

CRENÇAS, ATITUDES E EXPERIÊNCIAS DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA RELATIVAMENTE À DISFORIA DE GÉNERO

BELIEFS, ATTITUDES AND EXPERIENCES OF FAMILY PHYSICIANS REGARDING GENDER DYSPHORIA

Autores:

Rita Sá Esteves¹

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de disforia de género requer que haja uma incongruência marcada entre o género experienciado pelo indivíduo e o género que outros lhe atribuem, associada a sofrimento significativo. Os médicos de família (MF) são o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde e devem estar capacitados para abordar a questão da identidade de género e para reconhecer este diagnóstico. O objetivo deste estudo consistia em avaliar as crenças, atitudes e experiências dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) portugueses relativas à disforia de género.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo transversal, observacional e descritivo, tendo-se aplicado um questionário a médicos especialistas e internos de formação especializada (IFE) de MGF. O questionário era composto por uma secção relativa a dados sociodemográficos, uma secção com a versão curta da escala de genderismo e transfobia (EGT), desenvolvida por Hill e Willoughby (2005), validada por Carrera-Fernández na população portuguesa, e uma secção relativa à experiência profissional com a disforia de género.

Resultados: Obteve-se um total de 240 respostas. O score médio da EGT foi 66,98. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no score médio da EGT em função da situação profissional ($p = 0,0299$) e em função do género ($p = 0,0338$), mas não em função do local de trabalho. 61,7% dos inquiridos referiu ter obtido formação acerca da disforia de género e 49,2% já se deparou com um caso de disforia de género na sua prática clínica.

Discussão: Apesar de se ter constatado uma atitude pouco discriminatória na comunidade estudada, verificou-se a existência de uma atitude mais tolerante de IFE comparativamente a especialistas e dos participantes do género feminino, relativamente ao género masculino.

Conclusão: Os MF portugueses parecem ter crenças e atitudes pouco discriminatórias relativamente à disforia de género. A robustez desta conclusão é limitada pelas características da amostra.

Palavras-chave: disforia de género; preconceito; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of gender dysphoria requires the existence of marked incongruity between the gender experienced by the individual and the gender others attribute to him, associated with significant suffering. Family physicians are the first point of contact with health care and must be empowered to address the issue of gender identity and to recognize this diagnosis. The aim of this study was to assess the beliefs, attitudes and experiences of portuguese family physicians regarding gender dysphoria.

Methods: A cross-sectional, observational and descriptive study was carried out, with a questionnaire being applied to portuguese family physicians (specialists and residents). The questionnaire consisted of a section on sociodemographic data, a section with the short version of the Genderism and Transphobia Scale (GTS) developed by Hill and Willoughby (2005), validated by Carrera-Fernández in the portuguese population, and a section on professional experience with gender dysphoria.

Results: A total of 240 responses were obtained. The mean GTS score was 66.98. There was a statistically significant difference in the average GTS score as a function of professional status ($p = 0.0299$) and as a function of gender ($p = 0.0338$), but not as a function of the workplace. 61.7% of respondents reported having obtained some type of training on gender dysphoria and 49.2% had already encountered a case of gender dysphoria in their clinical practice.

Discussion: Despite the fact that there was little discrimination in the studied community, there was a more tolerant attitude from residents compared to specialists and from female gender participants in relation to males.

Conclusion: Portuguese family physicians seem to have non-discriminatory beliefs and attitudes towards gender dysphoria. The robustness of this conclusion is limited by the characteristics of the sample.

Keywords: gender dysphoria; prejudice; primary health care.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões

INTRODUÇÃO

A transexualidade integra o espectro das perturbações de identidade de género e compreende a existência de uma discrepância entre o sexo biológico e a identidade de género.^{1,2} A não conformidade entre o sexo biológico e a identidade de género é responsável, frequentemente, por sentimentos de angústia e infelicidade pela pessoa que a experiencia, sendo esta condição designada por disforia de género.³

Segundo os critérios da quinta edição do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5), o diagnóstico de disforia de género requer que haja uma incongruência marcada entre o género expressado/experenciado pelo indivíduo e o género que os outros lhe atribuem, por um período mínimo de seis meses, associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional resultante dessa incongruência.⁴

A disforia de género é manifestada de diversas formas, incluindo um forte desejo do indivíduo de ser tratado como sendo do outro género, de livrar-se dos seus caracteres sexuais, ou uma forte convicção de que tem sentimentos e reações típicas do outro género.⁴

