

Acolhimento de Homens Trans em Consultas de Ginecologia

Daniela Pinto Novais de Azevedo

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

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho
Coorientador: Prof. Henrique Marques Pereira

abril de 2021

Dedicatória

A todas as pessoas trans.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao doutor José Moutinho e ao professor Henrique Pereira pela disponibilidade e contributo e sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Gostaria também de deixar um agradecimento e apreço pela minha família e amigos por acreditarem em mim e por todo o apoio que me continuam a dar.

À minha mãe Beatriz por ser a minha inspiração e o meu porto seguro.

Aos meus irmãos André e Iolanda por estarem sempre ao meu lado, e por serem os meus conselheiros e confidentes.

Ao meu Pedro, por ser o meu Norte e não me deixar perder o rumo.

E por fim, à minha panelinha, porque sem vocês nada seria igual, deixo aqui um agradecimento especial, não sei como teria sobrevivido estes seis anos sem a vossa companhia.

Resumo

A população trans é muitas vezes vítima de discriminação, tendo piores resultados em saúde e maior desvinculação com os serviços de saúde que as pessoas cisgénero. Relativamente a ginecologia, homens trans muitas vezes mantêm os órgãos nativos, sendo que necessitam de acompanhamento ginecológico e obstétrico tal como as mulheres cisgénero. Esta subpopulação tem prevalência elevada de IST e de comportamentos sexuais de risco.

Este trabalho propõe-se a investigar como deve ser o acolhimento dos homens trans nas consultas de ginecologia, descrevendo as condições do local e a logística das consultas, propondo como deve decorrer a comunicação com setor administrativo e apresentando estratégias inclusivas de comunicação na relação médico-utente.

Concluiu-se que quanto à logística, deve haver a adoção de nomes neutros para os serviços oferecidos, casas de banho neutras quanto ao género, decorações desvinculadas de estereótipos de género e áreas de espera não separadas por género. A destacar ainda a relevância da criação de um diretório de entidades com competência em assuntos LGBTQ+.

No que concerne ao setor administrativo, a destacar a utilização de perguntas neutras e inclusivas e de questionários com o método de dois passos para identificação da identidade de género e o sexo biológico permitindo a colheita de dados demográficos de todos os utentes, proteção apertada dos dados e criação de políticas hospitalares para salvaguardar os utentes trans.

Relativamente à relação médico-utente, é importante o treino em práticas inclusivas como o uso constante dos nomes, pronomes e termos para partes do corpo que a pessoa prefira e em *skills* relativas à humildade cultural. Deve-se proteger a privacidade do utente trans em todos os momentos e este deve ser tratado com respeito. O exame físico e em particular a examinação ginecológica podem ser uma situação de grande *stress* para a pessoa trans, daí que seja importante comunicar todas as etapas previamente e que esta esteja o mais confortável possível, podendo-se recorrer a técnicas variadas para a pessoa relaxar.

Palavras-chave

Homens trans;trans;ambiente inclusivo;LGBT;LGBTQ;ginecologia;cuidados primários

Abstract

The trans population is often victim of discrimination, with worse health outcomes and greater disconnection from health services when compared with cisgender people. Regarding gynecology, trans men often maintain their native organs, and therefore should receive gynecological and obstetric care just like cisgender women. Furthermore, this subpopulation has high-risk sexual behaviors and high prevalence of sexually transmitted diseases.

This dissertation aimed to investigate how should the reception of trans men occur in gynecology, describing the conditions of the place and the logistics of the appointments, proposing how the communication with the administrative sector should take place and presenting inclusive communication strategies that should be adopted in the doctor-patient relationship.

It was concluded that, concerning logistics, there should be the adoption of neutral names for the services offered, the existence of gender-neutral bathrooms, the display of decoration unrelated to gender stereotypes and waiting areas not divided by gender. Also noteworthy is the relevance of creating a directory of healthcare professionals with competence in LGBTQ+ matters.

As for the administrative sector, it was found that it is advisable the use of neutral and inclusive questions and questionnaires with the two-steps method for collecting gender identity and biological sex so that the collection of demographic data from all users is simpler. There should also exist tight data protection and the creation of hospital policies to safeguard trans patients.

In respect of the doctor-patient relationship, it is important that healthcare professionals are trained in inclusive practices such as the use of name, pronouns, and terms for body parts that the person prefers and acquire skills in cultural humility. The privacy of the trans patient must be always protected and they must be treated with respect. The physical examination and in particular the gynecological examination can be a situation of great stress for the trans person, hence it is important to communicate all the steps in advance and the patient must be as comfortable as possible, resorting if needed to different techniques for relaxation.

Keywords

Trans men;trans;inclusive environment;LGTBQ;LGBT;gynecology;primary care

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos	6
2. Materiais e Métodos	7
3. Resultados e Discussão	9
3.1. Local e logística das consultas	9
3.2. Comunicação com o setor administrativo	14
3.2.1. Rececionistas e marcação de consultas	14
3.2.2. Armazenamento de dados	19
3.2.3. Políticas Hospitalares	21
3.3. Relação médico-utente	25
3.3.1. Treino dos profissionais de saúde	25
3.3.2. Privacidade	29
3.3.3. Abordagem Inclusiva de género	30
3.3.4. Exames ginecológicos	34
4. Conclusão e Perspetivas Futuras	37
5. Referências	39
Anexos	47
Anexo I: Autorização para ultrapassar o limite de palavras	49

Lista de Figuras

Figura 1 - <i>Flow-chart</i> de como deve ser processada a designação de quarto para o utente trans.....	13
Figura 2 - Exemplo de questão sobre identidade de género com definição de conceito do que é ser trans	19

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Método da questão com dois passos para colheita de identidade de género	18
--	----

Lista de Acrónimos

FTM	<i>Female-to-male</i>
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQ+	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer</i>
MTF	<i>Male-to-female</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde

1. Introdução

Seria impossível a elaboração desta monografia sem a exposição de certos conceitos frequentemente incompreendidos e confundidos entre si sobre os quais irá assentar a mesma.

O acrónimo LGBTQ+ foi criado para designar a população Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e *Queer*. Este é comumente utilizado para se referir ao movimento social e político de luta contra a discriminação que esta comunidade sofreu e ainda sofre. Porém, é importante destacar que a experiência vivenciada pela população LGB *versus* a população trans é muito distinta, sendo que a última tem uma experiência totalmente diferente da primeira, tanto a nível psicológico como a nível social e cultural (1–5).

Primeiramente, o sexo ou sexo biológico é aquele que é designado à nascença após visualização dos órgãos genitais do bebé, sendo então atribuído o sexo feminino ou masculino. Caso os genitais tenham forma ambígua, é comum a realização de procedimentos cirúrgicos para que este passe a se encaixar na dicotomia sexo feminino/masculino. Esta designação de sexo tem consequências sociais e legais (6).

Por outro lado, o género é uma construção social comumente extrapolada do sexo designado à nascença. Dele advém papéis, características e normas, e quando alguém se desvia destes, podem surgir situações de estigma e discriminação. Sendo uma construção social, tem variações ao longo do tempo e entre culturas (6).

A expressão de género é a maneira como uma pessoa exprime a sua pertença a um género, que pode ser através da forma como se apresenta (acessórios, maquilhagem, penteado, roupas, maneirismos, forma de falar, etc) e/ou da linguagem que utiliza para se referir a si própria (6,7).

A identidade de género refere-se à forma como alguém se autorreconhece profundamente enquanto homem, mulher, nenhum, ambos, entre outros. Esta identidade pode ou não ter correspondência com o fenótipo corporal da pessoa e/ou o sexo designado à nascença (6,7).

Posto isto, um indivíduo transgénero ou simplesmente trans é alguém que se identifica fortemente com um género diferente do que lhe foi atribuído à nascença, sendo este feminino ou masculino, não binário, *gender-fluid*, entre outros. Os termos *gender variant* e não conformidade de género são frequentemente utilizados como alternativas para a expressão “trans”, uma vez que significam comportamentos, expressões e identidades de género que se afastam das normas culturalmente associadas a um género. Esta pessoa pode escolher submeter-se a procedimentos ou não de forma a aproximar-se do género com que verdadeiramente se identifica. Neste mesmo contexto, uma pessoa cisgénero é alguém cujo género está alinhado com o sexo designado à nascença. Em geral, as pessoas

trans desejam viver socialmente de acordo com a sua identidade de género, independentemente das intervenções médicas que venham a realizar (6–9).

Nesta monografia, além da abordagem da comunidade LGBTQ+ e da população trans, o foco principal são os homens trans, ou seja, pessoas designadas à nascença com o sexo feminino que se identificam com o género masculino (6).

Em termos médicos, e de forma a possibilitar o acesso a tratamentos para a sua situação caso o indivíduo deseje, é comum denominar esta situação como disforia de género.

Segundo o DSM-V (10), para existir este diagnóstico, há algumas diferenças caso a pessoa em questão seja criança ou adulto, sendo que em ambos os casos, é necessária a presença de incongruência marcante entre o sexo designado ao nascimento e a identidade de género sentida (identificação com o género oposto) presente durante ≥ 6 meses e sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional resultante dessa incongruência. No caso de o indivíduo ser criança, há outros pontos extra que têm de ser cumpridos de forma a ser feito o diagnóstico.

Diferentemente dos conceitos explicitados previamente, a orientação sexual indica por quem uma pessoa se encontra atraída emocional, romântica e fisicamente, e esta pode ser por homens, mulheres, ambos, nenhum, entre outros. Esta orientação nem sempre se alinha totalmente com as práticas e comportamentos sexuais da vida real e não deve ser confundida com a identidade de género nem com outros conceitos (6,7).

Há uma grande variabilidade inter-individual nos procedimentos/tratamentos que cada pessoa trans obtém. O tratamento médico mais comum é a terapia hormonal, e os cirúrgicos MTF incluem: penectomia, orquidectomia, e formação de uma neovagina que pode ser por várias técnicas; cirurgia facial para feminizar o rosto, cirurgia para redução da cartilagem tireoide ou para alterar a voz e mamoplastia. As pessoas FTM podem recorrer a metoidioplastia, faloplastia e mastectomia (11,12).

Contudo, o acesso a estas terapias muitas vezes é bastante restrito e pode ser um processo moroso. No que respeita à cirurgia de redesignação sexual, continua a ser necessária a obtenção de dois diagnósticos de disforia de género por duas equipas multidisciplinares distintas e o aval da Ordem dos Médicos, sendo que este último é algo que vai contra o que os *Standarts of Care* preconizam, sendo que Portugal é o único país europeu onde tal situação ocorre (1,2,13).

Em termos sociais, a comunidade LGBTQ+ e em particular a população trans está muito propensa a sofrer estigmatização, o que se repercute em piores resultados em saúde mental, sendo que está descrita uma maior prevalência de perturbações de ansiedade, tentativas de suicídio, depressão, e perturbação do uso de substâncias (14).

Infelizmente, os locais de prestação de cuidados de saúde não são exceção no que concerne à discriminação. Num estudo elaborado em Portugal (2) metade dos participantes trans

que frequentaram o SNS perceberam vivências de discriminação, sendo o mais comum (27,9%) a utilização de linguagem preconceituosa ou insultuosa. Adicionalmente, 32,4% dos participantes mencionaram que os seus prestadores de cuidados não possuíam conhecimento suficiente acerca de saúde trans e 69,1% teve de educar o seu prestador de saúde relativamente ao que é ser trans pelo menos uma vez.

A discriminação e incompreensão podem surgir de várias formas e muitas vezes não é apenas a direta que afeta esta população, mas as barreiras invisíveis existentes na forma como os sistemas de saúde estão construídos para o binário feminino/masculino também têm repercussões na forma como os indivíduos trans interagem com as instituições de saúde. Estas barreiras incluem a falta de seguros de saúde, o receio de sofrer discriminação por parte dos profissionais de saúde, a falta de conhecimento das suas necessidades específicas, a perceção de menor severidade de condições médicas por parte dos prestadores, a falta de satisfação com os serviços e mesmo a parte mais burocrática como os formulários de entrada e as características do espaço onde são oferecidos os cuidados (15–17).

O resultado final pode ser o afastamento do sistema de cuidados de saúde, o que resulta em *outcomes* em saúde nefastos: em vez de lidar com abusos e maltratos, esta população deixa de frequentar os cuidados de saúde. Devido a este facto, condições médicas tratáveis tornam-se emergências médicas com demasiada frequência, uma condição comum em comunidades com acesso subótimo a cuidados de saúde (18).

