

**Experiências no acesso e utilização de cuidados de saúde
primários de pessoas trans em Portugal**

XVIII Mestrado Gestão da Saúde

Mónica Gomes

Setembro 2025

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica de Doutora Ana Gama e Doutora Patrícia Marques

Agradecimentos

A escrita de uma dissertação é sempre mais do que um exercício académico — é um gesto político, íntimo e coletivo. Cada página nasce de encontros, afetos e resistências partilhadas. Este trabalho não teria sido possível sem a presença constante, generosa e firme de quem caminha comigo.

À minha namorada, que me conhece melhor do que eu própria, que me segura quando vacilo e me lembra — com firmeza e ternura — que sou capaz. Obrigada por me aturares nos silêncios e nos excessos, por me dares força nos dias mais duros, por seres abrigo, casa e horizonte.

Aos meus padrinhos, André e Joana, que nunca hesitam em mergulhar nas minhas palavras, mesmo quando transbordam. Que me motivam, me desafiam e me fazem acreditar que há sempre espaço para mais uma página, mais uma ideia, mais um recomeço.

À minha família, que desde que sou pessoa soube que eu tinha asas prontas para grandes voos — e nunca deixou de me lembrar disso. E à família escolhida, que me recorda, em cada gesto, tudo o que sou e tudo o que posso ser. Que me devolve o espelho quando o mundo insiste em fragmentá-lo.

À Gisela e ao Tico, por serem presença, riso e resistência — lembretes vivos de que a leveza também é parte da luta.

Às minhas orientadoras, Ana Gama e Patrícia Marques, porto seguro desta travessia. Obrigada pela confiança silenciosa, pela escuta atenta e pela exigência generosa. Obrigada, sobretudo por me deixarem regressar, mesmo quando eu própria acreditava já ter desistido.

Este trabalho é, acima de tudo, um tributo à possibilidade de existir com dignidade, de investigar com liberdade e de transformar com cuidado. Que a saúde, sempre, seja um lugar de acolhimento — e nunca de exclusão.

Resumo

A identidade de género corresponde ao sentido interno e individual de ser mulher, homem, ambos, nenhum ou outra identidade, podendo ou não coincidir com o sexo atribuído à nascença. Trata-se de uma vivência plural que transcende a visão binária tradicional. Pessoas trans são aquelas cuja identidade de género difere do sexo atribuído ao nascimento. Em Portugal, apesar dos avanços legislativos na proteção dos seus direitos, persistem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde primários (CSP). O presente estudo teve como objetivo conhecer as experiências e perceções de indivíduos trans no acesso e utilização dos CSP.

Este estudo transversal, com abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas a 13 pessoas trans residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, recorreu a análise temática indutiva para identificar padrões e significados nos relatos sobre acesso, utilização, barreiras, facilitadores e propostas de melhoria nos CSP.

Os resultados revelam experiências mistas, oscilando entre acolhimento inclusivo e episódios de discriminação. Entre as principais barreiras relatadas surgem a insuficiente formação dos profissionais, obstáculos administrativos na atualização de registos, tempos de espera prolongados e dificuldades económicas. Como facilitadores destacam-se relações

terapêuticas respeitosas e a presença de profissionais sensibilizados. As sugestões de melhoria incluem formação obrigatória, implementação de protocolos inclusivos, criação de unidades de referência e nomeação de profissionais especializados em cuidados de saúde trans.

Conclui-se que, apesar de existir legislação protetora, permanecem barreiras estruturais e institucionais que afetam o acesso e a utilização dos CSP por pessoas trans. A adoção de uma perspectiva interseccional — que reconheça a interação entre género, classe social, etnia e orientação sexual na produção de desigualdades — e o investimento em formação e protocolos inclusivos são fundamentais para promover cuidados equitativos e respeitadores da diversidade de género.

Palavras-chave: Pessoas Trans; Cuidados de Saúde Primários; Determinantes Sociais da Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde

Abstract

Gender identity refers to an individual's internal and personal sense of being a woman, a man, both, neither, or another identity, which may or may not align with the sex assigned at birth. It represents a plural lived experience that transcends the traditional binary view of male and female. Trans people are those whose gender identity differs from the sex assigned to them at birth. In Portugal, despite legislative advances in protecting their rights, inequalities persist in access to primary health care (PHC). The present study aimed to explore the experiences and perceptions of trans individuals regarding access to and use of primary health care services

This cross-sectional qualitative study, conducted through semi-structured interviews with 13 trans individuals residing in the Lisbon and Tagus Valley region, employed inductive thematic analysis to identify patterns and meanings in participants' accounts regarding access to, use of, barriers to, facilitators of, and suggestions for improving PHC services.

Findings reveal mixed experiences, ranging from inclusive and welcoming encounters to episodes of discrimination. Key barriers identified included insufficient professional training, administrative obstacles in updating personal records, long waiting times, and economic constraints. Facilitators highlighted by participants included respectful therapeutic relationships and the presence of sensitized health professionals. Suggestions for improvement encompassed mandatory training, implementation of inclusive protocols, creation of referral units, and appointment of professionals specialized in trans health.

In conclusion, despite the existence of protective legislation, structural and institutional barriers continue to affect the access to and use of PHC by trans people. The adoption of an intersectional perspective—acknowledging how gender, social class, ethnicity, and sexual orientation intersect to produce inequalities—and investment in training and inclusive protocols are essential to ensure equitable care that respects gender diversity.

MeSH terms: Transgender Persons; Primary Health Care; Social Determinants of Health; Health Services Accessibility

Índice

Agradecimentos	2
Resumo	4
Abstract	6
Índice.....	7
Índice de tabelas	9
Lista de Abreviaturas/ Siglas	11
Introdução.....	13
Enquadramento teórico	15
1 - Introdução ao Conceito de Identidade de Género.....	15
2 – Disparidades de Saúde na População Trans.....	16
3 – Determinantes Sociais da Saúde e Desigualdades Estruturais na População Trans	19
4 – Reconhecimento Institucional, Políticas Inclusivas e Acesso à Saúde para Pessoas Trans.....	22
5 – Pertinência do Estudo.....	24
Objetivos.....	25
Metodologia.....	27
Recrutamento de participantes.....	27
Recolha de dados	28
Análise de dados.....	28
Considerações éticas.....	29
Resultados.....	30
1 - Experiências nos cuidados de saúde primários	32
1.1 - Utilização pontual e reticente do serviço	32
1.2 - Experiências positivas no acesso e utilização dos CSP	32
1.3 - Experiências negativas.....	33
2 - Acesso aos cuidados de saúde primários	35
2.1 - Barreiras ao acesso	35
2.1.1 - Dificuldade de marcação e acesso a médicos	35
2.1.2 - Falta de formação dos profissionais de saúde	35
2.1.3 - Barreiras económicas e sociais	37
2.1.4 - Barreiras psicológicas.....	38

2.1.5 - Interações negativas com profissionais de saúde.....	38
2.1.6 - Descontinuidade do acompanhamento	39
2.1.7 - Barreiras administrativas	39
2.2 - Facilitadores do acesso	39
2.2.1 - Formação e sensibilização dos profissionais.....	40
2.2.2 - Atitudes respeitadas e relações terapêuticas positivas.....	40
2.2.3 - Espaços especializados e redes de apoio	40
3 – Propostas de melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários	40
3.1 - Formação e sensibilização	41
3.2 - Protocolos e sistemas inclusivos.....	41
3.3 - Humanização do atendimento	42
3.4 - Serviços especializados e de referência	42
3.4 - Representatividade	42
Discussão	43
Conclusão.....	49
Bibliografia	50
Anexos.....	57
Anexo A- Questionário sociodemográfico.....	57
Anexo B - Guião de entrevista:	58
Anexo C - Termo de Consentimento Informado.....	59

Índice de tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes

Lista de Abreviaturas/ Siglas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE - União Europeia

VIH – Vírus da Imunodeficiência humana

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

PSA – Antígeno Específico da Próstata

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças, 11.^a revisão

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero, Queer, Intersexo, Assexuais e mais identidades

TGEU – *Transgender Europe* (Rede Europeia de Pessoas Trans)

FRA – Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia

OMS – Organização Mundial da Saúde

WPATH – Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero

SOGIESC – Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género e Características Sexuais

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

Introdução

A identidade de género refere-se à perceção interna que cada pessoa tem de si própria, podendo ou não corresponder ao sexo atribuído à nascença. Vai além da visão binária tradicional de “homem” ou “mulher” (1,2). Pessoas cisgénero identificam-se com o sexo atribuído à nascença, enquanto pessoas trans não. Esta população enfrenta, em múltiplos contextos, barreiras significativas no acesso à saúde (3,4).