Todos os anos são denunciados inúmeros novos crimes de ódio e identificadas pessoas vítimas de transfobia que, diariamente, sofrem discriminação a múltiplos níveis (psicológico, verbal, físico), em contexto familiar, social ou profissional, estando desprotegidas contra humilhações e agressões violentas.^{2,5-8}

Na investigação acerca da discriminação de que são alvo pessoas transgénero, destaca-se o trabalho de Hill e Willoughby (2005).⁸ Estes, desenvolveram uma escala de genderismo e transfobia (EGT), composta por 32 itens, distribuídos por três categorias [genderismo, transfobia e discriminação com base no género (*gender-bashing*)], que avaliam atitudes diretas relativas a pessoas transexuais, a comportamentos transgénero e crenças quanto aos papéis de género e à transexualidade. O termo transfobia refere-se “a nojo emocional para com pessoas que não se conformem com as expectativas de género definidas pela sociedade (...) sentir repulsa por mulheres masculinas, homens femininos, travestis e/ou transsexuais”.⁸ Por sua vez, o genderismo é “uma crença cultural que perpetua avaliações negativas de pessoas que não se apresentem enquanto homens e mulheres estereotipados. Genderistas são pessoas que consideram que os que não se conformam com as expectativas socioculturais de género são patológicos”.⁸ O *gender-bashing* corresponde ao “ataque, assédio, ou

perseguição de pessoas que não se conformam com as normas de género”.⁸ Esta escala foi, entretanto, validada em Hong Kong⁹ e em países como a Polónia¹⁰ e o Brasil.¹¹ Carrera-Fernández et al (2014)¹² propuseram e validaram uma versão curta da EGT numa amostra de 800 adolescentes espanhóis. Esta versão contém um total de 12 itens, organizados em duas subescalas: transfobia/genderismo, e *gender-bashing*, cada uma com seis itens. Em 2020, esta versão curta da EGT foi também validada na população portuguesa, numa amostra de 1005 adolescentes entre os 13 e os 18 anos.¹³

Os médicos de família (MF) estão integrados nos cuidados de saúde primários que constituem, por definição, cuidados de saúde globais, longitudinais, de proximidade e de grande acessibilidade.¹⁴ Assim, assumem uma posição privilegiada pois acompanham de perto o desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento até à idade adulta, constituindo muitas vezes o primeiro elo de contacto da pessoa com disforia de género com os cuidados de saúde.^{15,16} No entanto, a abordagem de questões relacionadas com a identidade de género por parte dos profissionais de saúde, associa-se, por vezes, a preconceitos e emoções negativas, levando a constrangimentos na consulta.^{7,16,17} Adicionalmente, a formação dos médicos mantém uma grave lacuna no que toca à abordagem de temas relacionados com a sexualidade e com a identidade de género.^{6,7,17,18}

O objetivo deste estudo foi avaliar as crenças, atitudes e experiências dos médicos especialistas e internos de formação especializada (IFE) de Medicina Geral e Familiar (MGF) portugueses relativas à disforia de género.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo transversal, de cariz exploratório, observacional e descritivo.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário em plataforma digital (Google Forms®), que esteve disponível nos meses de maio e junho de 2022. A população-alvo consistiu em médicos especialistas e IFE de MGF portugueses, com exclusão dos não assinantes do consentimento informado digital. De acordo com as estatísticas nacionais da Ordem dos Médicos, os números de médicos de MGF, em 2021, era de 8233¹⁹ sendo, neste caso, o tamanho amostral pretendido, considerando um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, de 368 participantes.

O convite aos médicos foi realizado por diversas vias: pessoalmente, em reuniões de serviço de várias

unidades pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da autora, e em reuniões das Comunidades Práticas Formativas do mesmo ACeS; por *e-mail*, através das listas de *e-mail* de médicos da Administração Regional de Saúde (ARS) onde o estudo foi realizado; e através da partilha do questionário na rede social Facebook®, em grupos destinados a médicos de MGF.

