



# Disforia de género: quando ninguém está atento

Ricardo Silva,<sup>1</sup> Ema Santos<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A saúde transgénero continua a constituir um desafio para os profissionais de saúde, dada a rápida evolução dos conceitos de género e sexualidade, com frequentes atualizações de nomenclaturas e surgimento de novas identidades de género. Por se manter um tema sensível e fraturante na sociedade gera sofrimento, estigmatização, isolamento e problemas de saúde. Além disso, verifica-se alguma inércia dos profissionais em abordar estes temas em consulta, o que pode conduzir a falhas na identificação de pessoas em sofrimento, por vezes incapazes de pedir ajuda espontânea e atempadamente.

**Descrição do caso:** Utente do sexo biológico masculino, 56 anos de idade, solteira, desempregada, vive com pais que apoiam financeiramente. Recorre à consulta do médico de família (MF) por agravamento da ansiedade, crises de pânico e labilidade emocional. Após entrevista clínica assume não se identificar com o género atribuído à nascença, identificando-se como mulher. Nunca tinha exteriorizado essa identificação, embora sentisse essa incongruência desde a adolescência. Uma história clínica cuidada permitiu a identificação do sofrimento e a referenciação para consultas hospitalares e de psicologia, essenciais para o sucesso terapêutico.

**Comentário:** O sofrimento gerado pela incongruência de género compromete o bem-estar biopsicossocial. Os cuidados de saúde primários, como primeiro ponto de contacto e espaço de maior proximidade, devem estar atentos a sinais de sofrimento, manifestar disponibilidade e explorar ativamente as dimensões do género e da sexualidade em consulta. Têm ainda um papel crucial na gestão de comorbilidades e articulação com cuidados de saúde secundários e redes de apoio, proporcionando acompanhamento personalizado e integrado.

**Palavras-chave:** Cuidados de saúde primários; Integração de cuidados; Saúde transgénero, Prevenção; Disforia de género.

## INTRODUÇÃO

Os conceitos sobre género e sexualidade têm sido reformulados várias vezes nos últimos anos, com novas nomenclaturas e identidades de género. Uma pessoa transgénero é alguém que (de forma intermitente ou definitiva) se comporta, adota práticas de travestismo, para exprimir o género pela qual se identifica (diferente do género natal). Uma pessoa transsexual é aquela que procura, está em processo ou já transitou para um género diferente do atribuído à nascença através de hormonoterapia ou cirurgia. Nestes processos há muitas vezes desconforto, discriminação social, laboral e familiar associada às transições, podendo levar a comor-

bilidades geralmente psiquiátricas (ansiedade, perturbação de impulso e depressão).<sup>1-2</sup>

Este desconforto pode apresentar-se sob forma de disforia de género, descrito na DSM-V<sup>1</sup> como o sentimento de desconforto sentido por ter nascido com um género biológico com o qual não se identifica, cumprindo determinados critérios diagnósticos. A prevalência da disforia de género tem aumentado significativamente nos últimos anos, afetando aproximadamente 5-14 por cada 1.000 homens e 2-3 por cada 1.000 mulheres.<sup>3</sup>

Na idade adulta, a disforia de género é geralmente acompanhada pelo desejo de mudança corporal para o género com que se identifica, levando assim frequentemente a um processo de cirurgia de afirmação de género (CAG).<sup>4</sup> O início do processo é difícil e mais desafiante nesta faixa etária, visto apresentar maior risco de alterações emocionais.<sup>1</sup>

1. Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Egas Moniz, ULS Entre Douro e Vouga. Santa Maria da Feira, Portugal.

2. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. UCSP Macieira/Arões, ULS Entre Douro e Vouga. Santa Maria da Feira, Portugal.