A terminologia para designar pessoas cuja identidade de género difere do sexo atribuído à nascença tem evoluído ao longo do tempo. Em Portugal, os termos “trans” e “transgénero” são os mais utilizados, sendo o primeiro frequentemente adotado como termo “guarda-chuva” por abranger tanto identidades binárias como não-binárias.

Apesar dos avanços legislativos importante em Portugal, como a lei que consagra o direito à autodeterminação de género, persistem desigualdades estruturais no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo nos CSP que devem funcionar como porta de entrada no sistema de saúde português. Estes serviços desempenham um papel essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e no estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na confiança (5,6). No entanto, a investigação realizada tem identificado que as pessoas trans continuam a experienciar episódios de discriminação, falta de conhecimento técnico por parte de profissionais de saúde e constrangimentos administrativos com sistemas informáticos incapazes de refletir a diversidade de género (7–9).

Os determinantes sociais da saúde - como por exemplo, rendimento, educação, habitação - constituem fatores estruturais fundamentais para compreender as desigualdades que afetam a população trans. Entre estes, o estigma destaca-se enquanto determinante social particularmente relevante, funcionando como um processo social que desvaloriza determinadas identidades e produz exclusão, marginalização e stress crónico, com impactos profundos no bem-estar físico e psicológico das pessoas trans (10,11). O stress minoritário traduz o impacto acumulado destas experiências de discriminação e exclusão nas populações marginalizadas, gerando o evitamento dos serviços de saúde, ocultação da identidade e, consequentemente, maiores riscos em saúde (11).

As evidências internacionais revelam taxas significativamente mais elevadas de problemas de saúde mental, infeções sexualmente transmissíveis (IST), e dificuldades no acesso a cuidados preventivos entre pessoas trans, quando comparadas com a população geral (7,12,13). No contexto português, embora exista um quadro legislativo relativamente avançado, persistem lacunas na implementação prática de cuidados inclusivos e culturalmente competentes nos CSP, que são agravados pela ausência de dados sistemáticos sobre esta população (14,15).

Apesar de existirem alguns estudos quantitativos relevantes, são ainda escassas as investigações qualitativas que explorem, em profundidade, as vivências da população trans no acesso aos CSP em Portugal. A abordagem qualitativa assume, assim, uma importância fundamental, permitindo captar as experiências vividas, os significados atribuídos por este grupo às suas interações com o sistema de saúde e as suas próprias propostas de melhoria, legitimando as suas vozes como produtoras de saber relevante para a transformação do sistema (16).

Neste contexto, o presente estudo propõe-se a responder à seguinte questão de investigação:

“Quais as experiências no acesso e utilização de CSP da comunidade trans em Portugal?”

O contributo científico produzido pretende impulsionar a formulação de políticas públicas e práticas clínicas mais inclusivas, culturalmente competentes e alinhadas com os direitos humanos, na tentativa de promover um sistema de saúde mais justo, seguro e acessível para todas as pessoas, independentemente da sua identidade de género.

Enquadramento teórico

1 - Introdução ao Conceito de Identidade de Género

A distinção entre sexo e género é fundamental para a compreensão das identidades e das desigualdades que delas derivam. O sexo refere-se a características biológicas e anatómicas atribuídas à nascença, enquanto o género diz respeito aos papéis, comportamentos e identidades construídos social e culturalmente (17). O género não se limita à visão binária tradicional de “homem” e “mulher”, sendo um conceito relacional e dinâmico, influenciado por fatores sociais, históricos e políticos (18,19). A identidade de género (IG) diz respeito à perceção interna que cada pessoa tem de si — como homem, mulher, ambos, nenhum, ou outra identidade além dessas categorias. Esta identificação pode ou não corresponder ao sexo atribuído à nascença e é moldada por uma combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais (18–21). Pessoas cisgénero são aquelas cuja IG corresponde ao sexo atribuído à nascença; pessoas trans, por outro lado, são aquelas cuja IG não corresponde a essa atribuição (18,19).

A terminologia utilizada para designar pessoas cuja IG não corresponde ao sexo atribuído à nascença tem evoluído significativamente, tanto no contexto académico como na militância social. Em Portugal, os termos “trans” e “transgénero” são atualmente os mais utilizados e recomendados, sendo o primeiro frequentemente adotado como termo “guarda-chuva” por ser mais inclusivo e abranger tanto identidades binárias como não-binárias (22–24). As identidades não-binárias referem-se a pessoas cuja identidade de género não se enquadra exclusivamente nas categorias de “homem” ou “mulher”, podendo incluir identificações múltiplas, fluidas ou situadas fora do espectro binário (25,26). O termo “transexual”, historicamente associado a processos médicos ou cirúrgicos, tem vindo a ser progressivamente desaconselhado fora de contextos clínicos, dado o seu potencial carácter patologizante. Assim, e tendo em vista a adoção de uma linguagem inclusiva e respeitadora da diversidade das experiências de género, o presente estudo utilizará o termo “trans” para se referir tanto a pessoas com identidades binárias como não-binárias.

A teorização crítica sobre género tem desempenhado um papel fundamental na ampliação da compreensão das vivências trans, ao desafiar conceções essencialistas e propor abordagens mais dinâmicas e contextuais. Autores como Butler (2003) introduzem a noção de performatividade, defendendo que o género não é uma essência, mas sim uma

prática reiterada através de normas sociais que moldam corpos e subjetividades. Esta perspectiva é previamente aprofundada por Hall (1996), que concebe a identidade como um processo discursivo em constante transformação, influenciado por contextos históricos e estruturas sociais (1). Isto permite reconhecer a fluidez do género e valorizar a diversidade de identidades.

A análise das hierarquias de género proposta por Connell (2002) revela como expressões de masculinidade e feminilidade se articulam em relações de poder, evidenciando a hegemonia de género como estrutura organizadora de desigualdades (3). Por sua vez, Fausto-Sterling (2000) desafia as dicotomias biológicas entre masculino e feminino, propondo uma leitura do sexo e do género como espectros contínuos, onde corpo, cultura e experiência subjetiva se entrelaçam (27).

Complementando estas perspectivas, Preciado (2008) apresenta uma crítica incisiva aos dispositivos biomédicos e normativos que regulam os corpos e subjetividades trans. Para este autor, os corpos trans não só desafiam os binarismos instituídos, como também reconfiguram os próprios regimes de verdade sobre o género e a saúde. As experiências trans, assim, não devem ser vistas como exceções ou desvios, mas como formas de resistência e produção de novos sentidos possíveis (4).

A partir destas abordagens teóricas, torna-se evidente que o género deve ser compreendido como uma construção social, histórica e relacional, profundamente atravessada por dinâmicas de poder. As contribuições de autores como Butler (2003), Hall (1996), Connell (2002), Fausto-Sterling (2000) e Preciado (2008) revelam que as identidades de género não apenas desafiam categorias fixas, mas também expõem os dispositivos normativos e biomédicos que sustentam desigualdades estruturais (1-4,27). Esta compreensão crítica permite analisar como tais normatividades se materializam em contextos concretos, nomeadamente no campo da saúde, onde o estigma, a discriminação e outros determinantes sociais operam como forças estruturantes que condicionam o acesso, a qualidade e a equidade nos cuidados dirigidos às pessoas trans.