O questionário foi composto por três secções. Na secção A, relativa a dados sociodemográficos, eram questionados dados como a idade, género, situação profissional e meio de trabalho. Na secção B, constituída pela versão curta da EGT, validada na população portuguesa por *Carrera-Fernandez*,¹³ era pedido aos participantes que utilizassem uma escala do tipo *Likert* de seis pontos, em que 1 correspondia a “concordo totalmente” e 6 a “discordo totalmente”. Deste modo, para todas as questões, a pontuação 6 corresponderia à atitude mais positiva (menor grau de discriminação) e o valor 1 corresponderia à atitude mais discriminatória. No quadro I constam os itens questionados na versão curta da EGT. Na última secção (secção C) era questionada informação relativa à experiência profissional dos inquiridos com a disforia de género.

Quadro I. Itens questionados na versão curta da escala de genderismo e transfobia – secção B do questionário.

Escala de genderismo e transfobia	
Gender-bashing	1. Agredi fisicamente rapazes que se portavam como maricas.
	2. Fui violento/a com uma rapariga por ser demasiado masculina.
	3. Fiz troça de um rapaz pelo seu aspeto ou comportamento efeminado.
	4. Se visse um homem na rua de quem suspeitasse tratar-se de uma mulher, perguntar-lhe-ia o seu sexo.
	5. Fiz troça de uma rapariga pela sua aparência ou comportamento masculinos.
	6. Fui violento/a com um rapaz por ser demasiado feminino.
Transfobia/genderismo	7. Deus criou dois sexos e apenas dois sexos.
	8. É incompreensível que uma mulher se comporte de forma masculina.
	9. Um rapaz que se vista de mulher é um tarado.
	10. Os rapazes femininos incomodam-me.
	11. As pessoas são homens ou mulheres.
	12. É imoral que uma mulher se apresente em público como um homem.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Science® v. 28. Ao nível da estatística descritiva, as variáveis quantitativas foram sintetizadas através da média (\bar{X}), mediana (*Mdn*), mínimo, máximo e intervalo interquartil (IIQ). As variáveis qualitativas foram descritas através das frequências absolutas (*n*) e relativas (%). A análise estatística inferencial foi realizada com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*. Foi considerado existir uma associação estatisticamente significativa quando *p* inferior a 0,05.

Este estudo recebeu um parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

RESULTADOS

Foram obtidas 240 respostas ao questionário. Todos os questionários obtiveram resposta a todos os itens, uma vez que apenas era possível submeter o questionário após estar completo na sua totalidade, pelo que nenhum foi excluído.

Secção A

Na amostra estudada (*n* = 240), a média etária foi de 36,62 ± 9,91 anos (mínimo: 26 anos; máximo: 70 anos) e 80% era do género feminino. Relativamente à situação profissional, 58,33% da amostra era constituída por IFE e 62,5% trabalhava em meio urbano.

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se descrita no quadro II.

Quadro II. Características sociodemográficas da amostra.

	n	%
Género		
Masculino	48	20
Feminino	192	80
Outro	0	0
Situação profissional		
IFE MGF	140	58,33
Especialista MGF	100	41,67
Local de trabalho		
Meio urbano	150	62,5
Meio rural	90	37,5

Legenda: IFE – internos de formação especializada; MGF – Medicina Geral e Familiar.

Secção B

No quadro III encontra-se a estatística descritiva para cada um dos 12 itens questionados na EGT.

Quadro III. Respostas dos inquiridos aos itens da escala de genderismo e transfobia e respetiva estatística descritiva.

Item	Concordo*	Tendencialmente neutro†	Discordo‡	Mdn (min-máx)	Q1; Q3
	n (%)	n (%)	n (%)		
1. Agredi fisicamente rapazes que se portavam como maricas.	0 (0)	2 (0,83)	238 (99,17)	6 (3 - 6)	6; 6
2. Fui violento/a com uma rapariga por ser demasiado masculina.	2 (0,83)	4 (1,67)	234 (97,5)	6 (2 - 6)	6; 6
3. Fiz troça de um rapaz pelo seu aspeto ou comportamento efeminado.	9 (3,75)	3 (1,25)	228 (95)	6 (1 - 6)	6; 6
4. Se visse um homem na rua de quem suspeitasse tratar-se de uma mulher, perguntar-lhe-ia o seu sexo.	0 (0)	3 (1,25)	237 (98,75)	6 (3 - 6)	6; 6
5. Fiz troça de uma rapariga pela sua aparência ou comportamento masculinos.	12 (5)	6 (2,5)	222 (92,5)	6 (1 - 6)	6; 6
6. Fui violento/a com um rapaz por ser demasiado feminino.	3 (1,25)	0 (0)	237 (98,75)	6 (1 - 6)	6; 6
7. Deus criou dois sexos e apenas dois sexos.	36 (15)	42 (17,5)	162 (67,5)	6 (1 - 6)	3; 6
8. É incompreensível que uma mulher se comporte de forma masculina.	3 (1,25)	3 (1,25)	234 (97,5)	6 (2 - 6)	5; 6
9. Um rapaz que se vista de mulher é um tarado.	4 (1,67)	6 (2,5)	230 (95,83)	6 (1 - 6)	6; 6
10. Os rapazes femininos incomodam-me.	14 (5,83)	12 (5)	214 (89,17)	6 (1 - 6)	5; 6
11. As pessoas são homens ou mulheres.	33 (13,75)	31 (12,92)	176 (73,33)	6 (1 - 6)	3,5; 6
12. É imoral que uma mulher se apresente em público como um homem.	6 (2,5)	14 (5,83)	220 (91,67)	6 (1 - 6)	6; 6