Pessoas trans apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida autorreportada relativamente a grupos de controlo, sendo pior nos casos de mulheres trans (*MaleToFemale*, MTF),<sup>5</sup> tal como piores condições sociais, menores rendimentos e maior taxa de desemprego.<sup>6</sup>

Adicionalmente, muitas pessoas trans reportam experiências negativas com os cuidados de saúde.<sup>7</sup> Este caso clínico pretende alertar para a importância de nos focarmos na agenda do utente, atendendo por vezes a sintomas que nos trazem e que podem ocultar pedidos de ajuda, não sendo devidamente explorados. Uma anamnese cuidada e uma relação de empatia e confiança ajudam os utentes a sentirem-se mais confortáveis para expressarem preocupações e sofrimento, resultando na melhoria da sua qualidade de vida e adesão ao plano terapêutico. Por outro lado, a proximidade dos cuidados de saúde primários à comunidade e família permite também uma atuação em conjunto, atenuando conflitos e facilitando os processos de transição.<sup>8</sup>

## DESCRIÇÃO DO CASO

Dados biográficos e informações sociofamiliares de 2018: pessoa de sexo atribuído à nascença masculino, 56 anos, caucasiano, solteiro, 9.º ano de escolaridade, desempregado há 10 anos. Reside com os pais idosos, sendo que o principal rendimento da família advém da reforma dos pais e trabalho suplementar de costura da mãe (classe Graffar média). Primeira filha de uma fratria de quatro irmãos (duas irmãs [54 anos, 46 anos] e um irmão [37 anos]) com boa relação entre todos. Antecedentes pessoais de dislipidemia e hipertensão não medicadas por falta de adesão a tratamentos médicos, perturbação de ansiedade com 12 anos de evolução e consumo tabágico (20 unidades maço-ano).

A utente recorreu à consulta, em setembro/2018, por dispneia, xerostomia e tristeza com choro associado. Referia que não percebia a razão nem associava a nenhum evento. Já medicada previamente com ansiolíticos em SOS, recusava tratamento a longo prazo e neste momento sem efeito terapêutico.

Depois de exploradas as queixas e de uma abordagem de compreensão e aceitação, a utente assumiu não se identificar com o género atribuído à nascença desde há muito tempo, o que lhe gerava grande descon-

forto. Identificava-se como mulher e sentia-se atraída por homens cisgénero, não se considerando homossexual. Retrata que se encontra num relacionamento com um homem (cis) homossexual, que aceita a sua identidade e que a terá incentivado a procurar apoio, por constatar o seu sofrimento. Ninguém conhecia a razão do seu sofrimento para além de dois anteriores companheiros, até recentemente, quando partilhou com a irmã mais velha, que a apoiou. Nunca abordou o tema antes por medo de estigmatização, vergonha e desconhecimento do que sentia e de como o exprimir.

As primeiras memórias de incongruência de género remontam à infância, com preferência por brincadeiras socialmente atribuídas a meninas. Em casa gostava de ajudar a mãe nas tarefas domésticas. Aos 16 anos, quando a irmã mais velha não estava em casa, a utente ia ao seu quarto para vestir as suas roupas, gostando de se ver ao espelho. Refere que escondia roupa interior da irmã, que na altura era dada como perdida. No entanto, à época, nunca tinha utilizado adereços ou roupas femininas fora de casa. Em jovem ficava ansiosa quando não conseguia fazer *cross-dressing* em casa, o que apenas acontecia quando se encontrava sozinha. A utilização de roupa interior feminina fora de casa iniciou-se aos 25 anos.

No que diz respeito à história relacional, apenas se relacionou com homens cisgénero e homossexuais. O primeiro, aos 27 anos, terminou abruptamente após seis meses devido ao falecimento do parceiro. Nessa relação nunca assumiu a sua identidade de género, por não compreender com clareza o que sentia, sendo que o parceiro a assumia como homem homossexual. Foi no segundo relacionamento, aos 47 anos, também com homem cis, que a ansiedade e crises de pânico se tornaram mais intensas e manifestou com o companheiro a sua identidade de género após um ano de relacionamento. Nesta segunda relação conseguiu ter comportamentos de travestismo/*cross-dressing* na intimidade com o companheiro.

Ao exame objetivo apresentava alopecia androgénica intensa e face androgenizada.