Um questionário desenvolvido pela ILGA (19) dirigido a pessoas trans sobre as suas experiências no acesso a cuidados de saúde relacionados com o seu processo de transição, demonstra que 69% dos participantes não está nem nunca esteve a ser acompanhado em serviços de saúde, e as razões apontadas como justificação para tal são as seguintes: desconhecimento de que serviços/profissionais deve frequentar, receio de revelar a sua identidade trans e por receio de sofrer discriminação por parte dos profissionais de saúde. No que concerne aos serviços de ginecologia, muitas pessoas trans não são submetidas a cirurgia para retirar os órgãos reprodutores nativos e como tal, podem desenvolver patologias relacionadas com os mesmos; neste contexto, o parecer do The American College of Obstetricians and Gynecologists sugere que os homens trans que mantêm os órgãos reprodutores nativos devem seguir os protocolos de rastreio semelhantes às mulheres cisgénero (7,17).

Esta população tem muitas vezes comportamentos sexuais de risco com maior frequência do que mulheres cis, devido a inúmeros fatores, como o não uso de contraceptivos quando têm relações sexuais não penetrativas ou com pessoas que não têm pénis e o facto de

muitas vezes ser obrigada a recorrer ao trabalho sexual como forma de sobreviver financeiramente (1,20,21).

Estes comportamentos podem aumentar o risco de contrair IST e de eventualmente desenvolver patologias como por exemplo cancro do colo do útero (22,23).

Homens trans podem ter relações sexuais com pessoas designadas com o sexo masculino à nascença, ou seja, podem engravidar se não recorrerem a métodos contraceptivos eficazes. Muitos homens trans acreditam que o tratamento hormonal os torna incapazes de engravidar uma vez que ao fim de alguns meses frequentemente cessam as menstruações e por isso existem gravidezes acidentais nesta população (24,25).

Concomitantemente, homens trans podem desejar ter filhos e querer proceder à preservação de gâmetas, o que torna inevitável o contacto com a especialidade de ginecologia e obstetrícia (25–27).

Apesar de tudo o que foi mencionado previamente, várias fontes indicam que homens trans frequentam os cuidados ginecológicos com menor frequência que as mulheres cis, tendo menos probabilidade de terem o rastreio do cancro do colo do útero e mamografia atualizados e utilizam menos métodos contraceptivos (17,28).

Esta situação pode ter diversas causas: a potencial desvinculação com o sistema de saúde como um todo, o possível desconforto com as práticas ginecológicas, o desconhecimento de que necessitam de cuidados ginecológicos enquanto mantiverem os seus órgãos reprodutores nativos e o receio de sofrerem discriminação nos cuidados de saúde ou verem-se obrigados a explicar ao prestador o que significa ser trans (1,2,16,24,28,29).

Uma vez que a educação sexual existente é esparsa e a que existe é hetero e cisnormativa, (que consiste em assumir que todas as pessoas são cis e hétero e que é isto o que é “normal”) e os cuidados de saúde primários e os que envolvam a saúde sexual e reprodutiva não estão informados relativamente a assuntos trans, esta população tem de aprender práticas sexuais seguras através de amigos, pois sentem que não há informação sobre a sua população e os seus riscos em particular e conselhos que sejam adaptados à realidade trans (1,30,31).

Porém, homens trans acreditam que o cuidado ginecológico, o acesso a cuidados no âmbito da saúde sexual e o rastreio de IST são importantes (1,16).

Ademais, vários estudos (16,17,32) revelam que uma boa relação com o profissional de saúde e cuidados inclusivos melhoram a experiência de homens trans em serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Tendo em conta estes pontos, é fulcral a existência de cuidados culturalmente competentes, informados e sem discriminação e, apesar da sua ausência de formação tanto durante o curso como durante a especialização sobre as peculiaridades em saúde da

população trans e em como lidar com a mesma, os profissionais de ginecologia podem estar dispostos a aprender e a atender esta população (1,4,33).

Os hospitais podem criar condições para tal e criar ambientes acolhedores para pacientes trans, ao implementar políticas, práticas-chave e fornecer treino aos seus funcionários. Isto pode reduzir os custos associados com complicações que surgem quando os pacientes trans vêem o tratamento médico adiado ou recusado devido a discriminação (18).

Uma vez que as organizações de saúde têm a responsabilidade de servir todos os segmentos da população, devem fazer um esforço para compreender as necessidades rapidamente mutáveis das populações dentro da comunidade que servem. É importante que a comunidade LGBTQ+ não seja esquecida e para isso é necessário implementar mudanças estruturais, sistémicas e interpessoais de forma a criar um ambiente clínico que reduz o medo de sofrer discriminação, aumenta a probabilidade de utentes LGBTQ+ acederem a cuidados e melhora a comunicação de cuidador-paciente sobre preocupações em saúde relativas a orientação sexual e/ou identidade de género (24,34).

1.1 Objetivos

Objetivo principal:

Avaliar a atual evidência científica quanto ao acolhimento de homens trans nas consultas de Ginecologia, no que respeita a:

- Condições do local e a logística das consultas;
- Como deve decorrer a comunicação com setor administrativo;
- Estratégias inclusivas de comunicação na relação médico-utente.

2. Materiais e Métodos

A revisão bibliográfica efetuada de forma a elaborar esta monografia decorreu com recurso à utilização da *PubMed*. Adicionalmente, foram utilizadas fontes encontradas nas bibliografias dos artigos analisados.

Foram pesquisados artigos no período de tempo entre 2010-2020 e foram selecionados os que se encontravam escritos na língua portuguesa e inglesa. As palavras-chaves utilizadas na pesquisa foram: gynecology; transgender men; transgender man; trans men; trans man; transmasculine; gender incongruent; transgender; gender minorities; gender identity; transsexualism; cisnormativity; OB/GYN Care; OB/GYN; Gynecologic care; Reproductive Care; Healthcare; LGBT; transphobia.

A pesquisa bibliográfica foi concluída em março de 2021 por isso artigos que sejam publicados posteriormente a essa data não serão incluídos na presente monografia de caráter descritivo.

3. Resultados e Discussão

3.1. Local e logística das consultas

No artigo de Whitlock et al. (35) é indicado que apesar dos utentes trans terem necessidades específicas em saúde que necessitam de uma atenção mais especializada, a maioria das suas necessidades são as mesmas que as da população em geral. É referido ainda que caso seja preciso referenciar para cuidados mais especializados, cabe ao profissional de saúde escolher cuidadosamente para onde os utentes são reencaminhados de forma a evitar experiências negativas e estigmatizantes que podem levar à desvinculação da pessoa com o sistema de saúde.

Noutro artigo de Wilkerson et al. (24) em que foram conduzidas entrevistas de forma semiestruturada a 30 utentes LGBTQ+ e a 18 profissionais de saúde, ambos os grupos mencionaram a relevância da existência de um diretório que reúna médicos e profissionais de saúde LGBTQ+-friendly¹ que tenha como principal foco servir esta população, sendo que tem como potencial a institucionalização da saúde LGBTQ+ e simultaneamente possa empoderar os funcionários e utentes. Os profissionais de saúde acreditam que esta ferramenta poderia auxiliar na referência dos utentes para cuidados mais especializados. Porém, o grupo que incluía os utentes LGBTQ+ expressou que deveria ser assegurado que os profissionais listados fossem de facto versados relativamente a assuntos específicos da sua comunidade, ou seja, que cumprissem um *standart of care* mínimo. Os participantes trans realçaram este ponto em particular, uma vez que podem necessitar de hormonoterapia e outros procedimentos médicos mais particulares.

Nos documentos “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care - A Roadmap for Hospitals*”, pela The Joint Commission (36) e “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37), também é referida a importância da existência deste diretório de cuidadores, especialmente para as instituições que potencialmente quisessem integrar este diretório. Em alternativa, anunciar os seus serviços através de meios de *media* LGBTQ+, permite da mesma forma a criação de um ambiente acolhedor mesmo antes de o utente entrar pela porta do estabelecimento.

¹Por não haver um vocábulo que descreve o sentido integrado da expressão, optou-se por manter em inglês

Num estudo por Torres et al. (38), que contou com entrevistas aprofundadas a 11 profissionais de saúde com experiência em lidar com jovens trans, foi descrita uma necessidade de profissionais de saúde que ofereçam serviços especializados para esta subpopulação, num espaço seguro onde os utentes sejam tratados pelos nomes/pronomes desejados e onde os formulários de entrada sejam inclusivos de todos os géneros.

Os próprios nomes dos serviços oferecidos pelas instituições de saúde podem ser barreiras para a população trans. Os artigos de Moseson et al. (39) e de Stroumsa et al. (40) sugerem algumas práticas inclusivas que podem facilitar o conforto de homens trans aquando da ida a consultas de ginecologia. Em vez de “clínica da saúde da mulher” ou outras variantes, a divulgação deve-se cingir ao nome dos serviços que fornece, como por exemplo “clínica de serviços de saúde reprodutiva” ou “clínica genital”. Os serviços oferecidos também podem ser anunciados de forma neutra como por exemplo “rastreamento de cancro do colo do útero” ou “examinação pélvica”. Outros termos que podem ser alterados são “mãe” ou “materna”, que poderão ser substituídos por “parente” ou “parente gestacional”.

As áreas comuns de uma instituição de saúde que são separadas por géneros poderão trazer algum desconforto e constrangimento para indivíduos trans, isto principalmente porque se podem encontrar em diferentes fases da chamada transição (12).

Um assunto que é particularmente polémico é o que envolve pessoas trans e casas de banho (41).

No entanto, é um tema no qual há bastante concordância nas fontes consultadas, sendo que os que mencionam este assunto declararam que estas devem ser neutras quanto ao género (12,18,24,34,37-40,42).

Os documentos “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34), “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) e Nisly et al. no seu artigo (42), afirmam ainda que estas casas de banho que são neutras quanto ao género devem estar visivelmente marcadas como inclusivas recorrendo por exemplo à afixação na porta de algum elemento a identificá-las como apropriadas para pessoas trans, como a indicação da sua neutralidade, uma bandeira arco-íris, um triângulo rosa ou outros símbolos no mesmo âmbito. Adicionalmente, estas casas de banho devem estar disponíveis em todas as áreas e andares do edifício (42).

Apesar do que foi mencionado anteriormente, o documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the*

Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide” da The Joint Commission (34), adiciona que é importante que as pessoas trans possam frequentar a casa de banho na qual se sentem mais confortáveis, e não necessariamente à neutra quanto ao género.

Nos seus artigos, Wilkerson et al. (24) e Moseson et al. (39) mencionam outras áreas que podem beneficiar de modificações de forma a tornarem-se mais inclusivas, sendo elas as áreas de espera, que não devem ser segregadas por género ou então deve haver a opção de áreas de espera privativas; adicionalmente, os locais onde se processam os exames complementares de diagnóstico podem modificar-se passando a ter casas de banho neutras quanto ao género e pistas visuais inclusivas.

No que concerne à decoração, no estudo qualitativo por Harb et al. (17) que avaliou as opiniões de 17 pessoas trans relativamente ao uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva, foi reportado por mais do que uma pessoa que os locais, em particular a decoração, onde eram oferecidos cuidados de saúde reprodutiva eram frequentemente orientados para o género feminino e não eram acolhedores para pessoas não cisgénero, deixando os homens trans entrevistados desconfortáveis. O artigo de Moseson et al. (39) concorda com estes testemunhos, referindo que a decoração e *design* nos locais onde estas pessoas são atendidas e nas salas de espera, poder-se-iam evitar decorações associadas tipicamente ao género feminino como a cor rosa, borboletas, flores etc, e em alternativa seria mais interessante a adoção de uma decoração mais neutra.

Muitas das fontes consultadas (12,24,36–40) sugerem que a decoração das diferentes salas/corredores poderia incluir fotos e imagens de pessoas trans e não binárias além das com mulheres cisgénero; o documento “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) também sugere que posters de organizações não governamentais LGBTQ+ sejam incluídos na decoração.