Legenda: n - número; Mdn - mediana; min - mínimo; máx - máximo; Q1 - primeiro Quartil; Q3 - terceiro Quartil.

*Concordo - junção das posições de resposta 1 e 2; †Tendencialmente neutro - junção das posições de resposta 3 e 4; ‡Discordo - junção das posições de resposta 5 e 6.

Nesta secção do questionário, constatou-se que a maior percentagem de discordância (correspondente a uma atitude mais tolerante) se verificou nos itens 1 “Agredi fisicamente rapazes que se portavam como maricas.” (99,17%) (Mdn 6; IIQ 6; 6), 4 “Se visse um homem da rua de quem suspeitasse tratar-se de uma mulher, perguntar-lhe-ia o seu sexo.” (98,75%) (Mdn 6; IIQ 6; 6) e 6 “Fui violento/a com um rapaz por ser demasiado feminino.” (98,75%) (Mdn 6; IIQ 6; 6).

A maior percentagem de concordância (correspondente a uma atitude mais discriminatória) foi encontrada nos itens: 7 “Deus criou apenas dois sexos.” (15%) (Mdn 6; IIQ 3; 6), 10 “Os rapazes femininos incomodam-me.” (5,83%) (Mdn 6; IIQ 5; 6) e 11 “As pessoas são mulheres ou homens.” (13,75%) (Mdn 6; IIQ 3,5; 6).

O score máximo possível nesta versão da EGT é 72 e o mínimo é 12. Globalmente, o score médio da EGT

foi 66,98 (Mdn 70; IIQ 64; 72), com um score mínimo de 47 e máximo de 72. Na figura 1 apresenta-se o histograma com a distribuição do score total obtido pelos participantes na EGT. A estatística descritiva das respostas à EGT encontra-se no quadro IV.

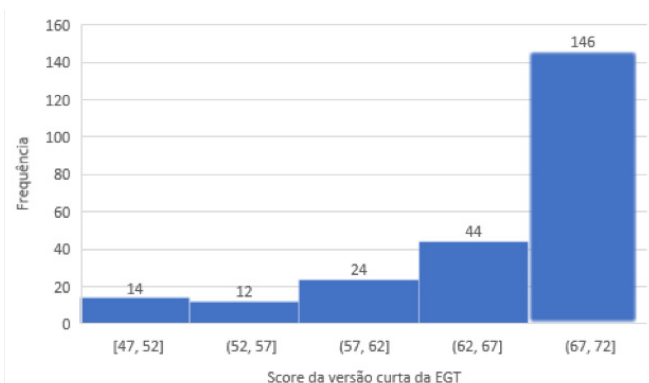


Figura 1. Histograma do score total obtido na versão curta da escala de genderismo e transfobia.

Legenda: EGT - escala de genderismo e transfobia.

Quadro IV. Estatística descritiva da escala de genderismo e transfobia: resultados por situação profissional, local de trabalho e género.

	EGT						
	Global	Situação profissional		Local de trabalho		Género	
		Especialistas	IFE	Urbano	Rural	Masculino	Feminino
Score \bar{X}	66,98	65,38	68,04	67,03	66,78	64,96	67,43
Mdn	70	68	70	70	69,5	67,5	70
Mín	47	47	50	47	47	47	47
Máx	72	72	72	72	72	72	72
Q1; Q3	64; 72	62; 72	66; 72	64; 72	64; 72	61,5; 72	65; 72
Valor p		0,0299		0,6022		0,0338	

Legenda: EGT – escala de genderismo e transfobia; IFE – internos de formação especializada; \bar{X} – média; Mdn – mediana; Mín – mínimo; Máx – máximo; Q1 – primeiro Quartil; Q3 – terceiro Quartil.

