medicina	47
Conclusão e Recomendações finais	54
Referências bibliográficas	56
Apêndice.....	62

Lista de Acrónimos

ADRD	<i>Alzheimer's Disease and Related Dementias</i>
ANEM	Associação Nacional de Estudantes de Medicina
BE	Bloco de Esquerda
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMUM	Escola de Medicina da Universidade do Minho
EUA	Estados Unidos da América
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
FMCB-UAlg	Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Al- garve
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FMUL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
GBM	Gays, bissexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens
GnRH	<i>Gonadotropin-Releasing Hormone</i>
HMS	<i>Harvard Medical School</i>
HPV	Vírus do Papiloma Humano
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IL	Iniciativa Liberal
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGB	Lésbicas, Gays, Bissexuais
LGBTI+	Lésbica, Gays, Bissexuais, Trans, Intersexo
MGF	Medicina Geral e Familiar
MH	Heterossexismo Moderno
NMS	NOVA Medical School
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PAIMH	Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens
PAN	Pessoas-Animais-Natureza
	Plano de Ação para o combate à discriminação em razão da Orientação
PAOIEC	Sexual, Identidade e Expressão de género, e características sexuais
PAVMVD	Plano de Ação para a prevenção e o combate à Violência contra as Mu- lheres e à Violência Doméstica
PMA	Procriação Medicamente Assistida

PS	Partido Socialista
PSA	Antigénio Específico da Próstata
PSD	Partido Social Democrata
PSPT	Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático
PCP	Partido Comunista Português
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
URGUS	Unidade Reconstitutiva Génito-Urinária e Sexual
VIH	Virus de Imunodeficiência Humana
WHO	<i>World Health Organization</i>
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

Introdução

Ainda que muito caminho já tenha sido percorrido na defesa dos direitos das pessoas da comunidade LGBTQIA+, estas são ainda vítimas de estigmatização e discriminação, em vários sectores da sociedade. Estas pessoas têm de lutar e advogar pelos seus direitos para que estes não sejam social ou culturalmente esquecidos. O combate à discriminação das minorias sexuais e de género e a luta por uma sociedade mais justa, inclusiva e livre de preconceitos tem ganhado cada vez mais expressão em todo o mundo. Portugal não tem sido exceção, e tem sido notório o avanço do panorama dos direitos LGBTI+ com a aprovação de várias leis em prol destas pessoas. No entanto, existe, ainda, um longo caminho a percorrer no combate à estigmatização e exclusão social destas pessoas. Neste sentido, vários são os setores que se mostram inertes tanto na compreensão das desigualdades sentidas por esta comunidade, como aquando da defesa do seu completo bem-estar, contribuindo, assim, para a sua constante invisibilidade.

Assim sendo, decidi debruçar-me e pesquisar mais sobre a realidade e as experiências vividas por esta população em contextos de saúde, procurando compreender quais as suas implicações ou consequências. Além deste ser um tema que acompanho de forma atenta e com interesse, comecei a questionar-me, como futura médica, se estaria apta e informada para aconselhar as pessoas LGBTI+, da forma mais completa e digna possível, tendo em conta as suas necessidades e especificidades. Sublinhe-se, também, o facto desta problemática ter sido pouco (ou mesmo nada) abordada nas diferentes unidades curriculares, durante os meus 6 anos de formação, o que justifica ainda mais a pertinência da elaboração desta dissertação para a minha aprendizagem pessoal e profissional.

Decorrente do que foi antes exposto, o foco principal da presente monografia passa por discutir e analisar a “Relevância da Competência Médica nos Cuidados de Saúde à Comunidade LGBTQIA+”. A revisão da literatura, ou apresentação do estado da arte, assume como um dos seus objetivos a análise da relevância em adotar, na prática médica, uma perspetiva livre de preconceitos e estereótipos ligados à orientação sexual, à identidade, expressões e características de género, com vista a providenciar cuidados de saúde inclusivos e de qualidade. Posto isto, procurou-se perceber quais são os obstáculos e disparidades enfrentadas por esta comunidade nos cuidados de saúde, nas mais diversas especialidades, e que tipo de repercussões podem ter na saúde global destas minorias. Pretende-se, também, investigar a experiência em contexto clínico de pessoas Trans, Lésbicas, Bissexuais e Gays, relacionando-a com o comportamento das pessoas profissionais de saúde no que toca à prática de uma medicina holística, livre de preconceito e capaz de responder às necessidades de cada pessoa. Pretende-se, ainda, analisar a formação das futuras pessoas médicas, e averiguar em que medida a mesma as dota de

competências para praticar uma medicina caracterizada pelo seu expoente máximo de qualidade, socialmente consciente da diversidade sexual e não apenas científica e tecnicamente competente. Na presente dissertação, procura-se, também, analisar possíveis lacunas dos *curricula* médicos, no que a esta temática diz respeito, assim como identificar potenciais estratégias ou ferramentas necessárias para as colmatar.

No sentido de identificar essas potenciais lacunas de formação, e em termos de investigação empírica, contactaram-se as pessoas responsáveis pelos diferentes núcleos de medicina das várias universidades públicas portuguesas, com vista a perceber em que medida são consideradas, no âmbito da sua formação académica, as necessidades de saúde das pessoas LGBTI+. Adicionalmente, procura-se caracterizar o papel que os núcleos poderão desempenhar (ou desempenham) na formação de futuras pessoas médicas capazes de praticar uma medicina inclusiva, digna e completa.

Capítulo 1- Contextualização do objeto de estudo

1.1. Principais Conceitos

Destaco os conceitos, que a meu ver, são essenciais na compreensão e interpretação da presente dissertação. Estes conceitos irão ser utilizados ao longo de toda a escrita e elaboração deste estudo.

Assexual- Pessoa que não sente atração sexual por pessoas de nenhum gênero (1).

Bifobia- Define-se como atitudes violentas e de evidente preconceito em relação a pessoas que se identificam e/ou são lidas como bissexuais (2).

Binarismo- Aceitação da existência de dois sexos- o feminino e o masculino- os quais têm características naturalmente predeterminadas (2).

Bissexual- Diz respeito à orientação sexual, referindo-se à atração emocional e/ou sexual por pessoas de ambos os sexos (2).

Características Sexuais- Referem-se às características que advêm da biologia sexual das pessoas. Definem-se como características sexuais primárias e secundárias, entre elas os cromossomas sexuais, os órgãos genitais, as gonadas, os níveis hormonais, desenvolvimento do tecido mamário e a pilosidade (1).

Cisnormatividade- Refere a cissexualidade (consonância entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de gênero) como sendo a norma (2).

Disforia de gênero- Termo que se relaciona com o desconforto ou mal-estar psicológico que resulta da discrepância entre a identidade de gênero da pessoa, o sexo atribuído à nascença e o papel de gênero socialmente expectável em relação a esse mesmo sexo (3).

Gênero- Assenta numa construção social e cultural decorrente das expectativas geradas em torno do sexo biológico. Com efeito, uma pessoa do sexo feminino ou do sexo masculino, aos olhos da sociedade, deve cumprir determinadas características, papéis e normas predeterminadas (2).

Gênero (Identidade de) - É o reconhecimento sentido pela própria pessoa enquanto mulher ou homem, enquanto ambos, ou enquanto trans, sendo independente do sexo atribuído à nascença. Pode, ainda, não existir identificação com nenhum gênero (2).

Gênero (Expressão de) - Engloba vários aspetos, tais como, a forma de vestir, de agir, determinados comportamentos, a aparência física ou os gostos da pessoa. Estes aspetos podem ser definidos como normativos ou não normativos, uma vez que estão

intimamente ligados às expectativas sociais e culturais a partir do sexo que lhe foi atribuído à nascença (2).

Gay- Pessoa que se identifica com o género masculino e que tem atração emocional e/ou sexual por outra pessoa do mesmo género (2).

Heteronormatividade- Aceitação de que a heterossexualidade é a norma (2).

Heterossexual- Termo que se refere à orientação sexual. Define-se pela atração emocional e/ou sexual por pessoas de um género diferente do seu (1).

Homossexual- Termo que se refere à orientação sexual e, por conseguinte, à atração emocional e/ou sexual por outra pessoa do mesmo género que o seu. Este termo engloba os gays e as lésbicas (2).

Homofobia- Termo utilizado para referir práticas e/ou atitudes negativas em relação a pessoas homossexuais. Pode levar ao ódio, discriminação e violência contra homossexuais e bissexuais (1,2).

Lésbica- Pessoa que se identifica com o género feminino e que tem atração emocional e/sexual por outra pessoa do mesmo género (2).

LGBTQIA+ - Sigla que representa a diversidade sexual e de género, referindo-se a pessoas Lésbicas, Gay, Bissexuais, Trans, Queer, Intersexo e Assexuais. O sinal de + representa todas as pessoas e grupos que não se enquadram na heteronormatividade, cisnormatividade ou nas letras mencionadas (4).

Pansexual- Termo utilizado para designar pessoas que se atraem por todos os géneros ou por pessoas, independentemente do seu género (1).

Pessoas Cis- Pessoas que se identificam com o sexo/género binário que lhes foi atribuído à nascença (2).

Pessoas Intersexo- Termo que se dirige às pessoas que nasçam com características sexuais que não se enquadram nas noções binárias tradicionais de corpo feminino ou masculino (2).

Pessoas não-binárias- Pessoas que não se identificam no binarismo de género masculino/feminino (2).

Pessoas Trans- Pessoas cuja identidade de género difere do sexo que lhes foi atribuído à nascença (2).

Transfobia- Atitudes pejorativas e/ou violentas em relação a pessoas trans/lidas como trans (2).

Terapia Hormonal de Substituição (THS)- Esta terapia permite a intervenção nos níveis hormonais do sexo biológico e, conseqüentemente, a aquisição de características sexuais secundárias do género com o qual a pessoa se identifica (2).

Orientação sexual- Refere-se à capacidade que cada pessoa tem de desenvolver uma profunda atração sexual, emocional e afetiva com pessoas de igual ou diferente género ao seu (1).

Sexo atribuído à nascença- Construção fisiológica e biológica (1).

Queer- Relaciona-se com a forma de como algumas pessoas expressam a sexualidade ou a identidade de género. Por vezes, é utilizado como sinónimo da comunidade LGBT. Este termo acarreta, geralmente, um elevado nível de ativismo político dentro da comunidade LGBT (1).

Sexo Biológico- Classificação que se baseia nas características geno ou fenotípicas de um indivíduo. Os indivíduos são classificados, geralmente, como sendo do sexo feminino, masculino (ou intersexo). Alguns fatores, tais como, os cromossomas, os genitais, as gonadas, as hormonas, entre outros, contribuem para a classificação do sexo biológico de uma pessoa (1).

Violência de Género- Refere-se a qualquer tipo de violência exercida contra qualquer pessoa ou grupo de pessoas tendo por base o sexo/ género, constituindo, por isso, uma violação dos direitos humanos (1).

1.2. Enquadramento socio-histórico e político-legal LGBTI⁺: realidades contemporâneas

Os movimentos LGBTI+ têm lugar num passado histórico, nomeadamente, através das lutas pelos direitos de pessoas marginalizadas, aliando-se à diversidade relacional, sexual e reprodutiva e outros, nos quais poderia estar em causa a prática de liberdades fundamentais (5). Muitas destas lutas continuam até aos dias de hoje, onde em muitos contextos predomina um olhar desatento, distante e discriminatório das pessoas LGBTI+ - com situações de retrocesso em alguns dos direitos já conquistados, servindo de exemplo políticas e leis adotadas em países como a Polónia. Este país põe em prática a restrição a direitos fundamentais, entre os quais, os direitos à liberdade de expressão, direitos reprodutivos, entre outros. A Polónia é conhecida como sendo dos países com o nível mais baixo de proteção jurídica dos direitos das pessoas LGBTI+. Deste modo, é inexistente a proteção contra crimes de ódio, o casamento ou união civil entre pessoas do mesmo sexo e, ainda, o direito a casais do mesmo sexo terem uma criança em conjunto (6).

¹Durante a presente dissertação proponho-me a utilizar a sigla LGBTI+, sigla adotada pela Associação ILGA-Portugal, no sentido de me referir a todas as pessoas que pertencem à comunidade LGBTQIA+. O sinal + representa todas as pessoas da comunidade, incluindo as que não se identificam com as letras da sigla.

É defendido por alguns modelos de leitura do mundo, tanto científicos como religiosos, uma organização social rígida, na qual, o moralmente adequado não vai de encontro aos direitos exigidos pela comunidade LGBTI+ (7). É importante enaltecer movimentos de caráter histórico e memorável que deram início à voz destas pessoas. Um movimento marcante na luta pelos direitos LGBTI+ deu-se na data de 28 de junho 1969, em Nova York, conhecido como Motim de *Stonewall*, o qual é definido como momento chave na história do ativismo na defesa dos direitos LGBTI+. Esta data celebrada e lembrada até à contemporaneidade, levou, um ano depois, em 1970, às primeiras marchas de orgulho gay, em três Estados, dos EUA, nomeadamente, Nova York, Los Angeles e Chicago. Estas foram proliferando por outros países, estendendo-se a nível mundial. Desataca-se, ainda, a decisão da Associação Americana de Psiquiatria de retirar a homossexualidade da lista das doenças mentais (8).

Paralelamente, é importante dar enfoque ao percurso deste movimento e da conquista dos seus direitos em Portugal, sabendo que a história portuguesa contemporânea assenta num passado de ditadura, que se encerrou em 1974, havendo, desde então, uma contínua transformação e adaptação político-jurídica. Durante esta época, “a sociedade idealizada pelo regime de Salazar, excluía todas as pessoas que constituíssem um “perigo moral”, entre as quais os homossexuais” (9). Enfatiza-se o facto de em tempos de liberdade, só em 1995 Portugal ter celebrado, pela primeira vez, o motim de *Stonewall*. Destaca-se outro marco importante associado a esta data, o nascimento da Associação ILGA-Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo – que se caracteriza por ser a maior e mais antiga Associação na luta pela igualdade e contra a discriminação das pessoas LGBTI+ (5, 10). Ainda em 1995, emergiu na esfera político-partidária portuguesa a discussão sobre as questões da homossexualidade, levando figuras como António Guterres, que ocupava, na altura, um dos mais altos cargos políticos enquanto Primeiro-Ministro de Portugal, a distanciar-se deste tema, remetendo-o para a área da psiquiatria. Neste sentido, o diálogo e debate entre a cidadania sexual e a esfera política foi dominado por um silêncio político até 1996, e só nesse ano é que se começou a usar a terminologia: “homossexual”, “gay”, “lésbica”, “bissexual” ou “transgénero” (5).

Nesta trajetória de acentuada mudança, destaca-se, o artigo 13.º pertencente à Constituição da República Portuguesa (Princípio da Igualdade) o qual defende que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social, sendo iguais perante a lei. Este artigo salvaguarda, ainda, que ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever devido ao seu sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual (11). Salienta-se, também, a lei n.º.99/2003, relativamente ao Código de Trabalho “Nenhum trabalhador ou candidato a emprego pode ser

privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão, nomeadamente, de ascendência, idade, sexo, orientação sexual, estado civil, situação familiar, património genético, capacidade de trabalho reduzida, deficiência, doença crónica, nacionalidade, origem étnica, religião, convicções políticas ou ideológicas e filiação sindical.” (12).

A partir de 2009, foi frequente a discussão parlamentar de temas LGBTI+, merecendo um especial destaque matérias como: a lei.º 9/2010 publicada pelo Diário da República que “Permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo” (13). ; em 2016, a lei n.17/2016 relativa à “Procriação Medicamente Assistida (PMA)”, e, de acordo com o artigo 4.º e o artigo 6.º “as técnicas de PMA podem ainda ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade” e “Podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges , bom como todas as mulheres independentemente do estado civil ou orientação sexual”, respetivamente (14). Ainda em 2016, a lei n. º2/2016 que, apesar de ter sido reprovada no parlamento quatro vezes, entrou em vigor dia 1 de março de 2016, expressando um impacto marcante na vida de muitas pessoas, uma vez que permitiu a adoção de crianças por casais do mesmo sexo (15). Em 2018, a lei n. º38/2018 relativa ao “direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa” foi também aprovada (16). Nota-se, ainda, a relevância da enunciação da Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não discriminação 2018-2030, delineada pelo governo. Esta consiste no “combate à discriminação em razão do sexo, da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais, orientado pelos princípios constitucionais da igualdade e da não discriminação e da promoção da igualdade entre mulheres e homens como uma das tarefas fundamentais do Estado”. Neste sentido, foram propostos três planos de ação: “Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens (PAIMH)”; “Plano de Ação para a prevenção e o combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (PAVMVD)” e, finalmente, o “Plano de Ação para o combate à discriminação em razão da Orientação sexual, Identidade e Expressão de género, e Características sexuais (PAOIEC)” (17). Neste contexto, regista-se a importância e relevância dos anos 2016 e 2018 em alterações jurídicas fundamentais e de elevada expressão no percurso LGBTI+ (5).

Em breves palavras e em jeito de conclusão, é oportuno sublinhar a rapidez com que o panorama dos direitos LGBTI+ em Portugal mudou nos últimos anos. O ativismo LGBTI+ esteve sempre em consonância com a coragem, bravura, resiliência e determinação, revelando estratégias ao longo deste trajeto que merecem o devido enfoque, uma vez que podem transcender e ser essenciais para outros movimentos sociais (5). O

combate destas pessoas pelos seus direitos, nos domínios social e político, tem vindo a ser cada vez mais preponderante na luta contra a desigualdade e discriminação (5).

1.3. Do “Desvio Sexual” à Despatologização

Revela-se importante a caracterização do caminho percorrido, no mundo da medicina, em matérias como a homossexualidade, descrevendo os fatores que contribuíram para a sua progressão até à conceção que hoje temos dela.

Em 1952, foi publicada a primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), que classificava a homossexualidade como uma “Perturbação da Personalidade Sociopática”. Este DSM apresentava diversas subcategorias, entre as quais, o desvio sexual. Consequentemente, o desvio sexual abrangia diferentes comportamentos definidos como patológicos, nomeadamente, a “homossexualidade” e o “travestismo” (18). Em 1968, surgiu a publicação DSM-II, no qual, a homossexualidade voltou a ser incluída nas “perturbações da personalidade”. Em 1969, o motim de *Stonewall*, já referenciado em cima como um momento de viragem e mudança, contribuiu para que, em 1971, fossem convidados muitos dos ativistas dos direitos homossexuais para o painel de discussão “*Gay is Good*”. Este painel de discussão teve como objetivo dar visibilidade ao estigma e discriminação de que as pessoas homossexuais eram alvo, tendo em conta o diagnóstico prévio. Nos anos seguintes, continuaram a ocorrer mudanças, no entanto, ainda que em 1973 a homossexualidade deixasse de ser classificada como “perturbações da personalidade”, permaneceu como uma perturbação, no caso: “Perturbação da Orientação Sexual” (18).

A homossexualidade deixou de ser compreendida como uma patologia psiquiátrica em 2013, através do DSM-5 (18). Neste sentido, apesar da homossexualidade ter sido classificada como um comportamento patológico na área da saúde mental, deu espaço para que houvesse um entendimento atual relativamente às disparidades de saúde enfrentadas por minorias frequentemente marginalizadas. Esclarecendo, ainda que não se trate de uma perturbação psiquiátrica, é fundamental entendê-la como uma questão de saúde, pelo impacto que a desigualdade tem na saúde dos sujeitos, particularmente nos mais vulneráveis e discriminados. Nos dias de hoje, a psiquiatria, para além de muitas outras funções, procura ajudar doentes que fazem parte de grupos marginalizados, uma vez que existem disparidades no que toca à sua saúde mental, isto é, são evidentes as elevadas taxas de depressão, suicídio, ansiedade e consumo de substâncias, comparativamente às pessoas com uma orientação heterossexual e, consequentemente, heteronormativa (18).