2 – Disparidades de Saúde na População Trans

Estudos mostram que a população trans é afetada por desigualdades em saúde, apresentando uma maior incidência de infeções por vírus da imunodeficiência humana (VIH), outras doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde mental e um risco significativamente aumentado de suicídio, quando comparada com a população geral (7,21,28). Em países da Europa Ocidental, as taxas de infeção por VIH entre mulheres trans trabalhadoras do sexo variam entre 17 % e 27 %, valores significativamente superiores à prevalência estimada na população geral adulta, que ronda atualmente 0,2 % a 0,3 % na

União Europeia/EEE (cerca de 780 000 adultos vivendo com VIH em 2021) e 0,3 % na Europa Ocidental e Central (aproximadamente 2,3 milhões de adultos) segundo estimativas internacionais (24,29–31). Apesar de, em Portugal, os dados específicos serem escassos, a ILGA Portugal (2022) alerta para barreiras persistentes no acesso a rastreios e prevenção. Dados mais recentes indicam que entre pessoas trans, a prevalência de IST bacterianas recém-diagnosticadas alcança 19,6% para clamídia, 15,6% para gonorreia e 6,7% para sífilis, sendo os valores ainda mais elevados entre pessoas não-binárias (14).

No inquérito europeu conduzido pela agência dos direitos fundamentais da união europeia (FRA) em 2020, com mais de 140.000 mil participantes, 45% das pessoas trans na União Europeia relatam sentir-se deprimidas ou desanimadas quase diariamente, enquanto entre 27% e 35% referem ter tentado suicídio em algum momento da vida (24,32,33). Em Portugal, dados recentes do Relatório Anual da ILGA Portugal (2022) (14), baseados num inquérito online aplicado a pessoas lésbicas, gay, bissexuais, transgénero, queer, intersexuais, assexuais e mais (LGBTQIA+) residentes no país, indicam que 65% das pessoas trans apresentam sintomas depressivos frequentes e cerca de 50% reportaram pensamentos suicidas no último ano (26). Estes números evidenciam o impacto profundo do estigma, da exclusão social e das barreiras no acesso a serviços de saúde mental adequados.

Apesar da existência de um sistema de saúde universal em Portugal, a evidência disponível indica que o acesso equitativo aos CSP por parte da população trans continua a ser marcado por barreiras estruturais, relacionais e simbólicas. Os CSP, enquanto porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), deveriam assegurar cuidados acessíveis, preventivos, próximos e continuados. No entanto, existem estudos que revelam que as pessoas trans frequentemente experienciam exclusão, desinformação e inadequação no acolhimento nos CSP, comprometendo o seu acesso regular a consultas, rastreios e seguimento clínico (9,34).

Estas dificuldades manifestam-se em vários níveis: falta de literacia dos profissionais sobre identidade e expressão de género, uso persistente de linguagem cisnormativa, sistemas informáticos desatualizados que não respeitam o nome ou género autoidentificado da pessoa, e uma ausência generalizada de protocolos clínicos adaptados às necessidades trans (8,35). Esta realidade contribui para a desconfiança face aos serviços, resultando em evitamento de cuidados, descontinuidade de acompanhamento médico e subutilização de serviços preventivos essenciais, como consultas de vigilância, vacinação ou rastreios oncológicos (23,32).

Em Portugal, evidência mostra que muitos utentes trans evitam os CSP por receio de serem desrespeitados ou expostos à transfobia, optando por atrasar cuidados ou procurar alternativas informais e não regulamentadas (9). Esta exclusão simbólica, ainda que não

explícita, produz efeitos diretos nas trajetórias de saúde, agravando desigualdades já acentuadas por outros determinantes sociais como o rendimento, a habitação ou o estatuto migratório (22,36).

Um dos aspetos particularmente críticos prende-se com o acesso a rastreios oncológicos, que são frequentemente promovidos no contexto dos CSP. Apesar de muitos homens trans manterem anatomia ginecológica suscetível a risco de cancro do colo do útero, a sua participação em programas de rastreio é significativamente inferior à da população cisgénero. Num estudo realizado em contexto europeu, apenas cerca de 68% dos homens trans tinham realizado rastreios cervicais recomendados, comparativamente a 87% das mulheres cisgénero (37). Em Portugal, embora faltem dados quantitativos robustos, estudos qualitativos indicam que a maioria dos homens trans não realiza estes rastreios, seja por desconforto emocional, experiências negativas com profissionais de saúde ou falta de informação sobre a necessidade de vigilância ginecológica (9).

Também o rastreio da próstata em mulheres trans permanece frequentemente invisibilizado. Embora muitas mulheres trans mantenham a próstata mesmo após intervenções de afirmação de género, o rastreio com Antígeno Específico da Próstata (PSA) é frequentemente insuficiente, o que significa que, embora o risco de cancro da próstata possa ser até dez vezes inferior ao observado em homens cisgénero devido à supressão hormonal, não é inexistente (12,38). Embora não existam estudos europeus publicamente disponíveis comparando diretamente as taxas de rastreio da próstata entre mulheres trans e homens cisgénero, a literatura médica aponta para grandes lacunas no acesso e na utilidade prática do teste PSA nesta população. Uma análise publicada na revista *European Urology* destaca que o rastreio do cancro da próstata é frequentemente negligenciado em mulheres trans, sobretudo devido à falta de diretrizes claras sobre interpretação dos níveis de PSA após terapias hormonais feminizantes (39). Outras investigações recentes indicam que os níveis de PSA em mulheres trans, sob tratamento hormonal, são dezenas de vezes inferiores ao observado em homens cisgénero, o que pode levar a diagnósticos tardios e subavaliação do risco oncológico (40,41). Em Portugal, embora não existam dados epidemiológicos específicos, organizações comunitárias têm sublinhado a necessidade de protocolos que assegurem um acompanhamento adequado e sensível às necessidades desta população (14). Estes desafios ilustram como as disparidades em saúde das pessoas trans se estendem a múltiplas dimensões, muitas vezes ignoradas na prática clínica.

A conjugação destes fatores agrava o risco de condições psicológicas como depressão e ansiedade, muitas vezes exacerbadas pela ausência de suporte social, pela invisibilidade institucional e por práticas clínicas pouco informadas (21,42).

As disparidades identificadas no acesso, na qualidade e nos resultados em saúde da população trans, não podem ser compreendidas apenas a partir de eventos isolados ou da ausência de políticas específicas. Pelo contrário, refletem a operação contínua de determinantes sociais que moldam de forma sistemática a experiência de saúde desta população. O impacto da exclusão social, da discriminação e do estigma institucional manifesta-se em indicadores epidemiológicos preocupantes, mas tem raízes mais profundas em contextos estruturais desiguais. Tal como apontam Marmot et al. (2008) e Solar & Irwin (2010), para compreender as desigualdades em saúde é necessário analisar os sistemas sociais que as produzem e sustentam (43,44). No caso da população trans, essas desigualdades decorrem da interseção entre estruturas normativas cis-heteronormativas, vulnerabilidade económica, e barreiras institucionais persistentes nos serviços de saúde, especialmente nos CSP (32,42). Esta análise requer, por isso, um aprofundamento dos determinantes sociais da saúde, considerando as especificidades da população trans e os mecanismos pelos quais estas estruturas que levam à exclusão, marginalização e riscos acrescidos.

3 – Determinantes Sociais da Saúde e Desigualdades Estruturais na População Trans

A vulnerabilidade social e estrutural das pessoas trans reflete-se em desigualdades marcadas no campo da saúde. A saúde das pessoas é profundamente moldada por determinantes sociais, entendidos como as condições económicas, sociais, políticas e culturais em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (44,45). Estes determinantes incluem fatores como nível de educação, rendimento, emprego, estabilidade habitacional, redes de apoio social, acesso a serviços essenciais, bem como experiências de exclusão social, racismo ou migração (43,46). Quando estes fatores operam de forma desigual, produzem disparidades significativas no bem-estar físico e mental de diferentes grupos populacionais.