Tanto o artigo de Wilkerson et al. (24) como o de Nisly et al. (43) afirmam que de forma a que as pessoas se sintam mais confortáveis e acolhidas ao ponto de revelarem a sua identidade, poderá ser útil o uso de simbologia como um arco-íris ou outros nesse âmbito nas batas ou consultórios, de forma a atuarem como pistas visuais indicando que aquele local é inclusivo. Vários participantes do estudo de Wilkerson et al. (24) referiram procurar pistas visuais quando se dirigiam a uma instituição de cuidados médicos pela primeira vez, e quando as identificavam, aumentava a probabilidade de ficarem mais confortáveis. O artigo de Moseson et al. (39) também vai de encontro ao que estes autores mencionados anteriormente afirmam, acrescentando que um ambiente ideal seria um no

qual os funcionários se apresentassem indicando o seu nome e os seus pronomes, e que estes estivessem incluídos também nos crachás identificativos das batas.

Várias fontes (18,24,36,37) indicaram a importância de disseminar ou postar de forma visível (nas áreas de espera, na receção e nos locais muito frequentados) uma declaração sobre a sua política da não-discriminação, explanando que o cuidado fornecido na instituição irá ser igualitário para todos, independentemente das suas características individuais (inclusive a identidade/expressão de género).

O artigo de Wilkerson et al. (24) e os documentos “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care - A Roadmap for Hospitals*”, pela The Joint Commission (36) e “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37), sugerem que nas áreas comuns estejam conteúdos como revistas locais/nacionais ou *newsletters* sobre e para a comunidade LGBTQ+.

Relativamente aos materiais educativos distribuídos, muitos dos autores (12,24,36–40) sugerem que seja adotada uma linguagem neutra relativamente ao género nos materiais educativos distribuídos sobre aborto, contraceção e gravidez.

Pacientes trans podem adiar ou evitar serviços de saúde na sua totalidade se não lhe forem fornecidos quartos seguros e apropriados nas instituições de saúde (18).

Neste contexto, o documento “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” criado pela Human Rights Campaign Foundation (18) e o artigo por Nisly et al. (43) aconselham a que haja distribuição dos utentes nas alas hospitalares de acordo com a sua identidade de género e não segundo o sexo designado à nascença, exceto quando o utente pede explicitamente o contrário. Abaixo encontra-se um *flow-chart* (Figura 1) com uma sugestão de como se deve proceder caso seja necessário seleccionar um quarto para um indivíduo trans.

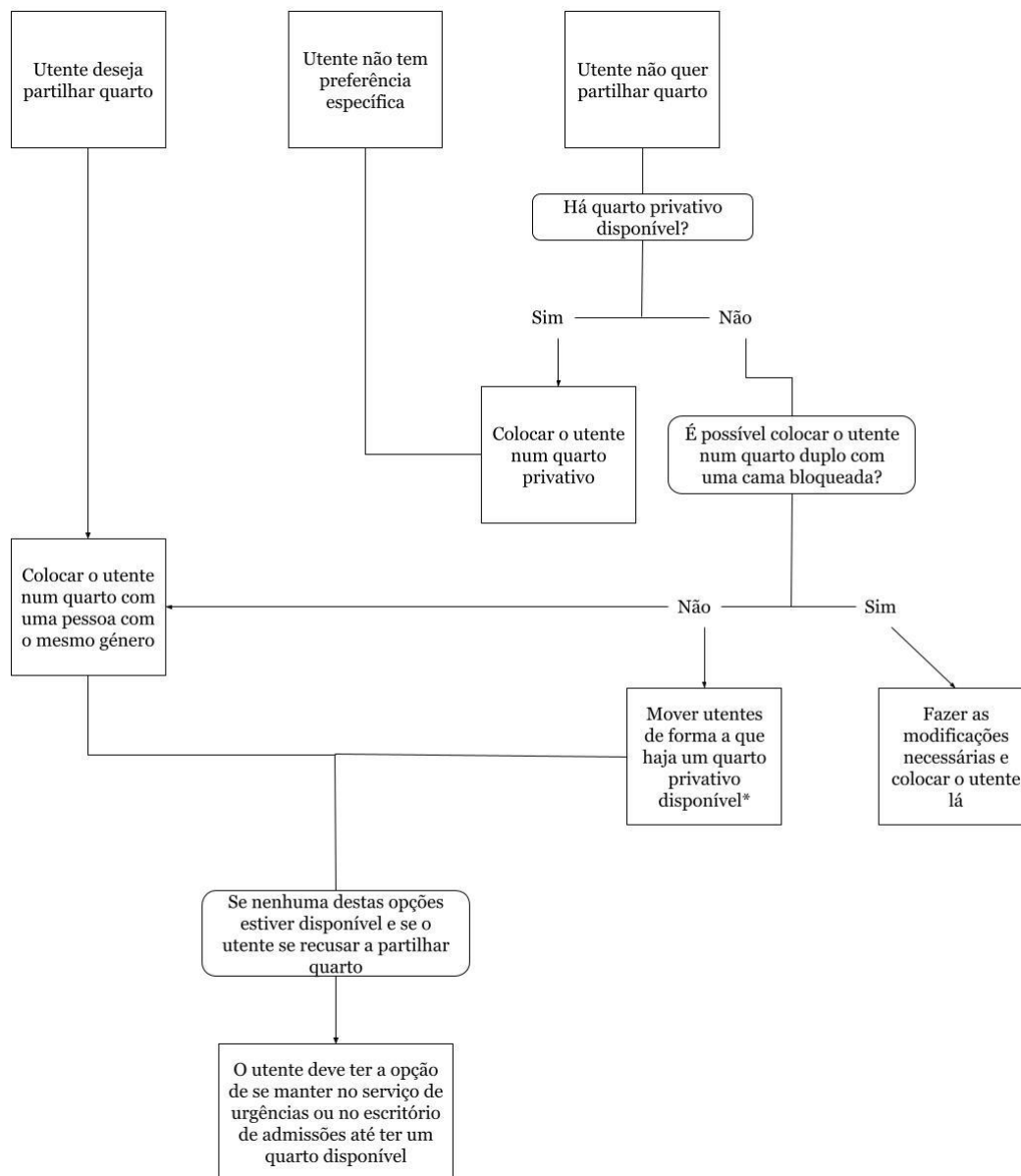


Figura 1 - Flow-chart de como deve ser processada a designação de quarto para o utente trans. Baseado no documento “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” pela Human Rights Campaign Foundation (11).
 *desde que seja seguro mover a pessoa e daí não surja malefício para a mesma

Além do mais, não deve ser negada admissão hospitalar caso não existam camas na ala apropriada, e, caso surjam queixas relativamente à identidade de género da pessoa trans por parte das pessoas que estejam a partilhar quarto, isto não constitui exceção a esta regra. Nestes casos, a situação deve ser remediada recorrendo-se ao uso de cortinas ou outro tipo de separadores físicos de forma a dar privacidade a todos os pacientes. Se este procedimento não resolver a situação, ou caso a pessoa trans se queixe de discriminação/assédio por parte dos colegas de quarto, o colega de quarto cisgénero deve

ser movido para outro local, desde que mover o doente seja medicamente apropriado e seguro. Caso isto não seja possível, deverá ser movida a pessoa trans, desde que a sua saúde não seja posta em risco ao fazê-lo. Sempre que surjam situações neste âmbito, deverá existir um funcionário hospitalar treinado em lidar com queixas por parte dos utentes e com competência cultural em assuntos trans de forma a lidar com estes conflitos da melhor forma (18).

3.2. Comunicação com sector administrativo

Um dos maiores fatores que complica a compreensão das disparidades em saúde das pessoas LGBTQ+ é a falta de dados relativos à orientação sexual e à identidade de género. A falta de medidas estandardizadas para a sua colheita contribui para a variabilidade de estimativas desta população e pode tornar a comparação entre estudos mais difícil (15,18,34). A colheita das informações fornecidas pelos próprios utentes pode auxiliar os profissionais de saúde a compreender melhor os *backgrounds*, as suas experiências e necessidades em saúde (34). Adicionalmente, as organizações de saúde têm a possibilidade de melhorar o cuidado que fornecem aos seus utentes quando recolhem e usam *data* precisa (18,34). Estes dados são úteis para desenvolver políticas e programas em saúde, para avaliar a efetividade dos mesmos, para desenvolver pesquisa em *marketing*, para melhoria na qualidade, e para responder às necessidades mutáveis da população. Mas mais importante ainda é que estas informações podem ser utilizadas para assegurar a saúde e bem-estar dos utentes. Em suma, compreender as características dos utentes que servem pode ajudar os hospitais a identificar e mitigar as disparidades em saúde, auxiliar na prestação dos cuidados e ajudar a responder às necessidades específicas dos indivíduos (34).

3.2.1. Rececionistas e marcação de consultas

O conceito de “*patient flow*” contém em si todas as interações possíveis que os pacientes têm durante uma visita clínica, desde o momento em que chegam ao estabelecimento até ao momento em que se vão embora, sendo que estas interações podem contribuir ou não para uma sensação de segurança (24).

No estudo qualitativo de opinião de trabalhadores na área da saúde por Torres et al. (38) é descrito um processo semelhante por um dos participantes, referindo que para as pessoas trans há inúmeras barreiras desde o momento em que se marca uma consulta até ao momento em que se encontra fisicamente dentro do estabelecimento. Posto isto, a fase de

admissão no *continuum* que é o cuidado fornecido pelos hospitais constitui a primeira oportunidade de identificar e responder às necessidades únicas dos seus pacientes (36).

Perguntar aos utentes se se identificam como LGBTQ+ pode ser um tópico sensível porque essa questão pode ser interpretada como uma perturbação da privacidade, uma vez que podem surgir possíveis repercussões que advêm de revelar essa informação e porque levanta preocupações de viés da desejabilidade social, ou seja, os utentes desejam evitar o estigma e discriminação (15).

Posto isto, de forma a aumentar a resposta relativamente a estes assuntos é importante que seja estabelecida uma relação de confiança com os membros da população em questão. Isto será facilitado se as pessoas trans virem os profissionais nos estabelecimentos de saúde como competentes e sensibilizados no que concerne às suas preocupações relativas à sua privacidade e à sua comunidade e cultura (15).

Há grande concordância por parte das fontes consultadas relativamente ao treino dos funcionários da administração e da receção. Para que haja prestação de serviços acolhedores e inclusivos, deve existir treino sobre identidades de género e pronomes de referência e deve ser obrigatório o uso do nome escolhido pelo utente ao longo de toda a prestação de cuidados (12,18,24,34,35,37,38,42,44,45). Neste contexto, ao fazer o registo de um novo utente, os funcionários da receção podem fazer perguntas inclusivas, como questionar o nome legal, o nome escolhido/preferencial, o sexo registado legalmente, o género com que se identifica e o sexo atribuído à nascença (18,36,37,42,45). Esta última questão é medicamente importante uma vez que tem o potencial de orientar procedimentos clínicos (42).

Além do mais, os participantes do estudo de Wilkerson et al. (24) mencionaram que é necessário que os utentes tenham uma ideia clara de qual é o propósito das informações perguntadas nos formulários de entrada, de que forma é que são relevantes para a prestação de cuidados, quem vai ter acesso às respostas, como vão ser trabalhadas e de que forma será armazenada a informação. Os utentes afirmaram só se sentir confortáveis a revelar detalhes sobre a sua identidade de género quando essas preocupações eram abordadas.

Os documentos “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” criadas pela Human Rights Campaign Foundation (18) e “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) além de concordarem com esta perspetiva, acrescentam que deve ser explicado aos utentes que as informações recolhidas não vão ser usadas para discriminá-los de forma alguma.

Com o intuito de aumentar a confidencialidade e assim a probabilidade dos utentes exporem informações importantes relativamente a assuntos sensíveis, vários autores (15,36,42–44) sugerem estratégias para a recolha de informação sobre a orientação sexual e a identidade de género. Podem ser utilizadas alternativas ao contacto pessoal como os portais de utente, o uso de *tablets* durante a visita ao estabelecimento ou a utilização de questionários em papel para os utentes atendidos em todas as partes do hospital.

De forma a poupar trabalho aos funcionários e a minimizar a confusão de pacientes cisgénero que se estão a autorregistar através de portais *online* ou máquinas em que é possível preencher os dados à entrada do serviço de saúde, pode aparecer apenas a secção “Género”. Ao preencher este campo, o “sexo ao nascimento” e o “sexo nos documentos legais” preencher-se-iam automaticamente (e estariam ocultos para o utente). Poderia então existir uma opção adjacente à do género que diria algo como “clique aqui se a identidade de género difere do sexo designado ao nascimento”; ao seleccionar essa opção, os campos “sexo ao nascimento” e “sexo nos documentos legais” apareceriam e poderiam ser modificados pelo utente ou pelos funcionários responsáveis. A secção “Nome” seria automaticamente preenchida com o nome registado nos documentos oficiais exceto para aqueles utentes que tivessem algo escrito numa secção que consistiria no nome preferido (44).