A *World Health Organization* (WHO) teve, também, um papel fundamental na despatologização da homossexualidade, retirando-a, em 1990, da *International*

Classification of Diseases (ICD). Hoje, esta orientação sexual é vista como uma variante da sexualidade humana, não podendo ser classificada como uma patologia. Adicionalmente, os especialistas da *Pan American Health Organization (PAHO)* e da Organização Mundial de Saúde (OMS) defendem que as “terapias de conversão” (cujo objetivo principal é a mudança da orientação sexual ou da identidade de género, sem qualquer tipo de indicação médica ou científica) representam uma ameaça à saúde (19). No dia 20 de janeiro de 2024, o Presidente da República promulgou o decreto aprovado em Assembleia da República que proíbe as práticas de “conversão sexual”, 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. Partidos como Bloco de Esquerda (BE), Pessoas-Animais-Natureza (PAN), Livre, Partido Socialista (PS), Iniciativa Liberal (IL) e Partido Comunista Português (PCP) votaram a favor desta lei, o Partido Social Democrata (PSD) e o Chega votaram contra (20).

A despatologização relativamente à transsexualidade é uma realidade que tem sido tratada de forma diferente, em termos da conquista dos Direitos Humanos, e, por isso, esse processo tem sido mais lento e difícil. Efetivamente, é uma realidade que tem vindo, lentamente, a conquistar a sua identidade social e científica. O diagnóstico de pessoas trans como doentes originou espaço para uma crescente marginalização e transfobia sofrida por esta comunidade. Assim, fundamenta-se como principais razões para a despatologização das pessoas trans a diminuição e, posterior, erradicação da estigmatização de que são alvo (21). Desde 1980, a transsexualidade é definida como uma patologia do foro mental e a classificação como “Transtorno de Identidade de Género” foi utilizada pela 4ª edição do DSM, até 2013 (21). Atualmente, esta classificação foi corrigida através da publicação da 5ª edição do DSM. Com efeito, a dissociação entre o sexo biológico e a identidade de género, pensada como algo construído cultural e socialmente, levou à estruturação de um diagnóstico médico conhecido como “disforia de género”, que se caracteriza pela ansiedade, fortemente presente, gerada pela descoincidência entre a identidade de género e o sexo atribuído à nascença. Tendo por base estas reflexões, a WHO, publicou uma nova edição do ICD-11, na qual está presente a substituição do termo “transsexualismo” por “incongruência de género”, remetendo-o para o campo de saúde sexual e afastando-o do domínio da perturbação mental ou comportamental (21).

Neste sentido, a história atual é um marco importante para a despatologização trans e irá influenciar a construção de um futuro mais inclusivo e cada vez mais livre de preconceito e estigma. Contudo, existe, ainda, um longo caminho a percorrer, a começar pela análise do termo utilizado “incongruência de género”, uma vez que se tem vindo a defender que este não é o termo mais adequado, devendo ser substituído pelo termo “expressão de diversidade humana” (21).

Capítulo 2 - Objetivos e Metodologia

2.1. Objetivos

1. Compreender a importância e a pertinência de adotar uma perspectiva livre de preconceitos e estereótipos ligados à orientação sexual, à identidade, expressões e características de gênero na prática médica;
2. Discutir a importância da formação médica com vista à adoção de uma prática médica não apenas científica e tecnicamente competente, como, também, socialmente consciente da diversidade sexual e dos desafios que a mesma coloca à prestação de cuidados de saúde a pessoas LGBTI+;
3. Avaliar, junto dos núcleos de estudantes de medicina de universidades públicas portuguesas, em que medida as necessidades de formação neste âmbito são asseguradas pelos *curricula* dos respetivos mestrados integrados;
4. Compreender as estratégias adotadas pelos núcleos das várias universidades públicas portuguesas no sentido de colmatarem as lacunas de formação neste domínio, caso as identifiquem.

2.2. Metodologia

A presente dissertação é do tipo qualitativo, assumindo uma natureza exploratória, dividindo-se em duas grandes partes.

A primeira parte remete para uma revisão de literatura, a qual ocupa o papel central desta investigação, uma vez que analisa, de forma pormenorizada, a realidade vivida pelas pessoas LGBTI+ nos contextos de saúde, a qual está fortemente associada aos comportamentos cisheteronormativos das pessoas médicas. De forma a providenciar algum enquadramento da construção social das questões ligadas à orientação sexual e à identidade de gênero, realiza-se uma breve contextualização histórica das dificuldades e, também, das conquistas experimentadas pelas pessoas LGBTI+, as quais ilustram os processos lentos que têm marcado a sua aceitação social, em vários domínios, incluindo o médico. É, ainda, abordada e destacada a importância do desenvolvimento de uma perspectiva livre de estereótipos e de preconceitos na oferta de cuidados de saúde a pessoas LGBTI+, com vista a eliminar a discriminação, ainda muito prevalente em meio clínico. Neste contexto, discute-se, também, o papel da formação médica neste âmbito, dado que a mesma contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica verdadeiramente competente e inclusiva.

Para a realização da presente monografia foi efetuada uma seleção de 66 recursos bibliográficos em língua portuguesa e inglesa, tendo em consideração a pertinência do seu conteúdo para o estudo em questão. A recolha dos artigos foi realizada entre outubro 2023 e novembro de 2024. Assim, os artigos publicados após esta data não serão utilizados para a escrita da monografia aqui apresentada. Mostra-se crucial mencionar as bases de dados e motores de busca que foi necessário recorrer para a leitura e análise dos vários artigos científicos, como a PubMed e o GoogleScholar. A procura dos estudos pertinentes à escrita desta monografia realizou-se através das seguintes palavras-chave: “Healthcare”, “LGBTQIA+ community”, “Medical Competence”, “Health Education”, “Accessibility to Health Services”. Os artigos selecionados foram publicados entre o período de 2006 e 2024 e foram considerados relevantes para a elaboração da presente investigação após a leitura e análise dos seus *abstracts*.

A segunda parte diz respeito à investigação empírica. A recolha de dados foi feita por meio de um inquérito autoadministrado constituído, na sua maioria, por questões abertas, com recurso à plataforma Google Forms (sendo possível aceder através do seguinte *link*: <https://forms.gle/HSTdSapsbJFcQWky7> ou Apêndice). Procurou-se, assim, aferir da opinião e/ou do conhecimento das pessoas Presidentes dos vários Núcleo de Estudantes de Medicina (quando tal não fosse possível, essa tarefa poderia ser delegada numa pessoa que represente o Núcleo em questão) relativamente à abordagem das necessidades em saúde da comunidade LGBTQIA+ no âmbito da formação médica, em Portugal. O inquérito pretendia, ainda, recensar as ações desenvolvidas pelos diferentes núcleos no combate à discriminação em meio clínico; aferir do seu contributo para a formação de futuras pessoas médicas que pratiquem uma medicina inclusiva; recolher as medidas que, no seu entender, poderiam ser implementadas nos *curricula* de Medicina, em Portugal, para colmatar possíveis lacunas de formação relativamente aos cuidados de saúde das pessoas LGBTQIA+. Assim sendo, selecionaram-se todas as faculdades públicas portuguesas que permitem a obtenção do grau de Mestre em Medicina, tendo sido, por isso, excluídas as Universidades da Madeira e dos Açores. O inquérito foi, então, enviado ao núcleo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS), da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), da NOVA Medical School (NMS), da Escola de Medicina da Universidade do Minho (EMUM), da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), da Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve (FMCB-Ualg) e, ainda, à Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM). Contudo, a resposta desta última não veio em tempo útil, não sendo, por isso, considerada para este estudo. Neste sentido, obteve-se um total de 7 respostas.

É importante referir que a participação neste estudo foi voluntária e isenta de riscos para as pessoas participantes, que foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, sendo que em momento algum do estudo foi identificada a pessoa participante, a faculdade ou o núcleo de estudantes a que pertence. Antes de prosseguir para o preenchimento do inquérito, a pessoa respondente era informada sobre os objetivos da investigação, das garantias de confidencialidade e anonimato, assinalando o seu consentimento livre, voluntário e esclarecido da sua participação.

Capítulo 3 – Fundamentação teórica

3.1. Cuidados de Saúde: Obstáculos Normativos

De acordo com a OMS, o acesso a cuidados de saúde competentes é um direito fundamental de todos os seres humanos, como assim o enfatiza na sua Constituição.

Neste sentido, assume-se que todas as pessoas, independentemente da sua orientação, identidade, expressão e características de género devem poder usufruir de uma prestação de cuidados de saúde com o expoente máximo de dignidade e qualidade. De acordo com o artigo 6º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos: “O médico deve prestar a sua atividade profissional sem qualquer forma de discriminação.” (22). Contudo, a investigação tem mostrado que existem diversas lacunas no que toca ao acesso e à aproximação das pessoas LGBTI+ aos cuidados de saúde (22, 23). Deste modo, é essencial perceber quais são as obstáculos e disparidades enfrentadas por esta comunidade.

Como já mencionado, o passado recente de despatologização continua a ter inúmeras consequências nas práticas atuais (22). Efetivamente, as pessoas LGBTI+, devido à estigmatização e exclusão social, sentem-se obrigadas a prescindir ou a adiar a sua ida aos cuidados de saúde (como se verificou no relatório da *Stonewall*, em que 14% das pessoas LGBTI+ optam por evitar a sua deslocação até aos cuidados de saúde) ou a ocultar dados pertinentes para uma prática médica personalizada (23). A ausência de um historial clínico completo e pormenorizado leva a falhas inerentes na promoção da saúde e prevenção da doença. Surgem, ainda, outras preocupações, como sejam possíveis cenários de assédio e microagressões. Há, nos serviços de saúde, comportamentos e atitudes heteronormativos e cisnormativos para com as pessoas LGBTI+, os quais determinam a rejeição de orientações e identidades não normativas, reforçando a exclusão e invisibilidade destas pessoas (24). Estudos mostram que as mulheres lésbicas, comparativamente às mulheres heterossexuais, evidenciam uma menor procura dos cuidados preventivos. Estes estudos revelam, também, que existe uma maior satisfação das mulheres heterossexuais, quando comparadas com as mulheres lésbicas ou bissexuais, relativamente aos cuidados prestados pelos vários profissionais de saúde (25). No sentido de comprovar estas disparidades, alguns estudos revelam que as mulheres lésbicas têm dez vezes mais probabilidade de não realizarem exames (como a citologia do colo do útero), e têm quatro vezes menos probabilidade de efetuarem mamografias (26). Tendo em conta o referido, percebemos que os comportamentos e atitudes cisheteronormativos para com as pessoas LGBTI+, por parte das pessoas profissionais de saúde, potenciam, entre outros, o distanciamento desta comunidade e uma menor qualidade nos serviços de saúde fundamentais. Situação que pode culminar com a exacerbação de doenças,

lesões crónicas ou agudas, o desenvolvimento de condições de saúde secundárias e a prevalência de resultados de saúde desfavoráveis (27). O Relatório Saúde em Igualdade, realizado pela ILGA Portugal, através de dois questionários de autorrelato (o Questionário LGB, com 600 participantes e o Questionário T, com 29 participantes), mostra que apenas 17% afirmaram que os profissionais de saúde perguntaram, em algum momento, de forma direta e evidente, se estas eram lésbicas, *gays* ou bissexuais, não assumindo, a priori, uma orientação sexual heteronormativa. Destaca que, 31% (n=485) já mentiu relativamente à sua orientação sexual e que 16% (n=574) não revelou a sua orientação sexual devido à possível quebra do sigilo profissional, antecipação de possíveis cenários de discriminação e formas de tratamento diferentes. Neste relatório, 11% das pessoas inquiridas revela que as pessoas profissionais de saúde, em algum momento, sugeriram que as pessoas utentes procurassem ajuda na área da saúde mental ou recorressem a psicoterapia, defendendo que a homossexualidade é uma doença que pode ser “curada” (22). Esta sugestão tem por base o facto de, e tal como já referido, só em 1990, é que a OMS retirou homossexualidade da ICD. A decisão não acabou com o preconceito e a discriminação, mas foi um passo importante para a compreensão da homossexualidade como identidade sexual, que não necessita de cura (22).

Há ainda outras barreiras que merecem ser destacadas, nomeadamente: a não familiarização das pessoas médicas com a terminologia LGBTI+, o que condiciona a comunicação e, conseqüentemente, um adequado aconselhamento. Esta utilização incorreta da linguagem, com o uso de perguntas invasivas, assédio verbal e linguagem abusiva, tem um impacto decisivo na aproximação ou distanciamento das pessoas desta comunidade aos serviços de saúde. Esta má comunicação é uma prática transversal a profissionais que trabalham nos diferentes serviços de saúde. Estes comportamentos discriminatórios conduzem ao receio sentido, pelas pessoas LGBTI+, em revelarem a sua orientação sexual, com medo de uma possível reação negativa. Desta forma, as lacunas do conhecimento clínico ilustram disparidades na saúde experimentadas por esta população historicamente marginalizada (26,28, 29).

Tendo em conta o referido, estas barreiras surgem como um fator crucial para a compreensão das desigualdades em saúde sentidas por esta comunidade, dado que causam uma constante invisibilidade das pessoas LGBTI+ e o afastamento de cuidados de saúde fundamentais ao seu bem-estar. Estes posicionamentos e atitudes preconceituosas, assumidos pelas pessoas profissionais de saúde, estimulam e sublinham a cisheteronormatividade na prática de saúde, entendendo-a como a norma (30).

3.1.1. Consequências na Saúde Mental

Estudos recentes mostram uma interligação fundamentada entre o stress que as pessoas LGBTI+ estão sujeitas e consequências na sua saúde mental (3, 31, 32).

De acordo com a OMS, a saúde mental assume-se como um completo estado de bem-estar mental, o qual permite que as pessoas consigam lidar com os vários desafios diários da vida, trabalhem e aprendam de forma profícua e contribuam positivamente para a sociedade na qual estão inseridas. Neste sentido, a saúde mental não representa apenas a ausência de doenças mentais, caracteriza-se como algo mais complexo, vivenciado de forma diferente de pessoa para pessoa, com diferentes graus de dificuldade e preocupação e com resultados tanto sociais como clínicos distintos (33).

Tendo em conta a situação particular vivida pelas pessoas LGBTI+, o difícil acesso aos cuidados de saúde, a marginalização e a estigmatização persistentes a que estão sujeitas, não é particularmente surpreendente a associação a elevadas taxas de comportamentos de risco, bem como a resultados de saúde menos satisfatórios observados nesta população (31). Neste sentido, tal como referido, diferentes estudos mostram uma interligação fundamentada entre o stress que as minorias sexuais e de género estão sujeitas e as consequências provocadas na sua saúde mental, bem como a relação entre o stress destas minorias e o suicídio. É importante salientar que a estigmatização sentida pelas pessoas jovens LGBTI+ está direta e indiretamente relacionada com as tentativas de suicídio e a ideação suicida relacionadas com patologias do foro mental, como os sintomas depressivos, perturbação de stress pós-traumático (PSPT) e a falta de esperança. Este stress valida, também, o surgimento de outras problemáticas, como a menor qualidade de sono e problemas relacionados com o comportamento alimentar, influenciando, por isso, vários indicadores de saúde destas pessoas (3, 32). É fulcral esclarecer que os jovens das minorias sexuais, quando comparados com os jovens heterossexuais, têm um risco substancialmente mais elevado de cometerem suicídio. Um estudo, levado a cabo nos EUA, concluiu que 28% dos jovens LGBTI+ relataram um comportamento suicida, comparativamente aos 12% dos jovens heterossexuais –ilustrando esta correlação entre a orientação sexual e o suicídio, como algo contínuo e persistente (32). Existem patologias do foro mental frequentemente diagnosticadas a estas pessoas, nomeadamente a depressão, PSPT e a ausência de esperança. Efetivamente, os jovens que pertencem a minorias sexuais e de género têm uma probabilidade mais elevada de desenvolver sintomas depressivos comparativamente a jovens cisheteronormativos. Relativamente à crescente falta de esperança sentida pelas minorias, verifica-se, quando comparada aos pares majoritários, uma clara e agravada vulnerabilidade existente (32). Fatores como a opressão, caracteristicamente ligada à comunidade LGBTI+, bem como a constante preocupação de gerir uma identidade omitida ou mesmo a possível rejeição parental são cruciais e

fraturantes - desencadeando síndromes depressivos. Adicionalmente, a permanente vitimização que acompanha a transição entre a adolescência e a idade adulta potencia o desenvolvimento de depressão e PTSD entre estes jovens de minorias sexuais e de género (32). Paralelamente, estas problemáticas descritas são igualmente sentidas e acentuam-se, posteriormente, nas idades mais avançadas. As pessoas idosas da comunidade LGBTI+ estão mais suscetíveis a síndromes depressivos, perturbações de ansiedade e a diversos comportamentos de risco, como ideação e tentativas de suicídio - quando comparados com as pessoas da mesma faixa etária heterossexuais e cisgénero. Nesta faixa etária intensificam-se algumas problemáticas, como o aumento significativo do isolamento social e da solidão, relativamente aos seus pares que pertencem a uma esfera cis e heteronormativa. Assim sendo, as exposições cumulativas ao stress, às quais esta comunidade está constantemente predisposta ao longo da vida, resultam, conseqüentemente, numa necessidade de acesso cada vez maior aos serviços de saúde mental, principalmente no que diz respeito às pessoas LGBTI+ mais envelhecidas (28).

Acresce referir que em relação às pessoas idosas trans, a investigação indica que estas pessoas são vítimas de formas discriminatórias variadas no seu quotidiano. No seu dia-a-dia, estas pessoas sofrem de transfobia e de exclusão social em diferentes espaços públicos. Da mesma forma, estas pessoas, devido ao desconhecimento das suas necessidades específicas por parte dos profissionais de saúde na área da saúde mental, são impossibilitadas de aceder a uma prática médica personalizada e completa. Conhecer esta realidade é fundamental, face à menor procura ao longo da vida de serviços de saúde mental por parte destas pessoas, bem como da tendência a omitirem a sua orientação sexual ou identidade de género durante as consultas médicas (28). A saúde cognitiva é, também, uma preocupação que tem ganhado maior destaque entre estas minorias. Pesquisas recentes têm mostrado uma correlação significativa entre a comunidade LGBTI+ e doenças como *Alzheimer* entre outras demências relacionadas (ADRD). O stress crónico sentido por estas minorias potencia um envelhecimento cognitivo prematuro e um maior declínio entre os adultos mais velhos LGBTI+ (28).

Como tem sido explanado, a discriminação é definida como um fator stressante que desencadeia efeitos psicológicos nocivos. É igualmente importante dirigir o foco para a interseção entre as minorias sexuais/género e raça/etnia. Esta interseção representa, inevitavelmente, uma vulnerabilidade acrescida e um facto cumulativo relativamente aos fatores estigmatizantes já descritos (34). Investigações mostram que existe uma dupla experiência entre o racismo interpessoal e os fatores de stress relacionados com a comunidade LGBTI+. Estes são, efetivamente, fatores de risco para a saúde mental destas pessoas, contribuindo para o aumento das patologias anteriormente faladas, nomeadamente, a depressão e as perturbações de ansiedade. Conclusões frequentes sobre esta

problemática mostram que, particularmente em pessoas mais jovens, as microagressões racistas assumem um papel de destaque nas manifestações desiguais relativas ao bem-estar mental - nomeadamente quando se comparam pessoas caucasianas e pessoas racializadas – qualquer pessoa que se identifique como latina e/ou de uma raça/etnia não branca LGBTI+. Neste sentido, as conclusões mostram que existe um impacto único e adverso na saúde mental destas pessoas racializadas - tendo em conta nesta interseção as microagressões sexuais, de género e racistas (35).

Contudo, merece particular destaque o facto de que todas as situações anteriormente expostas se agravarem quando pensamos nas pessoas Trans e não binárias – o que implica ter um olhar atento relativamente a estas minorias de género. Assim, sublinha-se a prevalência que as patologias do foro mental e os comportamentos de risco assumem na vida das pessoas trans ou não binárias. Também entre pessoas jovens esta prevalência é mais frequente quando associada a jovens trans ou não binários, comparativamente com as pessoas que têm uma identidade de género congruente com o sexo que lhes foi atribuído à nascença (36). Um estudo, levado a cabo nos EUA, evidência comportamentos de tentativas de suicídio ao longo da vida em adolescentes destas minorias. Nomeadamente, 51%, nas pessoas jovens trans do sexo masculino, 42% em não-binárias, 30% em trans do sexo feminino. Comparativamente, este estudo revela taxas significativamente mais baixas 18% e 10% em jovens cisgénero do sexo feminino e masculino, respetivamente (32). O apoio parental é um fator preditor relativamente à saúde mental das pessoas jovens trans e não-binárias. A afirmação de género apoiada pelos pais, como o correto uso dos pronomes, mostra-se consonante com taxas mais baixas de depressão (37). Ainda neste ponto, a falta de acesso a cuidados médicos completos e especializados é também um fator preponderante que motiva a depressão, ideação suicida, maior isolamento, autoagressão não-suicida e suicídio das pessoas trans (3, 38). A falta de recursos e a ausência de pessoas profissionais de saúde (in)formadas e envolvidas com as problemáticas destes seus doentes, relativamente aos cuidados que estas pessoas necessitam, contribui para um cenário estigmatizante e negativo na sua saúde mental.