O estigma, entendido como um processo social que desvaloriza determinadas características, comportamentos ou identidades, expõe grupos específicos ao preconceito, exclusão e discriminação (47). Esta, por sua vez, constitui a expressão prática do estigma, materializando-se em ações, políticas ou práticas que limitam direitos e dificultam o acesso a recursos fundamentais (10). Embora sejam determinantes sociais relevantes, o estigma e a discriminação integram um conjunto mais amplo de fatores estruturais que contribuem para as desigualdades em saúde. No caso das pessoas trans, estas dimensões interagem frequentemente, criando contextos de vulnerabilidade específicos, em que a exclusão

económica, social e institucional agrava as barreiras de acesso a cuidados adequados (11,32).

Dados europeus recentes evidenciam estas desigualdades. No inquérito da FRA a mais de 140 000 pessoas LGBTQIA+, revelam que 83% das pessoas trans reportaram ter sido alvo de violência ou intimidação na escola, com impacto no bem-estar emocional, absentismo e abandono escolar, limitando oportunidades futuras (24). No domínio laboral, 19% estavam desempregadas e 34% relataram dificuldades em pagar contas básicas ou adquirir alimentos (24). No acesso à habitação, 23% indicaram ter sofrido discriminação por senhorios ou agências imobiliárias, com risco acrescido de sem-abrigo, especialmente entre quem não dispõe de apoio familiar (24,33).

A exclusão social manifesta-se também através de elevados níveis de violência: 48% das pessoas trans relataram ter sido vítimas de violência verbal, física ou sexual motivada pela IG no último ano (24). Para migrantes trans, somam-se barreiras linguísticas, insegurança documental e discriminação interseccional que combina transfobia, racismo ou xenofobia. Uma parte significativa da população trans, sobretudo mulheres trans, está envolvida no trabalho sexual, frequentemente como estratégia de sobrevivência face à exclusão do mercado formal. Esta realidade aumenta a exposição à violência, à criminalização e à vulnerabilidade social e institucional, dificultando o acesso a cuidados de saúde seguros (7,33,48).

A diversidade de género, especialmente quando não se conforma com normas binárias, continua a ser alvo de estigma em múltiplos contextos socioculturais (18,20). A visão conservadora tende a reforçar uma dicotomia estrita — homem ou mulher — apagando ou deslegitimando identidades plurais e em constante construção (4,25,49).

Para compreender a persistência destas desigualdades mesmo perante avanços sociais, importa recorrer a modelos teóricos. A teoria da causa fundamental, de Link e Phelan, sustenta que as desigualdades em saúde têm raízes em fatores socioeconómicos amplos — como rendimento, educação, redes sociais ou poder social — que moldam o acesso a recursos fundamentais, independentemente de mudanças nos contextos ou tecnologias disponíveis (47,50). No caso das pessoas trans, mesmo com políticas públicas inclusivas, persistem vulnerabilidades estruturais enquanto instituições e normas sociais continuarem a reproduzir cisnormatividade, estigma e outras formas de opressão.

O estigma atua também como determinante social, funcionando como um fator de stress crónico que afeta a saúde física e mental. O modelo de stress minoritário, desenvolvido por Ilan Meyer, explica que grupos minoritários enfrentam stressores contínuos ligados à sua

identidade — como discriminação direta, expectativas de rejeição ou interiorização do estigma — que se acumulam aos desafios quotidianos, gerando sobrecarga emocional e psicológica (11,51).

A interseccionalidade permite compreender como diferentes eixos de exclusão — género, classe, etnia, orientação sexual, estatuto migratório — se cruzam e amplificam barreiras ao acesso à saúde (52). Pessoas trans com múltiplos fatores de vulnerabilidade tendem a apresentar menores taxas de utilização de rastreios preventivos, aumentando o risco de diagnósticos tardios e pior prognóstico (8,9).

As desigualdades estruturais identificadas — discriminação, precariedade económica, exclusão social, estigma institucional — têm repercussões profundas na forma como as pessoas trans experienciam o sistema de saúde. Nos contextos clínicos, o estigma pode manifestar-se de forma explícita, através de comportamentos ou discursos abertamente discriminatórios, recusa de atendimento, uso intencional de nomes ou pronomes incorretos, ou negação de cuidados específicos relacionados com a identidade de género (53). Pode também assumir formas subtis, como expressões de surpresa ou desconforto por parte dos profissionais, pressupostos cisnormativos na anamnese, linguagem não inclusiva, comentários paternalistas, omissão deliberada de informações relevantes, ou a não adaptação de procedimentos e formulários às necessidades das pessoas trans. Estas manifestações, mesmo quando não intencionais, comprometem a construção de confiança, reduzem a perceção de segurança e podem levar ao adiamento ou à recusa de procurar cuidados de saúde (53). Dados da TGEU (2022) mostram que cerca de 50% das pessoas trans evitaram ou adiaram cuidados gerais por receio de preconceito; a FRA (2020) reporta que 34% sofreram discriminação em saúde e 46% ocultaram a sua identidade junto da equipa clínica por medo ou desconfiança (24,33).

A preparação insuficiente dos profissionais, nomeadamente na formação sobre identidade de género, agrava estas desigualdades. O desenvolvimento de competências culturais é essencial para construir relações terapêuticas baseadas na confiança, respeito e segurança emocional, e para combater o estigma institucionalizado nos serviços (32,54,55). O relatório de 2024 do *Committee of Experts on Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, and Sex Characteristics (SOGIES)* (56) reforça esta necessidade, mostrando que 34% das pessoas trans relataram discriminação direta ao procurar cuidados de saúde (50,57).

Neste cenário, os CSP assumem um papel central, sendo a porta de entrada para o sistema, tendo o potencial para oferecer cuidados integrais, inclusivos e centrados na pessoa. Contudo, este potencial só se concretiza com serviços preparados técnica, humana e

eticamente (5,34,51,58). A abordagem equitativa nos CSP é fundamental para mitigar desigualdades estruturais, reduzir barreiras de acesso e promover a saúde e o bem-estar da população trans.

4 – Reconhecimento Institucional, Políticas Inclusivas e Acesso à Saúde para Pessoas Trans

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento do interesse em torno das necessidades de saúde das pessoas trans, impulsionado por lutas históricas por direitos e por uma maior visibilidade social. Este percurso tem gerado avanços legais e políticos significativos, como a aprovação da Lei n.º 38/2018 em Portugal — que consagra o direito à autodeterminação de género, eliminando a obrigatoriedade de relatório médico para a alteração legal de nome e sexo — e a proibição de terapias de conversão em países como a Alemanha e a Espanha (59–61). Paralelamente, têm sido publicadas diretrizes internacionais como os *Standards of Care* da Associação profissional mundial para a saúde transgénero (WPATH) (Versão 8, 2022), que estabelecem orientações clínicas para garantir cuidados de saúde inclusivos e baseados em evidência para a população trans (55,59,62,63). Alinhada com estas diretrizes, a legislação portuguesa representa um passo importante na desconstrução do paradigma patologizante, que historicamente classificava as identidades trans como perturbações mentais, exigindo diagnósticos médicos ou psiquiátricos para legitimar a sua existência ou acesso a direitos. Um marco simbólico deste processo foi a retirada da transexualidade da categoria de transtornos mentais na Classificação Internacional de Doenças, 11.ª revisão (ICD-11), apenas em 2018 (55,64).

Apesar destes avanços normativos e simbólicos, a efetivação dos direitos das pessoas trans no campo da saúde continua a ser marcada por barreiras substanciais. A visibilidade legal, embora necessária, revela-se claramente insuficiente para garantir acesso equitativo e cuidados adequados (24,33,33,57). Relatórios como o Trans Health Map 2022 (TGEU)(65) e o terceiro relatório temático do *Committee of Experts on SOGIES* do Conselho da Europa (2024)(56) demonstram que, apesar de progressos legislativos em vários países europeus, continuam a existir entraves significativos na qualidade da prestação de cuidados. Como Nancy Fraser sublinha, é necessário articular redistribuição material com reconhecimento cultural para que os direitos se traduzam em transformações reais (66).