Considerando um nível de significância de 0,05, o teste de *Kruskal-Wallis* revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas no score médio da EGT, em função da situação profissional ($p = 0,0299$), tendo os especialistas um score médio inferior ao dos IFE. Também em função do género se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,0338$), apresentando o género masculino um score médio inferior ao género feminino. Não se verificou, no entanto, diferença estatisticamente significativa no score médio da EGT em função do local de trabalho ($p = 0,6022$).

Secção C

Na secção destinada à avaliação da experiência profissional com a disforia de género, a maior parte dos inquiridos (61,7%; $n = 148$) referiu ter recebido algum tipo de formação acerca da disforia de género.

Destes, 33,3% ($n = 80$) obteve essa formação no internato de especialidade, 30,4% ($n = 73$) no ensino superior, 20% ($n = 48$) em outro contexto, 10,4% ($n = 25$) simultaneamente no ensino superior e internato da especialidade e 5,8% ($n = 14$) no internato da especialidade e em outro contexto.

Foi também perguntado aos participantes se já se tinham deparado na sua prática clínica com um caso de disforia de género. A esta questão, 50,8% ($n = 122$) dos inquiridos responderam “Não” e 49,2% ($n = 118$) responderam “Sim”. Relativamente à questão “Neste momento, sentir-se-ia capacitado para orientar em consulta alguém com disforia de género?”, a maioria dos participantes respondeu de forma negativa – 60,8% ($n = 146$). Os restantes 39,2% ($n = 94$) responderam “Sim”. No quadro V encontram-se detalhadas as respostas dos inquiridos nesta secção do questionário.

Quadro V. Distribuição das respostas às perguntas relativas à experiência clínica com disforia de género e capacitação para orientar esta condição.

Questão	Respostas	
Já participou em alguma formação sobre a disforia de género?	Sim (61,7%, $n = 148$)	Não (38,3%, $n = 92$)
Se sim, em que contexto?	Internato da especialidade (33,3%, $n = 80$)	
	Ensino Superior (30,4%, $n = 73$)	
	Outro contexto (20%, $n = 48$)	
	Ensino superior e internato da especialidade (10,4%, $n = 25$)	
	Internato da especialidade e outro contexto (5,8%, $n = 14$)	
Já alguma vez, na sua prática clínica, se deparou com um caso de disforia de género?	Sim (49,2%, $n = 118$)	Não (50,8%, $n = 122$)
Neste momento, sente-se capacitado para orientar em consulta alguém com disforia de género?	Sim (39,2%, $n = 94$)	Não (60,8%, $n = 146$)

DISCUSSÃO

O objetivo primordial deste estudo consistiu em perceber, através da utilização da EGT desenvolvida por Hill e Willoughby (2005),⁸ na forma da versão curta validada na população portuguesa por Carrera-Fernández,¹³ se há ou não transfobia, genderismo e *gender-bashing*, por parte de médicos da especialidade de MGF relativamente a pessoas com disforia de género. Desta forma, pretendia-se avaliar as crenças e atitudes dos MF relativamente à disforia de género. Pretendia-se ainda averiguar qual a experiência dos mesmos com este diagnóstico.

O utente com disforia de género apresenta-se vulnerável e, quando procura ajuda no seu médico, espera encontrar uma atitude tolerante e respeitadora, assim como obter respostas às suas questões. Em 2022, foi publicado um estudo realizado em indivíduos pertencentes à comunidade *detrans*, isto é, pessoas que realizaram destransição de género.²⁰ A maioria dos participantes referiu experiências negativas com médicos, bem como sensação de falta de apoio durante o processo, e enfatizam a importância de médicos que não os julguem e que validem os seus sentimentos e preocupações.²⁰