Face a todas estas condições, as pessoas trans sentem-se desmotivadas, o que as leva a optar por adiar a sua deslocação até aos serviços de saúde, o que não contribui para a mitigação dos seus problemas, de um modo geral, e, em particular, para os de saúde mental (38).

A disforia de género, experienciada pelas pessoas trans, pode desempenhar um papel nefasto no seu bem-estar psicológico. Causa desconforto, episódios depressivos e ansiedade. Um estudo britânico indica que existe uma correlação positiva entre os problemas de saúde mental associados à disforia de género e os resultados que o tratamento hormonal tem na vida destas pessoas. Mostra-se evidente o contributo favorável das

intervenções hormonais na saúde mental, evitando, desta forma, algumas perturbações e síndromes psiquiátricas, já mencionadas (39).

Importa, igualmente, dar enfoque à problemática da violência de género, frequentemente vivenciada pelas pessoas LGBTI+, dado que as diferentes formas de violência resultam em significativos danos psicológicos para as pessoas vítimas, nomeadamente, depressão crónica, ansiedade ou stress pós-traumático. A violência de género é considerada, atualmente, um problema à escala mundial e que contribui para a morbidade e mortalidade das pessoas vítimas. A violência doméstica ou violência na intimidade ou violência conjugal define-se como um comportamento abusivo na tentativa de controlar a outra pessoa da relação íntima. Neste tipo de violência podem estar envolvidas pessoas hetero e não hetero normativas de qualquer faixa etária. Contudo, fazendo um recorte pelas mulheres lésbicas, bissexuais ou trans vítimas de violência doméstica, verificamos que estas podem estar suscetíveis a diferentes tipos de violências, nomeadamente, a ameaça de *outing*, (que consiste na revelação da sua orientação sexual ou identidade de género ou no impedimento desta) a outras pessoas (40). Alguns argumentos utilizados fomentam a perpetuação destes comportamentos agressivos, principalmente, a conotação negativa caso a pessoa vítima seja da comunidade LGBTI+, reforçando o preconceito de que os casais de pessoas do mesmo sexo não são “normais” e, por isso, as denúncias e os abusos sofridos são menos, ou não são de todo, válidos. Alguns estudos recentes indicam que a violência doméstica afeta entre 25% a 75% dos casais constituídos por pessoas do mesmo sexo, e 45% das mulheres lésbicas, bissexuais ou trans afirmam que, em algum momento da sua vida, sofreram abusos por parte do seu companheiro/a (40). Consequentemente, as mulheres trans têm duas vezes mais probabilidade de sofrerem violência, comparativamente às mulheres lésbicas e bissexuais. Estes comportamentos são pouco denunciados pelas mulheres Trans, dado que apenas 4% apresenta denúncia. Isto acontece, em parte, devido a julgamentos prováveis ou possíveis comportamentos discriminatórios por parte de alguns profissionais das forças de segurança, contribuindo, assim, para a invisibilidade da comunidade LGBTI+ na sociedade. A violência acarreta um fardo emocional, económico e social para estas pessoas e para a sociedade, constituindo um grave problema de saúde pública e, de acordo com a Convenção das Nações Unidas com base nos Direitos Humanos, representa uma violação dos mesmos (3). Em Portugal, existem algumas medidas e leis que atuam na prevenção da violência de género e que por isso mesmo salvaguardam o bem-estar das pessoas LGBTI+. Em 2007, a violência doméstica em Portugal passou a ser um crime público, de acordo com o código penal português (40).

3.1.2. Consumo de substâncias psicoativas: Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas

O difícil acesso aos cuidados de saúde e as possíveis práticas discriminatórias das pessoas profissionais de saúde reforçam comportamentos de risco nas pessoas LGBTI+ (26,41). Recentes investigações evidenciam um padrão e a uma relação próxima entre as pessoas LGBTI+ e o uso de substâncias psicoativas como álcool, tabaco e drogas ilícitas. Verifica-se, assim, um predomínio significativo de consumo destas substâncias entre as minorias sexuais e de género, onde a discriminação social e estrutural contribui para o aumento do consumo de substâncias na comunidade LGBTI+ (41).

As disparidades relativas à saúde mental e ao consumo de substâncias psicoativas por parte de pessoas LGBTI+ têm sido explicadas através da teoria do stress das minorias, resultante da discriminação constante sentida por estas pessoas. Como mencionado anteriormente, a rejeição familiar e o não reconhecimento parental da sua orientação sexual ou identidade de género remetem para um sentimento de abandono e de instabilidade diária, pondo estas pessoas numa posição vulnerável. O stress presente na vida dos jovens LGBTI+, explicado por algumas formas de vitimização, como o *bullying*, ou na de jovens adultos, experienciado pela discriminação no local de trabalho, gera uma maior adesão a comportamentos de risco e ao uso de substâncias psicoativas. A vitimização, relacionada com o estigma e a marginalização destas pessoas, é um fator central e desencadeante de comportamentos de risco, tais como, elevado risco de tentativas de suicídio, depressão, automutilação e consumo de substâncias (3,41,42). Dados do *National Survey on Drug Use and Health*, de 2015, concluíram que as mulheres que pertencem a minorias sexuais usam de modo mais frequente estas substâncias (41,1%), quando equiparadas aos homens destas mesmas minorias (36,3%). Revelou-se que a marijuana e os analgésicos prescritos, sem receita médica, foram as duas substâncias mais procuradas e usadas por estas mulheres (42). Dados mais recentes do *National Survey on Drug Use and Health*, referem que o consumo de álcool pelas pessoas LGBTI+ mostrou ser 5% superior ao consumo das pessoas cisheterossexuais, verificando-se uma taxa de consumo de 60% dos adultos LGBTI+ entre os 18-25 anos e 64,2% das pessoas LGBTI+, com mais de 26 anos, comparativamente a valores de 54,3% e 54,9%, respetivamente. Registou-se, no último ano, um consumo de marijuana (43,6%), de opiáceos (9,6%) e de cocaína (7,1%) das pessoas LGBTI+, mostrando ser duas vezes maior que os valores registados pelas pessoas cisheterossexuais (41). O *Youth Risk behavior Study* confirma que as pessoas adolescentes gays e lésbicas têm um consumo de marijuana de 49,6%, sendo que os jovens heterossexuais têm um consumo menor, de 36,4% (41). Estes comportamentos de risco assumem-se como mecanismos negativos de *coping* – a forma destas

peças lidarem e se adaptarem aos fatores de stress, à discriminação e à vitimização sexual, física e emocional (42).

O início precoce de consumo de tabaco e álcool revela ser um fator crucial na explicação da prevalência destes comportamentos nas pessoas jovens. As pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB) começam a fumar e a consumir álcool numa idade mais precoce que os seus pares heterossexuais, contribuindo para uma maior taxa de tabagismo e consumo excessivo de álcool episódico, bem como taxas mais altas de dependência de nicotina e perturbação de consumo de álcool numa idade mais adulta. A *National Adult Tobacco Survey* revela que as mulheres LGB iniciam mais precocemente o seu contacto com o tabaco, comparativamente com as mulheres heterossexuais. Uma pesquisa recente, regista que as mulheres lésbicas/gays e bissexuais têm taxas de iniciação precoce de consumo de álcool, o que explica os 21%-38% do consumo excessivo de álcool e das perturbações relacionadas com esta substância, em idade adulta. O mesmo acontece com a iniciação precoce do consumo de tabaco, o que explica 22%-29% de dependência da nicotina na idade adulta das pessoas LGB (43).

Um estudo focado nos jovens adultos trans e não binários obteve um risco significativo de consumo de álcool - 24,1% das mulheres trans inquiridas e 42,8% das pessoas não binárias de sexo masculino atribuído à nascença e 34,5% e 39,3% de consumo de marijuana, respetivamente. Relativamente ao consumo de cigarros de ambas as minorias de género, obteve-se um resultado de 41,4% mulheres trans e 21,4% jovens não binários de sexo masculino atribuído à nascença e mostrou, ainda, que nos últimos seis meses se tinha registado um consumo de estimulantes de 20,7% e 14,3%, respetivamente. Sobressaem as disparidades relativamente ao consumo de substâncias entre os jovens cisgénero e os jovens trans e não binários. Dados obtidos, em 2016, pela *National Survey on Drug Use and Health*, estimam que 9,4% dos jovens cisgénero, entre os 18 e 25 anos, fumavam diariamente, 10,1% tinham uma dependência no uso de álcool e 2,2% tinham consumido estimulantes, no último mês. Ainda neste estudo, foi possível concluir que os jovens não binários registavam frequentemente piores resultados de saúde e uma maior taxa de comportamentos de risco, quando comparados com as pessoas trans e cisgénero. Estas taxas podem ser explicadas pela marcada prevalência de depressão (31).

Interessa referir que as pessoas idosas LGBTI+ mostram, em comparação aos seus pares cisheterossexuais, consumos superiores de substâncias psicoativas e, consequentemente, piores indicadores de saúde (28). Um Relatório sobre o envelhecimento e saúde de pessoas LGBTI+, realizado nos EUA, indicou marcadas diferenças relativamente ao consumo de álcool excessivo - 8% de Mulheres lésbicas e bissexuais adultas, 11% de homens gays, 9% de homens bissexuais e 20% de pessoas trans. Neste contexto, as pessoas idosas trans têm um maior consumo de substâncias psicoativas que os seus pares

cisgênero, verificando-se um padrão congruente com o anteriormente referido numa faixa etária mais jovem. Relativamente ao consumo de drogas ilícitas pelas pessoas idosas, este relatório mostra que 9% das mulheres lésbicas, 15% das mulheres bissexuais, 13% dos homens gays, 15% dos homens bissexuais e 14% dos homens trans utilizam estas substâncias. Este relatório destaca, ainda, que no consumo de tabaco, 50% dos participantes afirma ter fumado no passado. No entanto, 7% das mulheres lésbicas, 15% das mulheres bissexuais, 9% dos homens gays, 8% dos homens bissexuais e 15% das pessoas trans afirmam que ainda usam esta substância. Acrescenta-se que, as mulheres idosas bissexuais fumam cerca de duas vezes mais, comparativamente às mulheres lésbicas, enquanto as taxas de consumo entre os homens gays e bissexuais são similares. No que diz respeito às pessoas idosas trans e aos seus pares cisgênero há uma diferença significativa de 15% e 9%, respetivamente (44).

Capítulo 4- A Medicina Heteronormativa

4.1. Pessoas Trans: Diversidade na identidade e expressão de gênero

Como tem sido descrito, as pessoas LGBTI+ são alvo de discriminação nos mais diversos setores do seu cotidiano. Assim, e como já referido, a população trans, bem como a população LGBTI+ no geral, tem uma prevalência claramente superior relativamente ao uso de substâncias psicoativas, episódios depressivos, perturbações de ansiedade e tentativas de suicídio em relação à população em geral. Estes comportamentos são resultado da constante discriminação sentida pelas pessoas trans, como a não utilização de pronomes adequados ao seu gênero, marginalização ou até mesmo agressões. Além disso, as mulheres trans veem, muitas vezes, a sua saúde sexual e reprodutiva afetada, uma vez que manifestam uma elevada prevalência de doenças infecciosas, como Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), e, ainda, um maior risco de serem vítimas de violência e sofrerem abusos sexuais, físicos ou psicológicos (45).

Neste contexto, um dos setores que pode interferir e ter um impacto negativo nesta população é o setor da saúde. A literatura tem vindo a descrever inúmeros relatos de pessoas trans que já vivenciaram algum tipo de discriminação nos serviços de saúde. Importa referir, que o acesso aos serviços de saúde por estas pessoas pode ser dificultado devido, ao fornecimento de cuidados médicos inadequados, ao uso de linguagem e comportamentos inadequados, à falta de informação pelas pessoas profissionais de saúde relativamente às *guidelines* adequadas ou até mesmo ao uso incorreto de pronomes e nome social. A relação médico-paciente é algo também muito afetado, uma vez que as próprias pessoas trans referem, que em algum momento, se sentiram obrigadas a transmitir informação relativamente aos cuidados necessários na abordagem da sua saúde. Coloca-se aqui em causa a formação (ou falta dela) das pessoas médicas no que toca a esta temática e à população LGBTI+. Neste sentido, e como já referido ao longo desta dissertação, todos estes fatores contribuem para um afastamento e, conseqüentemente, uma menor procura dos cuidados de saúde por estas pessoas (quer eles sejam os cuidados primários, especializados ou de urgência) (45).

A Revista Portuguesa de Psiquiatria publicou um estudo o qual avaliou as barreiras no acesso à saúde que a população trans enfrenta em três ambientes distintos no Serviço Nacional de Saúde (SNS): Urgência (SU), Medicina Geral e Familiar (MGF) e Cirurgia. Este estudo ocorreu no Hospital Magalhães Lemos na consulta de sexologia, onde se entrevistaram 71 pessoas. Foi possível observar que 32,4% das pessoas inquiridas afirmaram que o profissional de saúde não estava informado relativamente às necessidades de

saúde de uma pessoa trans, não conseguindo, por isso, orientá-las e 69,1% viram-se forçadas a transmitir informação sobre a saúde trans (algo que já tinha sido mencionado neste capítulo). Provou-se, também, que o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa” é o episódio de discriminação mais prevalente (27,9%), seguido da “negação da IG” (20,6%) e, por fim, o “desencorajamento da exploração da IG” (19,1%). Considera-se relevante mencionar que, diversos participantes, referem não confiar na confidencialidade dos seus dados, não se sentir à vontade para discutir a sua saúde com as/os médicos ou evitam deslocar-se até aos cuidados de saúde (45). As pessoas profissionais de saúde demonstram falta de conhecimento das *guidelines* nacionais e internacionais sobre este tema, levando a um aconselhamento incompleto, desinformado e discriminatório (ainda que não intencional). Esta problemática reúne algumas preocupações na saúde das pessoas trans, uma vez que pode culminar em cuidados de saúde inadequados, à automedicação ou ida a serviços não certificados. Através deste estudo é possível aferir que os cuidados de saúde primários se focam na referenciação e no acompanhamento destas pessoas ao longo do tratamento de redesignação de sexo. No entanto, compreende-se que uma elevada percentagem destas pessoas não é acompanhada na especialidade de MGF. O presente artigo descreve, também, que entre as três especialidades referidas, o SU foi aquela que mostrou uma maior incidência de episódios de perceção de discriminação (44,7%), sendo, mais uma vez, o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa” o mais frequente. Neste sentido, o acompanhamento e processo de transição, se assim o desejarem, das pessoas trans é algo complexo (45). A *World Professional Association For Transgender Health* (WPATH) recomenda que o diagnóstico de disforia de género seja realizado por pessoas profissionais de saúde especializadas na área da saúde mental. Estes profissionais têm, também, de ser experientes na abordagem das pessoas com diversidade de género que pretendem recorrer a intervenções afirmativas de género (médicas ou cirúrgicas). Para o diagnóstico de disforia de género ser estabelecido existem alguns critérios descritos no DSM-5 ou ICD-11 que têm de ser cumpridos (46).

A WPATH, faculta normas de orientação clínica com o objetivo de potencializar uma abordagem mais completa e inclusiva das pessoas profissionais de saúde relativamente aos cuidados afirmativos de género. De acordo com a versão mais atualizada publicada em 2022, os cuidados de autoafirmação de género devem envolver equipas multidisciplinares especializadas. Desta forma, as pessoas com disforia de género podem ter acesso, de forma segura, às mais variadas intervenções, facilitando, assim, a sua saúde global. Como já referido anteriormente, uma prática clínica ausente de quaisquer tipo de preconceitos abrange a capacidade de questionar à pessoa em questão qual o seu nome e pronomes e, desta forma, utilizá-los de forma consistente (46).

Neste contexto, a afirmação de género é um processo que alcança as dimensões sociais, psicológicas, médicas e legais. O trajeto durante a afirmação de género não é algo fixo ou rígido, mas sim diferente para cada pessoa, sendo sempre adaptado às necessidades da mesma, à sua identidade e variabilidade na expressão de género (46). É de relevo referir que a dimensão social ou transição social caracteriza-se pelas várias modificações que estas pessoas estão sujeitas, tanto a nível externo como através das relações com outras pessoas. Estas alterações podem incluir a escolha de nomes e pronomes, a alteração da identificação legal no registo civil, mudanças no comportamento ou na forma de se vestir. Como mencionado anteriormente, em 2018 em Portugal, foi aprovada a lei n.º 38/2018 (16). Através da aprovação desta lei é possível que qualquer pessoa de nacionalidade portuguesa e maior de idade possa avançar no processo de mudança de género e de nome próprio no registo civil, não sendo obrigatória a apresentação de um diagnóstico (46). Muitas vezes, as pessoas não consideram o seu processo de transição concluído sem recorrer a intervenções médicas e cirúrgicas. Antes de avançar no processo de afirmação de género é importante garantir que estas pessoas estão informadas e conscientes de todos os riscos que possam ocorrer. A título de exemplo, inicialmente, antes de iniciar qualquer tipo de intervenção médica é necessário certificar que a pessoa em questão está familiarizada com o efeito potencialmente irreversível na fertilidade (46).

Por um lado, pretende-se explicar no que consiste a intervenção hormonal: no caso de ser uma terapêutica de afirmação de género feminizante, propõe-se a administração de estrogénio ou anti androgénios como, por exemplo, a ciproterona ou a espironolactona e, ainda, agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH). Estes últimos irão estimular a hipófise a libertar FSH e LH que, por sua vez, irão ajudar no desenvolvimento dos folículos ovários e na ovulação, respetivamente. Caso a terapêutica seja de afirmação de género masculinizante, administra-se hormonas como a testosterona. Através da terapia hormonal procura-se cessar a secreção de hormonas sexuais determinadas ao nascimento, com o objetivo da indução de níveis hormonais compatíveis ao sexo pretendido (46). A Acta Médica Portuguesa, através da publicação de um artigo no qual aborda alguns conceitos, diagnóstico e abordagem clínica das pessoas com disforia de género, mostra, através de alguns estudos, o impacto da aparência das pessoas trans após as intervenções médicas na sua saúde mental. Um estudo feito em 2010, concluiu que após a realização de intervenções médicas, 80% das pessoas com disforia de género evidenciavam melhoria da disforia, 78% teve uma melhoria dos sintomas psicológicos, 80% notou melhoria da sua qualidade de vida e 72% relatou melhoria da função sexual (46).

Por outro lado, importa abordar e caracterizar em que consistem as intervenções cirúrgicas, uma vez que as pessoas trans aderem às mesmas com alguma frequência.

Estes procedimentos afirmativos de género têm como intuito alterar alguns aspetos corporais e visuais, fazendo com que estes fiquem compatíveis com a sua identidade de género. A Acta Médica Portuguesa, indica alguns exemplos de procedimentos cirúrgicos: cirurgia mamária, cirurgia maxilo-facial, cirurgia ao aparelho vocal e cirurgia génito-urinária. Atualmente, existem três hospitais em Portugal, que através do SNS, possibilitam o acesso a algumas destas cirurgias de afirmação de género. A cirurgia genital de afirmação de género é assegurada pelo Centro Hospitalar Universitário de Coimbra na Unidade Reconstrutiva Génito-Urinária e Sexual (URGUS), desde novembro de 2011 e no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, desde dezembro de 2022. A cirurgia mamária de afirmação de género passou, também, a ser assegurada a partir de novembro de 2023 pelo Centro Hospitalar Lisboa Central (46). A WPATH recomenda que as pessoas que desejam realizar algum destes procedimentos cirúrgicos esperem no mínimo 12 meses. No entanto, este tempo é frequentemente ultrapassado, uma vez que é necessário dispor de alguns cuidados médicos prévios e devido à lista de espera de consultas de especialidade. Desta forma, é crucial expor a realidade desta população que vê entraves ao longo de todo este processo, havendo pessoas na lista de espera há mais de 12 meses para conseguirem ter a primeira consulta de cirurgia e outras há mais de 30 meses para uma primeira cirurgia (45).