Contudo, o documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) alerta para que o fornecimento destes dados deva ser sempre voluntário, e, portanto, os sistemas e formulários de admissão devam tornar não obrigatório o preenchimento destes pontos caso o utente se encontre relutante em revelar tais informações ou em ter estes dados armazenados no seu processo clínico.

O documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) e vários participantes nos estudos de Wilkerson et al. (24) e de Torres et al. (38) referiram que os formulários de entrada são uma das primeiras introduções que um indivíduo tem com uma instituição, e que normalmente estes não são *trans-friendly*, daí haja uma oportunidade para que estes sejam mais inclusivos.

Estes formulários podem reduzir ou potenciar a confiança dos utentes no estabelecimento, e mudanças na linguagem e no formato das questões, acrescentando terminologias que sejam familiares para os utentes já demonstrou sucesso relativamente a aumentar respostas sobre identidade de género (15).

O artigo de Moseson et al. (39) indica que deveria ser sempre utilizado o mesmo formulário de admissão para todos os utentes, sem questões desenhadas especificamente para “apenas homens” ou “apenas mulheres”. O ideal seria um formulário de admissão que perguntasse os órgãos que a pessoa possui e que pedisse as palavras que o utente utiliza para se referir às suas partes corporais, de forma a guiar as interações médico-utente.

Para fazer a recolha de dados demográficos dos utentes relativa à identidade de género, é proposta a técnica de questão com dois passos, na qual é questionada primeiramente a identidade de género seguida do sexo designado ao nascimento. O facto de a identidade de género ser mencionada em primeiro lugar deposita nela uma maior importância comparativamente com o sexo designado ao nascimento. Ademais, fornece dados demográficos extra e uma história mais detalhada, para além de aumentar a taxa de identificação de pacientes trans, comparativamente com os métodos clássicos que contém apenas uma pergunta. Esta informação poderia ser colhida durante interações com os funcionários ou com o próprio médico (15,18,45).

É desejável que exista uma medida uniforme de colheita da identidade de género em diferentes áreas, uma vez que isso permite a quem estuda estes assuntos possa fazer conexões e inferências mais facilmente. No entanto, perguntar apenas o género ou o sexo com apenas duas opções de resposta é redutor e não permite aos investigadores ou profissionais de saúde organizar informação com a especificidade necessária para criar avanço nas ciências médicas ou sociais. Este método de uma só questão não é estatisticamente fiável, pois há perda de informações válidas relativas a pessoas no espectro trans mas também porque não consegue identificar pessoas com identidade cisgénero (46).

Além do mais, o método selecionado deve ser capaz de identificar respostas que sejam numericamente raras. Comparando um modelo de apenas uma pergunta com um com quatro hipóteses de resposta (Homem, Mulher, Transgénero e Outro) com dois passos, verificou-se que o primeiro tipo de questão teve uma taxa de informações perdidas de 1,26% comparativamente com o segundo em que foi de 0,16%. Adicionalmente, o método das duas questões capturou quase três vezes mais o número de pessoas no espectro trans (2,39% da amostra) do que o método de apenas uma questão (0,84% da amostra) (46).

A vantagem deste tipo de método é a sua precisão, o que permite a identificação simultânea de pessoas no espectro trans como também de pessoas cisgénero. Este facto torna este método útil no sentido em que poderá ajudar a fazer a contagem do número de pessoas que não se identificam como cisgénero e permitirá que investigadores e

epidemiologistas possam analisar os dados em saúde para esta população em específico (46).

A primeira pergunta deverá ser “Por favor selecione a identidade de género com a qual se identifica mais neste momento” e a segunda poderá ser algo no âmbito de “À nascença, qual foi o sexo que lhe foi atribuído?”. As possíveis opções de resposta a esta pergunta encontram-se ilustradas na Tabela 1 (46).

Tabela 1 – Método da questão com dois passos para colheita de identidade de género (adaptada de Deutsch et al. (46), Tate et al. (47) e Sausa et al. (48))

Identidade de género atual	Sexo designado à nascença
Homem	Masculino ou macho
Mulher	Feminino ou fêmea
Intersexo	Intersexo
Transmasculino/Homem trans	Prefiro não dizer
Transfeminino/Mulher trans	
<i>Genderqueer</i>	
Categoria adicional (por favor especifique) _____	
Prefiro não dizer	

Porém, o modelo com apenas uma única questão pode ser suficiente, desde que seja expandida para além do binário (feminino/masculino) e possa incluir outras opções como por exemplo “transgénero” (46).

Os documentos “*The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*” pelo Institute of Medicine (15) e “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) explicam que se se questionar apenas se a pessoa é trans pode levar a falsos positivos e negativos, uma vez que algumas pessoas *gender-variant*² não se identificam com o termo “trans” e outros indivíduos que de facto se identificam podem não compreender a pergunta. Assim sendo, pode-se acrescentar uma questão sobre identidade de género (*status trans*), em que seja perguntado simplesmente “É uma pessoa trans?” ou se acrescente uma breve definição relativa à identidade de género, como se pode verificar na Figura 2.

²Por não haver um vocábulo que descreve o sentido integrado da expressão, optou-se por manter em inglês

<p>“Algumas pessoas descrevem-se como trans quando experienciam uma identidade de género diferente do seu sexo designado ao nascimento: por exemplo, uma pessoa que nasce com um corpo do sexo masculino, mas que se sente uma mulher ou vive a sua vida como mulher” Considera-se uma pessoa trans?</p>
Não
Sim, transfeminino
Sim, transmasculino
Sim, trans mas não me identifico como feminino nem masculino

Figura 2 - Exemplo de questão sobre identidade de género com definição de conceito do que é ser trans (adaptado de “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” (34) pela The Joint Commission)

Relativamente à marcação de consultas, Moseson et al. (39) sugere que haja flexibilidade por parte do setor administrativo de forma a oferecer consultas no início ou no fim dos turnos caso os utentes se sintam desconfortáveis a aguardar na sala de espera devido à potencial reação por parte de outras pessoas relativamente à sua expressão de género.

3.2.2. Armazenamento de dados

Vários participantes do estudo por Wilkerson et al. (24) veem os registos médicos eletrónicos como uma oportunidade para tornar mais relevante o cuidado de saúde para indivíduos LGBTQ+ e a educação dos utentes.

Neste contexto, é essencial mudar a forma como a informação clínica é armazenada e a maneira como os pacientes são identificados, tendo como objetivo a inclusão das diversas identidades que pertencem à comunidade LGBTQ+ (24,38,42). Deste modo, deve haver esforços para que a alteração do processo clínico do utente para modificar o nome, género, pronomes, inventário de órgãos, etc se torne algo possível e simples. (36,45).

Os registos eletrónicos devem ser alterados de forma a terem a funcionalidade de permitir informação sobre o nome e pronomes escolhidos pelo utente (12,18,40,44). Para isto, poderá ser adaptada alguma funcionalidade já existente dos registos que incluía “alunhas” ou algo nesse âmbito de forma a colocar aí o nome pelo qual a pessoa deseja ser abordada (18).

O armazenamento das informações relativas ao género e pronomes dos utentes deve ser num local que seja visível e acessível a todos os funcionários que precisem de identificar ou comunicar com o utente em questão (18,36,37,39). Idealmente, os pronomes deveriam estar visíveis no mesmo local onde está o nome do utente (37,39).

Estas informações devem estar disponíveis em todas as áreas do estabelecimento e é importante assegurar que haja facilidade em transferi-las de um sistema de armazenamento para outro, caso sejam utilizados mais do que um no mesmo estabelecimento (36).

Deve existir a opção de introduzir tratamentos e outros dados comumente associados a pessoas trans na parte dos antecedentes médicos e cirúrgicos do registo clínico do utente, incluindo um inventário dos órgãos, uso hormonal, cirurgia de redesignação sexual, entre outros. Estas informações não devem estar associadas automaticamente aos dados registados sobre a identidade de género, sexo designado à nascença ou pronomes preferidos definidos no processo clínico do utente, de forma a que, por exemplo, uma pessoa do género masculino possa introduzir que foi submetida a uma histerectomia (12,35,45).

De forma a melhorar a saúde dos utentes, poderiam surgir lembretes automáticos baseados no seu perfil individualizado (24,36). Pode haver um código de cores específico para o armazenamento de informação no registo eletrónico do utente ou outro tipo de simbologia de forma a chamar à atenção dos profissionais de saúde (36).

O documento “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” pela Human Rights Campaign Foundation (18) e vários participantes do estudo por Torres et al. (38) sugeriram que surgisse um lembrete no registo da pessoa caso esta fosse trans, alertando para este facto e indicando o nome e os pronomes pelos quais deseja ser tratada e outras informações que possam ser relevantes.

Os profissionais devem ser informados sobre as necessidades específicas do utente em certos locais de transferência, incluindo quando há deslocação para a realização de exames, procedimentos ou quando há transferência do paciente para outras unidades, serviços ou departamentos hospitalares. Estas informações podem também ser afixadas nas portas dos quartos, nas camas dos utentes, ou então nos quadros brancos que são utilizados para escrever dados sobre os pacientes, desde que com o consentimento da pessoa (36).

No armazenamento de informações pessoais do utente, em vez de se cingir apenas ao sexo, poderia conter três parâmetros: género com que se identifica, sexo designado à nascença e sexo que tem registado nos seus documentos legais (18,44). Porém, é legítimo que as

instituições tenham preocupações relativamente à recolha e armazenamento destes dados, uma vez que a validação de muitos procedimentos burocráticos nos serviços de saúde depende da verificação da identidade legal dos utentes (44).

A parte burocrática (como recibos, prescrição de fármacos e etiquetas de materiais para o laboratório) tem de respeitar o que está definido nos documentos oficiais, mesmo que isso ainda não esteja congruente com a identidade de género do utente em questão. Materiais simples de educação serão o suficiente para que a pessoa trans compreenda a situação (44).

De forma a evitar erros nos recibos e na validação da identidade nas pessoas cujas informações registadas têm incongruências entre os dados fornecidos e os dos documentos legais, o hospital deve tomar precauções de forma a não identificar erroneamente a pessoa. Estas precauções incluem a existência de algum tipo de alerta com o intuito de notificar os funcionários e/ou o uso de outras informações como a data de nascimento, o número de identificação de utente e/ou código de barras identificativo, não dependendo assim apenas do nome (18,44).

A privacidade dos utentes deve ser assegurada nos processos clínicos, sendo que estes dados mais sensíveis devem ser partilhados apenas com aqueles que precisam mesmo de aceder a esses dados, tais como pessoas que fazem a coordenação, planeamento e averigam a qualidade dos cuidados fornecidos (18,34). Para isto, pode estar presente a funcionalidade de remover detalhes relativos ao *status* trans da pessoa, após serem alterados os documentos legais, de forma a proteger a privacidade de visualizadores casuais dos ficheiros (12,18,34).

Os dados sobre a identidade trans da pessoa precisam de ser submetidos a altos níveis de proteção e deve haver procedimentos claros para pedir e ter acesso aos processos clínicos dos utentes (15,18,34).

Os utentes devem ter o direito de aceder aos seus registos médicos, e os profissionais de saúde devem incentivá-los a rever as informações lá descritas de forma a participar ativamente nas discussões sobre os seus cuidados (36).

3.2.3. Políticas Hospitalares

É essencial a existência de uma política da não discriminação baseada na identidade/expressão de género (18).

Deve haver também uma política sobre os direitos do doente na qual explicita que: o utente tem direito a receber cuidado competente, respeitador, num local seguro que

ofereça privacidade e dignidade e que seja livre de todas de formas de abuso e assédio, incluindo devido à identidade/expressão de género. O utente tem também direito à privacidade e à confidencialidade durante o tratamento ou outros cuidados hospitalares. Estudantes de medicina e outras pessoas não diretamente envolvidas no cuidado do utente trans não devem estar presentes durante a discussão do caso, consultas, examinação ou tratamento exceto quando para razões legítimas de treino. Antes de observar ou participar nos cuidados da pessoa, os estudantes/internos deverão ser informados relativamente às políticas da não discriminação e aos protocolos de interação com utentes trans. Em todos os casos, as etapas da estadia hospitalar do utente devem ser conduzidas com discrição (18).