Tendo em conta os critérios da DSM-V<sup>1</sup> (Tabela 1) e sua duração há mais de seis meses (critério A), associados a sofrimento significativo social, familiar e profissional, foi possível estabelecer o diagnóstico de disforia de género. Durante toda a consulta foi


**TABELA 1. Critérios para diagnóstico de disforia de género segundo DSM-V**

Critérios para diagnóstico	Cumpre	Não cumpre
Incongruência acentuada entre o género experimentado/expreso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas)	X	
Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o género experimentado/expreso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas)	X	
Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género	X	
Forte desejo de pertencer ao outro género (ou a algum género alternativo diferente do designado)	X	
Forte desejo de ser tratado como o outro género (ou como algum género alternativo diferente do designado)	X	
Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro género (ou de algum género alternativo diferente do designado)		X

demonstrada empatia à utente, fazendo com que sentisse confortável com a sua identidade e mostrando disponibilidade para apoiar no processo de transição, se assim o desejasse. Questionada sobre as suas intenções, refere que gostaria de realizar hormonoterapia, CAG, feminização facial e vocal e mamoplastia.

Assim, foi referenciada para consulta hospitalar de psiquiatria e endocrinologia para dar início ao seguimento e tratamento. Concomitantemente, foi abordada a dinâmica familiar, aplicada linha de vida de *Medalie* (Tabela 2) e ecomapa (Figura 1), que foram sendo atualizados nas consultas. Foi também trabalhada a forma como iria comunicar a sua identidade à família, principalmente tendo em consideração o receio pela reação dos pais, sobretudo da mãe por ser mais conservadora.

Na consulta de seguimento, em dezembro/2018, encontra-se ainda com desconforto, crises de pânico e ansiedade muito presentes. Revelou a identidade ao resto da família nuclear, sendo que as reações foram diversas. A irmã e o irmão aceitaram, o pai não apoiou, apesar de procurar compreender, e a mãe reagiu mal, ignorando o assunto. A relação com a mãe tornou-se conflituosa, sendo que a utente sentia falta de apoio familiar.

Em relação ao acompanhamento hospitalar estava satisfeita, encontrando-se a aguardar parecer para iní-

cio de hormonoterapia. Escolheu um nome feminino, pelo qual passou a ser tratada, mas preferia não alterar a identificação civil até ter características físicas mais femininas.

Teve uma intercorrência social porque tentou doar sangue, como fazia previamente, mas não foi permitido atendendo à situação clínica. Também não tem conseguido arranjar emprego, situação que lhe provoca mal-estar e ansiedade, porque gostaria de sair de casa pela instabilidade relacional com os pais.

Mantém consumo tabágico e má adesão à terapêutica para a hipertensão e dislipidemia, apesar de explicados riscos do não controlo da doença.

Foi alertada para os riscos associados à hormonoterapia, nomeadamente metabólicos, oncológicos e cardiovasculares. Discutiram-se medidas preventivas como:

- O rastreio do cancro da mama, a considerar em caso de exposição prolongada a estrogénios (>5 anos), idade entre 40–74 anos e fatores de risco acrescidos, como história familiar;<sup>9</sup>
- A realização de densitometria óssea, idealmente antes do início da hormonoterapia, com repetição aos 60 anos, ou mais cedo em caso de fatores risco (e.g., interrupção da hormonoterapia, má adesão, uso prévio de bloqueadores da puberdade);<sup>10</sup>
- A vigilância regular do risco cardiovascular, justi-


**TABELA 2. Linha de vida *Medalie***

	Ano	
	1962	Nascimento
	1974	Identifica-se com o sexo feminino e atração pelo sexo masculino
Sintomas de ansiedade, ataques de choro; tabagismo	1978	Comportamentos de <i>cross-dressing</i>
	1987	<i>Cross-dressing</i> fora de casa, de forma oculta
	1989	1.º relacionamento (6 meses)
	....	
Dx de Perturbação de ansiedade e dislipidemia	2006	Sintomas físicos e mentais de mau estar, que não consegue explicar nem atribuir
HTA	2007	
	2009	2.º relacionamento (2 anos)
Ataques de pânico	2010	Assume identidade de género com o companheiro
	2011	Termina relacionamento
	2015	Novo relacionamento, assumindo identidade no início da relação
Dx Disforia de género; referência a psiquiatria/ /endocrinologia	2018	Conta à família sobre a sua identidade de género
Hormonoterapia	2019	Resolução de ataques de pânico e diminuição de ansiedade; termina relacionamento
Realiza transplante capilar	2022	
	....	

ficada pelos múltiplos fatores presentes (idade, HTA, dislipidemia, tabagismo).<sup>11</sup>

A utente demonstrava compreensão, mas pouca motivação.