Assim sendo, é fulcral conhecer a literatura científica relativamente a esta temática para desempenhar um papel clínico livre de preconceito, estigma e discriminação. É, também, necessário pôr em prática uma comunicação empática, informada e inclusiva capaz de responder de forma holística às necessidades de cada pessoa. Importa, ainda, salientar que este percurso de afirmação de género é algo muito próprio não havendo, por isso, regras ou etapas obrigatórias. Conclui-se que todos estes fatores descritos contribuem para um difícil acesso das pessoas trans aos cuidados de saúde, interferindo na sua qualidade de vida e impondo mais dificuldades ao seu quotidiano, o qual já é vivido com situações de estigma tanto a nível familiar, como social ou económico (45, 46).

4.2. Pessoas Lésbicas, Bissexuais e homens Gays: Experiências em contexto clínico

A experiência em contexto clínico de pessoas Lésbicas e Bissexuais importa, também, ser analisada mais pormenorizadamente, dado que estas mulheres encontram vários obstáculos quando tentam aceder aos cuidados de saúde.

Vários estudos mostram que as mulheres lésbicas continuam a ser alvo de uma medicina desinformada e não ciente das suas necessidades de saúde. Muitas mulheres procuram informação prévia sobre as pessoas profissionais de saúde ou sobre os serviços de saúde, de forma, a perceberem se existem relatos ou histórias discriminatórias

associadas a estes e nas quais elas se possam sentir mais vulneráveis. Neste contexto, compreende-se que a medicina não heteronormativa, que respeita e tenta aconselhar de forma informada e livre de preconceitos, é algo muito valioso para estas mulheres e que as faz aproximar dos serviços de saúde (47). Esta autora no seu estudo “*Health Care Experiences of Lesbian Women*”, realizado nos EUA, mostra que algumas mulheres revelaram que o facto de as/os médicos explorarem os seus sintomas, distanciando-se da tendência de os relacionar como possíveis resultados da sua orientação sexual, é algo que as ajuda a avaliar positivamente a sua ida a cuidados de saúde. A autora cita uma mulher que refere que a pessoa médica colocou como foco da consulta o quão difícil deveria ser o quotidiano de uma mulher lésbica, mesmo quando a paciente tentava abordar os sintomas, como as enxaquecas, que a tinham trazido aquela consulta, tal como ela refere: “...*migraine, hot flashes, fatigue, anemia; she switched it to saying that being a lesbian had to be very hard . . . I changed doctors.*” (47:p14) . Ou seja, a doente teve uma experiência negativa, na qual a pessoa profissional de saúde viu a orientação sexual como sendo a causa dos problemas e sintomas. A autora faz, ainda, referência a um exemplo de uma experiência positiva, onde uma paciente revelou que o seu ciclo menstrual saía um pouco dos parâmetros que ela considerava habituais e em resposta a esta situação clínica a pessoa médica questionou sobre os seus hábitos de sono, alimentação e se havia algum evento novo na vida desta utente. Em resposta a isso a doente sentiu-se bem com esta abordagem que lhe deu espaço para falar sobre tudo o que lhe tinha acontecido de novo, tal como ela refere: “...*I told her about all this new stuff, so I got to talk to her, I felt good about that, that was good.*” (47:p14) . Ou seja, a pessoa profissional de saúde ouviu-a atentamente e conseguiu aconselhá-la de forma holística e livre de estigma (47). Foi analisado um outro estudo, que relaciona as vivências de mulheres lésbicas e bissexuais nas consultas de ginecologia, em São Paulo, no Brasil. A literatura evidencia que estas mulheres são frequentemente excluídas dos serviços de saúde, concluindo-se que estes regem-se por uma estrutura heteronormativa. Com efeito, a organização desta estrutura irá potenciar práticas discriminatórias e pouco inclusivas das pessoas profissionais de saúde. Esta abordagem focada em princípios da heterossexualidade contribui para a constante invisibilidade da homossexualidade (48). No estudo referido, foram realçadas algumas problemáticas como a ausência de revelação da orientação sexual (lésbica/bissexual) nas consultas de ginecologia. Outro tema frequente nestas consultas é a contraceção. Desta forma, as/os médicos ginecologistas ao questionarem sobre os métodos de contraceção pressupõe que estas mulheres têm relações sexuais com homens. Mostra-se crucial as pessoas profissionais de saúde abordarem as utentes com perguntas abertas, nas quais questionem sobre a sua sexualidade e como esta é experienciada, sem assumir, a priori, uma orientação sexual heteronormativa (48). Além disso, este estudo

descreveu a reação da pessoa médica quando percebia que a paciente à sua frente era lésbica ou bissexual, o que levava a que as pacientes sentissem que eram alvo de um tratamento distante e discriminatório. As mulheres deste estudo ao revelarem a sua orientação sexual notaram alguma inexperiência por parte da pessoa médica, descrevendo atitudes como a aceleração da consulta ou a não solicitação de exames pertinentes para o aconselhamento clínico. As entrevistas descritas com jovens homossexuais reforçaram alguns preconceitos constantes vividos por estas mulheres nos cuidados de saúde. Notou-se que para muitas pessoas médicas as relações sexuais entre mulheres não são consideradas clinicamente tão relevantes como as com parceiros do sexo masculino. Deste modo, é realçado o elo evidente entre a atividade sexual e a penetração. Ou seja, é reforçada a hipótese de que há uma cultura heterossexual e lesbo/bifóbica com uma formação médica incompleta e focada numa prática heteronormativa (48).

Nas consultas de ginecologia é frequente estas mulheres, fora da esfera heteronormativa, receberem informações incompletas e pouco concisas. Assim sendo, isto potencia a vulnerabilidade destas pacientes a não se sentirem confortáveis para questionar e esclarecer as suas dúvidas. As participantes alertaram para o desconforto sentido aquando da realização do exame de prevenção do cancro do colo do útero (citologia do colo do útero ou “Papanicolau”) (48). Algumas das mulheres entrevistadas no referido estudo falam da ausência de abertura no diálogo com a pessoa médica, que as impossibilitava de esclarecer dúvidas prementes em relação a alguns assuntos, como por exemplo: a endometriose, cistos nos ovários ou dores/cólicas menstruais. Foi, igualmente, referido que as dúvidas relativamente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) continuam a ser pouco abordadas, perpetuando-se, assim, a desinformação tanto das pessoas médicas como das pacientes. Com efeito, nota-se a falta de conhecimento das pessoas profissionais de saúde relativamente às práticas sexuais realizadas pelas lésbicas e bissexuais, sendo, por isso, escasso o aconselhamento relativamente a métodos de proteção necessários para a saúde destas mulheres (48).

Neste contexto, no Relatório Saúde em Igualdade, realizado pela ILGA Portugal, já mencionado, as especialidades de MGF e ginecologia registaram o maior número de episódios de discriminação (22). Neste relatório foram destacados alguns testemunhos de mulheres lésbicas e bissexuais, tais como: “Perguntaram-me pelo meu parceiro, sem considerar que podia ter uma relação com uma mulher.”; “Numa consulta médica, a médica cuja especialidade era ginecologia, considerou a homossexualidade como uma doença, para a qual é necessário tratamento.”; “Na primeira consulta com um ginecologista a reação à minha orientação sexual foi, apesar da tentativa de disfarce, de embaraço. Optou por não me observar, demonstrando total incapacidade de lidar com a situação.”; “(Fui discriminada) quando dei a sugestão que o médico de família da minha mulher pudesse

a vir a ser o mesmo que o meu. E não foi aceite pelo médico por já ter ‘demasiados pacientes’.” (22:p20-23). Desta forma, é reforçada a ideia de uma prática médica discriminatória que, por sua vez, intensifica a invisibilidade destas mulheres nas mais variadas especialidades (22).

Na década de 1980, acreditava-se que o VIH afetava apenas determinados grupos como por exemplo: homens gays e consumidores de drogas injetáveis. Em 1983, Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier, isolaram, pela primeira vez, este vírus e esta descoberta inédita permitiu perceber que a transmissão deste vírus pode ocorrer devido a relações sexuais desprotegidas, partilha de agulhas ou seringas e, ainda, pela transmissão da mãe para o filho (durante a gravidez, parto ou leite materno). Apesar destas descobertas os homens gays continuam a ser alvo de estigma e associados a esta problemática (49). De acordo com o relatório de 2023 de infeção por VIH, em Portugal, no dia 30 de junho de 2023, foram notificados 804 casos com diagnóstico da infeção registada em 2022. Destes, a maioria dos casos são homens; a quase totalidade (91,9%) da transmissão foi realizada por via sexual – predominantemente 47,7% em pessoas heterossexuais. Entre o período da epidemia VIH (1983-2022) registou-se, em Portugal, 66 061 casos de infeção, entre os quais, 23 637 atingiram o estadió Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Entre 2013 e 2022, houve uma redução de 56% de novo casos de VIH e de 74% de novos casos de SIDA (50). No Relatório Saúde em Igualdade, realizado pela ILGA Portugal, foram mencionados alguns testemunhos de homens gays relativamente a esta problemática, entre os quais: “A pessoa que me ‘entrevistou’ para efeitos de teste de HIV foi bastante indelicada julgando os comportamentos sexuais que partilhei ter feito. Fê-lo de uma forma desadequada, que me deixou bastante embaraçado. Não voltei mais àquele serviço. Na altura não apresentei queixa, mas devia tê-lo feito.”; “Estava com uma IST e foi assumido como normal face a minha homossexualidade, tendo recebido comentários de pena entre vários dos médicos.” (22:p20-21). Através destes testemunhos é possível observar a constante discriminação em contextos de saúde que estas pessoas sofrem. O receio destes episódios discriminatórios leva a que estas pessoas hesitem ou deixem de recorrer aos serviços e profissionais de saúde. Há ainda relatos de participantes que mencionaram episódios de discriminação quando tentaram doar sangue. Conclui-se que o estigma continua a associar-se a grupos de risco e não a comportamentos de risco. As pessoas médicas continuam a contribuir para a construção de ambientes hostis e desinformados que fomentam cuidados de saúde de menor qualidade e que levam à menor disposição desta minoria em partilhar a sua orientação sexual (22). Assim, percebe-se que a discriminação, reforçada pela invisibilidade sentida ou esperada, resulta num menor acesso aos cuidados e serviços de saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e homens gays (48).

4.3. Prevalência de Patologia Oncológica em pessoas LGBTI+

Como tem sido descrito ao longo desta dissertação, as pessoas da comunidade LGBTI+ são alvo de diversos obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. Esta problemática pode contribuir para o maior risco e prevalência de algumas patologias.

O cancro, definido por ser uma proliferação anormal das células, continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo (51). De acordo com o Registo Oncológico Nacional, registou-se em Portugal, no ano de 2020, 52.723 novos casos de cancro, havendo uma diminuição de 9% em comparação com os registos efetuados em 2019. Provou-se, também, que a pandemia da Covid-19 teve um impacto negativo na área da oncologia, uma vez que se verificou um atraso no diagnóstico e, por isso, um menor número de novos casos registados. Nesse ano, os cancros mais frequentes foram o cancro da mama, colorretal, próstata e pulmão. A Entidade Reguladora de Saúde, em 2023, registou que cerca de sete mil utentes aguardavam, ainda, pela sua cirurgia oncológica e 19% destes doentes tinham uma espera superior aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (52).

A adoção de um estilo de vida saudável, a prevenção, a deteção precoce e o tratamento são fatores cruciais para o combate desta patologia, bem como, para um prognóstico positivo. No entanto, verifica-se algumas disparidades para as minorias sexuais e de género neste processo. A orientação sexual e a identidade de género são, muitas vezes, negligenciadas quando abordamos os cuidados oncológicos. As taxas de mortalidade e incidência de alguns cancros como o cancro do pulmão, colorretal, anal, da próstata, do colo do útero e da mama são elevadas nas pessoas LGBTI+ (51). Um estudo que analisa a relação entre o cancro e esta população descreve que as mulheres lésbicas e bissexuais têm uma percentagem de 14% e 17,6%, respetivamente, para desenvolver esta patologia comparado com 11,9% das mulheres heterossexuais. Os homens das minorias sexuais têm também uma maior prevalência de cancro da pele quando em comparação com a população em geral. Relativamente às pessoas trans é difícil concluir algo com algum valor científico, uma vez que existem poucos estudos que analisem esta problemática (51).

Como já mencionado anteriormente, a população LGBTI+ tem comportamentos de risco como o elevado consumo de tabaco, álcool, drogas e atividade sexual de risco. Estes comportamentos contribuem para as taxas elevadas de cancro nesta população. O HPV (Vírus do Papiloma Humano) é conhecido como sendo um fator de risco para o cancro do colo do útero, no entanto, tem-se verificado que pode causar tumores malignos anais. Este estudo relata que vários homens homossexuais revelam já ter tido relações sexuais anais sem uso de preservativo. As taxas de atividade sexual anal são mais elevadas nestes homens comparativamente às pessoas heterossexuais (51). De facto, estes

comportamentos de risco iniciam-se na adolescência das minorias sexuais, uma vez que estas pessoas são alvo de discriminação, violência e marginalização pelos seus pares, contribuindo para que estes jovens adotem, de forma prematura, comportamentos fortemente relacionados com a patologia oncológica. Além disso, as pessoas que pertencem a estas minorias sexuais mostram menor adesão relativamente aos rastreios do cancro, por exemplo, homens gays e bissexuais têm menos probabilidade de realizar o teste de antígeno específico da próstata (PSA) para rastrear o cancro da próstata. Adicionalmente, os fatores de risco descritos são também muito característicos da população trans que mostra ter 1,5 vezes mais taxas de tabagismo comparativamente à população em geral, maiores taxas de consumo de drogas, álcool e infeções por VIH (51). Estas pessoas realizam, também, menos rastreios como, por exemplo, a citologia do colo do útero, rastreio que previne e deteta o cancro do colo do útero. É importante destacar que mesmo após os tratamentos para combater esta patologia, as pessoas LGBTI+ continuam a apresentar elevadas taxas de comportamentos de risco. Após o diagnóstico e tratamento adequados esta população evidencia uma saúde física e mental débil, com sintomas de depressão mais elevados, aumentando o risco de alguns comportamentos associados ao cancro. A literatura descreve que as pessoas sobreviventes homossexuais (homens e mulheres) apresentam 2,6 vezes mais probabilidade de consumo de drogas e menos 60% de probabilidade, quando comparadas com as pessoas heterossexuais nas mesmas condições, de considerarem o seu estado de saúde atual bom. Pode-se concluir que, após a realização dos tratamentos, as pessoas de minorias sexuais continuam a ter resultados negativos na sua saúde (51).

A discriminação e estigma que a população LGBTI+ vive no seu quotidiano dificulta os seus acessos aos serviços de saúde. Estas barreiras dificultam tanto a prevenção, por exemplo, o acesso à vacina do HPV e hepatite B, como os tratamentos, por exemplo, relacionados com o tabagismo, destas pessoas quando são diagnosticadas com cancro. Quando esta população tem oportunidade de não omitir a sua orientação sexual ou identidade de género em contexto clínico é notório um prognóstico mais positivo desta patologia, no entanto, muitas vezes, isto não acontece devido a experiências negativas prévias. Esta falta de inclusão das pessoas LGBTI+ nos serviços de saúde potencia uma relação médico-doente distante, resultando na recolha de uma anamnese e história clínica incompletas. Este estudo destaca a falta de comunicação entre as pessoas profissionais de saúde na área de oncologia com os homens homossexuais, a constante suposição da sua orientação sexual, a rejeição destes homens enquanto pessoas doentes e a elevada desinformação relativamente às necessidades específicas oncológicas desta minoria sexual (51). Com efeito, mesmo após as pessoas LGBTI+ recorrerem aos serviços de saúde, é de realçar a ausência de um ambiente inclusivo em consulta que não possibilita a

revelação da orientação sexual ou identidade de género destas pessoas. Consequentemente, as mesmas não são encaminhadas ou aconselhadas para a realização de exames de rastreio do cancro. No entanto, têm surgido algumas recomendações nos EUA, como as da *National LGBT Cancer Network*, que defendem os direitos destas pessoas em contexto clínico, não permitindo a discriminação, a linguagem heterossexista/cissexista de matérias educativas ou formulários de admissão e, ainda, disponibilizam informações relativamente às necessidades específicas desta população (51). Os autores destacam a falta de pessoas profissionais de saúde com conhecimento pormenorizado na área dos cuidados LGBTI+ o que limita o acesso desta comunidade a cuidados oncológicos de qualidade. Importa referir que as *guidelines* e recomendações para o rastreio do cancro nas minorias sexuais e de género são inadequadas. Com efeito, apesar de existirem dados que comprovam que os homens homossexuais e bissexuais têm um risco mais elevado de vir a desenvolver cancro anal, atualmente, não existem orientações para a realização de testes como a citologia anal em pessoas não infetadas pelo HIV, com o objetivo de detetar ou despistar precocemente esta patologia anal (51).

Esta problemática reflete-se principalmente na saúde das pessoas trans, que são uma população muito afetada devido à falta de formação das pessoas médicas nesta área. Analisando mais atentamente a situação desta minoria de género, é possível perceber que as pessoas profissionais de saúde têm de ir ajustando as orientações e diretrizes padronizadas para os vários rastreios do cancro, no sentido de personalizarem e chegarem às necessidades desta comunidade. As pessoas utentes trans e não-binárias encontram-se em situações vulneráveis e com um claro desconforto quando recebem cuidados oncológicos associados ao sexo e género que lhes foi atribuído à nascença. Assim, importa destacar que existem especificidades, às quais as pessoas médicas devem estar atentas aquando da prestação de cuidados de saúde oncológicos às pessoas trans, por exemplo, a possível semelhança entre a displasia cervical e a atrofia cervical devido ao uso de testosterona, nos homens trans (51). Nas mulheres trans importa referir o risco de cancro da próstata apesar da mesma se encontrar atrofica consequente da supressão androgénica. Com efeito, surgem algumas questões relativamente à importância de o rastreio das pessoas trans ter em conta se estas estão a fazer terapia hormonal de substituição. A hormonoterapia influencia o resultado e pertinência destes rastreios. Relativamente às contraindicações hormonais nestes doentes é importante perceber que as mesmas envolvem vários tipos de cancro. No estudo dos EUA já mencionado, é dado um exemplo relativamente às pessoas trans que têm cancros com recetores de estrogénio positivos (como o cancro da mama) e que revelam fazer hormonoterapia com testosterona, sendo que esta pode ser aromatizada em estradiol e, consequentemente, estimular o crescimento do cancro (51). Com este exemplo entende-se a pertinência de questionar estas pessoas

relativamente ao uso de hormonas, uma vez que podem ter consequências no prognóstico da patologia oncológica. De acordo com a literatura científica atual, as mulheres trans que não realizaram vaginoplastia devem efetuar, anualmente, exames retais após os 50 anos, no entanto, em utentes que procederam à cirurgia, deve-se fazer palpação transvaginal (51). Além disso, o *Center for Excellence for Transgender Health* da Universidade da Califórnia, reforça a importância de os homens trans realizarem rastreios do cancro da mama, rastreios do cancro do colo do útero e avaliem possíveis hemorragias vaginais, uma vez que o excesso de testosterona pode provocar excesso de estrogénio e, consequentemente, estas hemorragias. As mulheres trans devem fazer rastreios para o cancro da mama, da próstata e, ainda, exames às neovaginas. Para reforçar esta problemática, outros estudos destacam que 59% das/os médicos não tinham conhecimento relativamente ao aconselhamento e orientações específicas para rastrear esta população (51).

Após ter sido abordada a importância de rastrear esta população para alguns dos cancros mencionados, importa analisar mais atentamente a prevalência e certos impactos que algumas destas doenças oncológicas podem vir a ter na comunidade LGBTI+.