Utentes trans têm direito a recusar-se a serem examinados, observados ou tratados por estudantes de medicina, internos de especialidade ou outros funcionários cujo propósito principal seja educacional em vez de terapêutico, sem pôr em risco o acesso do utente ao cuidado médico, incluindo psiquiátrico e psicológico. É claro que é importante para quem está a aprender na área da saúde ter contacto com populações diversas, daí que esta política não exista para que os utentes se recusem sempre a receber cuidados por parte destas pessoas, mas sim para que se sintam confortáveis e salvaguardados de forma a que não sintam necessidade de exercer esse direito (18).

Deverá existir uma política relativamente à distribuição dos utentes pelos quartos sendo que deve ocorrer baseando-se na identidade de género, independentemente do facto de haver concordância entre esta identidade, a aparência física, historial cirúrgico, genitália, sexo legal, sexo designado ao nascimento, nome ou sexo que apareçam nos registos hospitalares (18).

O facto de a aparência da pessoa e/ou a genitália não serem concordantes com a identidade de género da pessoa não constituem barreiras para a correta distribuição dos utentes pelas alas correspondentes ao género com que se identificam. A privacidade poderá ser assegurada com, por exemplo, o uso de cortinas ou a acomodação da pessoa num quarto individual adjacente à ala apropriada (18).

Deve existir uma política relativamente ao acesso às casas de banho. Todos os utentes devem utilizar as casas de banho do género com que se identificam, independentemente de estarem a fazer transição ou de não terem a aparência concordante com o seu género. Nunca deve ser pedido a utentes trans para mostrarem os seus documentos de identificação de forma a ter acesso à casa de banho que é consistente com a sua identidade de género. Não devem ser tolerados assédio nem violência para com estas pessoas por frequentarem a casa de banho que consideram mais apropriada para si. Caso esta situação

ocorra, deverá existir um funcionário hospitalar treinado em lidar com queixas de assédio e com competência em assuntos trans a quem os utentes possam reportar a situação (18).

A existência de protocolos para interação com utentes trans é essencial. Nestes deve estar explícito que estes utentes têm de ser tratados com os pronomes e nomes de escolha, independentemente dos seus documentos legais e/ou da sua aparência física. Mesmo que a família utilize outros termos para se referir à pessoa, a preferência do utente deve ser honrada (18).

Os funcionários não devem usar linguagem verbal ou não verbal que qualquer pessoa razoável considere humilhante ou maliciosa; não deve ser questionada ou invalidada a identidade/expressão de género do utente (18).

Os profissionais de saúde não devem fazer questões ou afirmações sobre os genitais ou outras características físicas do utente, nem sobre os procedimentos cirúrgicos a que foi submetido exceto em situações profissionais que possam claramente ser articuladas ao utente. Informações sobre identidades de género não-cisgénero e serviços relacionados com a transição que o utente tenha obtido ou que esteja a tentar obter são consideradas informações sensíveis e devem ser tratadas como tal (18).

Relativamente à privacidade, os hospitais e as entidades relacionadas devem manter medidas de proteção administrativas, técnicas e físicas razoáveis e apropriadas de forma a prevenir o uso intencional ou não intencional de dados de saúde protegidos pela política de privacidade. As políticas hospitalares existentes devem ser revistas de forma a deixar clara que qualquer discussão ou documentação sobre a identidade trans, os serviços e a história médica relacionados com a transição, e informações similares podem envolver informação médica protegida e por isso deve ser abrangida nas medidas de proteção por parte do hospital. Isto envolve, por exemplo, evitar que pessoas não envolvidas no cuidado direto do utente saibam dos detalhes da sua identidade, e isto pode ser prevenido com a discussão dos dados clínicos em locais privados, e guardando os processos em locais mais salvaguardados. Caso haja uma fuga de informação por algum motivo, a(s) pessoa(s) afetada(s) deve(m) ser informada(s) (18).

Deve existir uma entidade encarregue de levar a cabo a aplicação de sanções caso algum funcionário hospitalar viole as políticas e regulamentos. As instituições hospitalares devem explicitar que o uso inapropriado, divulgação ou pedido de acesso relativamente às informações de saúde protegidas de uma pessoa trans é uma violação da privacidade do utente e como tal deve ter as ações disciplinares necessárias (18).

No que concerne ao acesso a registos clínicos, deve ser adotada a regra do “mínimo necessário” ao elaborar as políticas hospitalares relativas a este assunto. Devem ser feitos

esforços por parte do hospital para que haja uma limitação da divulgação, assegurando que todos os seus funcionários têm acesso apenas ao mínimo necessário de informações de saúde protegidas para efetuar as suas funções específicas (18).

O ponto de situação das instituições relativamente a assuntos específicos trans deve ser avaliado, de forma a encontrar onde se pode melhorar, detetar falhas e áreas de excelência e desenhar intervenções para aperfeiçoar os serviços. Para conseguir isto, a instituição deve identificar políticas e procedimentos já existentes que apoiem a comunicação, a competência cultural e o cuidado centrado no doente. Posto isto, devem ser criadas e/ou modificadas políticas de forma a combater falhas detetadas na proteção das necessidades únicas dos utentes da comunidade LGBTQ+ e posteriormente deve-se fazer uma análise relativamente aos esforços feitos pelo estabelecimento para ir de encontro às mesmas (34,36).

De forma a desenhar outras políticas hospitalares e a monitorizar se as existentes estão a ser implementadas com sucesso, é necessário colher *feedback* por parte dos utentes, das famílias e da comunidade, determinando assim se serviços hospitalares respondem ou não às necessidades das pessoas. Neste contexto, a instituição tem de definir que tipo de *data* quer recolher, como é que o vai fazer e como vai utilizar essas informações para o planeamento de serviços e para a alocação de recursos de forma a melhorar a comunicação, a competência cultural e o cuidado centrado no doente (36).

Devem ser desenvolvidos e implementados inquéritos de satisfação que devem incluir questões sobre identidade de género e devem questionar qual a experiência geral do utente com os serviços fornecidos, que serviços foram utilizados, se as suas necessidades foram respondidas e sugestões de melhoria. Estes inquéritos devem ser confidenciais e podem ocorrer por via telefónica e pessoalmente, sem ser apenas por *e-mail*. No mesmo sentido, deve ocorrer a colocação de perguntas específicas LGBTQ+ nos relatórios de incidentes e nas sondagens feitas aos trabalhadores da instituição. Estas informações oferecem uma oportunidade ao hospital para começar a construir uma base de dados com experiências e perceções dos utentes de forma a melhorar a qualidade dos serviços fornecidos (34).

No mesmo sentido, devem ser desenvolvidos mecanismos que permitam reportar e responder a queixas de discriminação ou desrespeito feitas pelos utentes e estes mecanismos devem ser explícitos e claros, sendo que as pessoas trans devem estar cientes do seu direito de apresentar queixa. Devem existir também processos disciplinares relativamente a comportamentos discriminatórios ou desrespeitosos para com pessoas desta comunidade (18,34).

Uma pessoa poderá ser encarregue de avaliar os esforços institucionais para fornecer cuidados mais culturalmente competentes para a comunidade LGBTQ+ e as suas famílias. Esta pessoa deverá trabalhar com os funcionários de forma a obter sugestões e *feedback* de como melhorar a comunicação com estes utentes e as suas famílias (34).

Além do mais, poderá ser criado um conselho consultivo comunitário composto por uma junção de membros da comunidade, *stakeholders* e representantes dos grupos mais relevantes culturais e religiosos, que estaria em contacto com os líderes da instituição (36). Este grupo poderia auxiliar na averiguação de qual é o clima atual da instituição para os utentes LGBTQ+ e poderia fazer recomendações de como este pode ser polido, sendo que assim poderiam ocorrer atividades que melhorem a qualidade e a *performance*. Pode ser interessante também envolver organizações LGBTQ+ de forma mais direta, pedindo-lhes *feedback* relativamente a matérias escritas internas e externas e a políticas hospitalares, de forma a garantir que estas são inclusivas da comunidade (34).

3.3. Relação médico-utente

Para que uma organização vá ao encontro das necessidades dos utentes, têm de existir processos que permitam que haja uma comunicação efetiva com os mesmos e que os cuidados prestados sejam de acordo com as suas necessidades únicas (34).

A identidade de género pode ter um impacto na saúde e no bem-estar de uma pessoa por vários mecanismos. Uma compreensão da identidade de quem temos à nossa frente e dos seus comportamentos pode levar a um cuidado mais apropriado, a abordagens de diminuição de risco mais específicas, a tratamentos personalizados e à referenciação para outros profissionais quando apropriado. Deve haver esforços para que os trabalhadores de um estabelecimento de saúde estejam preparados para fornecer o melhor cuidado possível à comunidade LGBTQ+, de forma a garantir que conseguem fornecer cuidado igualitário, competente e acolhedor aos membros desta comunidade e às suas famílias (34).

3.3.1. Treino dos profissionais de saúde

Tal como qualquer pessoa, indivíduos LGBTQ+ desejam receber cuidados que primem pela privacidade, confidencialidade, respeito, honestidade, e desejam ser atendidos por profissionais de saúde com treino e competência em escuta ativa e comunicação (15).

No artigo por Nisly et al. (42) foram questionados grupos de pessoas LGBTQ+ que referiram preferir ser tratados por profissionais de saúde com interesse específico e/ou treino na saúde LGBTQ+. Esses indivíduos justificaram-se afirmando que no sistema de

saúde há uma falta de segurança e acolhimento, e descrevem múltiplas experiências negativas passadas com profissionais pouco treinados, afirmando que essa era uma das principais razões por que muitas pessoas evitavam procurar cuidados de saúde.

Para além disso, no estudo qualitativo por Harb et al. (12) que avaliou opiniões de 17 pessoas trans relativamente ao uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva, foi unânime a opinião de que os profissionais de saúde eram vistos como responsáveis por estabelecerem um ambiente no qual utentes não cisgénero se sentissem confortáveis para abordar a sua saúde sexual e reprodutiva. Além de quererem um profissional que estivesse disposto a atender pessoas trans, salientaram que desejavam que estivesse também confortável com esta população e que assim a deixasse igualmente confortável. Não deve ser esperado dos utentes que rotineiramente ensinem de forma extensa os profissionais de saúde.

Do mesmo modo, participantes do estudo por Torres et al. (38) mencionaram que muitas vezes são os pacientes ou as suas famílias que têm de educar o *staff* hospitalar relativamente ao que significa ser trans, o que muitas vezes é um encargo/responsabilidade que o utente pode não desejar. Neste contexto, afirmaram que esta função importante de educar os profissionais de saúde não deve ser responsabilidade dos utentes, pois pode ser desgastante. Tendo em conta estes pontos mencionados, é necessário então o treino dos profissionais de saúde sobre como fornecer cuidados de alta qualidade à população trans.

Todos os participantes do estudo por Wilkerson et al. (24) concordaram que deveriam ser criadas políticas que tornassem obrigatório o treino anual de diversidade sobre como lidar com pessoas que diferem da população principal da clínica em questão. A maior parte indicou que havia a necessidade de um treino separado sobre a identidade e saúde LGBTQ+.

Os documentos “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” criadas pela Human Rights Campaign Foundation (18) e “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) afirmam que os hospitais devem oferecer aos seus funcionários treino de alta qualidade e multifacetado que os equipe com ferramentas para fornecer cuidado igualitário, com conhecimento e acolhedor para as pessoas da comunidade LGBTQ+.

No artigo de Wilkerson et al. (24) é sugerido que a intensidade dos treinos dependa da especialização que a clínica deseja ter no que toca ao fornecimento de saúde na área LGBTQ+.

As fontes “*The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*” por Institute of Medicine (15) e “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) mencionam que o treino em assuntos LGBTQ+ deve ser periódico de forma a que os funcionários se mantenham atualizados nestas temáticas, mas a primeira fonte acrescenta que este deva ser assegurado pelo governo. O segundo documento, por outro lado, sugere que seja designada uma pessoa versada nos assuntos da comunidade LGBTQ+ disponível para responder a questões que surjam e realça ainda que alguns profissionais podem necessitar de um treino mais individualizado.

O documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care – A Roadmap for Hospitals*” por The Joint Commission (36) refere que o treino deva decorrer durante vários períodos ao longo do ano e de forma a promover a adesão, este treino deve ser acrescentado aos objetivos de formação contínua.