Um dos obstáculos estruturais mais referidos diz respeito à formação deficitária dos profissionais de saúde sobre as especificidades trans (7,8,14,21,28,67,68,68,69). Estas lacunas atravessam todas as etapas do cuidado — desde as consultas de rotina até aos processos de afirmação de género — sendo ainda mais acentuadas em zonas rurais e periféricas (6,51).

A promoção de práticas clínicas inclusivas e culturalmente competentes é, por isso, considerada uma urgência. Isso implica usar terminologia respeitosa, recolher histórias clínicas sensíveis à identidade de género e realizar exames com pleno respeito pela autodeterminação da pessoa (18,19,24,53,55). Como reconhecido nos *Standards of Care da WPATH* (versão 8) e nos princípios orientadores da OMS, as recomendações devem considerar a anatomia atual, eventuais tratamentos hormonais ou cirúrgicos, e ter sempre em conta os determinantes sociais que influenciam os trajetos de saúde (8,15,29,55)

Diversos relatórios internacionais alertam para a ausência de protocolos clínicos específicos, a falta de investimento e a resistência institucional à transformação estrutural dos serviços. A TGEU 2022 (65) e o Conselho da Europa 2024 (56) destacam que a disparidade entre o reconhecimento legal e a prestação efetiva de cuidados inclusivos constitui um dos principais entraves à equidade. Em Portugal, a ausência de protocolos nos CSP tem sido identificada como um dos principais fatores de desajuste entre os direitos consagrados na lei e a resposta concreta do sistema de saúde (15). Esta desconexão fragiliza a relação entre profissionais e utentes e compromete a qualidade dos cuidados de saúde (16).

Os compromissos internacionais — como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 (Saúde de qualidade) e o ODS 10 (Reduzir as desigualdades) — reforçam a responsabilidade dos Estados em garantir acesso equitativo e sem discriminação (70,71). A realidade das pessoas trans mostra, contudo, que existe ainda um longo caminho a percorrer para que esse direito se concretize plenamente (72).

Embora alguns países europeus — como a Alemanha, Bélgica, Países Baixos e Suécia — tenham adotado medidas como clínicas especializadas, formação obrigatória e simplificação de processos de transição, a realidade do panorama europeu permanece desigual. A variabilidade no reconhecimento legal, na proteção jurídica e no acesso efetivo aos cuidados de saúde reflete uma Europa fragmentada no que toca à inclusão trans (24,33,62,73).

Relatórios da FRA (24,50,74) apontam que, apesar dos avanços normativos, muitas pessoas trans continuam a enfrentar discriminação nos serviços de saúde, o que afeta profundamente o seu bem-estar e a confiança institucional. A experiência europeia demonstra que leis, por si só, não bastam: é preciso garantir mecanismos de monitorização, financiamento adequado e, sobretudo, o envolvimento direto das pessoas trans na criação e implementação das políticas (24,50).

Os Princípios de Yogyakarta constituem um documento internacional que define como as normas universais de direitos humanos se aplicam às questões relacionadas com a

orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais. Este referencial tem sido fundamental na promoção de políticas inclusivas, ao afirmar que todas as pessoas, independentemente da sua identidade de género, têm direito ao mais alto padrão de saúde possível, sem estigma nem discriminação (66).

A escassez de dados sistemáticos sobre a população trans constitui um dos maiores desafios na construção de políticas públicas eficazes. A ausência de variáveis de identidade de género nas bases de dados nacionais, aliada à estigmatização social e invisibilidade institucional, compromete o planeamento de serviços, a formação de profissionais e a alocação de recursos adequados. Embora estimativas indiretas indiquem que cerca de 0,3% a 0,5% da população se identifica como trans, a inexistência de dados concretos limita a resposta contínua do estado (13,75).

A participação da comunidade trans nos processos de decisão política permanece, também, uma área crítica. Muitas vezes limitada a mecanismos consultivos não vinculativos, esta exclusão impede que as políticas reflitam as necessidades reais da população trans. A literatura reforça que a participação vinculativa das pessoas trans na definição, implementação e avaliação de políticas públicas, estratégias e intervenções em saúde é um fator determinante para a construção de respostas em saúde mais ajustadas, sensíveis e inclusivas (36,62,76,76). Para além de fortalecer a legitimidade democrática, esta representatividade é um passo essencial na redução das desigualdades, assegurando que as vozes da população trans sejam efetivamente ouvidas na formulação de cuidados de saúde dignos e respeitadores da sua diversidade.

5 – Pertinência do Estudo

Apesar de um progressivo crescimento na investigação sobre saúde da população LGBTQIA+, este campo de estudo continua relativamente recente, sobretudo no contexto português. A produção científica existente tem sido predominantemente marcada por abordagens quantitativas, que, embora essenciais para caracterizar desigualdades em saúde, oferecem uma compreensão limitada das experiências subjetivas, relacionais e institucionais vividas pelas pessoas trans nos serviços de saúde (35,53). A escassez de estudos qualitativos em Portugal — especialmente no âmbito dos CSP — traduz-se numa lacuna relevante, uma vez que estes métodos permitem captar significados, perceções e dinâmicas que não são visíveis em inquéritos ou análises estatísticas. Neste contexto, a metodologia qualitativa assume particular importância, ao permitir explorar de forma detalhada as perceções, experiências e obstáculos sentidos, fornecendo informação indispensável para a criação de políticas públicas e práticas clínicas mais sensíveis às necessidades da população trans (77).

Este posicionamento epistemológico justifica a adoção de uma abordagem qualitativa interpretativa, informada por perspectivas críticas e feministas, que valorizam o conhecimento situado e as experiências das populações marginalizadas. Trata-se de uma escolha metodológica que permite captar a complexidade das vivências trans nos serviços de saúde, reconhecer as relações de poder que as moldam e contribuir para a formulação de políticas públicas mais justas, contextualizadas e efetivas. Este panorama reforça a necessidade urgente de uma investigação científica padronizada e sistemática, que recolha e analise as experiências das pessoas trans nos CSP — ao nível do sistema de saúde com maior proximidade, continuidade e flexibilidade, e onde se abra uma janela importante para o desenvolvimento e a implementação de políticas que mitiguem as desigualdades persistentes neste campo (11,15).

Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral conhecer as experiências e perceções de indivíduos trans no acesso e utilização dos CSP.

Mais especificamente, o estudo pretendeu:

- Compreender, na perspectiva de indivíduos trans, as barreiras e os fatores facilitadores no acesso e utilização dos CSP;

- Explorar as perspetivas de indivíduos trans sobre estratégias que possam melhorar o acesso e a utilização dos CSP pela sua comunidade.

Metodologia

Para responder aos objetivos definidos, foi conduzido um estudo transversal com uma abordagem qualitativa. Optou-se por esta abordagem por permitir explorar em profundidade as experiências, percepções e necessidades das pessoas trans relativamente ao tema em estudo, captando a riqueza e complexidade dos significados atribuídos pelos participantes (78,79). A natureza transversal possibilitou recolher dados num momento específico, adequado ao carácter exploratório deste trabalho.

A técnica escolhida para a recolha de dados foi uma entrevista individual semiestruturada, uma vez que permitiu assegurar simultaneamente consistência nos tópicos abordados e flexibilidade para aprofundar aspetos relevantes emergentes durante a conversa. Esta técnica mostrou-se especialmente adequada para abordar temáticas sensíveis, criando um espaço seguro e privado que favoreceu a partilha de experiências pessoais por parte dos participantes.