De acordo com um estudo realizado na Universidade do *Minnesota*, o cancro da próstata é o segundo cancro mais frequente nos homens. De acordo com os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, estima-se que cerca de 97.845 a 123.006 homens homossexuais, bissexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (GBM) têm um diagnóstico desta patologia oncológica (53). Como explanado anteriormente, os homens GBM têm menos probabilidade de realizar o teste da PSA comparativamente aos homens heterossexuais. Os autores identificaram seis fatores relacionados com o estilo de vida que podem contribuir para o maior risco deste cancro nos homens GBM. Destacou-se: a utilização de suplementos de testosterona e esteroides anabolizantes, o uso de finasterida (medicamento antiandrógeno que inibe a 5-alfaredutase, enzima esta que converte a testosterona em di-hidrotestosterona) indicado para a alopecia androgénica, o *status* da infeção por HIV e o tratamento antirretroviral, a dieta gordurosa, os possíveis efeitos do sexo anal nos testes da PSA e, ainda, a falta de comunicação entre as pessoas médicas e utentes. Relativamente ao tratamento antirretroviral é importante explicar que este é um fator protetor no cancro da próstata, apesar do HIV e, da consequente imunodeficiência alterarem o risco e a virulência desta patologia (53). Estes homens referem, também, que as pessoas médicas não questionam sobre a sua orientação sexual. Consequentemente, não existe abertura para os doentes partilharem dados sobre a sua vida sexual. Esta informação é importante, pois uma estimulação prévia da próstata pode resultar na significativa alteração sérica da PSA. Os resultados da PSA são inválidos caso os pacientes tenham praticado sexo anal há menos de 48h, devendo, por isso, ser

aconselhados para a não estimulação anal antes do teste da PSA. No entanto, são necessários mais estudos que concluam, de forma não especulativa, o processo de avaliação feito pelas pessoas médicas para perceber se o teste da PSA é ou não considerado inválido aquando do atendimento destas minorias sexuais. Isto é importante para posteriormente, interpretar e comparar corretamente os valores da PSA com os dos homens heterossexuais e perceber qual o seu significado ou impacto no estudo do cancro da próstata (53). Assim, as pessoas profissionais de saúde assumem com alguma regularidade que estes homens não são sexualmente ativos ou são heterossexuais. Desta forma, os autores destacam a falta de informação e conhecimento sobre o cancro da próstata em homens homossexuais (53). Num artigo de Daniels et al. conclui-se que após um inquérito a 112 urologistas, a maioria revelou não perguntar aos seus utentes a sua orientação sexual. Assim sendo, estes profissionais mencionam sentir-se mais à vontade para discutir questões ligadas ao sexo com pacientes heterossexuais (54). Outra problemática identificada foram algumas das consequências que o tratamento desta patologia possa ter na vida destas pessoas. Surgem alguns desafios como a possível prostatectomia e posterior perda do local responsável pelo prazer sexual, a perda da ejaculação, a provável irritação retal persistente ou dor que pode impedir o sexo anal e dificuldades na ereção. Na penetração anal existe uma necessidade acrescida de rigidez na ereção (cerca de 33% comparativamente à penetração vaginal) (53). Revela-se que a dificuldade da ereção provoca um menor uso de preservativos por parte destes homens, levando ao aumento do risco de transmissão de HIV. Estudos identificam que a maioria dos homens das minorias sexuais têm alterações nas relações sexuais anais depois de realizarem o tratamento e quase metade (46%) cessa as mesmas. Os autores dão enfoque à alteração que pode ocorrer no papel no sexo, no estudo, percebeu-se que dos 58 homens que penetravam maioritariamente nas suas relações sexuais, antes do tratamento, 14 deles (24%) passaram a não conseguir fazê-lo e a ter de ser o seu parceiro (53). Além disso, existem algumas questões sem resposta relativamente a recomendações específicas para estes homens sobre quando é que podem voltar, de forma segura, a fazer sexo anal após o tratamento, uma vez que pode haver inflamação retal, hemorragia ou algum tipo de radiação residual resultante da braquiterapia. Consequentemente, estes homens relatam, ainda, uma diminuição da sua qualidade de vida, menos autoestima e mais dificuldades a nível do foro psicológico (53, 54).

O processo desta patologia pode ser desafiador para qualquer pessoa. Os homens das minorias sexuais, comparativamente com os homens heterossexuais, relatam ter menos apoios familiares e sociais no acompanhamento deste cancro o que aumenta, de forma exponencial, a sua vulnerabilidade (53). Existem algumas formas de combater estes obstáculos como, por exemplo, através de grupos de apoio (presenciais ou online)

com homens nas mesmas condições e com uma orientação sexual não heteronormativa, sendo possível estas pessoas exporem livremente as suas preocupações (53). Adicionalmente, a literatura indica que o apoio dos parceiros dos doentes é uma ferramenta essencial para ajudá-los a lidar com as mudanças da sua sexualidade e intimidade (53). Com efeito, um estudo que analisa o impacto do cancro da próstata nestas minorias sexuais, descreve que o crescente interesse sexual mostrado pelos parceiros está associado a um prognóstico positivo relativamente à função sexual dos pacientes (54).

É certo que as discussões e investigações científicas têm que cada vez mais se debruçar na patologia oncológica nas minorias sexuais e de género. Com o aumento da esperança média de vida há cada vez mais homens a chegar às faixas etárias nas quais o diagnóstico de certos tipos de cancro, como o cancro da próstata, são mais prevalentes (53). No entanto, ainda se verificam entraves, nomeadamente, no recrutamento significativo de homens bissexuais ou homossexuais para estes tipos de estudo e na organização cisheteronormativa dos serviços de saúde – fatores que continuam a ser barreiras na evolução do conhecimento relativamente a este tema. A título de exemplo, até há pouco tempo a função erétil no tratamento do cancro da próstata era quantificada como “suficiente para a penetração vaginal”. Todos estes fatores contribuem para a invisibilidade do cancro da próstata nos homens com uma orientação sexual não heteronormativa (53).

Em suma, é necessário adotar algumas medidas que ajudem os avanços científicos desta problemática. Primeiro, é essencial localizar e recrutar homens homossexuais e bissexuais com cancro da próstata, no sentido de estudar e identificar as medidas adequadas para estas pessoas. De seguida, são fulcrais estudos empíricos para quantificar a prevalência e incidência de problemas e efeitos que o tratamento desta patologia possa desempenhar nesta população (53). Perceber, também, quais as preferências destes homens no tratamento, se têm uma probabilidade maior, menor ou igual comparativamente às pessoas heterossexuais, para optar por intervenções cirúrgicas (53). Estudar quais as necessidades específicas destes homens no período após o tratamento e recuperação. Finalmente, é imprescindível formar urologistas, cirurgiões, oncologistas e outros especialistas, com um conhecimento mais próximo, detalhado e personalizado desta população (53).

O cancro da mama nas minorias sexuais e de género é outra problemática que merece destaque. De acordo com um estudo do *Journal of Psychosocial Oncology*, em 2023 previa-se que cerca de 297.790 mulheres dos EUA iriam ser diagnosticadas com cancro da mama (55). Desconhece-se, devido à falta de literatura científica, a incidência e prevalência desta patologia nas minorias sexuais e de género. No entanto, especula-se que cerca de 15.000 pessoas destas minorias foram diagnosticadas com cancro da mama nos EUA em 2023. Estas conclusões não têm por base muitos estudos, uma vez que é

necessário recolher a orientação sexual e identidade de género aquando do diagnóstico, tratamento e aconselhamento destas pessoas (55).

Os obstáculos destas mulheres iniciam-se antes de serem diagnosticadas. As mulheres lésbicas e bissexuais são alvo de vários fatores de risco para este cancro, tais como, a nuliparidade, obesidade e o facto de recorrerem com maior prevalência ao álcool e tabaco. Estas mulheres fazem, também, com menos frequência mamografias (55). Com efeito, os resultados desta patologia são menos positivos, pois é descrito que estas têm um diagnóstico tardio de cancro da mama, uma maior recorrência do mesmo, mais probabilidade de não aceitarem o tratamento recomendado pelo oncologista e um elevado risco de cancro da mama fatal ajustado à idade (55).

A fase do tratamento das várias patologias oncológicas caracteriza-se por ser um momento onde são discutidos alguns fatores importantes, nomeadamente, as preferências e o estilo de vida das pessoas doentes, pontos importantes na decisão conjunta de cuidados holísticos e adequados a cada pessoa. De facto, as recomendações devem seguir as *guidelines* nacionais para cada patologia, no entanto, no cancro da mama as mulheres têm algumas decisões e escolhas importantes a fazer, tais como, se desejam fazer mastectomia ou cirurgia conservadora com radiação, ou se preferem fazer uma cirurgia de reconstrução (55). Revela-se importante descartar que na população geral as pessoas doentes e os profissionais de saúde entram, muitas vezes, em desacordo no que concerne ao melhor rumo e opções de tratamento. Dando ênfase ao caso das mulheres das minorias sexuais, pressupostos heteronormativos da sua orientação sexual por parte das pessoas profissionais de saúde, bem como, uma organização pouco inclusiva dos serviços de saúde favorecem o distanciamento na relação médico-doente que resulta na contínua insatisfação das utentes em relação aos cuidados de saúde (55). Assim sendo, isto potencia menos apoios, a falta de informações e aconselhamentos específicos e fracos resultados tanto clínicos como na saúde sexual destas mulheres. Estas relatam algumas barreiras presentes quando tentam aceder aos serviços de saúde, nomeadamente, o constante medo da discriminação e preconceito, a homofobia e a falta de informação e competência por parte das/os médicos relativamente às suas necessidades específicas. Estas entraves impossibilitam e afastam esta minoria no acesso a uma saúde digna e completa, tornando cada vez mais evidente a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais em contexto clínico (55).

Os autores concluem que muitas mulheres lésbicas e bissexuais optam por recorrer à cirurgia de reconstrução, justificando que esta alternativa as ajudava a não serem mais vistas como doentes oncológicas aos olhos da sociedade. No entanto, esta minoria refere sentir alguma pressão aquando da escolha desta cirurgia devido às normas cisgénero aceites socialmente. Além disso, estas normas são também associadas aos

cirurgias oncológicas que, na maioria das vezes, não sugerem outra opção sem ser a de reconstrução mamária após a mastectomia (55). O olhar cisheteronormativo da sociedade torna esta última cirurgia como um passo natural e quase obrigatório destas doentes oncológicas. Estas mulheres (lésbicas ou bissexuais) relataram sentir algum receio, caso não fizessem a cirurgia, em serem confundidas com mulheres trans ou mulheres em processo de transição, algo que contribui para o aumento da transfobia (55). Os autores concluem a partir de alguns estudos que as mulheres das minorias sexuais que não realizavam a cirurgia de reconstrução não se arrependiam da sua decisão, salientando sentir-se atraentes e confiantes. Aquelas que recorreram à cirurgia destacam o desconforto e dor pós-cirúrgica, mais dificuldade em movimentar-se e as cicatrizes. Muitas doentes relatam que não estavam preparadas nem informadas relativamente às possíveis complicações, resultados estéticos e limitações físicas desta cirurgia (55). Algumas doentes mencionam os impactos negativos que esta patologia oncológica teve na sua vida sexual. A perda de sensibilidade na mama e no mamilo após a mastectomia, a queda de cabelo, a diminuição da libido e a secura vaginal foram fatores que interferiram na sua intimidade. Estes contribuíram para o despertar de algumas preocupações relativamente à ausência das suas mamas como a incapacidade de excitação das pessoas parceiras destas mulheres, favorecendo a sua decisão para uma possível reconstrução mamária (55). No entanto, este estudo dos EUA revelou ser mais comum que as mulheres destas minorias estejam preparadas para rejeitar esta cirurgia, uma vez que esta pode aliar-se à ideia de uma forma feminina desejável e mais aceitável socialmente. Outras doentes consideraram que ao fazerem parte da comunidade *queer*, sentiram-se mais confortáveis em desafiar alguns ideais de beleza cisheteronormativos, referindo que ter ou não mamas nada tem a ver com a sua identidade de género ou orientação sexual (55).

Como referido anteriormente, existem barreiras no processo do tratamento oncológico destas mulheres que estão associadas à cultura cisnormativa nos serviços de saúde. Os autores realçam que as mulheres destas minorias apesar de quererem ter um papel ativo na sua recuperação, sentiam falta de apoio pelos profissionais de saúde e ausência de opções fora da esfera cisheteronormativa (55). As doentes mostraram-se desmotivadas pela pressão sentida, maioritariamente feita pelos cirurgiões, para seguir o progresso considerado natural do tratamento. Muitas vezes, estas mulheres tinham de explicar e justificar a razão pela qual não queriam seguir o aconselhamento clínico prestado. Além disso, outras tiveram de debater com o cirurgião a sua decisão até que ele a aceitasse, pondo em causa a questão do direito de uma decisão livre, autónoma e informada por parte das pessoas doentes (55). Por outro lado, algumas doentes relataram experiências positivas nos cuidados de saúde identificando o respeito, a atenção, o tempo disponibilizado e a decisão partilhada com a/o seu médico. Algo comum nos vários

estudos analisados pelos autores, foi a falta de formação das pessoas especialistas relativamente às necessidades das minorias sexuais e de género. Destaca-se que no plano terapêutico não eram incluídas as especificidades dos cuidados de afirmação de género, isto é, se estavam ou não a fazer terapia hormonal de substituição ou o local da cicatriz da mastectomia (55).

Neste sentido, importa trabalhar na construção de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos doentes, incluindo na sua orientação sexual e identidade de género. Através do estudo de Rhoten et al. com 366 mulheres lésbicas e 64 bissexuais, 75% destas pessoas referiu não encontrar informações sobre como ser uma pessoa da comunidade LGBTI+ com cancro durante a sua trajetória de recuperação (56). Assim, a falta de recursos e grupos de apoio não cisheteronormativos assume-se como uma lacuna comum nos vários estudos. A satisfação nos cuidados oncológicos destas mulheres com cancro da mama advém de medidas e um ambiente inclusivo aquando do seu tratamento. As suas experiências durante os cuidados oncológicos têm uma elevada importância para definir o rumo da patologia (56). Este estudo concluiu que mulheres que tenham tido experiências negativas durante o tratamento têm mais probabilidade de perpetuá-las após o mesmo. Consequentemente, isto irá contribuir para a diminuição da sua qualidade de vida e para o menor envolvimento em rastreios que previnam e controlem a recorrência do cancro. No entanto, são necessários mais estudos que avaliem e definam estratégias para a melhor adaptação destas doentes, durante e após o tratamento, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, não ficarem isoladas e experienciarem cuidados oncológicos cada vez mais inclusivos (56).

Finalmente, assume-se importante perceber de que forma a comunidade em geral e, mais especificamente, a comunidade LGBTI+ é afetada pelo cancro do colo do útero.

O HPV é geralmente transmitido por via sexual (sexo vaginal, anal ou oral), através do contacto com a pele ou com a mucosa. Este vírus está associado a alguns sintomas, nomeadamente, prurido, dor durante a relação sexual, verrugas anais ou genitais, corrimento anormal e metrorragias (sangramento fora do período menstrual). O diagnóstico desta patologia faz-se através da citologia do colo do útero (57). É essencial referir que cerca de 50% a 80% da população sexualmente ativa é infetada, em algum momento da sua vida, pelo HPV, no entanto, na maioria das pessoas esta infeção não evolui para a doença sintomática. Algumas pessoas têm maior risco para desenvolverem esta doença, tais como, as mulheres grávidas, as imunodeprimidas e as pessoas com um maior número de parceiros/as sexuais que não usam preservativo nas suas relações íntimas. Existem vários tipos de vírus do papiloma humano: os de baixo risco (6 e 11) e os de alto risco (16 e o 18), identificando-se como sendo os mais frequentes, respetivamente (57). O HPV 16 e 18 são responsáveis por cerca de 70% das lesões mais graves, como o cancro do colo

do útero. Atualmente, em Portugal, a vacina contra este vírus, é realizada aos 10 anos de idade tanto em raparigas (duas doses) como em rapazes. A administração aos jovens rapazes foi iniciada em outubro de 2020. A vacina é profilática e não terapêutica, sendo, por isso, necessário que tanto a população, como as próprias pessoas profissionais de saúde, estejam informadas relativamente ao HPV e às suas especificidades (57).

De acordo com um outro estudo nos EUA, o acesso ao rastreio para o cancro do colo do útero fez com que houvesse uma redução significativa na incidência e mortalidade das pessoas que contraíam esta patologia (58). Este estudo analisou 5167 mulheres cis, entre as quais, 447 tinham uma orientação sexual não heteronormativa e 4720 eram heterossexuais. Foi possível observar que 318 mulheres cis LGB (71,14%) referiram ter realizado o rastreio para o cancro do colo do útero comparativamente com 3632 mulheres cis heterossexuais (76,95%) (58). Consequentemente, concluiu-se que as mulheres cis heterossexuais aderem 10% mais ao rastreio do cancro do colo do útero do que as mulheres cis LGB. Os autores incluíram uma outra variante no seu estudo, isto é, se estas mulheres tinham ou não médico nos cuidados de saúde primários. Percebeu-se que o facto de terem MGF estava associado a um rastreio atualizado para esta patologia oncológica (58). Assim, as mulheres cis LGB com uma pessoa médica nos cuidados de saúde primários, tinham 93% de probabilidade de ter realizado o rastreio, comparativamente aquelas que não tinham uma pessoa médica (58). É relevante referir que esta disparidade entre as duas populações femininas pode ser reduzida através de um acesso igualitário aos cuidados de saúde, abolindo certas barreiras heteronormativas que impossibilitam o seu acesso. De acordo com a literatura científica, é fulcral que as pessoas profissionais de saúde estejam cada vez mais informadas sobre as necessidades das mulheres da comunidade LGBTI+. Os resultados deste estudo mostraram que a realização do rastreio ao cancro do colo do útero está associada a ter uma pessoa médica nos cuidados de saúde primários. Esta associação foi significativamente mais relevante para as mulheres cis LGB que, apesar de terem menos probabilidade de serem rastreadas, esta discrepância pode ser diminuída através de um melhor acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, aos cuidados de saúde primários (58).

Num outro estudo, os autores referiram que a prevalência de infeção por HPV entre mulheres que pertencem a minorias sexuais é igual ou superior comparativamente às mulheres cis-heterossexuais. Os HPV de alto risco, 16 e 18, podem contribuir significativamente para o desenvolvimento de cancro do colo do útero, verificando-se uma prevalência entre 9% a 37% nestas minorias (59). Bustamante et al. tentaram perceber alguns dos fatores que influenciam a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero por parte das minorias sexuais. Foram inquiridas 435 mulheres entre os 21 e 45 anos, nos EUA. Concluiu-se que 75% destas mulheres cumpriam as diretrizes atuais para o rastreio

desta patologia oncológica (59). As mulheres que tinham recebido recomendações dos seus médicos/as ou que lhes tinham revelado a sua orientação sexual são mais prováveis de aderir à realização deste rastreio. Neste estudo, fatores como ter um seguro de saúde ou ter uma pessoa parceira foram identificados como essenciais para cumprir as diretrizes do rastreio deste cancro (59). A falha na adesão ao rastreio é explicada pela ausência de seguro de saúde (42%), de seguida, pela ideia de considerarem não ser necessário realizar o rastreio (28%), pela possibilidade de dor aquando da realização do teste (23%), por não terem tempo (17%) e, ainda, pelo sentimento de vergonha em fazer este rastreio (16%) (59). Esta problemática é explicada através da desinformação por parte das pessoas profissionais de saúde relativamente à saúde sexual destas mulheres e às suas necessidades. Assim, as/os profissionais consideram existir um menor risco para as mulheres lésbicas terem cancro do colo do útero. Com efeito, uma relação médico-doente inclusiva, isenta de juízos de valor, é crucial para uma crescente adesão por parte de todas as mulheres aos vários rastreios (59).

4.4. Cuidados Paliativos em pessoas LGBTI+

Os cuidados de saúde deveriam ser um lugar seguro, livre de estigmas e de preconceitos. Como tem sido mostrado, essa não é a realidade vivida pelas pessoas LGBTI+. Estas pessoas são vítimas de discriminação e marginalização nos mais variados setores da saúde e estas experiências negativas podem resultar na ausência de procura de cuidados paliativos quando estes são necessários.