Volta à consulta após o início de hormonoterapia, em maio/2019, verificando-se uma melhoria nas crises de ansiedade, revelava humor neutro e calmo, apesar de se manter a dinâmica familiar. De referir também a maior adesão à terapêutica para controlo dos fatores de risco cardiovasculares e comorbilidades.

Durante algum tempo, e pelo contexto pandémico, a doente perdeu seguimento na USF e nos cuidados hospitalares. Reavaliada em março/2021 descreve que se tem sentido desacompanhada e mais isolada neste período. Terminou o seu relacionamento no fim de 2019, sem conflito e nega sofrimento associado ao término. O pai faleceu de forma súbita no início de 2021 e

verificou-se um agravamento na qualidade da sua relação com a mãe, com discórdia constante. Mantém boa relação com os irmãos. Reconhece estar mais ansiosa, mas sem episódios de pânico, apenas tristeza, uma vez que gostaria de ter melhor relação com a mãe. Diariamente colabora com as tarefas domésticas e na atividade de costura. Mantém consumo tabágico. Sem novos relacionamentos e rede social escassa.

Ao exame objetivo apresenta hipertensão arterial não controlada, admitindo novamente baixa adesão à terapêutica. Ao explorar os motivos relata medo de que os medicamentos alterem o efeito da hormonoterapia.

Apesar da transição ter sido interrompida na pandemia mantém vontade da mudança de sexo. No entanto, apenas pretende a CAG após realização da feminização facial e mamoplastia. Sentia ausência de resposta dos serviços onde estava a ser seguida, tendo sido

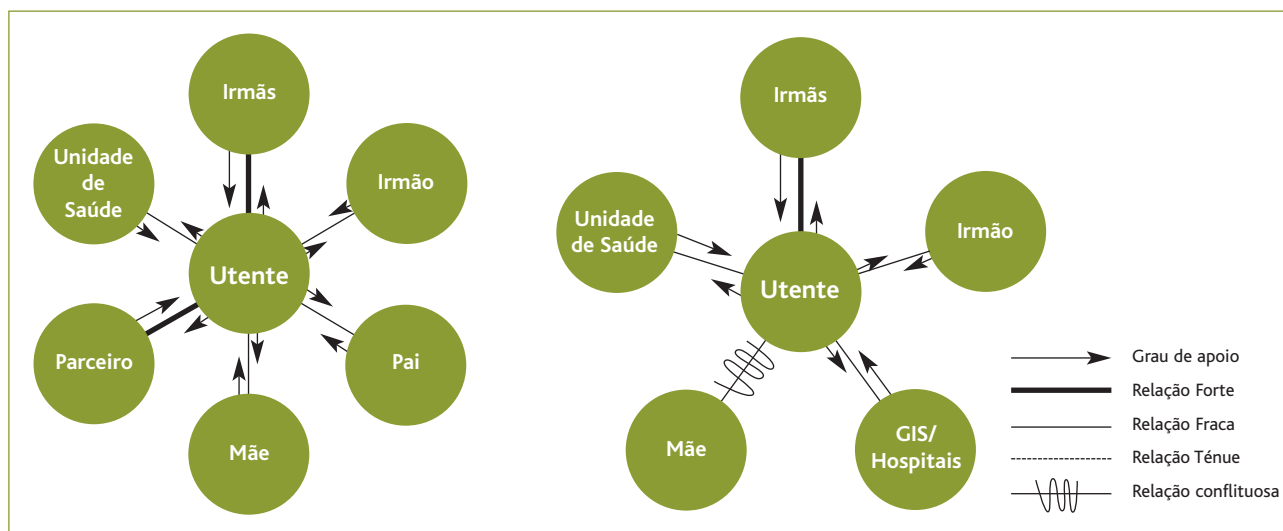


Figura 1. Ecomapa 2018 (pré transição) e 2021 (pós transição).

proposta avaliação na Unidade Reconstructiva Génito-Urinária e Sexual (URGUS), em Coimbra, para avaliar possibilidade de feminização facial.