Este é um tema de extrema relevância para os MF, uma vez que desempenham um papel chave nos cuidados aos utentes transgénero. Os MF devem assegurar o aconselhamento e referência apropriados a estes utentes, debatendo-se até a possibilidade de ser apropriada a iniciação e manutenção de terapêutica hormonal pelos mesmos.²¹ Em Portugal, nesta área, destaca-se o trabalho de Olivera, A. G. C. e suas colaboradoras, que publicaram, em 2019, um protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários para a transexualidade e disforia de género.²² Na sua publicação, reforçam o papel do MF no diagnóstico e orientação do utente com disforia de género, mas também na monitorização destes utentes após início de terapêutica.²²

As pontuações da escala foram, de forma geral, muito elevadas, tendo a pessoa que pontuou menos obtido um valor total de 47 pontos e a pessoa que mais pontuou, obteve 72 pontos. Os valores obtidos neste questionário poderiam variar de 12 a 72 pontos, correspondendo a pontuação mais baixa a maiores níveis de discriminação. A pontuação média obtida foi de 66,98 pontos (*Mdn* 70; *IIQ* 64; 72), o que corresponde claramente a um valor pouco discriminatório da escala.

Comparativamente com a aplicação da EGT noutros profissionais de saúde e estudantes de áreas da saúde, os médicos de MGF, especialistas e IFE,

destacaram-se com pontuações compatíveis com atitudes mais tolerantes. Em 2013, Julie Cochran aplicou a versão original da EGT a profissionais de saúde mental em Ohio.²³ Na escala original, a pontuação é variável entre 32 e 224, sendo que valores mais baixos representam atitudes menos discriminatórias. Neste estudo de 2013, os profissionais de saúde mental obtiveram uma pontuação média de 51,74, ficando a 20 pontos da atitude menos discriminatória.²³ Em 2020, um estudo realizado na Coreia do Sul em estudantes de Medicina obteve uma pontuação de 92,35 (a 60 pontos da atitude menos discriminatória), tendo sido realizada uma intervenção na população do estudo, após a qual a pontuação desceu para 85,69 (a 54 pontos da atitude menos discriminatória).²⁴ Comparativamente a estes trabalhos, as pontuações no presente estudo foram menos discriminatórias, uma vez que o valor médio ficou a 5 pontos da atitude menos discriminatória (o que, comparando os valores máximos das diferentes versões da EGT é, ainda assim, um valor correspondente a uma atitude mais tolerante).

As três questões em que os inquiridos pontuaram mais avaliavam o *gender-bashing*: questão 1 “Agredir fisicamente rapazes que se portavam como maricas.” (*Mdn* 6; *IIQ* 6; 6), questão 4 “Se visse um homem da rua de quem suspeitasse tratar-se de uma mulher, perguntar-lhe-ia o seu sexo.” (*Mdn* 6; *IIQ* 6; 6) e questão 6 “Fui violento/a com um rapaz por ser demasiado feminino.” (*Mdn* 6; *IIQ* 6; 6). Este facto poder-se-á dever a que os atos de medo/nojo, manifestados sob a forma de violência e insulto, não parecerem comuns na classe médica e serem censurados e punidos na comunidade estudada.

As três questões que menos pontuaram foram a questão 7 “Deus criou apenas dois sexos.” (*Mdn* 6; *IIQ* 3; 6), questão 10 “Os rapazes femininos incomodam-me.” (*Mdn* 6; *IIQ* 5; 6) e questão 11 “As pessoas são mulheres ou homens.” (*Mdn* 6; *IIQ* 3,5; 6). Estas questões estão radicadas a um modelo binário de sexo/género, sendo que a menor pontuação destas poder-se-á dever à dificuldade em perceber um modelo diferente do binário para os sistemas de género e sexo.

Apesar de se ter constatado uma atitude, de forma geral, pouco discriminatória na comunidade estudada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre especialistas e IFE de MGF ($p = 0,0299$), sendo que o score médio dos IFE foi superior ao dos especialistas (68,04 e 65,38, respetivamente). Tal facto poderá ser explicado com base na idade média de cada classe profissional. Os IFE têm, à partida, uma idade inferior aos especialistas, e terminaram a

sua formação pré-graduada mais recentemente, estando mais alerta para esta temática do que os colegas especialistas. Relativamente ao local de trabalho, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os MF em meio urbano e em meio rural ($p = 0,6022$), pelo que o local de trabalho não parece ser um preditor útil de atitudes discriminatórias relativas à disforia de género. Num mundo globalizado como aquele em que vivemos, o local de trabalho é muitas vezes completamente distinto do local de residência e, independentemente de o MF se fixar num meio mais remoto ou não, o acesso à informação e formação sobre este tema está facilitado pelas tecnologias da atualidade. Já no que refere ao género, é notória uma diferença estatisticamente significativa entre os inquiridos do género masculino e do género feminino ($p = 0,0338$), verificando-se um score médio superior no género feminino relativamente ao género masculino (67,96 e 64,96, respetivamente), indo ao encontro do que aponta a maior parte da literatura consultada, que indica que há uma maior discriminação por parte dos homens.^{2,8,9,13}