O artigo por Deutsch et al. (44) sugere que o treino dos funcionários que trabalham na receção seja standardizado, rotinizado e claro, para que se encaixe com as prioridades e necessidades do estabelecimento de saúde em questão, de forma a assegurar que tanto os funcionários atuais como os futuros contratados sejam fluentes em práticas inclusivas.

Informações sobre a comunidade LGBTQ+ podem ser incorporadas na orientação de novos funcionários, nas políticas hospitalares e em aulas de qualidade, diversidade ou competência cultural (34). A aprendizagem pode decorrer ainda através de sessões clínicas, cursos *online*, sessões nos serviços e estudos de caso (36).

O documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care – A Roadmap for Hospitals*” por The Joint Commission (36) indica que seja dada a oportunidade destes temas serem discutidos livremente e que seja promovida a discussão em torno das barreiras e desafios que surgem ao atender a população LGBTQ+ e as suas necessidades específicas.

Os serviços administrativos que trabalhem em contextos clínicos estão numa posição particularmente adequada para assegurar que os cuidadores têm a competência cultural específica para tratar os utentes LGBTQ+ ao colaborarem com organizações de saúde e organizações cujo foco seja esta comunidade, sendo que estas últimas podem fornecer treino para os funcionários clínicos (24,37). Essas organizações devem ser envolvidas de forma a desenvolver e rever o programa/material educativo utilizado, com o intuito de assegurar que é inclusivo da comunidade (34).

Por outro lado, no artigo por Nisly et al. (42) é indicada a estratégia de serem escolhidos indivíduos modelo para diversas especialidades e profissões na saúde, que seriam pessoas com interesse em prestar cuidados para a comunidade LGBTQ+, e teriam o papel de

ensinar/treinar/monitorizar as suas áreas de forma a que as zonas inclusivas dentro de um hospital/sistema de saúde se fossem expandindo. No documento “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) é referido um termo igual com significado similar: um profissional de saúde modelo que sirva como referência para outros médicos e funcionários, modelando comportamentos e fornecendo informações.

Se adequado e possível, poderá trazer benefícios a contratação de funcionários que façam parte da comunidade LGBTQ+, pois podem fornecer conhecimento e perspetivas valiosas de como servir os membros desta comunidade, e isto também poderá fazer com que estes últimos se sintam representados e mais confortáveis (34,37). Para que isto ocorra, deve ser criado um ambiente na instituição que seja acolhedor para funcionários com *backgrounds* diversos (36).

No artigo por Whitlock et al. (35), no documento “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) e no estudo qualitativo por Harb et al. (12), é referida a importância dos profissionais de saúde conhecerem as terminologias básicas utilizadas na comunidade trans. É fundamental ainda que os profissionais se vão mantendo atualizados, uma vez que estes termos podem ir-se modificando ao longo do tempo. O material utilizado para treinar os profissionais deve ser mantido atual e relevante, daí que seja necessário ir sendo aperfeiçoado (34).

Os participantes do estudo por Wilkerson et al. (24) e a fonte “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) sugerem que o diálogo relativo a riscos em saúde entre os cuidadores e os utentes poderia ser potenciado caso os utentes soubessem que o funcionário compreende as normas da comunidade LGBTQ+ que influenciam os riscos adquiridos pela pessoa. Posto isto, seria benéfico se os funcionários de saúde se mantivessem informados relativamente às tendências dentro desta população e que ganhassem experiência a discutir estes riscos tendo em conta a cultura dos indivíduos.

Nos documentos “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) e “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) são sugeridos vários tópicos que poderão ser abordados no treino dos funcionários hospitalares: terminologia LGBTQ+ e demografia, história desta comunidade

(particularmente na área dos cuidados de saúde), leis nacionais que afetem os cuidados em contexto hospitalar, histórias de viés contra estes indivíduos e cuidados subótimos, barreiras sistémicas no cuidado, disparidades e situações de desigualdade, subpopulações dentro desta comunidade, promoção de saúde e prevenção de doença e preocupações clínicas, comportamentais e mentais. Devem ainda ser fornecidos recursos para que os profissionais possam aprender mais caso desejem. Será pertinente o treino do uso de linguagem apropriada quando se aborda os utentes ou os seus entes queridos, aprendizagem na identificação e desconstrução de crenças discriminatórias relativamente a pessoas LGBTQ+, aquisição de uma familiaridade básica com problemáticas importantes da comunidade e familiarização com os mecanismos de referenciação para profissionais mais especializados nesta população. Deve haver também treino para todos os funcionários relativamente à colheita de informações sobre a identidade de género, como o sexo designado à nascença, os órgãos que o indivíduo possui naquele momento, o sexo que tem registado em termos legais, entre outros (12,34,37,39).

Keuroghlian et al. (47) refere o interesse nos estagiários clínicos serem ensinados a não assumir a identidade de género nem a orientação sexual baseando-se na expressão de género de alguém, a familiarizarem-se com termos comumente utilizados neste contexto, reconhecendo que terminologias variam de pessoa para pessoa, no espaço e no tempo, e a ter uma compreensão básica sobre como o processo de afirmação de género pode impactar a vida das pessoas trans e ainda quais as intervenções médicas que esta população pode procurar obter.

Devem ser criadas listas de recursos e *guidelines* para as interações cuidador-utente com o objetivo de que haja uma redução da ansiedade dos profissionais em lidar com pessoas pertencentes à comunidade LGBTQ+ (37).

Os funcionários devem ainda ser consciencializados nos seus períodos de treino relativamente às políticas de não discriminação existentes na instituição de saúde onde se encontram. Estas informações podem estar presentes nos materiais dados rotineiramente durante as suas orientações (18).

3.3.2. Privacidade

A privacidade pode ser um assunto especialmente importante para pacientes trans pois podem não desejar que certas informações sejam divulgadas por razões pessoais ou por receio de ver a sua segurança ameaçada (18).

Neste âmbito, ganha um papel importante a política hospitalar que salvaguarde o direito do utente trans a recusar-se a ser observado/tratado por pessoas não diretamente

envolvidas no seu cuidado, como estudantes na área da saúde ou internos de especialidade. É também inapropriado que os profissionais de saúde convidem outros funcionários para observar o corpo do paciente trans por qualquer outra razão tirando propósitos legítimos de aprendizagem (18).

Várias fontes (12,18,37,38) referem que ao abordar pessoas trans sobre o seu histórico médico e cirúrgico, apenas deve ser questionado o que for relevante para a visita/problema atual, evitando perguntas fora desse contexto só para satisfazer alguma curiosidade que o profissional possa ter.

É importante honrar e respeitar sempre as decisões individuais destas pessoas relativamente ao tempo que demoram a fornecer informações pessoais, sendo que se deva permitir que o façam ao seu próprio ritmo (34).

O documento “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” criadas pela Human Rights Campaign Foundation (18) e os artigos por Whitlock et al. (35) e Nisly et al. (43) aconselham a que o *staff* hospitalar seja treinado para respeitar estritamente as políticas de privacidade e que deva garantir aos utentes de que as mesmas são sempre asseguradas, evitando questões ou comentários que possam expor os utentes em frente a familiares, amigos, pessoas que estejam a partilhar quarto hospitalar ou outros funcionários que não precisem de saber a sua identidade de género.

As informações relativamente à identidade de género são consideradas informação sensível e por isso devem ser tratadas como tal, no sentido em que deve ser mantida sempre a confidencialidade (18,36).

Os cuidadores devem assegurar aos pacientes de que toda a conversa irá permanecer confidencial e, quando for colocada informação nos registos médicos eletrónicos, devem especificar que informação é que vai ficar registada (18,37). Também se pode criar e distribuir um consentimento por escrito, algo que poderá encorajar as pessoas LGBTQ+ a abrir-se relativamente a informações pertinentes sobre a sua saúde ao saber que estas se encontram protegidas (37).

No entanto, as pessoas trans devem ter noção de que algumas informações poderão ser divulgadas/acedidas por outros funcionários do hospital e deverão saber quais e para quê (18).

3.3.3. Abordagem Inclusiva de Género

O cuidado que é responsivo às necessidades únicas das pessoas que fazem parte da comunidade LGBTQ+ pode melhorar a relação médico-utente e assegurar que os utentes procurem cuidados com maior assiduidade e também cuidados de seguimento. Para além disso, interações com utentes que primam pela sensibilidade e pelo não-julgamento vai

promover uma comunicação médico-paciente mais efetiva, o que poderá deixar os utentes mais confortáveis para revelar informações relevantes para o seu cuidado (34).

Na fonte “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide*” da The Joint Commission (34) é mencionado que a informação sobre a identidade de género de alguém deverá vir sempre da própria pessoa, e não devemos determiná-la com base na aparência. Pressupostos criados pelos profissionais que estejam errados podem interferir com o estabelecimento de uma relação de confiança e pode levar ao cuidado inapropriado. Em caso de dúvidas é preferível usar questões neutras relativamente ao género de forma a obter clarificação, como por exemplo “Como gostaria de ser tratado?”, “Que nome prefere que eu utilize?”.

Por outro lado, a fonte “*Transgender-Affirming Hospital Policies*” criadas pela Human Rights Campaign Foundation (18) sugere que os pronomes do utente sejam determinados da seguinte forma: primeiramente, se a expressão de género do utente claramente indicar para qualquer pessoa razoável o género com que o indivíduo se deseja identificar, os funcionários hospitalares devem utilizar os pronomes apropriados para esse género ao referir-se ao utente; se isto se suceder, mas ocorra correção por parte do utente, os funcionários devem então utilizar os pronomes indicados pela pessoa; se a expressão de género do indivíduo não indica claramente qual é a identidade de género dele, os funcionários hospitalares devem então questionar educadamente e discretamente quais são os pronomes utilizados pela pessoa.

A abordagem utilizada com utentes trans deve ser uma inclusiva de género, que é a que surge quando um indivíduo vê a sua identidade de género a ser reconhecida através de interações sociais (12).

Esta abordagem inclui a utilização dos pronomes e nome preferidos durante toda a consulta sendo que se pode dar espaço para que o utente indique quais são ou o próprio médico poderá perguntar diretamente. Estas informações devem ser registadas claramente no processo clínico do utente para que todos os funcionários as utilizem ao longo das interações em contexto clínico (12,18,24,35–40,42).

Nisly et al. (42) refere ainda que o uso dos nomes e pronomes indicados pelo utente deve ser disseminado e que para isso é imperativo que estes sejam corretamente utilizados mesmo na ausência dos utentes, ao falar com outros prestadores de cuidados e ao registar informações nos registos clínicos, de forma a evitar erros perante o utente e a sua família, promovendo assim um verdadeiro ambiente de respeito pela identidade da pessoa. Estas práticas poderão necessitar de algum treino.

Deutsch et al. (45) recomenda uma abordagem individualizada no tratamento do indivíduo trans, baseada no inventário atual de órgãos que possui e também na sua história pessoal de intervenções. Para este fim, seria ideal permitir aos doentes indicarem a sua identidade de género, o seu sexo à nascença, os órgãos que possuem naquele momento e o sexo que têm registado em termos legais, sem assumir que estes sejam todos concordantes entre si (12,37,39,40). Moseson et al. (39) acrescenta ainda que será importante verificar estas informações em cada visita, pois podem ocorrer mudanças.

É necessário questionar sistematicamente quais são os termos que qualquer pessoa prefere usar para descrever as suas partes do corpo e se há termos com os quais se sente desconfortável (12,35,39).

Moseson et al. (39) indica que será relevante demonstrar *awareness* em momentos em que vai ser utilizada linguagem que não é a ideal, por exemplo o uso de termos anatómicos de forma a explicar algo de forma mais clara ou aquando do ato de fornecer material educativo ao utente que não é inclusivo, mas contém informações relevantes para a situação clínica em questão.

Ao perguntar sobre histórico sexual de todos os doentes, deve ser dado espaço para que haja especificação dos géneros e partes corporais dos parceiros, evitando ideias pré-concebidas (35,37). É importante compreender que os parceiros dos utentes podem não ser cisgénero e não se deve ter receio de fazer perguntas adicionais de forma a clarificar a anatomia dos parceiros e comportamentos sexuais específicos (35,37,39,40).