Após avaliação na URGUS teve consulta na unidade, em fevereiro/2022, expressando tristeza pela recusa da cirurgia de feminização/harmonização facial, justificada por parecer técnico que concluiu ausência de condições clínicas para a sua realização. Por outro lado, está satisfeita porque vai realizar implante capilar em clínica privada. Encontra-se muito feliz com esta possibilidade e vê-se com mais esperança, o que se reflete na melhor adesão terapêutica à medicação anti-hipertensora.

No final da consulta, após escuta ativa, foi expresso suporte pela rejeição da realização de cirurgia de feminização facial, argumentando que apesar de se tratar de uma intervenção considerada estética, no seu caso esta poderá ser mais importante do que as cirurgias do corpo. A utente foi, assim, aconselhada a abordar novamente o tema com os colegas do centro hospitalar onde já era acompanhada.

Ao aplicar linha de vida de *Medalie* ao longo das consultas (Tabela 2) verifica-se que o pedido de ajuda desta utente se apresentou numa fase tardia da vida pela insegurança, incerteza e desconhecimento do seu estado de saúde, o que gerava uma ansiedade à qual não conseguia atribuir causa. Ao mesmo tempo, ia tentan-

do resolver inconscientemente a sua ansiedade, vivendo de forma parcial ou secreta a sua identidade de género em contextos muito específicos.

Adicionalmente, ao desenhar os ecomapas na Figura 1 foi possível compreender que a transição veio trazer mudanças nas relações da utente. Por um lado, percebe-se que não existe interação com a parte social/comunitária, gerando um espaço que poderá ser preenchido, contribuindo tanto para a estabilização da sua saúde, caso traga recompensa, ou com prejuízo, no caso de intercorrências sociais negativas. A relação com a mãe que previamente seria recompensante tornou-se conflituosa e desapareceram duas relações também importantes no parceiro e no pai.

Por outro lado, verifica-se a manutenção da relação forte e recompensante com as irmãs e uma mudança na relação com as instituições de saúde, que antes não era percebida como satisfatória e agora apresenta-se como tal.

Na atualidade assume-se mais desanimada estando a perder a esperança por não conseguir apoio/resolução para a feminização facial. Mantém opção de não avançar para a mamoplastia e CAG sem realizar previamente a feminização facial. Em contrapartida, vai avançar para a cirurgia de feminização da voz em consulta de otorrinolaringologia e realizou transplante capilar, encontrando-se muito contente com os resultados.



As dificuldades expressas relacionam-se com comentários nos cafés e bombas de gasolina que frequenta, mas apesar de tudo assume lidar bem com isso. Refere desconforto e limitação no acesso a casas de banho públicas, quer por negarem o acesso à casa de banho feminina ou por olhares que sente como discriminatórios. Presentemente apenas se veste como mulher quando vai a consultas ou tratamentos longe do local onde vive/socializa.

Mantém uma relação escassa/conflituosa com a mãe, com a qual gostaria de falar sobre os seus problemas e contrariedades ao longo do processo de transição.

Considera que, ultrapassando estes problemas, se sentiria confortável em mudar o nome de forma oficial e vestir-se como mulher.

No final da consulta é recomendado que se faça acompanhar pela sua mãe para abordar em conjunto as dificuldades e tentar harmonizar a relação. No entanto, a utente refere que não julga que a mãe vá aceitar ou perceber e não pretende nesta fase uma abordagem em conjunto na consulta.

## COMENTÁRIO

O processo de transição de género em pessoas com disforia de género é um desafio complexo, que requer uma abordagem multidisciplinar e um bom suporte familiar e rede social. A recolha detalhada da história clínica é fundamental, com particular enfoque no desenvolvimento psicossocial, delineando a etapa da transição em que a pessoa se encontra (e se ela está em curso). Deve ainda considerar-se o nível de informação que a pessoa detém e a forma como a ela acedeu.