Berkman et al. questionaram, no seu estudo, 865 profissionais de saúde que trabalhavam nos cuidados paliativos nos EUA, indagando se estas pessoas tinham presenciado ou observado algum comportamento desrespeitoso, inadequado ou discriminatório e abusivo aquando do tratamento de doentes da comunidade LBGTI+, nomeadamente, pessoas lésbicas, gays e bissexuais e, ainda, aos seus parceiros/as (60). Os autores descreveram que 23% das pessoas inquiridas revelou ter assistido à discriminação no atendimento de pessoas LGB. Com efeito, foi possível concluir que 15,6% observou um atendimento desrespeitoso, 7,3% assistiu a um atendimento inadequado e 1,6% esteve perante um atendimento abusivo. Aferiu-se, também, que 43% destes profissionais presenciaram comportamentos discriminatórios com as pessoas parceiras dos pacientes LGBTI+ em causa (60). Interessa analisar de forma mais atenta os três comportamentos mencionados neste estudo. Relativamente ao comportamento desrespeitoso, algumas das pessoas inquiridas referem ter assistido a comentários de colegas, nos quais estes mencionaram a orientação sexual das pessoas doentes ser algo anormal, ridicularizando-a. Esta problemática desperta algumas preocupações relativamente ao direito de uma saúde digna e holística da comunidade LGBTI+. Estas entraves potenciam a menor

procura dos cuidados de saúde pelas pessoas doentes, fomentando uma menor qualidade de vida (60). Importa referir, uma vez mais, as lacunas da formação médica para tratar estas pessoas, nomeadamente, nos profissionais de oncologia que têm um escasso conhecimento sobre as necessidades terapêuticas das pessoas pacientes LGBTQIA+. Adicionalmente, relatou-se, também, a ausência de respeito na abordagem dos parceiros e parceiras dos pacientes (60). As pessoas parceiras são fundamentais em todo o processo dos cuidados paliativos, o seu não reconhecimento, a limitação nas suas visitas ou o julgamento na demonstração de afeto pelos casais, leva ao seu afastamento e descrença pelos serviços de saúde. No que diz respeito ao comportamento inadequado pelos profissionais, foi descrito que o tratamento das pessoas LGBTQIA+ é, muitas vezes, incompleto, uma vez que algumas pessoas profissionais sentem um certo desconforto aquando do tratamento destes pacientes, não fazendo a anamnese ou outros tipos de exame na sua totalidade. Sobre os cuidados abusivos, salienta-se alguns exemplos mencionados neste estudo, tais como, o atraso na toma da medicação de uma doente lésbica, o atraso na higiene pessoal de um doente homossexual, sabendo que o mesmo estava acamado, entre outros (60).

Kalmar et al. descrevem, no seu estudo, algumas barreiras que a comunidade LGBTQIA+ enfrenta quando tenta aceder aos cuidados de saúde, o stress constante vivido por esta minoria e as microagressões sofridas. Estas componentes influenciam a sua experiência nos serviços de saúde e, posteriormente, a menor adesão aos cuidados paliativos (61). Os autores destacam algumas barreiras, nomeadamente, assumir a orientação sexual e identidade de género dos doentes, a falta de formação para tratar pessoas de minorias sexuais e de género, o isolamento e a falta de apoio social, entre outras. Estas minorias sexuais e de género são alvo de estigma e discriminação no seu quotidiano o que contribui para um stress cumulativo ao longo da sua vida (61). Relativamente às microagressões estas podem ser sob a forma verbal, comportamental ou ambiental, intencionais (ou não), que recorrem a insultos ou juízes de valor depreciativos. Importa mencionar que quando uma pessoa paciente LGBTQIA+ recorre aos cuidados paliativos é provável que tenha sofrido anteriormente microagressões nos serviços de saúde, sendo, por isso, importante que estes cuidados sejam inclusivos, que transmitam confiança e sejam livres de preconceitos, contribuindo para a melhor qualidade de fim de vida destes doentes (61). As experiências negativas anteriores influenciam a forma como estes pacientes lidam com a dor, a sua doença, e todo o processo associado aos cuidados paliativos. A medicina paliativa desempenha um papel fundamental no fim de vida destas pessoas doentes. Através desta arte é possível envolver mais estes pacientes em todo o progresso da sua doença, contribuindo para a melhor gestão da sua dor, tanto física, como psicológica e social (61). Posto isto, é necessário que as/os médicos desenvolvam cuidados

centrados no doente de forma a praticar uma medicina individualizada e adaptada a cada paciente, na qual haja uma tomada de decisão partilhada. É essencial que a/o doente esclareça as suas dúvidas e, sempre que desejado, os familiares sejam envolvidos nestas tomadas de decisão (61). As pessoas médicas devem adotar algumas ferramentas para maximizar cuidados o mais inclusivos possíveis, como usar perguntas abertas na interação com o doente. No entanto, existem falhas na comunicação médico-doente, muitas vezes, a linguagem médica utilizada não é apropriada ou entendida pela pessoa doente. Esta divergência na compreensão evidencia a complexidade deste processo, nomeadamente, na proximidade médico-doente, tornando, o alcance dos objetivos desejados, mais moroso (61). Os autores descrevem algumas técnicas que podem ser usadas pelas pessoas médicas na abordagem e tratamento destes pacientes. Primeiro, destacam a importância de avaliar quem são as pessoas responsáveis pela tomada de decisão, qual o seu conhecimento sobre o quadro clínico e qual a situação familiar da pessoa doente. Segundo, é fulcral perceber qual a compreensão da/o paciente sobre o seu estado de saúde e colmatar as lacunas que possam existir. Terceiro, mostra-se essencial avaliar quais as experiências e contactos prévios que a pessoa teve com os serviços de saúde. No sentido de fomentar a qualidade de vida destas pessoas, é importante esclarecer quais os seus valores, preocupações, prioridades e limites (61).

Num outro estudo, foram abordadas algumas estratégias a adotar aquando do tratamento paliativo das pessoas LGBTI+. A recolha de informações sobre a orientação sexual e identidade de género revela-se um passo importante nos cuidados paliativos holísticos e personalizados (62). Esta recolha contribui para o desenvolvimento da confiança necessária na relação médico-doente, ajudando na melhor compreensão das experiências e estigmas vividos por estas minorias. A autora propõe uma recolha destes dados de forma eletrónica ou através de formulários de admissão de rotina em papel. Estas estratégias fomentam uma mudança nos cuidados cisheteronormativos que regem a sociedade para uns mais inclusivos (62). As/os profissionais dos cuidados paliativos devem ser incentivados a promover espaços seguros que permitam as pessoas doentes conversarem e revelarem informações sobre a sua orientação sexual e identidade de género, que considerem importantes partilhar, sem sentirem receio em fazê-lo. Estas ferramentas predispõe um maior conforto dos pacientes, uma maior aproximação na relação profissionais de saúde-doentes e cuidados de melhor qualidade e adequados às necessidades das pessoas LGBTI+ (62). Importa, também, referir que a saúde mental destes doentes é algo afetado durante estes cuidados. As pessoas profissionais de saúde devem fornecer alguns mecanismos positivos de *coping* no sentido de ajudarem estes pacientes a gerir melhor toda a sua situação de vida. Podem ser sugeridos grupos de apoio, acompanhamento por psicólogos e psiquiatras que, possam ajudar esta população a lidar com o luto

antecipatório e a ter contacto com a psicoterapia e a farmacoterapia, sempre que necessário (62). Neste contexto, um outro estudo sublinha que, após os tratamentos oncológicos, apenas 5% (de 296 pessoas LGBTI+ inquiridas) recebeu informações relativas a grupos de apoio. A literatura debruça-se sobre os sentimentos de maior isolamento e depressão que as pessoas LGBTI+ sobreviventes de cancro relatam comparativamente a pessoas sobreviventes heterossexuais e cisgénero. Estes grupos de apoio devem, também, envolver os cuidadores destas pessoas, que, de acordo com a literatura, desenvolvem sentimentos de isolamento, uma vez que estes grupos não estão adequados às necessidades das pessoas LGBTI+ (51). Relativamente aos cuidados paliativos nas pessoas trans, a autora explica a importância de detalhar qualquer tipo de exame físico necessário para que, apesar do provável cenário vulnerável que a pessoa se encontra, se sinta o mais confortável possível. Além disso, as pessoas profissionais de saúde dos cuidados paliativos devem procurar trabalhar em conjunto com os endocrinologistas e as/os médicos dos cuidados primários destas pessoas. Adicionalmente, mostra-se essencial que as pessoas médicas estejam familiarizadas com as *guidelines* da WPATH para que consigam fornecer um tratamento paliativo o mais completo possível e adequado às necessidades destas pessoas (62).

Finalmente, é crucial salientar que os cuidados paliativos e o fim de vida destes pacientes são questões fundamentais nos cuidados oncológicos. As possíveis falhas e lacunas nestes cuidados a nível legal, social e psicológico mostram-se evidentes para as pessoas pacientes LGBTI+. Deste modo, as experiências no final da vida destes doentes continuam a ser dominadas por diversas barreiras, tais como, o receio da discriminação, o luto desvalorizado, o isolamento das famílias e a ausência de programas de luto culturalmente competentes e adequados às necessidades desta população (51). Desta forma, os cuidados paliativos devem abranger uma visão completa das especificidades de cada pessoa, ajustando-se às experiências de vida e contexto de saúde que cada indivíduo se encontra (62).

Capítulo 5- Profissionais de saúde: Formação e Informação

A revisão da literatura científica permitiu identificar várias barreiras, obstáculos e desafios que a população LGBTI+ enfrenta no seu dia a dia. As disparidades sentidas por estas pessoas verificam-se no setor da saúde, que é ainda marcado pela escassez de práticas inclusivas e livres de estigma pelas pessoas profissionais. Neste contexto, importa abordar os currículos médicos, as suas possíveis lacunas relativamente a estas problemáticas e as estratégias ou ferramentas necessárias para serem formadas futuras pessoas médicas capacitadas nestas áreas e capazes de praticar uma medicina completa e inclusiva.

Wynn et al. no seu estudo revelaram que o número de horas dedicadas à saúde de pessoas LGBTI+ nos currículos das escolas médicas do Canadá e dos EUA é de apenas 5 horas. Este estudo debruçou-se, de forma mais atenta, nesta problemática em estudantes de medicina na Austrália (63). Foi feito um inquérito, que obteve resposta de 913 pessoas estudantes de 21 escolas médicas australianas. Observou-se que a maioria das pessoas estudantes, tanto dos anos pré-clínicos (55%) como dos anos clínicos (89%) afirmou não ter contacto com um ensino direcionado e específico da saúde LGBTI+. Além disso, temas como o da saúde das pessoas trans e intersexo mostraram ser pouco abordados (16%) (63). As pessoas estudantes reconhecem a importância (89%) relativamente à abordagem destes temas de forma mais detalhada durante a sua formação médica. O inquérito realizado pelos autores tinha uma parte com questões abertas, as quais deram espaço às pessoas alunas de manifestarem algumas lacunas dos seus currículos. Primeiro, realçaram a necessidade de frequentar espaços de saúde LGBTI+ durante a sua prática clínica e a ausência da intervenção de pessoas LGBTI+, tanto para lecionarem estes temas, como para ajudarem na construção dos *currícula*- “*Our classes on this topic [LGBTQIA health] were delivered by cisgender heterosexual doctors who often did not understand these issues in depth.*” (63:p10). Seguidamente, as pessoas estudantes sublinharam que os *currícula* médicos não integravam as necessidades das pessoas LGBTI+ nos cuidados de saúde. Reforçaram, uma vez mais, o predomínio de docentes cisgéneros e heterossexuais nas faculdades de Medicina, mencionando o enquadramento heteronormativo do seu ensino que, inevitavelmente, silencia os temas *queer* dos conteúdos curriculares (63). Além disso, as pessoas estudantes destacam o desconforto, os conhecimentos desatualizados e alguns comportamentos discriminatórios do corpo docente, aquando da discussão da saúde da comunidade LGBTI+. Neste contexto, as pessoas alunas referem ser importante a inclusão destas temáticas em aulas práticas, nas quais

possa haver a discussão de casos clínicos que abordem as experiências de doentes LGBTI+ nos cuidados de saúde ou através de palestras e workshops lecionados por pessoas da comunidade LGBTI+ (63).

Hsing-Chen Yangnuk, num outro estudo, na universidade de medicina de Kaohsiung, menciona que a formação das futuras pessoas médicas está focada no exame final que estas têm de realizar para pertencerem à ordem (64). Deste modo, é descrito que apesar dos docentes reconhecerem a importância da abordagem de questões orientadas para a comunidade LGBTI+, estas não têm o mesmo peso comparativamente às manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, entre outros, das várias doenças, uma vez que os temas relacionados com as minorias sexuais e de género não são avaliados na prova final. No entanto, o autor, neste estudo, explorou a eficácia da utilização de casos práticos no ensino das pessoas estudantes de medicina, que relacionassem as necessidades dos cuidados de saúde da comunidade LGBTI+. Com efeito, concluiu que ensinar através de casos práticos que envolvam experiências enfrentadas pela comunidade LGBTI+ nos serviços de saúde fomenta o interesse das pessoas estudantes, ajudando-as na compreensão de conceitos relativos ao género e ao direito equitativo à saúde (64). Este ensino permite que as pessoas alunas participem ativamente e faculta, também, o desenvolvimento de ferramentas como a reflexão, a discussão de ideias e a capacidade de resolução de determinadas situações clínicas. Além disso, resulta, ainda, na compreensão do doente de forma holística, não tendo como único foco a sua doença. O autor revela que o envolvimento ativo das pessoas estudantes ajuda a integrar a compreensão de conhecimentos sobre a comunidade LGBTI+, facilita a interação da teoria com a prática clínica e resulta no melhor conhecimento sobre as necessidades de saúde, tanto física como mental, das pessoas LGBTI+ (64).

Num outro estudo, foram inquiridas 489 pessoas estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Neste inquérito, foram abordadas questões sobre as atitudes das pessoas alunas relativamente a pessoas Lésbicas e Gays e visou-se ainda aferir dos graus de conhecimento das mesmas sobre a homossexualidade (65). Relativamente ao primeiro tema, identificou-se que estudantes do género masculino têm resultados elevados quanto à rejeição de proximidade (RP) (refere-se ao desconforto ou evitação de interações com pessoas da comunidade LGBTI+ em vários contextos sociais) e heterossexismo moderno (MH) (refere-se a atitudes preconceituosas contemporâneas) comparativamente a estudantes do género feminino. Verificou-se, também, que estudantes que tinham pessoas amigas da comunidade LGBTI+ tinham resultados mais baixos de RP e HM. Relativamente ao conhecimento da homossexualidade, a questão que abordava se a revelação da orientação sexual, pelas pessoas homossexuais, é feita primeiro a pessoas amigas e só depois aos pais, foi a que obteve maior percentagem de respostas

corretas (86,5%). A questão que relatava se as mulheres lésbicas tinham maior risco de obesidade que as mulheres heterossexuais, foi a resposta com percentagem mais baixa de respostas corretas (1,5%). Os autores concluíram, ainda, que as estudantes obtiveram percentagens maiores de respostas corretas relativamente a mitos da homossexualidade. Neste contexto, esperava-se que as/os alunas/os de anos mais avançados do curso de medicina aceitassem, de forma mais natural, a diversidade dos vários pacientes (65). No entanto, aferiu-se que as pessoas estudantes de anos mais avançados manifestavam comportamentos de menor aceitação o que poderá ser explicado através do ambiente heteronormativo dos serviços de saúde que fomentam uma visão, das/os futuras/os médicas/os, menos sensível às várias orientações sexuais, à medida que vão tendo mais contacto com a prática clínica. Além disso, os autores referiram que estudos anteriores concluíram que pessoas médicas de especialidades como ortopedia, cirurgia e medicina geral e familiar eram caracterizadas por serem as que tinham mais comportamentos homofóbicos. Neste artigo, foi possível observar que as pessoas alunas que seguiam especialidades mais orientadas para a técnica (e não tanto orientadas para a pessoa) manifestavam níveis mais elevados de heterossexismo moderno (65). Lopes et al. relatam que são necessárias estratégias para fomentar o interesse das pessoas alunas de medicina sobre as necessidades, em contextos de saúde, da população LGBTI+ (65). Assim, foi sugerido introduzir no ensino médico casos clínicos, palestras com docentes LGBTI+, com o objetivo de ultrapassar alguns preconceitos da comunidade estudantil, bem como aumentar o seu conforto aquando da abordagem destes doentes nos serviços de saúde. Os autores refletem sobre a não exploração e, conseqüente, ausência de conhecimento da comunidade estudantil médica sobre as especificidades das pessoas LGBTI+, o que traduz a necessidade de desenvolver currículos médicos inclusivos para a promoção de cuidados de saúde equitativos e de qualidade para todas as pessoas (65).

Finalmente, foi analisada a iniciativa que a *Harvard Medical School (HMS)* lançou, em 2018, a qual abordou e integrou nos currículos médicos, durante 3 anos, o tema da saúde das minorias sexuais e de género (66). Esta iniciativa adotou estratégias que permitissem a integração destes conteúdos nas aulas e nos estágios; o envolvimento da comunidade LGBTI+; a abordagem interseccional que fomentasse a equidade racial; a promoção de ambientes seguros para pessoas estudantes e funcionárias LGBTI+ e não-LGBTI+; o desenvolvimento do conhecimento e atitudes do corpo docente que incentivassem um ensino mais completo sobre a saúde das pessoas LGBTI+ e, por último, salvaguardar que as pessoas alunas finalistas do curso de medicina estivessem preparadas para tratar com a maior qualidade e inclusividade as minorias sexuais e de género. Deste modo, os resultados refletiram-se através do desenvolvimento de 9 competências na saúde das minorias sexuais e de género, na integração de estudantes, docentes,

especialistas nacionais em saúde destas minorias e da comunidade LGBTI+ (66). Além disso, esta escola médica, focou-se, ainda, no aumento do número de matrículas de estudantes LGBTI+, verificando-se um aumento entre 2015 (4%) e 2021 (20%). Neste contexto, foi oferecida orientação e apoio às pessoas estudantes da comunidade LGBTI+ através do aconselhamento por professores LGBTI+, que as ajudavam, de forma personalizada e tendo em conta as suas necessidades, na gestão de situações que envolvessem a dificuldade na revelação de identidade ou a nível pessoal e académico. De forma a melhorar o *curricula* de HMS, foi feita uma revisão do mesmo para perceber quais as lacunas mais prementes. Assim, identificaram-se falhas tanto nos anos pré-clínicos, como nos anos com os estágios clínicos, uma vez que estes conteúdos eram pouco (ou quase nada) lecionados (66). Face a esta problemática, HMS optou por desenvolver uma sessão sobre a comunicação com pacientes das minorias sexuais e de género, que ensinasse como fazer uma história sexual completa às pessoas alunas dos anos pré-clínicos e clínicos. Outra iniciativa adotada foi a criação de experiências simuladas, permitindo às pessoas alunas praticar e desenvolver os seus conhecimentos aquando da abordagem de pacientes LGBTI+. Neste sentido, foram usados guiões com possíveis experiências nos serviços de saúde destes doentes e, de seguida, era dado um *feedback* formativo aos estudantes (66). Relativamente às lacunas identificadas nos estágios clínicos, priorizou-se o desenvolvimento de ferramentas essenciais para uma prática clínica inclusiva, dando oportunidade e condições ao corpo docente e às várias pessoas médicas, que acompanham as pessoas alunas nos estágios, de conseguirem aconselhar e ensinar estratégias específicas para as diversas especialidades. Neste sentido, pretende-se que as futuras pessoas médicas exerçam uma medicina inclusiva e não estigmatizada (66). De forma a colmatar as lacunas de um ensino incompleto, relativamente à problemática mencionada, foi desenvolvido um currículo para o corpo docente, online e organizado por módulos, que abrangia: termos, conceitos e desigualdades enfrentadas por esta comunidade. Incluía, também, a aprendizagem de diversas formas de comunicação, fomentava a integração de conteúdos de pessoas LGBTI+ nos vários anos da formação médica e potenciava, através de casos clínicos, a articulação de várias vertentes, nomeadamente, as identidades interseccionais e experiências de vida. Todas estas iniciativas abordadas neste currículo estão assentes no desenvolvimento de uma formação médica de maior qualidade (66).

Em jeito de conclusão, é imperativo que estes temas tão prementes tenham cada vez mais peso na formação das futuras pessoas médicas, para que todos os obstáculos até agora mencionados sejam ultrapassados, e se destaque uma medicina que é de todas as pessoas, efetivamente, para todas as pessoas (63,64,65,66).