O documento “*Guidelines for care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) explana que apesar destas informações permitirem prestar um cuidado mais relevante e efetivo, tem de se ter em consideração que certas discussões sobre atos sexuais ou sobre genitália podem ser algo difícil e desconfortável para o utente devido a uma dissociação da pessoa com o seu próprio corpo. Ao longo de toda a interação médica, poderá ser importante pedir ao utente para clarificar termos ou comportamentos com os quais o profissional não esteja familiarizado, ou então que repita a sua interpretação daquilo que o utente lhe tenha dito, de forma a impedir que surjam mal-entendidos (37).

A abordagem a temas relativos à construção de família deve ocorrer de forma neutra, sem assumir nada sobre gravidez ou desejos de preservação de gâmetas. Todos os assuntos dentro deste âmbito devem ser discutidos, como a contraceção, a parentalidade, aborto, adoção, coabitação, coparentalidade, entre outros (39).

O exame físico deve ser orientado para aquilo que é pertinente no contexto do que levou a pessoa à consulta (12,35).

De forma a tornar o exame físico mais confortável para o utente, Whitlock et al. (35) aconselha a que este assente em vários princípios. Primeiramente, deve existir comunicação antecipatória, ou seja, mesmo antes de ser pedido ao utente para este se despir, deve ocorrer uma conversa aberta relativamente ao que o exame físico irá incluir; poderá ser necessário explicar o porquê da examinação de certas partes mais sensíveis ser importante para a saúde do paciente. Em segundo lugar, o exame objetivo deverá ser orientado para as partes corporais que o utente possui, sendo por isso fulcral que tenha sido feita uma história clínica que contenha um inventário dos órgãos e modificações presentes como já foi referido anteriormente. Em terceiro lugar, deve-se adotar uma linguagem que seja confortável para o utente, uma vez que termos anatómicos comumente utilizados podem causar desconforto à pessoa. Por fim, é essencial que este seja conduzido com discrição e segurança, daí que examinação da parte retal, genital e mamária só deve ocorrer quando necessária; adicionalmente, um acompanhante poderá estar presente durante as examinações mais sensíveis se a pessoa assim o desejar.

Whitlock et al. (35) indica que os médicos devam conhecer o espectro das características sexuais secundárias de pacientes trans. Os utentes transmasculinos que façam uso da terapia hormonal podem ter aumento de pêlos na face e no corpo, acne, aumento da oleosidade da pele, aumento do clitóris, voz mais grave, conformação corporal masculina, atrofia vaginal e perda de cabelo com padrão masculino.

Nos documentos “*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care - A Roadmap for Hospitals*”, pela The Joint Commission (36), “*Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*” pela Gay and Lesbian Medical Association (37) e “*Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*” pelo Center of Excellence for Transgender Health (12), é mencionado direta ou indiretamente o conceito de humildade cultural e que este deve ser orientador de todas as interações com esta população.

Este método foi desenvolvido de forma a abordar as disparidades em saúde e criar igualdade. Muitos programas desenvolvidos neste âmbito são criados de forma a sensibilizar trabalhadores na área da saúde para as necessidades únicas e vulnerabilidades de diferentes populações, com o objetivo final de que seja fornecido cuidado apropriado e acessível para todos. Se os médicos estiverem mais cientes do *background* cultural e crenças dos seus utentes, a comunicação será facilitada (48).

É claro que é impossível que os profissionais compreendam tudo sobre todas as culturas; porém, é importante sejam encorajados a colher informações sobre necessidades, crenças e preferências do utente que possam influenciar o cuidado prestado (36).

Através deste conceito, as pessoas devem reconhecer que as suas experiências ou identidades podem não ser compatíveis com as vividas por outros, tendo assim uma atitude de *self-awareness* e de respeito relativamente a diferentes pontos de vista. Posto isto, todos os utentes devem ser abordados como um indivíduo único, sem preconceções, sendo que para isso os funcionários devam recorrer a perguntas abertas, explorando semelhanças e diferenças culturais e acomodando as necessidades únicas dos utentes quando possível. Além do mais, o profissional deve encontrar-se com os pacientes “onde eles estão” sem julgamentos e isso poderá potenciar a relação médico-paciente e evitar a perceção de estigma ou de tornar patológica a situação da pessoa. Deve haver também consideração pelas potenciais experiências negativas passadas em contexto de cuidados de saúde, incluindo discriminação ou mesmo abuso físico ou emocional (12,36,37).

No artigo por Wilkerson et al. (24) é referida a importância de ensinar os utentes a advogarem pelos seus próprios cuidados de saúde. Por outras palavras, utentes mais educados relativamente aos seus riscos e necessidades em saúde e que tinham acesso a ferramentas necessárias para discutir abertamente estes temas com cuidadores culturalmente competentes, sentiam de forma menos estigmatizante as suas preocupações individuais e em geral havia melhores resultados em saúde. Por outro lado, Torres et al. (38) afirma ser papel dos profissionais de saúde advogarem por esta população, especialmente junto de colegas de profissão.

3.3.4. Exames ginecológicos

Moseson et al. (39) menciona que os exames clínicos e os procedimentos devem ser descritos de forma a ser neutra em termos de género, como por exemplo: consulta de cuidados preventivos, exame pélvico, serviços contraceptivos, rastreio do cancro do colo do útero.

Num estudo qualitativo de Dutton et al. (16) em que foram envolvidos 6 indivíduos que eram biologicamente do sexo feminino e não eram cisgénero, é mencionado que deve ocorrer a assexualização das mamas.

Relativamente à examinação mamária, no artigo por Whitlock et al. (35) é mencionado que várias pessoas transmasculinas que não foram submetidas a mastectomia recorrem a uma prática denominada *binding*³ das mamas, que consiste no uso de material justo para torná-las menos salientes. Esta prática pode ter complicações, daí que os utentes devam

ser aconselhados relativamente a práticas seguras. Para além do mais, o utente pode ficar hesitante relativamente à remoção do *binding* para o exame físico.

³ Por não haver um vocábulo que descreve o sentido integrado da expressão, optou-se por manter em inglês

Na examinação pélvica, alguns pacientes poder-se-ão sentir bastante ansiosos e esta pode ser traumática, daí que o médico deva ter cuidados extra de forma a ajudar os utentes a lidar com a situação. Posto isto, é mais uma vez essencial a discussão sobre o exame previamente à realização do mesmo, quando a pessoa ainda está vestida; será relevante discutir experiências passadas, o nível de conforto com o exame e as preocupações que a pessoa poderá ter. Será importante usar os mesmos termos que o paciente utiliza para se referir à sua anatomia; algumas pessoas preferem referir-se ao seu canal vaginal como “buraco frontal” enquanto outras optam pelos termos médicos. O médico deverá explicar cada etapa do exame de forma clara como por exemplo “vai sentir pressão agora” ou “vai ouvir o som do espéculo a abrir”, e será relevante ir relembrando o utente que a examinação pode ser interrompida a qualquer momento. Pode ser oferecido um espelho à pessoa para que observe diretamente o exame e podem ainda ser utilizadas técnicas de forma a permitir o relaxamento da pessoa, e estas devem ser discutidas previamente à examinação; estas podem incluir ter um amigo na sala, ouvir música ou falar sobre outros assuntos durante a examinação. Se a ansiedade não for possível de controlar, poderá ser necessário recorrer a ansiolíticos 20-60 minutos antes da realização do exame (12,35).

Se o utente não estiver em condições de ser examinado, há várias formas de proceder: pode-se adiar o exame clínico para outra consulta, ou pode-se experimentar iniciar o exame ginecológico primeiro pela palpação bimanual e só mais tarde fazer a introdução do espéculo, dando tempo para a adaptação do doente, ou então, se possível, prescindir do exame com espéculo (12,35).

4. Conclusão e Perspetivas Futuras

Devido ao estigma que muitas pessoas trans experienciam nos cuidados de saúde, estas muitas vezes não são acompanhadas nestes serviços, e por isso, desenvolvem patologias e têm piores *outcomes* em saúde que poderiam ser evitados caso tivessem este acompanhamento. Posto isto, o sistema de saúde tem de se mostrar adequado de forma a fornecer cuidados acolhedores a esta população.

Há muito onde os serviços de saúde podem crescer de forma a dar resposta às necessidades trans. Na logística, é de destacar a adoção de nomes neutros para os serviços oferecidos, casas de banho neutras quanto ao género, decorações desvinculadas de estereótipos de género e áreas de espera não separadas por género e/ou privativas. A destacar ainda a relevância da criação de um diretório de entidades com competência em assuntos LGBTQ+.

No que concerne ao setor administrativo, a destacar a utilização de perguntas neutras e inclusivas e de questionários com o método de dois passos para colheita da identidade de género e sexo biológico e para a colheita de dados demográficos de todos os utentes, proteção apertada dos dados e criação de políticas hospitalares para salvaguardar os utentes trans.

Relativamente à relação médico-utente, os profissionais de saúde poderiam ter treino em práticas inclusivas como o uso constante dos nomes, pronomes e termos para partes do corpo ou atividades que a pessoa prefira e *skills* em humildade cultural. Deve prevalecer um respeito pela identidade e integridade da pessoa, que se repercutem em proteger a sua privacidade em todos os momentos e em não a tratar como se fosse um mero “objeto” de curiosidade. O exame físico e em particular a examinação ginecológica podem ser uma situação de grande *stress* para a pessoa trans, daí que seja importante comunicar todas as etapas previamente e que esta seja colocada o mais confortável possível, podendo-se recorrer a técnicas variadas para a pessoa relaxar.

O futuro passará por tornar a assistência médica nas instituições de saúde mais inclusiva para as pessoas da comunidade LGBTQ+, e em particular para a população trans. É fulcral que os membros desta comunidade se sintam confortáveis e seguros ao ponto de aumentarem a frequência com que recorrem a acompanhamento médico.

Para tal ocorrer, será necessário primeiramente o reconhecimento do problema pelas autoridades sanitárias. Em Portugal, este já começa a haver, como se pode verificar com a publicação de linhas orientadoras sobre a promoção de saúde nesta comunidade na

“Estratégia de Saúde Para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo” pela Direção-Geral da Saúde (49) e com políticas como o “Plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais” que se encontra inscrito na “Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030” que por sua vez se encontra publicada em Diário da República (50).

Ademais, é essencial que exista interesse por parte das sociedades científicas ligadas à saúde da mulher em promover a investigação e formação contínua neste assunto. Em Portugal, até à data, ainda não existem linhas orientadoras específicas para a população trans por parte de nenhuma sociedade integrante na Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia.

Adicionalmente, deverá ocorrer a sensibilização académica para a inclusão do tema no currículo dos estudantes da área da Saúde. O ensino da humildade cultural poderá ser vantajoso para promover a desconstrução de viés, tanto relativamente à comunidade LGBTQ+, mas também para com outras minorias.

Por fim, a população trans deverá ser incentivada a lutar ativamente pelos seus direitos, particularmente no que toca à sua saúde, e deverá também a comunidade médica advogar, quando necessário, pelos direitos desta população e da comunidade LGBTQ+ como um todo.