Na DSM-V<sup>1</sup> encontra-se descrita a *early-onset gender dysphoria*, referente ao sexo biológico masculino que ocorre geralmente na infância e continua na adolescência e idade adulta. Muitas vezes, esta disforia coexiste com períodos em que a pessoa se identifica como homossexual, especialmente na ausência de um vocabulário adequado para descrever o seu mal-estar. Assim, o desconforto com o género biológico parece estar presente desde a infância, mas nunca expresso verbalmente a outros, sendo geralmente a família apanhada de surpresa. Esta classificação vai ao encontro do vivenciado pela utente, como representado na linha de vida de *Medalie* (Tabela 2).

O atraso no diagnóstico e acompanhamento acarreta consequências no funcionamento global destes utentes pelas atividades/desejos de *cross-gender* que podem interferir com as atividades diárias e não adquirir competências sociais, conduzindo assim a um afastamento social. A ausência de apoio e de espaços seguros pode limitar o desenvolvimento de competências sociais, levar ao isolamento, evasão escolar, estigmatização, baixa autoestima e comorbilidades psiquiátricas.<sup>2</sup> Em pessoas adultas, o sofrimento acumulado pode ser agravado por barreiras sociais, económicas e familiares.

Para melhor compreender a disforia de género e auxiliar na sua gestão, os instrumentos de avaliação familiar e social, como o ecomapa, podem ser valiosos.<sup>12</sup> Através da esquematização dos sistemas de apoio e conflito ao longo da vida do indivíduo é possível identificar padrões e tendências, permitindo intervenções personalizadas e mais eficazes.

Durante este processo de diagnóstico e acompanhamento, os profissionais de saúde têm de estar atentos a diagnósticos diferenciais como comportamentos de não conformidade de género (“maria rapaz” ou “rapaz sensível”), fetichismos ou distúrbio travestista (para gerar excitação sexual, apesar de poder ter ambos os diagnósticos), disforia associada ao corpo e órgãos genitais (não se sentir bem com partes do corpo, focando em retirar ou alterar uma parte específica do corpo) e esquizofrenia (psicoses).

De acordo com a World Professional Association for Transgender Health (WPATH),<sup>13</sup> o bem-estar das pessoas trans depende de cuidados clínicos com procedimentos seguros e eficazes, mas também do clima social e político, assegurando tolerância, igualdade (conforto com a identidade de género) e uso dos direitos dos cidadãos para maximizar a saúde global. Este desconforto/*stress* durante o processo de transição é assim variável, sendo atenuado por ambientes familiares e sociais compreensivos e agravado por famílias com baixos rendimentos e consequente marginalização económica e desemprego.<sup>7,13</sup>

A literacia em saúde dos intervenientes e pessoas próximas do processo tem um impacto positivo, evitando absentismos, depressão, ansiedade, abuso de substâncias ou ideação suicida.<sup>1</sup> Outros estudos revelam ainda que a estabilidade económica, melhor



emprego, educação e residência estável estão associados a uma melhor da qualidade de vida das pessoas trans.<sup>16</sup> Desta forma, o papel do médico de família no acompanhamento de todas as alterações sociais, comunitárias e económicas é fundamental ao tentar harmonizar o processo terapêutico com inclusão da família e tem como objetivo normalizar e reduzir o estigma e “vergonha” associados. Uma adequada avaliação familiar e da rede de suporte é importante durante as várias fases da transição para conhecer os parceiros terapêuticos disponíveis e onde investir para o seu sucesso.

A utente, durante o processo terapêutico, apresentou também muita resistência ao tratamento das comorbilidades e vigilância de outros fatores de risco de base e associados aos tratamentos, nomeadamente o aumento de risco cardiovascular, alterações metabólicas e risco oncológico, que se tornam especialmente elevados nestes utentes, principalmente após certa idade.<sup>14</sup> Porém, foi sendo conseguido um melhor controlo cardiovascular e metabólico, tal como uma adequada vigilância clínica, através da sensibilização e repetição pelos vários profissionais que acompanham a utente no processo.