Capítulo 6- Análise e discussão dos dados

6.1. Medicina inclusiva: Discursos das pessoas estudantes dos núcleos de medicina

Nesta segunda parte da presente dissertação optou-se por analisar a perspectiva das pessoas responsáveis pelos núcleos de estudantes de medicina das diferentes universidades públicas, no que às questões até agora analisadas diz respeito, para o que se realizou um inquérito online. O objetivo inicial seria fazer um focus group ou entrevistas com as pessoas dirigentes associativas, no entanto, devido à falta de tempo tanto da mestranda como das pessoas a entrevistar, optou-se por realizar um inquérito através da plataforma Google Forms. Relativamente à organização do inquérito, o mesmo é constituído por 5 perguntas de escolha múltipla e 9 perguntas abertas, tendo-se obtido um total de 7 respostas.

Em primeiro lugar, e com vista a caracterizar as pessoas respondentes (responsáveis pelos núcleos de estudantes de medicina ou suas representantes) destaca-se que estas têm idades entre os 20 e 30 anos, sendo que 57,1% são do género masculino e 42,9% do género feminino. Das pessoas dirigentes associativas que responderam ao questionário, 5 pessoas eram Presidentes do Núcleo de Estudantes de Medicina, sendo o restante, 2 pessoas, representantes dos núcleos. Registou-se, ainda, que estas pessoas frequentavam os anos curriculares entre o 3º e o 5º ano do mestrado integrado em medicina.

Relativamente à primeira pergunta - “Enquanto presidente/membro do núcleo de estudantes, mas também enquanto estudante, tens conhecimento de em algum momento da formação académica em medicina, na tua faculdade, se ter abordado a temática das pessoas LGBTQIA+?” - destaca-se que existem 3 faculdades onde a pessoa presidente/membro do núcleo refere não ter conhecimento de, em algum momento da formação académica em medicina, se ter abordado a temática das pessoas LGBTQIA+. Contudo, as 4 pessoas que responderam à questão de forma afirmativa, quando questionadas - “Se sim, em que contexto essa abordagem foi feita (no âmbito de uma UC, num seminário, prática clínica, etc.)?” - mencionavam ter sido feita no âmbito de uma UC, seminários ou discussões em contexto clínico. No entanto, sublinham, sempre, que esta formação não é parte estrutural do currículo. Ainda no âmbito desta pergunta, houve uma pessoa que fez referência à UC de Imunologia, na qual enfatiza serem usados termos erróneos como “casais homossexuais” em vez de “homens que fazem sexo com homens”, aquando da abordagem de temas como HIV e SIDA. Esta situação vai de encontro ao referido no estudo (63) onde é descrito o desconforto com estas temáticas, a falta de conhecimentos atualizados e a existência de comportamentos discriminatórios por parte

do corpo docente. Quando questionadas se - “Como futura pessoa médica consideras importante a abordagem de temas sobre pessoas LGBTQIA+ durante a formação académica?” – todas responderam afirmativamente, tendo avançado as seguintes justificações:

(i) a formação das futuras pessoas médicas é essencial para ser possível “oferecer cuidados de saúde inclusivos e sem discriminação”; (ii) “(...) aumentar a consciencialização sobre questões particulares que podem ser enfrentadas por essas pessoas.”; (iii) e que “ignorar estas temáticas pode perpetuar desigualdades e dificultar o acesso a cuidados adequados para essas pessoas”.

Em resposta a esta mesma questão, foi ainda abordado o tema da saúde das pessoas trans, onde se destaca:

(iv) as particularidades médicas relativamente ao tratamento e à forma de “ (...) falar/atender estas pessoas.”, algo que continua a ser esquecido e posto de parte nos *curricula* médicos; (v) que as pessoas estudantes têm de estar mais capacitadas nos rastreios às IST, sendo necessária a adoção de uma postura mais aberta e proativa para “(...) ouvir respostas de homens que fazem sexo com homens (independentemente da orientação sexual); (vi) o facto destes temas ainda serem “ (...) muito tabus”, sendo, por isso, de elevada importância o desenvolvimento desta valência, justificando que “ (...) no papel de cuidadores de pessoas devemos ter o à vontade e conhecimento necessário para orientar quem a nós recorre da melhor forma possível.”; (vii) a escassez de conhecimento neste domínio “Pode significar a diferença entre ter uma boa relação médico-doente ou uma má relação por suposição de certas informações (...)”, ideia que vai de encontro com a discussão feita na fundamentação teórica, resultante da análise de vários estudos (22,38,45,48,51,55,59,61,62).

A questão aberta - “Consideras que as pessoas estudantes de medicina, em Portugal, têm conhecimento das necessidades de saúde das pessoas LGBTQIA+?” permitiu perceber que as pessoas respondentes sentem necessidade de compreender melhor o panorama destas temáticas, em Portugal, e que consideram que o espaço académico de formação não os esclarece convenientemente: “(...) o ensino de medicina ainda não se foca na saúde das pessoas LGBTQIA+ e desta forma, as pessoas estudantes não se procuram informar neste aspeto a não ser que façam parte da comunidade ou tenham particular interesse.”; “ (...) não é algo abordado vezes suficientes durante o curso, e muitas vezes há preconceitos e desinformação que continuam a ser propagados entre a comunidade estudantil.” Estas afirmações vão ao encontro aos achados do estudo (65) realizado em contexto nacional. Foi, ainda, destacada a falta de formação e capacitação do corpo docente para lecionar estes temas, tal como referido no estudo (63), ou ainda o facto de os “(...) atuais profissionais terem pouco conhecimento nesta área e, de certa forma,

também não conseguirem orientar os futuros profissionais de forma a capacitá-los.” ideias que são reforçadas, também, em outros estudos já antes mencionados (63,66). Outra ideia avançada na resposta a esta questão foi a ausência deste tema nos *curricula* “A maior parte do currículo médico não aborda essas questões de forma sistemática, o que resulta num défice de formação específica.”.

As respostas providenciadas por estas pessoas representantes de estudantes de medicina de escolas públicas portuguesas indicia que o conhecimento relativamente às necessidades de saúde da comunidade LGBTI+ das futuras pessoas médicas é escasso, para além de esclarecerem, ser um tema pouco abordado na formação académica, tal como já indicado no estudo (65).

Apesar destas falhas evidentes no ensino médico português, há quem considere que a comunidade estudantil tem tido um olhar atento sobre esta problemática, não permitindo que a mesma caia no esquecimento, havendo uma das pessoas participantes que refere: “Penso que a consciencialização da comunidade estudantil tem crescido nesse sentido (...)”. Ainda assim, neste contexto, acabam por referir que, “Embora alguns estudantes possam procurar esse conhecimento de forma independente, muitos acabam por não estar suficientemente preparados para lidar com as particularidades de saúde desta população.” Tal sugere que esta informação e este conhecimento deveriam constar dos *curricula* médicos, de forma a tornar este conhecimento equitativo e completo para todas as pessoas estudantes.

Nesta pesquisa, procurou-se, também, averiguar do conhecimento científico das pessoas participantes, no que à temática dos cuidados de saúde desta comunidade diz respeito, por meio da seguinte questão: - “Tens conhecimento de algum estudo ou de alguma publicação, em Portugal, que dê conta de desigualdades nos cuidados de saúde da comunidade LGBTQIA+ (acesso a cuidados de qualidade, como no atendimento, diagnóstico, tratamento)?” - a resposta dada por todas as pessoas foi “Sim”. No seu seguimento, tentou-se perceber de que forma estas pessoas adquiriram este conhecimento, quais as fontes usadas, tendo sido nomeados meios como, por exemplo, através de uma UC, da pesquisa autónoma, das redes sociais, dos estágios clínicos, de literatura necessária para a elaboração de dissertações, ou, ainda, via núcleos de medicina “(...) material produzido por Núcleos/Associações de Estudantes de Medicina, baseado em artigos científicos, que mencionam as barreiras no acesso a cuidados de saúde para a comunidade LGBTQIA+, particularmente em contextos de saúde mental e saúde sexual.” Por estas respostas percebe-se que as fontes de informação são diferentes, umas mais formativas e outras mais informativas – estas últimas podendo não se basear em dados científicos.

Relativamente à pergunta fechada - “Alguma vez foi solicitado ao teu Núcleo, por parte de colegas estudantes, que se discutisse junto de responsáveis da tua Universidade

a necessidade de incorporar a temática LGBTQIA+ na formação médica?” - a totalidade das pessoas respondeu “Não”. Ou seja, esta resposta poderá significar que, por parte das pessoas estudantes, não foi sentida a necessidade de incorporar a temática LGBTQIA+ na sua formação. Isto poderá significar uma certa inércia por parte da comunidade estudantil relativamente a este tema. Tal é preocupante, dada a desinformação que tende a existir neste âmbito, a qual corre o risco de se alargar a uma futura prática clínica, com as consequências já amplamente discutidas em várias investigações (45,48,51,59,65).

Quando desafiadas a enunciar algumas medidas a ser implementadas nos *currícula* de Medicina, em Portugal, para colmatar possíveis lacunas relativamente aos cuidados de saúde das pessoas LGBTQIA+, as pessoas respondentes avançaram algumas sugestões nesse sentido. Nomeadamente, foi sugerido que se implementassem medidas como a “(...) capacitação de professores (...). Por exemplo, professores de Microbiologia ou Infetologia deviam abordar a transmissão de infeções de uma forma não discriminatória/preconceituosa. Por exemplo, a maior prevalência em "homens que fazem sexo com homens" e não em "homens gays". Esta resposta ilustra a necessidade da formação e capacitação do corpo docente. A este respeito, recorde-se um estudo mencionado anteriormente (66), o qual faz referência à criação de um currículo para as pessoas docentes, que abrangia termos, conceitos e desigualdades enfrentadas pela comunidade LGBTI+, tornando possível lecionar estes temas de forma mais inclusiva e informada, sem espaço para ideias discriminatórias.

Foi igualmente sugerido que se promovessem as questões de saúde das minorias sexuais e de género em determinadas especialidades: “(...) maior foco na saúde trans ou na comunicação com pessoas trans, nomeadamente em cadeiras como Medicina Geral e Familiar.”; “Inclusão de módulos obrigatórios sobre saúde LGBTQIA+ em disciplinas de Medicina Geral e Familiar, Psiquiatria e Endócrino.” Uma vez mais, percebe-se que a saúde das pessoas Trans é um tema que não tem espaço nos currículos das escolas médicas - algo já constatado num outro estudo (63). Após a leitura e reflexão suscitada por estas respostas, conclui-se que é essencial defender a necessidade de currículos capazes de formar futuras pessoas médicas capacitadas para aconselhar e ajudar a comunidade LGBTI+, tendo em conta as suas especificidades ou características individuais.

No âmbito desta questão, foram, ainda, sugeridas algumas estratégias e ferramentas, no sentido de potenciar um ensino mais completo, como por exemplo:

(i) “Formação em comunicação inclusiva e sensível às questões de género e sexualidade.”; (ii) “Prática clínica supervisionada com enfoque em populações LGBTQIA+ para que os estudantes possam ganhar experiência real.”; (iii) “Inclusão de aulas práticas, estilo LAC, que informem sobre a abordagem da comunidade em contexto de consulta/cuidados de saúde.”; (iv) “Inclusão de aulas sobre a história da comunidade e sobre

a sua abordagem “ou (v) “ (...) a iniciativa de se falar mais, seria um primeiro passo essencial para colmatar as lacunas.”. Estas estratégias são semelhantes às já analisadas por estudos anteriores (63, 64, 65, 66).

O inquérito procurou ainda perceber a importância atribuída aos núcleos de estudantes de medicina na abordagem destas temáticas, por meio da seguinte questão: - “Consideras que o papel dos núcleos de estudantes de medicina é importante para formar futuras pessoas médicas que pratiquem uma medicina inclusiva?” - a resposta foi “Sim”. Neste contexto, foi pedido que explicassem qual o papel desempenhado pelos núcleos, tendo sido enumeradas diversas formas para complementar as lacunas evidentes da formação médica, em Portugal. Foi referido que os núcleos podem dinamizar campanhas de sensibilização, panfletos, sessões informativas, *workshops*, *quizzes*, conferências ou debates, no sentido de sensibilizarem e informarem a comunidade estudantil para a importância da prática de uma medicina inclusiva e livre de estigmas. Em resposta a esta questão, destaca-se a ideia de “(...) promover colaborações com associações e ativistas LGBTQIA+ para maior visibilidade e formação, e pressionar as faculdades para que estas temáticas sejam incorporadas no currículo formal.”, salientando-se, uma vez mais, a necessidade das escolas médicas reestruturarem os seus *currricula*. Ainda neste âmbito, uma pessoa participante afirmou que, apesar de os núcleos poderem ser promotores de atividades que visem a educação nesta área, e poderem atuar no sentido de complementar a formação das futuras pessoas médicas, o seu maior foco deveria ser “(...) reivindicar junto das Escolas Médicas a inclusão destes temas no currículo, uma vez que não cabe aos núcleos/associações ser os principais vetores de um pilar de conhecimento tão importante.”

Na parte final deste inquérito foi pedido às pessoas participantes que destacassem 3 medidas/atividades/iniciativas que o seu núcleo tenha desenvolvido, tendo em conta a temática LGBTQIA+ na formação médica. Em resposta foram enumeradas várias iniciativas, entre as quais se destaca:

(i) a dinamização de dias de sensibilização, como a celebração do mês do orgulho LGBTI+; (ii) posts informativos; (iii) atividades em formato de *quizz* (onde alunos/as focam temas da saúde sexual e reprodutiva, falam de contraceção, orgasmos, ISTs, fetiches e abordam, ainda, a comunidade LGBTI+); (iv) sessões com oradores, onde estes tentam desconstruir preconceitos; (v) realização de rastreios gratuitos e anónimos às ISTs; (vi) realização de *workshops* com foco para a saúde das pessoas trans; (vii) criação de parcerias com associações LGBTI+ como, por exemplo, a Anemona e a AMPLOS; (viii) criação de mesas redondas com pessoas profissionais de saúde que atuam diretamente na comunidade LGBTI+, discutindo os desafios e as boas práticas; (ix) criação de semanas temáticas com várias palestras diretamente relacionadas com a saúde LGBTI+ e a

sua inclusão no *currícula* médico; (x) criação de rubricas destinadas à abordagem de temas relacionados com a sexualidade e a comunidade LGBTI+; (xi) através do *Advocacy* que impulsiona a criação de determinadas medidas e respostas inquisivas como, por exemplo, a criação de um WC que possa ser usado por qualquer pessoa.

Após serem destacadas as várias iniciativas dinamizadas pelos núcleos de estudantes de medicina, é possível concluir que estes têm um papel fundamental na formação da comunidade estudantil, complementando os *currícula*, e nunca esquecendo a importância de continuar a advogar pelos direitos da comunidade LGBTI+.

Por fim, na questão 9, foi pedido que sugerissem 3 medidas/atividades/iniciativas que gostariam que os seus núcleos realizassem. Entre as várias medidas referidas, destacam-se: uma maior sensibilização deste tema nas redes sociais; a realização de mais atividades que abordem o tema da saúde das pessoas Trans; a realização de mais *workshops* que estivessem mais direcionados para as particularidades do tratamento e para os diferentes contextos de saúde enfrentados pela população LGBTI+; a necessidade de existirem mais medidas de *advocacy* sobre a inclusão de temáticas LGBTI+ nos *currícula*, nomeadamente, junto das reitorias das universidades e das pessoas docentes; a pertinência do contacto mais próximo com estas pessoas, ouvindo na primeira pessoa a sua experiência e, por último, referiu-se a necessidade de um maior treino da entrevista clínica. Como se percebe, algumas destas iniciativas ou atividades sugeridas cabem bem dentro do âmbito de atuação de um núcleo de estudantes de medicina. Já outras, deveriam ser realizadas no contexto da formação médica, como parte dos conteúdos científicos a adquirir por profissionais clínicos, como é o caso, por exemplo, das particularidades do tratamento de pessoas LGBTI+, da saúde de pessoas trans ou mesmo o treino da entrevista clínica.

Para concluir, foi pedido que, se considerassem pertinente, fizessem uma reflexão final. A esta solicitação obteve-se a seguinte resposta: “A formação médica em Portugal tem um longo caminho a percorrer, no que diz respeito à inclusão de temáticas LGBTQIA+. É crucial que tanto estudantes como professores se comprometam a discutir e aprofundar estas questões, para que possamos promover um futuro médico mais inclusivo e equitativo.” É aqui renovada a ideia de que é necessária uma mudança e uma reestruturação dos *currícula* médicos em Portugal, de forma a incluir, equitativamente, as questões de saúde da população LGBTI+ para toda a comunidade estudantil. Isto irá permitir que as futuras pessoas médicas pratiquem uma medicina informada, tenham cada vez mais uma relação médico-doente harmoniosa e de proximidade, potenciando a criação de espaços de saúde seguros e capazes de responder às necessidades de todas as pessoas.

Em suma, as respostas das pessoas Presidentes/Representantes do núcleo de estudantes mostram a importância da prática de uma medicina inclusiva. Permitiram, também, perceber que existem lacunas na formação médica, desde um corpo docente não capacitado para lecionar temas que relacionem a comunidade LGBTI+ com os serviços e os cuidados de saúde, até aos *currícula*, ainda, muito aliados a uma visão cisheteronormativa da medicina. Apesar do trabalho demonstrado pelos diferentes núcleos de estudantes, com diferentes iniciativas e atividades, este não é suficiente para uma formação inclusiva e equitativa das futuras pessoas médicas. Neste contexto, é crucial que sejam implementadas medidas de forma célere para desenvolver *currícula* completos nas mais diversas áreas da educação médica, nomeadamente, na competência médica nos cuidados de saúde à comunidade LGBTQIA+.

Conclusão e Recomendações finais

A compreensão da “Relevância da Competência Médica nos Cuidados de Saúde à Comunidade LGBTQIA+” desempenha um papel central na presente dissertação. A revisão da literatura permitiu perceber que, apesar de um passado marcado pela exclusão e marginalização, o combate da comunidade LGBTI+ pelos seus direitos tem vindo a ser cada vez mais preponderante na luta contra a desigualdade e discriminação. Neste contexto, foram analisadas as desigualdades sentidas pelas minorias sexuais e de género nos mais variados domínios, nomeadamente, o da saúde.

Neste sentido, foi possível perceber que o olhar ainda desatento e discriminatório da sociedade continua a contribuir para a falta de saúde e bem-estar das pessoas LGBTI+. Esta situação resulta numa maior incidência de consequências na saúde mental (como a depressão) e no maior índice de comportamentos de risco (como o consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas, a ideação suicida e o suicídio). Além disso, os estudos analisados ao longo desta monografia caracterizaram algumas das barreiras enfrentadas por estas pessoas quando pretendem aceder aos cuidados de saúde. Mostrou-se que as pessoas Trans, as mulheres Lésbicas, Bissexuais e os homens Gays continuam a ser alvo de uma medicina desinformada e que, em algum momento, já vivenciaram algum tipo de discriminação nos serviços de saúde. Relativamente às pessoas Trans, foi descrito que o acesso à saúde por estas pessoas pode ser dificultado devido aos cuidados médicos desajustados, ao uso de linguagem e comportamentos inadequados, à falta de informação pelas pessoas profissionais de saúde relativamente às *guidelines* adequadas ou até mesmo ao uso incorreto de pronomes e nome social. As mulheres Lésbicas e Bissexuais continuam a ser alvo de uma medicina não ciente das suas necessidades de saúde, nomeadamente, nas especialidades de medicina geral e familiar e ginecologia. Como forma de discriminação pelas pessoas médicas destaca-se o facto de as mesmas assumirem a orientação sexual destas mulheres como heterossexual. Relativamente aos homens Gays, foram descritos comportamentos estigmatizadores por parte das pessoas profissionais de saúde, nomeadamente, o de assumirem como comum os homens homossexuais terem uma IST. Conclui-se que existem vários obstáculos que impossibilitam a inclusão das mulheres Lésbicas, Bissexuais e homens Gays nos espaços de saúde, dado que há práticas que reforçam a invisibilidade das orientações não heteronormativas e contribuem para prevalência de discriminação estrutural. Concluiu-se, ainda, que esta população é mais vulnerável a um maior leque de patologias, dado que as taxas de incidência e mortalidade de alguns cancros como o cancro da próstata, do colo do útero e da mama são elevadas nas pessoas LGBTI+, sendo necessário que os sistemas de saúde priorizem o seu rápido

e completo acesso. Pode ainda concluir-se que a permanente ausência de um ambiente inclusivo em consulta impossibilita a revelação da orientação sexual ou identidade de género, fazendo com que estas pessoas não sejam encaminhadas ou aconselhadas para a realização de exames de rastreio das diversas neoplasias.