5. Referências

1. Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A Mixed Methods Study of the Sexual Health Needs of New England Transmen Who Have Sex with Nontransgender Men. *AIDS Patient Care ST [Internet]*. 16 de Agosto de 2010 [citado 25 de Janeiro de 2021];24(8):501–13. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1089/apc.2010.0059>
2. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Rev Port Psiquiatr e Saúde Ment [Internet]*. 30 de Dezembro de 2020 [citado 7 de Abril de 2021];6(3):98–108. Disponível em: <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>
3. Bachmann CL, Gooch B. LGBT in Britain. *Trans report [Internet]*. Londres, Reino Unido: Stonewall; 2018 [citado 1 de Abril de 2021]. 13 p. Disponível em: https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_-_trans_report_final.pdf
4. Unger CA. Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. *J Womens Health [Internet]*. 15 de Fevereiro de 2015 [citado 11 de Fevereiro de 2021];24(2):114–8. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2014.4918>
5. Cambridge University Press. *LGBTQ | Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus [Internet]*. Cambridge: Cambridge Dictionary; 2021 [citado 12 de Abril de 2021]. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/lgbtq>
6. Ordem dos Psicólogos. *Linhas de Orientação para a Prática Profissional no Âmbito da Intervenção Psicológica com Pessoas LGBTQ [Internet]*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Psicólogos; 2020 [citado 25 de Março de 2021]. 33 p. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/linhasorientacao_lgbtq.pdf
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Committee Opinion no. 512: Health Care for Transgender Individuals. Obstet Gynecol [Internet]*. Dezembro de 2011 [citado 27 de Fevereiro de 2021];118(6):1454–8. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823ed1c1>
8. Diamond LM. Sexual-Minority, Gender-Nonconforming, and Transgender Youths. Em: Bromberg DS, O'Donohue WT, editores. *Handbook of Child and Adolescent Sexuality [Internet]*. Cambridge, Estados Unidos da América: Academic Press; 2013 [citado 3 de Abril de 2021]. p. 275–300. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1016/B978-0-12-387759-8.00011-8>

9. Simons LK, Leibowitz SF, Hidalgo MA. Understanding Gender Variance in Children and Adolescents. *Pediatr Ann* [Internet]. 22 de Maio de 2014 [citado 2 de Abril de 2021];43(6):e126–31. Disponível em:
<https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
10. American Psychiatric Association. Gender Dysphoria. Em: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Internet]. Quinta edi. Washington, D.C., Estados Unidos da América: American Psychiatric Association; 2013 [citado 31 de Março de 2021]. p. 452–9. Disponível em:
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
11. Sá J. Tratamento da Disforia de Género [Internet] [tese de mestrado na internet]. [Porto, Portugal]: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2017 [citado 1 de Abril de 2021]. 41 p. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109245/2/233713.pdf>
12. University of California San Francisco Parnassus Campus Transgender Care, Department of Family and Community Medicine University of California. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People [Internet]. segunda ed. Deutsch MB, editor. São Francisco, Estados Unidos da América: University of California; 17 de junho 2016 [citado 31 de Janeiro de 2021]. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
13. Pereira A. Bastonário não quer pronunciar-se sempre que alguém muda de sexo. *Público* [Internet]. 1 de Abril de 2017 [citado 8 de Abril de 2021]; Saúde: [aproximadamente 7 p.]. Disponível em:
<https://www.publico.pt/2017/04/01/sociedade/noticia/bastonario-acha-que-nao-tem-de-pronunciar-cada-vez-que-alguem-muda-de-sexo-1767255>
14. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. Abril de 2016 [citado 8 de Abril de 2021];23(2):168–71. Disponível em:
<https://www.doi.org/10.1097/MED.0000000000000227>
15. Institute of Medicine. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People* [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos da América: The National Academies Press; 2011 [citado 9 de Março de 2021]. 366 p. Disponível em:
<https://www.doi.org/10.17226/13128>
16. Dutton L, Koenig K, Fennie K. Gynecologic Care of the Female-to-Male Transgender Man. *J Midwifery Wom Heal* [Internet]. 24 de Dezembro de 2010 [citado 25 de Janeiro de 2021];53(4):331–7. Disponível em:
<https://www.doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.02.003>

17. Harb CY, Pass LE, De Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and Barriers to Accessing Sexual Health Care Services for Transgender/Genderqueer Individuals Assigned Female Sex at Birth. *Trans Health* [Internet]. 17 de Janeiro de 2019 [citado 25 de Janeiro de 2021];4(1):58–67. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1089/trgh.2018.0022>
18. Human Rights Campaign Foundation, Lambda Legal, LGBTQ Rights Committee of the New York City Bar Association. *Transgender-Affirming Hospital Policies* [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos da América; 2016 [citado 9 de Março de 2021]. 24 p. Disponível em: https://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/hospital-policies-2016_5-26-16.pdf
19. Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo Portugal. *Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans* [Internet]. Lisboa, Portugal: Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo Portugal; [2014?] [citado 28 de Março de 2021]. 36 p. Disponível em: <http://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenasaude.pdf>
20. Reisner SL, White JM, Mayer KH, Mimiaga MJ. Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center. *AIDS Care* [Internet]. 2014 [citado 11 de Abril de 2021];26(7):857–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.855701>
21. Stark B, Hughto JM, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception* [Internet]. 1 de Dezembro de 2019 [citado 5 de Abril de 2021];100(6):468–73. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.07.146>
22. Operario D, Nemoto T. HIV in Transgender Communities: Syndemic Dynamics and a Need for Multicomponent Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 15 de Dezembro de 2010 [citado 8 de Abril de 2021];55(Supplement 2):S91–3. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181fbc9ec>
23. Reiter PL, Katz ML, Ferketich AK, Ruffin MT, Paskett ED. Measuring cervical cancer risk: development and validation of the CARE Risky Sexual Behavior Index. *Cancer Cause Control* [Internet]. 20 de Junho de 2009 [citado 5 de Abril de 2021];20(10):1865–71. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1007/s10552-009-9380-5>

24. Wilkerson JM, Rybicki S, Barber CA, Smolenski DJ. Creating a Culturally Competent Clinical Environment for LGBT Patients. *J Gay Lesbian Soc Serv* [Internet]. 2 de Agosto de 2011 [citado 10 de Fevereiro de 2021];23(3):376–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.589254>
25. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas* [Internet]. 1 de Outubro de 2019 [citado 2 de Abril de 2021];128:17–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
26. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. *Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2014 [citado 9 de Abril de 2021];124(6):1120–7. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>
27. Lierman S, Tilleman K, Braeckmans K, Peynshaert K, Weyers S, T’Sjoen G, et al. Fertility preservation for trans men: frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *J Assist Reprod Genet* [Internet]. 24 de Junho de 2017 [citado 3 de Fevereiro de 2021];34:1449–56. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>
28. Stewart T, Lee YA, Damiano EA. Do Transgender and Gender Diverse Individuals Receive Adequate Gynecologic Care? An Analysis of a Rural Academic Center. *Trans Health* [Internet]. 16 de Março de 2020 [citado 12 de Fevereiro de 2021];5(1):50–8. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1089/trgh.2019.0037>
29. Pinto N, Moleiro C. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *PSICOLOGIA* [Internet]. 2012 [citado 2 de Abril de 2021];26(1):129–51. Disponível em: <https://www.doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.266>
30. Direção Geral de Educação (Portugal), Direção de Serviços de Projetos Educativos (Portugal). Relatório 2019 – Acompanhamento e Avaliação da Implementação da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto [Internet]. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Educação (Portugal); 2019 [citado 4 de Abril de 2021]. 40 p. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_Imagens/relatorio_lei60_ed_sexual_versao20agosto2019.pdf
31. Worthen MG. Hetero-cis–normativity and the gendering of transphobia. *Int J Transgend* [Internet]. 12 de Abril de 2016 [citado 3 de Abril de 2021];17(1):31–57. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1080/15532739.2016.1149538>



32. Peitzmeier SM, Agénor M, Bernstein IM, McDowell M, Alizaga NM, Reisner SL, et al. «It Can Promote an Existential Crisis»: Factors Influencing Pap Test Acceptability and Utilization Among Transmasculine Individuals. *Qual Health Res* [Internet]. 24 de Agosto de 2017 [citado 5 de Abril de 2021];27(14):2138–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732317725513>
33. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstet Gynecol* [Internet]. Julho de 2019 [citado 25 de Janeiro de 2021];134(1):81–90. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003308>
34. Joint Commission, California Endowment. *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community - A Field Guide* [Internet]. Oakbrook Terrace, Estados Unidos da América: The Joint Commission; 2011 Out [citado 7 de Fevereiro de 2021]. 99 p. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/enterprise/tjc/imported-resource-assets/documents/lgbtfieldguide_web_linked_verpdf.pdf?db=web&hash=1EC363A65C710BCD1D4E14ED120CB237
35. Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, Schwab PP, Uner OE, Wen S, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrin Metab Clin* [Internet]. Junho de 2019 [citado 1 de Março de 2021];48(2):377–90. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.004>
36. Joint Commission. *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care - A Roadmap for Hospitals* [Internet]. Oakbrook Terrace, Estados Unidos da América: The Joint Commission; 2010 [citado 13 de Fevereiro de 2020]. 102 p. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>
37. Gay & Lesbian Medical Association. *Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients* [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos da América: Gay & Lesbian Medical Association; 2006 [citado 8 de Fevereiro de 2021]. 35 p. Disponível em: http://www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/GLMA_guidelines_2006_FINAL.pdf

38. Torres CG, Renfrew M, Kenst K, Tan-McGrory A, Betancourt JR, López L. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatr* [Internet]. 18 de Novembro de 2015 [citado 10 de Fevereiro de 2021];15:1–10. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>
39. Moseson H, Zazanis N, Goldberg E, Fix L, Durden M, Stoeffler A, et al. The Imperative for Transgender and Gender Nonbinary Inclusion. *Obstet Gynecol* [Internet]. Maio de 2020 [citado 5 de Fevereiro de 2021];135(5):1059–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003816>
40. Stroumsa D, Wu JP. Welcoming transgender and nonbinary patients: expanding the language of “women’s health”. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de Dezembro de 2018 [citado 5 de Fevereiro de 2021];219(6):585.E1-585.E5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>
41. Avery D. LGBTQ rights fight reignited 4 years after N.C.’s «bathroom bill» controversy. *NBC News* [Internet]. 8 de Dezembro de 2020 [citado 23 de Março de 2021]; Health: [aproximadamente 18 p.]. Disponível em: <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/lgbtq-rights-fight-reignited-4-years-after-n-c-s-n1250390>
42. Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Dole N, Priest JB, Sandler L, et al. Developing an Inclusive and Welcoming LGBTQ Clinic. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 26 de Janeiro de 2021];61(4):646–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000405>
43. Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique primary care needs of transgender and gender non-binary people. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 26 de Janeiro de 2021];61(4):674–86. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1097/GRF.0000000000000404>
44. Deutsch MB, Buchholz D. Electronic Health Records and Transgender Patients— Practical Recommendations for the Collection of Gender Identity Data. *J Gen Intern Med* [Internet]. 6 de Janeiro de 2015 [citado 4 de Fevereiro de 2021];30(6):843–7. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1007/s11606-014-3148-7>
45. Deutsch MB, Green J, Keatley JA, Mayer G, Hastings J, Hall AM. Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. Julho de 2013 [citado 5 de Fevereiro de 2021];20(4):700–3. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472>


46. Tate CC, Ledbetter JN, Youssef CP. A two-question method for assessing gender categories in the social and medical sciences. *J Sex Res* [Internet]. 2013 [citado 8 de Fevereiro de 2021];50(8):767–76. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1080/00224499.2012.690110>
47. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sex Health* [Internet]. 6 de Fevereiro de 2017 [citado 26 de Janeiro de 2021];14(1):119–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/SH16145>
48. Fletcher K. Are You Practicing Cultural Humility? – The Key to Success in Cultural Competence [Internet]. Sacramento, Estados Unidos da América: California Health Advocates; 01 de abril de 2007 [citado 25 de Fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://cahealthadvocates.org/are-you-practicing-cultural-humility-the-key-to-success-in-cultural-competence/>
49. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (Portugal), Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde. Estratégia de Saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo - Promoção da Saúde das pessoas trans e intersexo [Internet]. Vol. 1, Direção Geral de Saúde (Portugal). Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde (Portugal); 2019 [citado 7 de Abril de 2021]. 29 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>
50. Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018 [Internet]. Diário da República Eletrónico (Portugal). Lisboa, Portugal: Presidência do Conselho de Ministros; 21 de maio de 2018 [citado 31 de Março de 2021]. p. 2220–45. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115360036/details/maximized>

ANEXOS

Anexo I: Autorização para ultrapassar o limite de palavras

Informação Importante sobre ultrapassagem dos limites estabelecidos para a dissertação  

Caixa de entrada x

 **gem** <gab.gem@fcsaude.ubi.pt> quarta, 14/04, 23:36 (há 11 dias) ☆ ↶ ⋮
para Bcc:mim ▾
Caro(a) aluno(a)

na sequência da mensagem que enviou, com informação sobre a necessidade de ultrapassagem do limite de palavras fixado para elaboração da Dissertação informo que, a título excecional no presente ano letivo, e tendo em conta a proximidade da data de entrega do trabalho, não será aplicada penalização específica sobre este aspecto na secção Documentação da Grelha de Classificação que será utilizada pelo Júri no dia da Prova Pública.

Realço, no entanto, a importância da capacidade de síntese e a delimitação do campo de investigação de um determinado tema, pois será uma situação com a qual poderá vir a ser confrontado no futuro, quer em trabalhos no âmbito da realização do internato médico, quer em Comunicações Científicas em congressos ou até mesmo na realização de Doutoramento.

Melhores cumprimentos

O Diretor de Curso e
Responsável pela UC Dissertação
Miguel Castelo-Branco Sousa
MD PHD