No presente caso, a resistência inicial ao tratamento de comorbilidades foi sendo progressivamente ultrapassada com reforço da relação terapêutica e sensibilização para os riscos acrescidos associados à hormonoterapia, verificando-se uma melhoria dos parâmetros metabólicos e cardiovasculares ao longo do seguimento. Importa ainda referir que, ao longo do acompanhamento, não foram utilizados instrumentos validados de avaliação da sintomatologia ansiosa ou depressiva, o que pode ter limitado a quantificação objetiva da resposta terapêutica. Esta lacuna reflete a necessidade de uma maior sistematização na avaliação de determinados sintomas.

Outro fator a ter em atenção durante o seguimento da utente é o risco de suicídio. Apesar de não estar presente qualquer indício de ideação suicida, a literatura revela um risco 30% superior (ideação ou plano no último mês ou tentativa de suicídio prévia) não relacionado com morbidade psiquiátrica,<sup>15</sup> mas com o processo de vitimização.<sup>16</sup> Ora, atendendo às adversidades que foram acontecendo à utente e ainda as dificuldades que enfrenta é importante acompanhar de forma próxima esta possibilidade. Aqui dois fatores proteto-

res possíveis são a realização da hormonoterapia (que mostra uma melhoria da psicopatologia ao longo do processo de tratamento)<sup>15</sup> e o apoio social.<sup>16</sup> No caso da utente, após o início de hormonoterapia verificou-se uma melhoria na incidência dos ataques de pânico; no entanto, a rede social é escassa, sendo importante reforçar a sua necessidade junto da comunidade, de forma a gerar mais apoio.

No que diz respeito à sua procura intensa pela possibilidade da realização da cirurgia de feminização facial, estudos revelam que esta cirurgia apresenta melhorias estatisticamente significativas em vários domínios psicossociais (ansiedade, raiva, depressão, etc.)<sup>17</sup> e também a feminização da voz demonstrou melhoria no bem-estar.<sup>18</sup> Estes dados reforçam a importância da realização destas cirurgias no setor público para além das inegáveis vantagens da CAG sobre a qualidade de vida, bem-estar, autoimagem e função sexual, com impacto no bem-estar psicossocial dessas pessoas.<sup>19</sup>

Em suma, após o diagnóstico destes utentes o plano mais adequado de seguimento e tratamento tem de englobar a sua rede familiar e social com apoio de psicoterapia, hormonoterapia e cirurgias, de forma a melhorar a autoestima, reduzir sintomas mentais, proporcionar tranquilidade e conforto com a sua identidade e aspeto físico.<sup>20-21</sup>

O papel do médico de família e dos cuidados de saúde primários é, assim, essencial na interligação de todos estes cuidados, devendo ser capaz de diagnosticar a disforia, avaliar comorbilidades e tratar adequadamente, saber explicar e aconselhar sobre os possíveis planos terapêuticos, encorajar psicoterapia prontamente, referenciar para especialidades médicas para encaminhamento de processo de hormonoterapia ou CAG, educar familiares, contactos próximos e se possível instituições e comunidades sobre o processo e oferecer cuidados de continuidade e seguimento aos utentes e seus familiares.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: APA; 2013.
2. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1): 44-57.
3. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician*. 2015;44 (11):792-6.