Relativamente à experiência profissional com a disforia de género, constatou-se que a maior parte dos inquiridos já havia participado em algum tipo de sessão formativa acerca desta temática (61,7%). 49,2% dos inquiridos já se deparou na sua prática clínica com um caso de disforia de género, no entanto apenas 39,2% se sentem capacitados para orientar em consulta um caso destes. Assim, apesar da lacuna da formação médica nesta área, parece que esta temática é cada vez mais abordada e que um número crescente de MF já se encontra minimamente familiarizado com o tema. No entanto, apenas uma minoria se sente capacitado para gerir um utente com este diagnóstico em consulta, denunciando que a formação existente é, ainda, insuficiente, e que mais esforços devem ser levados a cabo para aumentar a formação dos MF nesta área.

Como potenciais limitações, aponta-se a eventualidade de as respostas a algumas das questões poderem ter sido influenciadas pela desejabilidade social e pela necessidade de manter um comportamento dito “socialmente correto”, não refletindo a verdadeira opinião dos inquiridos. Outra limitação a apontar é o facto de a versão curta da EGT, utilizada neste questionário, ter sido validada em Portugal numa amostra de adolescentes, diferindo da população estudada neste trabalho. O facto de o questionário ter sido divulgado através das redes sociais e via *e-mail* poderá ter levado a que tenha sido respondido maioritariamente por MF mais jovens, que

estão mais familiarizados com este tipo de meios, e poderá ter influenciado pela positiva a familiaridade dos indivíduos com esta temática. Outra limitação foi o número total da amostra, dado não se ter atingido o tamanho amostral calculado, e a sua distribuição pelos géneros, uma vez que apenas 20% da amostra era constituída pelo género masculino. É importante a realização do estudo com uma amostragem maior e mais equitativamente distribuída pelos dois géneros mais frequentes.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados obtidos, os MF portugueses parecem demonstrar atitudes e crenças pouco transfóbicas e genderistas, e menos ainda parecem recorrer ao insulto ou à agressão para com pessoas cuja identidade de género não é a expectável pelo olhar do sistema dicotómico, nas quais se incluem as pessoas com disforia de género. Não obstante, as categorias de género e classe profissional, aparentam ser preditores úteis para eventuais atitudes menos positivas para com estas pessoas. Em particular, o género já havia sido enunciado noutros estudos anteriores, como preditor de atitudes menos positivas para com pessoas transgénero, informação essa que o presente estudo vem corroborar. Estas conclusões são, no entanto, limitadas pelas características da amostra, que não é representativa da população em estudo.

Relativamente à experiência profissional dos MF nesta área, esta é ainda muito limitada e, frequentemente, obtida em formações alheias ao mestrado integrado em Medicina ou ao internato da especialidade. Isto demonstra que a formação dependerá do interesse pessoal de cada um, não estando presente na formação de base dos médicos, em particular dos MF. Consequentemente, uma percentagem maioritária da amostra não se sente capacitada para orientar em consulta um caso de disforia de género, revelando uma grave lacuna na formação médica nesta área.

Os MF acompanham os utentes ao longo de toda a sua vida, sendo que devem ser os primeiros profissionais de saúde a suspeitar, abordar e diagnosticar a disforia de género. Como tal, é imprescindível que haja formação obrigatória nesta área e que sejam providenciadas as ferramentas básicas para o MF poder abordar de forma segura e eficaz estes doentes, ajudando-os a ultrapassar o constrangimento na abordagem deste assunto.

