



DA TRANSEXUALIDADE À DISFORIA DE GÉNERO: PROTOCOLO DE ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

FROM TRANSEXUALITY TO GENDER DYSPHORIA: HOW TO APPROACH AND TO GUIDE IN PRIMARY HEALTH CARE

Prezado Editor,

A identidade de género é um tema atualmente muito debatido em todo o mundo e, nos últimos anos, muitos avanços têm sido feitos no que diz respeito à defesa dos direitos e da promoção de saúde da comunidade LGBTQI+, nomeadamente em Portugal. Nesta carta gostaríamos de clarificar alguns conceitos e atualizar algumas informações redigidas no artigo DA TRANSEXUALIDADE À DISFORIA DE GÉNERO: PROTOCOLO DE ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS [Rev Port Med Geral Fam. 2019;35(3):210-22].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem definido vários conceitos relativos à identidade de género, tendo um papel fundamental na sua despatologização (especialmente, a da transexualidade). Em junho de 2018, a Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) reviu as questões de saúde associadas à sexualidade e retirou a entidade «transsexual e identidades de género diversas» da categoria de doença mental e de comportamento. As novas categorias associadas à transexualidade podem ser encontradas no capítulo «Condições Relacionadas com a Saúde Sexual» e são: «Incongruência de género na adolescência e na idade adulta» e «Incongruência de género na infância». Esta despatologização feita pela OMS vem de encontro à necessidade de melhorar a acessibilidade dos utentes com disforia de género aos cuidados de saúde e à adoção de políticas e ambientes não discriminatórios.¹

O conceito «transgénero» refere-se a pessoas ou comportamentos que desafiam as expectativas sociais em relação ao género (inclui pessoas transsexuais, intersexo e não-binárias e também comportamentos como *crossdressing* ou *drag queens*, entre outros). Por outro lado, uma pessoa «transsexual» é identificada como “pessoa que tem uma identidade de género incongruente com o sexo atribuído ao nascimento, e geralmente vive ou pretende viver socialmente de acordo com o sexo contrário ao atribuído ao nascimento – independentemente das intervenções médicas a que se tenha submetido ou que pretenda submeter-se”.²

Em Portugal, também em 2018, foi aprovada a Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, sobre o DIREITO À AUTODETERMI-

NAÇÃO DA IDENTIDADE DE GÉNERO E À PROTEÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SEXUAIS DE CADA PESSOA. No capítulo II, artigo 6º, está descrita a simplificação do procedimento de alteração de nome e de mudança de sexo, apenas sendo necessário fazer um requerimento numa conservatória do registo civil. O requerente deverá ter mais de 18 anos de idade e ter uma identidade de género que não corresponda ao sexo atribuído à nascença. As pessoas com idades compreendidas entre os 16 e 18 anos poderão pedir a mesma alteração através dos seus representantes legais, apresentando uma declaração médica que ateste a vontade informada da pessoa para a mudança, sem referência a diagnósticos de identidade de género.³

Relativamente à referenciação dos utentes para consulta de sexologia hospitalar, de referir ainda que, em Lisboa, o encaminhamento poderá ser efetuado para a Consulta de Psiquiatria – Sexologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e para o Hospital de Santa Maria. Esta consulta é realizada em equipa multidisciplinar entre psicologia, psiquiatria e endocrinologia. Apesar de não se realizarem cirurgias de reconfiguração genital nestes centros, estes possuem consultas especializadas que fazem acompanhamento e seguimento das diversas situações relacionadas com a identidade de género, disforia de género e a transexualidade.

Na sociedade portuguesa ainda existem marcadas dificuldades de acesso a cuidados de saúde para a comunidade LGBTQI+, demonstrado pelo estudo realizado pela Associação ILGA Portugal no projeto SAÚDE EM IGUALDADE. Neste estudo é salientada a discriminação praticada pelos profissionais de saúde que se traduz na perpetuação de medo entre pessoas LGBTQI+ no momento de recorrerem a cuidados de saúde. Cerca de 39% dos utentes sentem necessidade de escolher o/a profissional ou serviço de saúde com o intuito de minimizar o risco de discriminação ou o tratamento desadequado e 31% prefere procurar serviços de saúde privados para que possa escolher o/a profissional que o/a atende, diminuindo o risco de ser discriminado/a.⁴ O Despacho n.º 7247/2019, publicado em agosto de 2019,⁵ estabelece as medidas administrativas que os es-



tabelecimentos educativos devem adotar, no sentido de prevenir e promover a não discriminação. Algumas destas medidas poderiam ser implementadas a nível dos cuidados de saúde (tanto a nível primário como a nível hospitalar), no sentido de promover melhor acessibilidade destes utentes. Uma das ações a levar a cabo poderia passar por formação sobre temáticas de género para profissionais de saúde, de forma a aumentar o número de pessoas LGBTQI+ que recorrem aos serviços de saúde, atualmente estimado em apenas 31%.⁴

Neste contexto, torna-se evidente que a liberdade para a expressão da identidade de género de cada indivíduo ainda é pautada por vários constrangimentos socioculturais. Estes constrangimentos deverão ser trabalhados num futuro próximo para que possa ser permitido o exercício efetivo do direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e do direito à proteção das características sexuais de cada pessoa, bem explícitos na Lei n.º 38/2018.³

Com os melhores cumprimentos,

Tiago de Lima e Sara Antunes*

*Médicos Internos em Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
Data: 20 de setembro de 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11) [Internet]. WHO; 2018 [updated 2018 Jun 18]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
2. ILGA Portugal. A lei da identidade de género [Internet]. Lisboa: ILGA Portugal; 2016. Available from: https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/Folheto_Lei_Identidade_Gen.pdf
3. Lei n.º 38/2018, de 7 de Agosto. Diário da República. 1ª Série;(151): 3922-4.
4. Pinto N, Côrte-Real P, Ramos M, Torres R. Saúde em igualdade: pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Internet]. Lisboa: ILGA Portugal; 2018. ISBN 9789899559479. Available from: <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenasauade.pdf>
5. Despacho n.º 7247/2019, de 16 de agosto. Diário da República. 2ª Série(156):21-3.