4. Shelemy L, Cotton S, Crane C, Knight M. Systematic review of prospective adult mental health outcomes following affirmative interventions for gender dysphoria. *Int J Transgend Health*. 2024;1-21. [Ahead of print].
5. Valashany BT, Janghorbani M. Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):167.
6. Downing JM, Przedworski JM. Health of transgender adults in the U.S., 2014-2016. *Am J Prev Med*. 2018;55(3):336-44.
7. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Nilunger Mannheimer L, Deogan C, et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden-a web-based survey. *BMC Public Health*. 2016;16(1):903.
8. American Academy of Family Physicians. Care for the transgender and gender nonbinary patient [homepage]. AAFP; 2020 [updated 2024 Sep]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/transgender-nonbinary.html>
9. Center of Excellence for Transgender Health. Primary care protocol for transgender patient care [homepage]. San Francisco: University of California; 2016. Available from: <https://www.trans-health.com/2012/primary-care-protocol/>
10. Giacomelli G, Meriggola MC. Bone health in transgender people: a narrative review. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2022;13:20420188221099346.
11. Deutsch MB, ed. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people [homepage]. 2nd ed. San Francisco: University of California; 2016. Available from: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
12. Rempel GR, Neufeld A, Kushner KE. Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *J Fam Nurs*. 2007;13(4):403-19.
13. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people [homepage]. 7th version. WPATH; 2011. Available from: <https://www.gendergp.com/wpath-standards-of-care-version-7/>
14. Ettner R, Monstrey S, Coleman E. Principles of transgender medicine and surgery. 2nd ed. Routledge; 2016. ISBN 9781138857001
15. European Network for the Investigation of Gender Incongruence. The Netherlands, Belgium, Germany and Norway 2007-2010. ENIGI; s.d.
16. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Mannheimer LN, Deogan C, Höjjer J, et al. Targeted victimization and suicidality among trans people: a web-based survey. *LGBT Health*. 2018;5(3):180-90.
17. Caprini RM, Oberoi MK, Dejam D, Chan CH, Potemra HM, Morgan KB, et al. Effect of gender-affirming facial feminization surgery on psychosocial outcomes. *Ann Surg*. 2023;277(5):e1184-90.
18. Watt SO, Tskhay KO, Rule NO. Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Arch Sex Behav*. 2018;47(4):963-72.
19. Van de Grift TC, Elaut E, Cerwenka SC, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP. Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *J Sex Marital Ther*. 2018;44(2):138-48.
20. Dean J, T'Sjoen G. Gender incongruence and dysphoria. In: Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS, editors. *The ESSM manual of sexual medicine*. 2nd updated ed. Amsterdam: MEDIX; 2015. p. 1005-24.
21. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Penochet JC, Pringuey D, et al. Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(11):996-1000.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, ROS; metodologia, ROS e EMS; investigação, ROS e EMS; curadoria de dados, ROS; redação do *draft* original, ROS; revisão, validação e edição do texto final, ROS e EMS; visualização, ROS e EMS.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ricardo Silva

E-mail: [ricardo.p.o.silva@gmail.com](mailto:ricardo.p.o.silva@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-7476-0980>

Recebido em 10-04-2024

Aceite para publicação em 17-05-2025



---

## ABSTRACT

### GENDER DYSPHORIA: WHEN NO ONE IS PAYING ATTENTION

**Introduction:** Transgender health remains a challenge for healthcare professionals, given the fast evolution of concepts related to gender roles and sexual identity, with frequent updates to definitions and nomenclature. Also, being a delicate and divisive theme in society, it generates distress, suffering, and stigmatization for people experiencing these processes. Besides, there is often significant inaction by primary health care professionals when addressing these topics, thus failing to identify and help people in distress who are sometimes incapable of asking for help.

**Case description:** A person assigned male at birth, 56 years old, single, unemployed, living with her parents, who financially support her. The patient booked an appointment with the Family Physician, presenting frequent panic attacks. After the clinical interview, the patient revealed that she identifies as a woman, and not with her natal gender. She admitted feeling this way since adolescence, only now having the courage and determination to come out and engage in gender-affirming treatments. A careful clinical history allowed the identification of the distress this person experienced throughout her life, permitting a referral to secondary care facilities and psychological support.

**Comment:** A person suffering from knowing who they are but not knowing how to act or seek help generates severe problems for their biopsychosocial well-being. Primary healthcare workers, being the frontline of healthcare systems, need to be alert to signs of struggle and distress and must be available to actively explore the gender and sexual dimensions of people's lives. On the other hand, they also have a fundamental role in managing comorbidities and coordinating with secondary health care and other supportive entities, providing personalized and integrated care throughout the transition process.

**Keywords:** Primary health care; Health care management; Transgender health, Prevention; Gender dysphoria.

---