Recrutamento de participantes

Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística, combinando a técnica de amostragem por conveniência com a técnica de bola de neve, estratégia frequentemente utilizada em estudos com populações de difícil acesso, onde a confiança e as redes sociais são determinantes para o recrutamento (78). O recrutamento iniciou-se através do contacto com diversas associações e instituições envolvidas na defesa dos direitos LGBTQIA+ em Portugal, que colaboraram na divulgação do estudo e no convite a potenciais participantes das suas redes de contactos. Aos participantes entrevistados foi também solicitada a divulgação do estudo e convite à participação entre os seus contactos (bola de neve). Esta estratégia complementar permitiu alcançar um maior número de participantes.

Os critérios de inclusão definiram a participação de pessoas com 18 ou mais anos, que se identificassem por autodeterminação como trans — ou seja, pessoas que se identificam com um género diferente daquele que lhes foi atribuído à nascença — e que residissem em Lisboa e Vale do Tejo e em Portugal há, pelo menos, três anos.

Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas por videochamada, entre maio de 2024 e maio de 2025, de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de 35 minutos e foram gravadas em áudio, mediante consentimento informado prévio. No início de cada entrevista, foi aplicado um breve questionário de caracterização sociodemográfica, que incluiu informação sobre idade, nacionalidade, sexo atribuído à nascença, género (por autodeterminação), escolaridade e perceção da situação económica (Anexo A).

Para orientar a condução das entrevistas, foi elaborado um guião semiestruturado (Anexo B), desenvolvido com base na revisão da literatura sobre experiências e determinantes sociais de saúde da população trans. O guião abrangeu tópicos como perceções individuais sobre o SNS, experiências de acesso e utilização dos CSP, barreiras e fatores facilitadores no acesso, utilização dos CSP pela comunidade trans e perspetivas sobre estratégias para melhorar o acesso aos CSP em Portugal. Na sua construção, foram considerados documentos europeus, nomeadamente o relatório *Being Trans in the EU* da FRA (24), que aborda barreiras estruturais, institucionais e interpessoais no acesso à saúde por pessoas trans no contexto europeu. Foram também consultados estudos internacionais, como o *Trans Pulse Project* (80), realizado no Canadá, e o *2015 US Transgender Survey* (81), nos Estados Unidos, que identificam obstáculos semelhantes e oferecem contributos relevantes para compreender as dinâmicas de exclusão no acesso aos cuidados de saúde. Estes estudos forneceram pistas importantes para a formulação de perguntas relacionadas com o acesso aos CSP, experiências de atendimento e perceções sobre a preparação dos profissionais de saúde — tópicos centrais deste estudo.

Análise de dados

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente (*verbatim*) e anonimizadas para garantir a confidencialidade dos participantes. A análise foi conduzida segundo o método de análise temática, numa abordagem indutiva, permitindo que categorias, temas e códigos emergissem diretamente do discurso dos participantes, sem imposição prévia de códigos ou categorias.

O processo analítico iniciou-se com leituras repetidas das transcrições, procurando uma compreensão global dos relatos e a identificação de elementos recorrentes ou particularmente significativos. Seguidamente, procedeu-se à codificação linha a linha,

atribuindo códigos descritivos aos segmentos de texto considerados relevantes. Estes códigos foram posteriormente agrupados em categorias e organizados em temas mais abrangentes, de forma a sintetizar padrões e significados comuns presentes nos dados. A análise foi realizada manualmente, recorrendo a quadros de registo para sistematizar a informação.

Da análise emergiram três grandes eixos que estruturaram a apresentação dos resultados: Experiências nos CSP; Acesso aos CSP; e Propostas de melhoria do acesso aos CSP. Os resultados são apresentados organizados por temas e subtemas, ilustrados com excertos representativos das entrevistas, procurando evidenciar a diversidade de identidades, experiências e contextos vividos pelas pessoas trans no sistema de saúde português.

Considerações éticas

Na condução do estudo foram salvaguardados todos os princípios éticos de anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados recolhidos, constantes na Declaração de Helsínquia.

Foi assegurada a participação voluntária no estudo, podendo o participante desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

De forma a salvaguardar o anonimato dos participantes, não foram recolhidos quaisquer elementos que permitissem a sua identificação (e.g. nome, contactos) e foi atribuído a cada participante um código de identificação único.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora, por videochamada, em plataforma segura garantido a privacidade e a confidencialidade das informações prestadas. Os ficheiros áudio das gravações das entrevistas foram guardados numa pasta segura com password, apenas acessível à investigadora. Após transcrição *verbatim*, as gravações foram eliminadas e os transcritos anonimizados e guardados na mesma pasta com acesso protegido por password.

No início de cada entrevista, foi explicado ao participante o propósito do estudo, os procedimentos envolvidos e garantidas as condições de confidencialidade e anonimato. O consentimento informado foi obtido previamente através de envio de documento por email, e guardados em pasta segura com password, sendo o e-mail posteriormente eliminado definitivamente (Anexo C). No início da videochamada, antes do início da entrevista o consentimento informado foi verbalmente confirmado.

Os participantes foram também informados de que os resultados do estudo seriam utilizados apenas para fins académicos e publicações científicas, não sendo possível em nenhum momento associar os resultados a participantes individualmente. Os participantes foram também informados de que não existiam benefícios associados à sua participação no estudo, bem como não se previam riscos decorrentes da sua participação.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CE-ENSP) obtendo o parecer final nº 07/2024.

Resultados

O estudo contou com a participação de 13 pessoas com identidades de género diversas, incluindo homens trans, pessoas não binárias e mulheres trans. A maioria encontrava-se na faixa etária entre 26 e 35 anos (53,8%), sendo também expressiva a proporção de participantes jovens (30,8% tinham entre 18 e 25 anos). Relativamente aos

pronomes utilizados, registou-se uma distribuição equilibrada entre ele/dele (38,5%), ela/dela (23,1%) e pronomes neutros ou não-binários (38,5%).

Predominou o sexo (atribuído à nascença) feminino (61,5%) e a identidade de género mais representada foi a não-binária (53,9%), seguida de mulher trans (30,8%) e homem trans (15,4%). Quanto à nacionalidade, a maioria dos participantes eram portugueses (92,3%). Relativamente à escolaridade dos participantes, 61,5% referiram ter o grau de licenciatura ou mestrado. No que respeita à perceção da situação financeira, 30,8% dos participantes consideraram a sua situação como confortável, enquanto 69,2% referiram ter dificuldades ou consideraram-na pouco confortável. Nas respostas abertas, alguns participantes associaram o desconforto financeiro à instabilidade laboral e à dificuldade em manter despesas regulares com saúde, sobretudo em contextos de exclusão familiar ou discriminação no emprego.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes

Características	n (%)
Faixa etária	
18-25 anos	4 (30,8)
26-35 anos	7 (53,9)
36-40 anos	2 (15,3)
Pronomes	
Ele/dele	5 (38,5)
Ela/dela	3 (23,0)
Neutros / Não-binários	5 (38,5)
Sexo atribuído à nascença	
Masculino	5 (38,5)
Feminino	8 (61,5)
Identidade de género	
Masculino (Homem-trans)	2 (15,3)
Feminino (Mulher – trans)	4 (30,8)
Não-binário	7 (53,9)
Nacionalidade	
Portuguesa	12 (92,3)
Brasileira	1 (7,7)
Perceção da situação financeira	
Confortável	4 (30,8)
Com dificuldades	9 (69,2)

1 - Experiências nos cuidados de saúde primários

As experiências das pessoas trans com os CSP revelam padrões de utilização marcados por ambivalência: embora a maioria dos participantes tenha médico de família atribuído, o recurso efetivo aos serviços é condicionado por fatores como receio de discriminação, ausência de formação específica dos profissionais e experiências anteriores negativas. Entre os aspetos positivos, destaca-se a construção de relações de confiança com alguns médicos de família e episódios pontuais de atendimento respeitoso. No entanto, foram mais frequentes os relatos de barreiras institucionais, invisibilização da identidade de género, uso incorreto do nome ou pronomes, bem como sentimentos de desconforto que levam à evitação dos serviços.