RESPOSTA DOS AUTORES

O artigo DA TRANSEXUALIDADE À DISFORIA DE GÉNERO: PROTOCOLO DE ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, publicado na RPMGF, volume 35, n.º 3, em

2019, foi elaborado e submetido em 2017, tendo, desde então, surgido atualizações, nomeadamente ao nível legal e de classificação.

Os autores, que não subscrevem a totalidade dos comentários constantes da carta ao editor, reconhecem que a mesma não coloca em causa a substância do artigo publicado, sendo que a tomarão em conta em futuros trabalhos.

Ana Gabriela Carvalho Oliveira, Ana Filipa Vilaça
Daniel Torres Gonçalves*

*Autores do artigo DA TRANSEXUALIDADE À DISFORIA DE GÉNERO: PROTOCOLO DE ABORDAGEM E ORIENTAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, Rev Port Med Geral Fam. 2019;35(3):210-22. doi:10.32385/rpmgf.v35i3.12105

COMENTÁRIO EDITORIAL

Agradecemos a atualização de conteúdos proposta pelos autores da CARTA AO EDITOR.

A identidade de género está atualmente na ordem da opinião pública, o que leva a que se verifique alguma confusão nos conceitos e definições que se misturam com crenças e opiniões nem sempre baseadas na melhor evidência.

A existência de doença depende de vários fatores. Numa lógica histopatológica, a doença é definida por uma alteração do funcionamento celular e dos sistemas que leva a uma incongruência em relação à fisiologia ideal, capaz de cumprir a função predestinada da célula ou do sistema orgânico. Em consequência, postulamos que há sempre um mecanismo perfeitamente definido que justifica o erro inicial da cadeia de eventos que se lhe segue.

Já percebemos há muitos anos que tal não é completamente verdade.

A questão dos comportamentos é paradigmática, pois independentemente da existência de determinadas características genéticas ou epigenéticas que possam estar na base de certas opções; a realidade é que os comportamentos são modelados por um conjunto alargado de variáveis, incluindo padrões familiares, comunitários e sociais.

Neste sentido, a definição de doença engloba também uma avaliação da distribuição normal entendida pela forma como determinada situação se aproxima ou afasta da média da população.



Os comportamentos serão «normais» ou «anormais» consoante os *cut-off* que estabelecemos, dependentes da média da população e da tolerância que quisermos adotar para os desvios a essa média. Numa linguagem mais estatística, definimos uma média e um desvio-padrão da distribuição e convencionamos aceitar como normal o que se situa entre os mais ou menos 2 desvios-padrão (o mais comum) ou 3 ou 4, ou os que quisermos.

Desta forma, percebemos que «normalidade» é o que quisermos definir e que o problema não está no comportamento, mas na aceitação que fazemos dele na sociedade.

Os comportamentos sexuais são um bom exemplo deste conceito. A «doença» depende da definição do *outcome* de avaliação e do valor que a sociedade lhe atribui.

Por motivos que são conhecidos, durante muitos anos foi tabu falar de sexualidade. Isto levou a que comportamentos diferentes dos códigos socialmente aceites fossem vistos como desviantes e classificados como doença. Mas a sociedade muda em tudo e também no sistema de valores. Atualmente vemos que comportamentos considerados desviantes no passado são aceites como adequados (como os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo), num fenómeno claro de alargamento dos desvios-padrão aceites em relação ao comportamento médio da população. Da mesma forma, assistimos à categorização como desviante de comportamentos que no passado eram normais (como a recusa da utilização do preservativo nas relações sexuais ocasionais).

Dentro desta perspetiva de evolução social não encontraríamos nenhuma dificuldade, se toda a socieda-

de evoluísse à mesma velocidade, o que obviamente não será fácil de determinar. Daí os fenómenos discriminatórios que a Lei, enquanto instrumento normativo (diferente de normalizador), procura, e bem, corrigir.

A saúde tem um entendimento diferente da justiça. Se a justiça corrige as relações entre as pessoas, a saúde corrige a relação da pessoa consigo própria. Só faz sentido relevar um comportamento (ou seja, enquadrá-lo como patológico) se for causa de sofrimento para o próprio (como a pessoa que bebe álcool em excesso) ou diretamente para terceiros (e que depois vai conduzir o seu carro). Mas também não fazemos o contrário (ainda que possa haver evidência do benefício de uma ingestão moderada de algumas bebidas alcoólicas, não classificamos a abstinência alcoólica como doença). Não obstante, orientaremos uns e outros se isso condicionar angústia, sofrimento ou dor no presente ou, preventivamente, o puder vir a fazer no futuro.

Se nos entendermos nestes conceitos, seremos, enquanto profissionais de saúde, instrumentos para um equilíbrio social fundamental à paz e ao sucesso de todos, independentemente dos comportamentos (aqui sexuais) que cada um assume para si próprio e na relação que estabelece com os outros.

Paulo Santos, Tiago Maricoto, Alberto Hespagnol*

*Editores da REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Enviado em 01-10-2019

Aceite em 05-02-2020