Neste estudo, foi ainda possível obter informação sobre a visão das pessoas estudantes dos núcleos de medicina. Através das respostas obtidas entende-se que existem lacunas nos *currícula* médicos, sendo fulcral a ação célere por parte das escolas médicas na formação de futuras pessoas médicas competentes e capazes de responder às necessidades da comunidade LGBTI+. Foi, ainda, possível perceber que existe um conjunto de atividades e iniciativas desenvolvidas pelos núcleos das várias universidades portuguesas, as quais têm sido essenciais para complementar a formação e sensibilizar a comunidade estudantil – o que reforça a importância da prática de uma medicina inclusiva e livre de estigmas. No entanto, e apesar deste esforço, as pessoas participantes chamam atenção para a persistência de uma formação médica desajustada da atualidade nas universidades de medicina em Portugal, tendo em si um sentido urgente e emergente de mudança. Pelos motivos já explicitados, a investigação empírica foi feita junto das pessoas Presidentes/Representantes dos núcleos de estudantes de medicina. Sugere-se que, em futuros estudos, se estenda a participação à comunidade estudantil, no sentido de dar voz a esta população, mostrando-se vantajoso este estar aliado a uma metodologia qualitativa, através de técnicas como focus group ou entrevistas, com o objetivo de aprofundar esta problemática.

Em jeito de reflexão final, entende-se como fundamental que o acesso aos cuidados de saúde por parte desta comunidade seja realmente garantido. É crucial responder às suas necessidades de saúde específicas, uma vez que as mesmas não estão a ser priorizadas devido à estigmatização e exclusão social da comunidade. A falta de competências sociais e culturais por parte das pessoas profissionais de saúde, no sentido de uma prática médica livre de preconceitos e estereótipos, agrava ainda mais este processo de exclusão, dado que se converte no afastamento e, posteriormente, na menor procura dos cuidados de saúde por estas pessoas. Neste sentido, é necessário pôr em prática uma medicina não cisheteronormativa, empática, informada e inclusiva capaz de responder de forma holística às necessidades de todas as pessoas.

Por último, gostava de referir que a realização deste trabalho teve um papel fundamental para a minha aprendizagem pessoal. Através do mesmo, sinto que, enquanto futura pessoa médica, estou mais atenta e capacitada para aconselhar de forma informada, livre de apriorismos e preconceitos, respeitando o expoente máximo da diversidade e tendo em atenção as características e especificidades de cada indivíduo, sempre com o mote de que a saúde é um direito de todas e para todas as pessoas.

Referências bibliográficas

1. glossário lgbti • rede ex aequo – associação de jovens lgbti e apoiantes [Internet]. Rea.pt. [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://rea.pt/apoio/questoes/glossario-lgbt>
2. Ferreira M, Cipriano J, Domingues M. Manual de Boas Práticas para a Gestão de Pessoas LGBTI em Privação de Liberdade - (IN)MATES. Associação Plano i. 2023;
3. Neves S, Ferreira M. Investigação e prática: Abordagens interdisciplinares sobre a saúde e o bem-estar das pessoas LGBTI+. 2022.
4. Terminologia [Internet]. SAFE TO BE - Portugal. 2020 [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://safetobe.eu/pt/fact-checking>
5. Santos AC. LUTA LGBTQ EM PORTUGAL: DUAS DÉCADAS DE HISTÓRIAS, MEMÓRIAS E RESISTÊNCIAS. Revista TransVersos. 2018 Dec 5;(14):36–51.
6. Grabowska-Moroz B, Wójcik A. Reframing LGBT rights advocacy in the context of the rule of law backsliding. The case of Poland. Intersections East European Journal of Society and Politics. 2021;7(4):85–103.
7. Moita G. A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2006 Dec 1;(76):53–72.
8. Siodmak E, Roybal J, Brady M, O'malley BP. “Homosexuals Are Revolting”: Stonewall, 1969. 2018.
9. Enquadramento [Internet]. CIG. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género; 2020 [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://www.cig.gov.pt/area-lgbti/enquadramento/>
10. Porque existimos [Internet]. ILGA Portugal | Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo Portugal. ILGA Portugal; 2020 [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://ilga-portugal.pt/associacao/porque-existimos/>
11. Constituição da República portuguesa [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights. 2018 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <http://fra.europa.eu/en/law-reference/constituicao-da-republica-portuguesa-19>
12. Assembleia da República. Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto. Diário da República n.º 197/2003, Série I-A; Subsecção III - Artigo 22º; Aug 27, 2003 p. 5558–656.
13. Assembleia da República. Lei n.º 9/2010, de 31 de maio. Diário da República n.º105/2010, Série I; May 31, 2010 p. 1853–1853.
14. Assembleia da República. Lei n.º 17/2016, de 20 de junho. Diário da República n.º116/2016, Série I; June 20, 2016 p. 1903–1904.
15. Assembleia da República. Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro. Diário da República n.º 41/2016, Série I; Feb 29, 2016 p. 634–5.

16. Assembleia da República. Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto. Diário da República n.º 151/2018, Série I; Aug 7, 2018 p. 3922–4.
17. Portugal Mais Igual [Internet]. CIG. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género; 2020 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.cig.gov.pt/estrategia-nacional-para-a-igualdade-e-a-nao-discriminacao-2018-2030-portugal-igual/>
18. Mchenry SE. “Gay Is Good”: History of Homosexuality in the DSM and Modern Psychiatry [Internet]. The American Journal of Psychiatry Residents’ Journal. 2022.
19. LGBT health sees progress and challenges 15 years after homosexuality ceased being considered a disease [Internet]. Paho.org. May 15. [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://www.paho.org/en/news/15-5-2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges-15-years-after-homosexuality-ceased-being>
20. Assembleia da República. Lei n.º 15/2024, de 29 de janeiro. Diário da República n.º 20/2024, Série I; Jan 29, 2024 p. 3–6.
21. Atienza-Macías E. Some Reflections on Transsexuality in the New International Classification of Diseases (ICD 11): A product of the World Health Organization (WHO). Vol. 24, Sexuality and Culture. Springer; 2020. p. 2230–5.
22. Associação ILGA Portugal. Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans. 2014 [cited 2024 Jan 4]; Available from: <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdade-nasaude.pdf>
23. Guest LMH, Weinstein N. The effect of healthcare provider support and discrimination on LGBT patients’ trust and adherence. The British Student Doctor Journal. 2020 Nov 30;4(3):37.
24. Mitchell LA, Jacobs C, McEwen A. (In)visibility of LGBTQIA+ people and relationships in healthcare: A scoping review. Vol. 114, Patient Education and Counseling. Elsevier Ireland Ltd; 2023.
25. Baldwin AM, Dodge B, Schick V, Sanders SA, Fortenberry JD. Sexual Minority Women’s Satisfaction with Health Care Providers and State-level Structural Support: Investigating the Impact of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Nondiscrimination Legislation. Women’s Health Issues. 2017 May 1;27(3):271–8.
26. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. BMC International Health and Human Rights. 2016 Jan 14;16(1).
27. Lund EM, Burgess CM. Sexual and Gender Minority Health Care Disparities: Barriers to Care and Strategies to Bridge the Gap. Vol. 48, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2021. p. 179–89.

28. Lampe NM, Barbee H, Tran NM, Bastow S, McKay T. Health Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Older Adults: A Structural Competency Approach. *International Journal of Aging and Human Development*. 2024 Jan 1;98(1):39–55.
29. Lerner JE, Martin JI, Gorsky GS. More than an Apple a Day: Factors Associated with Avoidance of Doctor Visits Among Transgender, Gender Nonconforming, and Non-binary People in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*. 2021 Jun 1;18(2):409–26.
30. Henriquez NR, Ahmad N. “The Message Is You Don’t Exist”: Exploring Lived Experiences of Rural Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) People Utilizing Health care Services. *SAGE Open Nursing*. 2021;7.
31. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*. 2020 Feb 1;49(2):645–59.
32. Fulginiti A, Rhoades H, Mamey MR, Klemmer C, Srivastava A, Weskamp G, et al. Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services. *Journal of Youth and Adolescence*. 2021 May 1;50(5):893–905.
33. Mental health [Internet]. Who.int. [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
34. Sutter M, Perrin PB. Discrimination, Mental Health, and Suicidal Ideation Among LGBTQ People of Color. *Journal of Counseling Psychology*. 2016 Jan 1;63(1):98–105.
35. Salerno JP, Pease M v., Gattamorta KA, Fryer CS, Fish JN. Impact of Racist Microaggressions and LGBTQ-Related Minority Stressors: Effects on Psychological Distress Among LGBTQ+ Young People of Color. *Preventing Chronic Disease*. 2023;20.
36. Gnan GH, Rahman Q, Ussher G, Baker D, West E, Rimes KA. General and LGBTQ-specific factors associated with mental health and suicide risk among LGBTQ students. *Journal of Youth Studies*. 2019 Nov 26;22(10):1393–408.
37. Belmont N, Cronin TJ, Pepping CA. Affirmation-support, parental conflict, and mental health outcomes of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*. 2024;25(1):50–62.
38. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Vol. 147, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd; 2015. p. 222–31.

39. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: A systematic review. Vol. 12, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd; 2016. p. 1953–66.
40. Viggiani G, Pozzolo S, Fernandes T, Ramos M. Abuso não é amor – Brochura informativa sobre violência doméstica e em contexto de trabalho sexual contra mulheres lésbicas, bissexuais e transgénero. 2015;
41. Stogner J, Rukus J, Webber WB, Cramer RJ, Miller BL. Sexual Orientation, Gender Identity, and Substance Use: Using the Social Structure-Social Learning Model to Explore Drug Use in the LGBTQ+ Community. *Crime and Delinquency*. 2024 Apr 1;70(4):1304–31.
42. Phillips G, Felt D, McCuskey DJ, Marro R, Broschart J, Newcomb ME, et al. Engagement with LGBTQ community moderates the association between victimization and substance use among a cohort of sexual and gender minority individuals assigned female at birth. *Addictive Behaviors*. 2020 Aug 1;107.
43. Schuler MS, Collins RL. Early Alcohol and Smoking Initiation: A Contributor to Sexual Minority Disparities in Adult Use. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019 Dec 1;57(6):808–17.
44. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Emler CA, Muraco A, Erosheva EA, Hoy-Ellis CP, et al. The Aging and Health Report The Aging and Health Report Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. 2011.
45. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans Discrimination and Access Barriers to the National Health Service Perceived by Trans People. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 2020;6(3):98–108.
46. Rodrigues CA, Marguilho M, Ferreira B, Nascimento S, Nascimento M, Cardoso S, et al. Gender Dysphoria: Concepts, Diagnosis and Clinical Management. *Acta Medica Portuguesa*. 2024 May 1;37(5):379–85.
47. Snyder M. Health Care Experiences of Lesbian Women: A Metasynthesis. Vol. 42, *Advances in Nursing Science*. Lippincott Williams and Wilkins; 2019. p. E1–21.
48. Rodrigues JL, Falcão MTC. Experiences of gynecological care by lesbian and bisexual women: (in)visibility and barriers to the exercise of the right to health. *Saude e Sociedade*. 2021;30(1).
49. Foto Unicef: L. OMS: Porque é que a epidemia do HIV ainda não acabou? [Internet]. *ONU News*. 2018 [cited 2024 Oct 13]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2018/11/1649901>
50. Bettencourt J, Gomes A, Leite PP, Veríssimo VC, Martins HC, Moura C, et al. Infecção por VIH em Portugal- 2023. *Repositório Científico INSA; DGS*. 2023 Nov;

51. Gibson AW, Radix AE, Maingi S, Patel S. Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations. Vol. 13, *Future Oncology*. Future Medicine Ltd.; 2017. p. 1333–44.
52. Cancro LPC. DIA MUNDIAL DO CANCRO 2024 NO NORTE [Internet]. Ligacontracancro.pt. [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.ligacontracancro.pt/dmc-2024-norte/>
53. Rosser BRS, Hunt SL, Capistrant BD, Kohli N, Konety BR, Mitteldorf D, et al. Understanding Prostate Cancer in Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men and Transgender Women: A Review of the Literature. Vol. 11, *Current Sexual Health Reports*. Springer; 2019. p. 430–41.
54. Daniels J, Stephenson R, Langer S, Northouse L, Odouli R, Amarasekera C, et al. “Ultimately, You Realize You’re on Your Own”: The Impact of Prostate Cancer on Gay and Bisexual Men Couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 May 1;20(10).
55. Arthur EK, Ridgway-Limle EA, Krok-Schoen JL, Boehmer U, Battle-Fisher M, Lee CN. Scoping review of experiences of sexual minority women treated for breast cancer. Vol. 42, *Journal of Psychosocial Oncology*. Routledge; 2024. p. 709–32.
56. Rhoten B, Tree JMJ, David K, Boehmer U, Scout NFN. Lesbian and bisexual breast cancer survivors’ post-treatment resource needs. *Journal of Cancer Survivorship*. 2024;
57. Vírus do papiloma humano (HPV) [Internet]. SNS24. [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/>
58. Baumann K, Matzke H, Peterson CE, Geller S, Flores R, Prachand NG, et al. Sexual Orientation and Cervical Cancer Screening among Cisgender Women. *JAMA Network Open*. 2024;E248886.
59. Bustamante G, Reiter PL, McRee AL. Cervical cancer screening among sexual minority women: findings from a national survey. *Cancer Causes and Control*. 2021 Aug 1;32(8):911–7.
60. Berkman C, Stein GL, Godfrey D, Javier NM, Maingi S, O’Mahony S. Disrespectful and inadequate palliative care to lesbian, gay, and bisexual patients. *Palliative and Supportive Care*. 2023 Oct 1;
61. Kalmar E, Mariano J. End-Of-Life and Palliative Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer or Questioning, or Another Diverse Gender Identity Older Adults. Vol. 40, *Clinics in Geriatric Medicine*. W.B. Saunders; 2024. p. 333–45.
62. Javier NM. Palliative care needs, concerns, and affirmative strategies for the LGBTQ population. Vol. 15, *Palliative Care and Social Practice*. SAGE Publications Ltd; 2021.

63. Wynn SN, Solanki P, Millington J, Copeland A, Lu J, McNair R, et al. LGBTQIA health in medical education: a national survey of Australian medical students. *BMC Medical Education*. 2024 Dec 1;24(1).
64. Yang HC. Teaching lgbt+ health and gender education to future doctors: Implementation of case-based teaching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Aug 2;18(16).
65. Lopes L, Gato J, Esteves M. Conhecimentos e Atitudes de Estudantes de Medicina Portugueses Face à Homossexualidade. *Acta Medica Portuguesa*. 2016 Nov 1;29(11):684–93.
66. Keuroghlian AS, Charlton BM, Katz-Wise SL, Williams K, Jarvie EJ, Phillips R, et al. Harvard Medical School’s Sexual and Gender Minority Health Equity Initiative: Curricular and Climate Innovations in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*. 2022 Dec 1;97(12):1786–93.

APÊNDICE

INQUÉRITO (Dissertação - Mestrado Integrado em Medicina)

O meu nome é Matilde Pereira Vieira e sou estudante, do 6º ano, do Mestrado Integrado em Medicina, da Universidade da Beira Interior. Encontro-me neste momento a desenvolver a minha dissertação de mestrado intitulada "Relevância da Competência Médica nos Cuidados de Saúde à Comunidade LGBTQIA+".

O presente inquérito é realizado no âmbito da referida dissertação, a qual tem por objetivo discutir e avaliar a relevância da competência médica nos cuidados de saúde à comunidade LGBTQIA+. O inquérito é constituído por um conjunto de questões abertas e de escolha múltipla, as quais procuram aferir da tua opinião e/ou do teu conhecimento relativamente à abordagem das necessidades em saúde da comunidade LGBTQIA+ no âmbito da formação médica, em Portugal. É muito importante que providencias um breve comentário ou uma breve justificação sempre que tal seja solicitado.

O inquérito é dirigido a Presidentes do Núcleo de Estudantes de Medicina, sendo que quando tal não seja possível, essa tarefa poderá ser delegada numa pessoa que represente o Núcleo.

* Indica uma pergunta obrigatória

A participação neste estudo é voluntária e isenta de riscos para as pessoas participantes, não se prevendo qualquer consequência decorrente da participação. **Assumo o * compromisso de que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e de que em momento algum do estudo será identificada a pessoa participante, a faculdade ou o núcleo de estudantes a que pertence.** O inquérito preenchido será guardado por mim e destruído após a conclusão do estudo.

Qualquer questão adicional pode ser solicitada para o e-mail: a44022@fcsaude.ubi.pt

Ao aceitar participar na presente investigação, preenchendo o inquérito que se segue, confirmas que te foi providenciada informação clara e suficiente sobre a mesma, que compreendes os compromissos assumidos pela autora do estudo, nomeadamente, no que respeita à isenção de riscos ou consequências da tua participação, ao anonimato e confidencialidade dos dados, bem como, à destruição do inquérito após a conclusão do estudo.

Assim, tendo em conta todas as informações prestadas e compromissos assumidos pela pessoa estudante:

Marcar apenas uma oval.

- Declaro que ACEITO participar neste estudo
- Declaro que NÃO ACEITO participar neste estudo

Universidade/Faculdade: *

Idade:

Gênero:

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Outro

Ano do Mestrado Integrado em Medicina que frequentas: *

Marcar apenas uma oval.

- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano
- 5º ano
- 6º ano

Em que qualidade respondes às questões: *

Marcar apenas uma oval.

- Presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina
- Representante do Núcleo de Estudantes de Medicina

1. Enquanto presidente/membro do núcleo de estudantes, mas também enquanto estudante, tens conhecimento de em algum momento da formação académica em medicina, na tua faculdade, se ter abordado a temática das pessoas LGBTQIA+?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

1.1 Se sim, em que contexto essa abordagem foi feita (no âmbito de uma UC, num seminário, prática clínica, etc.)?

2. Como futura pessoa médica consideras importante a abordagem de temas sobre pessoas LGBTQIA+ durante a formação académica?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2.1 Se sim, porquê? Se não, porquê?

3. Consideras que as pessoas estudantes de medicina, em Portugal, têm conhecimento das necessidades de saúde das pessoas LGBTQIA+? Explica um pouco em que baseias a tua opinião, por favor.

4. Tens conhecimento de algum estudo ou de alguma publicação, em Portugal, que dê conta de desigualdades nos cuidados de saúde da comunidade LGBTQIA+ (acesso a cuidados de qualidade, como no atendimento, diagnóstico, tratamento)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

4.1 Se sim, como tiveste conhecimento? Se não, alguma vez procuraste essa informação?

5. Alguma vez foi solicitado ao teu Núcleo, por parte de colegas estudantes, que se discutisse junto de responsáveis da tua Universidade a necessidade de incorporar a temática LGBTQIA+ na formação médica?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5.1 Se sim, o que foi feito nesse sentido pelo teu núcleo?

6. Que medidas consideras que poderiam ser implementadas nos currícula de Medicina, em Portugal, para colmatar possíveis lacunas relativamente aos cuidados de saúde das pessoas LGBTQIA+?

7. Consideras que o papel dos núcleos de estudantes de medicina é importante para formar futuras pessoas médicas que pratiquem uma medicina inclusiva?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7.1 Se sim, que papel poderão desempenhar os núcleos? Se não, porquê?

8. Destaca **3 medidas/atividades/iniciativas** que o teu núcleo tenha desenvolvido, tendo em conta a temática LGBTQIA+ na formação médica.

9. Sugere **3 medidas/atividades/iniciativas** que gostarias que o teu núcleo viesse a realizar, tendo em conta a temática LGBTQIA+ na formação médica.

10. Caso pretendas deixar aqui alguma informação adicional ou algum comentário que não te tenha sido solicitado e que aches importante, podes fazê-lo a seguir.