Assim, conclui-se que os MF parecem ter atitudes e crenças pouco discriminatórias para com a disforia de género, no entanto há uma necessidade urgente

de aumentar a formação dos mesmos nesta área e de incentivar a inclusão desta temática na formação médica, de forma a melhorar os cuidados prestados aos utentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Smith ES, Junger J, Derntl B, Habel U. The transsexual brain--A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;59:251-66.
- 2- Costa PA, Davies M. Portuguese adolescents' attitudes toward sexual minorities: transphobia, homophobia, and gender role beliefs. *J Homosex.* 2012;59(10):1424-42.
- 3- Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician.* 2015;44(11):792-6.
- 4- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5.* 5th ed. Washington: American Psychiatric Association;2013.
- 5- American Psychological Association, Task Force on Gender Identity and Gender Variance. *Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance.* Washington, DC: American Psychological Association;2009.
- 6- Dimant OE, Cook TE, Greene RE, Radix AE. Experiences of Transgender and Gender Nonbinary Medical Students and Physicians. *Transgend Health.* 2019;4(1):209-16.
- 7- Shires DA, Prieto L, Woodford MR, Jaffee KD, Stroumsa D. Gynecologic Health Care Providers' Willingness to Provide Routine Care and Papanicolaou Tests for Transmasculine Individuals. *J Womens Health (Larchmt).* 2019;28(11):1487-92.
- 8- Hill D, Willoughby B. The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles.* 2005;53(8):531-44.
- 9- Winter S, Webster B, Cheung PKE. Measuring Hong Kong undergraduate students' attitudes towards transpeople. *Sex Roles.* 2008;59:670-83.
- 10- Konopka K, Prusik M, Szulawski M. Two Sexes, Two Genders Only: Measuring Attitudes toward Transgender Individuals in Poland. *Sex Roles.* 2020;82:600-21.
- 11- Costa AB, Bandeira DR, Nardi HC. Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. *Estud. psicol. (Campinas).* 2015;32(2):163-72.
- 12- Carrera-Fernández MV, Lameiras-Fernández M, Rodríguez-Castro Y, Vallejo-Medina P. Spanish Adolescents' Attitudes toward Transpeople: Proposal and Validation of a Short Form of the Genderism and Transphobia Scale. *J Sex Res.* 2014;51(6):654-66.
- 13- Carrera-Fernández MV, Almeida A, Cid-Fernández XM, Vallejo-Medina P, Rodríguez-Castro Y. Patrolling the Boundaries of Gender: Beliefs, Attitudes and Behaviors Toward Trans and Gender Diverse People in Portuguese Adolescents. *Int J Sex Health.* 2020;32(1):40-56.
- 14- The European Definition of General Practice / Family Medicine - 2011 Edition Short Version. EURACT [consultado em junho de 2022] Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/61a77842-76c2-45dd-a435-e0a8b875f30a/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
- 15- Kameg BN, Nativio DG. Gender dysphoria in youth: An overview for primary care providers. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2018;30(9):493-8.
- 16- Bonifacio JH, Maser C, Stadelman K, Palmert M. Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ.* 2019;191(3):E69-E75.
- 17- McPhail D, Rountree-James M, Whetter I. Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. *Can Med Educ J.* 2016;7(2):e70-e8.
- 18- Leyva-Moral JM, Aguayo-Gonzalez M, Palmieri PA, Guevara-Vasquez G, Granel-Grimenez N, Dalfó-Pibernat A. Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study. *Nurs Open.* 2021;8(1):404-14.
- 19- Estatísticas de médicos inscritos na Ordem dos Médicos referentes a 2021. [consultado em junho de 2022] Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/01/ESTATISTICAS_ESPECIALIDADES_2021.pdf
- 20- Vandebussche E. Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *J Homosex.* 2022;69(9):1602-20.
- 21- Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc Med.* 2017;110(4):144-52.
- 22- Olivera AGC, Vilaça AF, Torres Gonçalves D. Da transexualidade à disforia de gênero - protocolo de abordagem e orientação nos cuidados

- de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam.* 2019;35(3):201-22.
- 23- Cochran J. Conceptualization of gender nonconformity among mental health professionals (thesis presented for the Degree of Bachelor of Science in Social Work). Ohio (USA): Ohio State University, College of Social Work; 2013.
- 24- Lee SR, Kim MA, Choi MN, Park S, Cho J, Lee C, *et al.* Attitudes Toward Transgender People Among Medical Students in South Korea. *Sex Med.* 2021;9(1):100278.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Rita Alexandra Romão Sá Esteves
ritasaesteves@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

RE: Colheita de dados, tratamento estatístico e construção do manuscrito.

RECEBIDO: 25 de julho de 2022 | ACEITE: 09 de outubro de 2023