1.1 - Utilização pontual e reticente do serviço

Vários participantes relataram um padrão de utilização pontual dos CSP, frequentemente apenas em situações urgentes ou inevitáveis:

- “Eu quase nunca vou lá, porque é muito difícil conseguir uma marcação. Só vou em caso de urgência.” (P6)
- “É muito difícil conseguir uma marcação.” (P8)

Alguns participantes recorreram a serviços de saúde privados ou a associações da comunidade LGBTQIA+, em busca de atendimento mais rápido ou especializado:

- “O SNS (...) não tem capacidade de resposta, por isso recorri ao privado.” (P12)
- “Consegui uma consulta pelo GAT, por telefone, e eles encaminharam-me” (P6)

1.2 - Experiências positivas no acesso e utilização dos CSP

Vários participantes descreveram experiências positivas, sobretudo no que respeita a interações com alguns médicos de família e outros profissionais que demonstraram empenho, disponibilidade para aprender e respeito pela identidade de género:

- “A minha médica de família é muito profissional e [...] sempre se mostrou disponível para acompanhar o processo.” (P2)
- “Depois da cirurgia, (a médica de família) também foi muito cuidadosa a acompanhar a minha recuperação.” (P3)
- “Ela fez questão de pesquisar e conversar com outros médicos para garantir que eu recebia o melhor tratamento.” (P2)

- “A minha médica de família foi quem me fez a referência para iniciar o processo de transição no Serviço Nacional de Saúde.” (P5)

Estas interações positivas foram vividas como momentos de segurança, reconhecimento e validação, reforçando a confiança no sistema de saúde:

- “Lembro-me que numa consulta ela me perguntou diretamente se havia algo que ela poderia melhorar no atendimento...” (P2)
- “O meu médico de família trata-me como qualquer outro paciente [...] não faz perguntas desnecessárias e foca-se naquilo que é relevante.” (P10)

Certos participantes destacaram experiências positivas com profissionais que demonstraram respeito, sensibilidade e disponibilidade para aprender:

- “Quando fui a uma consulta para acompanhamento da minha doença crónica, disse ao médico que o meu nome fiscal era diferente do meu nome social. A partir daí, ele e toda a equipa passaram a tratar-me sempre pelo nome social” (P5)

1.3 - Experiências negativas

Em contraste, as experiências negativas relatadas pelos participantes dizem respeito sobretudo, à falta de preparação técnica e sensibilidade dos profissionais. Em alguns casos, estas dificuldades surgiram logo nos primeiros contactos com os cuidados primários:

- “No início da minha transição, antes de ter a médica que tenho agora, tive uma experiência má... não respeitava a minha identidade e fazia perguntas desadequadas.” (P2)

Vários participantes descreveram experiências negativas, sobretudo relacionadas com falta de formação ou atitudes discriminatórias. Alguns relataram situações em que tiveram de explicar aos próprios profissionais como proceder, ou encontraram profissionais que expressaram desconforto ou rejeição face à identidade trans:

- “Quando expliquei a situação à médica (em relação a consulta de ginecologia/planeamento familiar), ela disse que não me ia atender” (P8)
- “O médico ficou claramente perdido quando eu disse: ‘Sou uma pessoa trans e quero iniciar tratamento com testosterona.’” (P9)

- “O médico de família não tem formação para isso, então eu próprio tive de procurar informações e encontrar médicos no privado que soubessem o que estavam a fazer.” (P7)
- “Basicamente, fui eu que tive que explicar: ‘Pelo que sei, agora sou encaminhado para sexologia, provavelmente no Hospital Santa Maria.’” (P9)
- “Algumas médicas mostraram resistência ao procedimento por preconceito ou crenças pessoais. Algumas não compreendiam a minha identidade não binária e puseram entraves.” (P4)

Em certos casos, os participantes relataram situações em que a falta de preparação dos profissionais se traduziu em atitudes invasivas ou comentários inapropriados:

- “O médico disse: ‘nunca pensei dizer a um rapazito que estava com uma infeção no útero.’” (P6)

Em alguns relatos, a falta de preparação profissional culminou em atrasos ou falhas no percurso terapêutico:

- “Fiquei meses à espera de uma resposta porque a referência inicial foi mal feita. Se o médico soubesse o que estava a fazer, o processo teria sido muito mais rápido.” (P7)

Alguns participantes reportaram casos de sensação de discriminação ou não reconhecimento da sua identidade:

- “A profissional (médico de família) tratou-me sempre no feminino, apesar de eu ter falado no masculino.” (P11)

Os participantes reportaram situações em que os profissionais assumiram normas heteronormativas, confundindo identidade de género com orientação sexual:

- “Outro ginecologista fez-me perguntas invasivas e assumiu que eu tinha um namorado cis.” (P8)

Alguns participantes descreveram o uso do silêncio ou da omissão como forma de evitar confrontos, proteger-se de reações transfóbicas e reduzir o desgaste emocional:

- “Evito corrigir. Sou uma pessoa que prefere evitar conflitos, infelizmente.” (P8)
- “O atendimento é ok se eu não revelar a minha identidade.” (P8)

Alguns participantes manifestaram sentimentos ambivalentes, reconhecendo o esforço ou a boa vontade de certos profissionais, mas destacando simultaneamente lacunas estruturais que impedem um atendimento totalmente seguro ou livre de constrangimentos:

- “Alguns tentam fazer o melhor que podem, mas ainda não encontrei ninguém que me fizesse sentir totalmente seguro.” (P12)

2 - Acesso aos cuidados de saúde primários

As experiências relatadas pelos participantes evidenciam um conjunto significativo de barreiras, mas também de fatores facilitadores, que influenciam o acesso efetivo aos CSP e especializados. Estas barreiras e facilitadores operam em múltiplos níveis — estrutural, organizacional, profissional e individual — revelando tanto as fragilidades do sistema como as estratégias que permitem, em alguns casos, ultrapassar dificuldades.

2.1 - Barreiras ao acesso

2.1.1 - Dificuldade de marcação e acesso a médicos

Muitos participantes relataram dificuldades em conseguir marcações ou em manter acompanhamento regular com um médico de família:

- “Neste momento ou vou para grandes filas aguardar para ser *atendide* ou não consigo ter qualquer acompanhamento médico.” (P6)

2.1.2 - Falta de formação dos profissionais de saúde

A ausência de conhecimentos específicos sobre cuidados de saúde trans surgiu de forma transversal nos testemunhos, afetando tanto a segurança no processo como a confiança dos utentes. Muitos participantes relataram que os profissionais de saúde desconheciam procedimentos básicos, demonstrando insegurança ou admitindo diretamente a sua falta de experiência:

- “Quando mencionei que sou trans e que queria iniciar o acompanhamento para a hormonoterapia, ele admitiu que não tinha muita experiência no assunto (...).” (P10)

Face a esta lacuna, vários utentes sentiram-se forçados a assumir o papel de educadores dos próprios profissionais, invertendo os papéis na relação terapêutica:

- “Sinto que estou a educá-los em vez de ser atendido como qualquer outro paciente.” (P7)

De acordo com as perspetivas dos participantes, a carência de formação revela-se especialmente crítica em áreas como ginecologia, planeamento familiar e cuidados relacionados com o sistema reprodutivo, onde a identidade de género interage diretamente com práticas clínicas:

- “Sempre que preciso de cuidados relacionados com o sistema reprodutivo, há confusão [...] percebo que não sabem bem como reagir.” (P12)

Esta falta de formação é frequentemente apontada como uma das origens das falhas no cuidado, mais do que atitudes deliberadas de discriminação:

- “A maioria das falhas não vem de maldade, mas sim de falta de conhecimento.” (P10)

De acordo com relatos de alguns participantes, a perceção de insegurança no acompanhamento é agravada pela ausência de protocolos claros, deixando os profissionais sem orientações para atuar:

- “O SNS é muito lento no encaminhamento para especialistas e muitas vezes os próprios profissionais não sabem qual é o processo certo.” (P7)

Além disso, foram referidas desigualdades regionais, com relatos de escassa formação nesta área, fora dos grandes centros urbanos:

- “Nas periferias os profissionais ainda têm pouca formação sobre estas questões.” (P5)

Na perspetiva dos participantes, a necessidade de formação não se limita aos médicos, sendo igualmente urgente para profissionais de enfermagem, técnicos administrativos e outros trabalhadores do setor da saúde:

- “Acho que os dois. [...] É essencial que todos os profissionais (administrativos e médicos e enfermeiros) tenham formação.” (P12)

Por fim, a lacuna de formação é agravada pela escassez de dados científicos robustos sobre saúde trans, deixando os profissionais sem orientações clínicas seguras:

- “Os próprios profissionais não sabem o impacto a longo prazo da hormonoterapia nos nossos corpos. Não há dados suficientes.” (P12)

2.1.3 - Barreiras económicas e sociais

As condições económicas precárias e a impossibilidade de suportar custos do setor privado constituem barreiras reais ao acesso contínuo e seguro aos cuidados de saúde:

- “No privado, o atendimento é muito melhor, mas é caro.” (P1)
- “Muitas pessoas não conseguem pagar e ficam presas no público.” (P1)

Entre os participantes imigrantes, as dificuldades económicas e sociais são frequentemente agravadas pela incerteza e falta de informação sobre o funcionamento do sistema de saúde em Portugal. Esta situação gera sentimentos de insegurança e potencia a exclusão do acesso a cuidados:

- “Sendo imigrante, nem sempre sei bem como as coisas funcionam aqui, e isso torna tudo mais confuso.” (P8)

Face às limitações do sistema de saúde, várias pessoas trans relataram recorrer a redes informais e comunitárias como principal forma de obter informação e apoio:

- “Normalmente, tento perguntar a outras pessoas trans sobre alternativas.” (P8)
- “Construí uma rede de apoio para saber quais médicos são mais seguros.” (P8)

Diversos participantes, trans não binários, relataram que evitam mencionar a sua identidade de género não binária durante as consultas médicas, por receio de serem alvo de discriminação ou de lhes ser negado o tratamento:

- “Nunca disse que sou não binário nas consultas por receio de que o tratamento fosse recusado.” (P8)

Alguns participantes revelaram que o acesso a cuidados privados ou mais céleres é muitas vezes viabilizado pelo suporte económico de familiares ou redes sociais próximas, expondo desigualdades no interior da própria comunidade trans:

- “Tenho a sorte de poder recorrer à minha mãe, que tem mais estabilidade financeira.” (P8)

As pessoas participantes identificaram que as barreiras no acesso à saúde não decorrem apenas da identidade de género, mas são agravadas pela intersecção com outros marcadores sociais, como a nacionalidade, a raça e o estatuto migratório:

- “Tenho receio de sofrer xenofobia e transfobia ao mesmo tempo.” (P8)

2.1.4 - Barreiras psicológicas

O receio de discriminação, mesmo quando não há episódios concretos, surge como uma barreira psicológica, conduzindo à evasão ou à ocultação da identidade nos contextos clínicos:

- “Prefiro esconder a minha identidade, para não voltar a sofrer com a situação.” (P6)
- “Evito sempre que posso. Só vou quando realmente não há outra alternativa.” (P7)
- “Não sei se vale a pena explicar, se vai ser bem recebido ou se só vai gerar desconforto.” (P8)

2.1.5 - Interações negativas com profissionais de saúde

Vários participantes relataram ser tratados por pronomes errados, ver a sua identidade ignorada ou enfrentar comentários desadequados e discriminatórios durante o atendimento médico. Estas interações geraram sentimentos de desconforto, vergonha e retraimento, muitas vezes levando à evasão dos serviços de saúde.

- “O médico disse que eu era ‘uma menina muito bonita’ e que não podia fazer isto.” (P8)
- “Ao telefone, como tenho uma voz mais feminina, automaticamente tratam-me por ‘senhora’. Nesses momentos, percebo que ainda há um longo caminho a percorrer.” (P3)

- “Há sempre o risco de apanhares um profissional transfóbico, o que pode atrasar tudo ainda mais.” (P12)

2.1.6 - *Descontinuidade do acompanhamento*

Outro elemento crítico identificado foi a descontinuidade no acompanhamento, associada à rotatividade de profissionais, ausência de seguimento e respostas burocráticas ineficazes. Tais falhas afetam diretamente a confiança no sistema e a eficácia do percurso terapêutico:

- “A minha anterior médica de família foi quem me fez a referência para iniciar o processo de transição, mas, entretanto, saiu do meu centro de saúde e eu nunca mais tive outro médico atribuído.” (P3)

2.1.7 - *Barreiras administrativas*

Os constrangimentos burocráticos surgem como obstáculos concretos e simbólicos, limitando o acesso e expondo os utentes à não validação da sua identidade. A ausência de sistemas administrativos não adaptados leva a situações de constrangimento e desrespeito sistemático:

- “O sistema não permitia marcar consulta (consulta ginecologia) porque o meu registo estava como sexo masculino.” (P6)
- “Quando me chamam na sala de espera, usam o nome do registo, e isso é constrangedor.” (P13)
- “Se a informação estivesse já no sistema, para que não tivesse de explicar tudo de novo.” (P8)

Os participantes referiram ainda que a falta de adaptação dos sistemas pode ter implicações diretas na saúde, nomeadamente na falha de convocação para exames preventivos adequados às características biológicas de cada pessoa:

- “Como o meu registo ainda não está completamente atualizado no sistema, já aconteceu não me chamarem para exames preventivos porque assumem que eu não preciso.” (P2)

2.2 - *Facilitadores do acesso*

Apesar das barreiras recorrentes, os participantes identificaram diversos elementos que funcionaram como facilitadores no acesso aos cuidados de saúde. Estes facilitadores surgem tanto a nível institucional (como formação e estrutura dos serviços), como a nível relacional (atitudes dos profissionais e redes de apoio). Ao contrário das experiências

pontuais de atendimento positivo, os facilitadores aqui descritos representam condições sistemáticas ou replicáveis que contribuem para um acesso mais equitativo e seguro.

2.2.1 - Formação e sensibilização dos profissionais

Quando questionados sobre facilitadores, os participantes indicaram a formação contínua e a sensibilização para as questões trans como fundamentais para garantir um atendimento mais inclusivo e eficaz:

- "Uma vez tive uma médica substituta que perguntou diretamente quais eram os meus pronomes e tratou-me com naturalidade durante toda a consulta. Isso fez toda a diferença." (P7)

2.2.2 - Atitudes respeitosas e relações terapêuticas positivas

A escuta ativa, o respeito pelos pronomes e a disponibilidade dos profissionais foram vividos como elementos que geram segurança e confiança:

- "Nunca tive problemas com os pronomes ou com o meu nome social, o que ajudou muito a sentir-me confortável nas consultas." (P2)
- "Se o atendimento for humanizado e respeitoso, as pessoas trans vão sentir-se mais seguras para procurar os cuidados de que precisam. " (P2)

2.2.3 - Espaços especializados e redes de apoio

A existência de unidades especializadas e a partilha de informação dentro da comunidade trans foram referidas como estratégias eficazes para contornar obstáculos:

- "Em Lisboa, a base é a (clínica privada), porque sabemos que tem endocrinologista, sexólogo e cirurgião." (P12)
- "A comunidade trans protege-se. Nós já sabemos onde somos bem recebidos e vamos recomendando uns aos outros médicos que nos respeitam." (P12)

3 – Propostas de melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários

Para além da denúncia das dificuldades enfrentadas, os participantes apresentaram sugestões concretas para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde dirigidos a pessoas trans. Estas propostas incidem sobretudo na formação dos profissionais, na criação de protocolos inclusivos, na humanização do atendimento e na existência de serviços especializados.

3.1 - Formação e sensibilização

A necessidade de formação obrigatória, contínua e transversal sobre questões de género foi uma das recomendações mais recorrentes entre os participantes:

- “A formação dos profissionais de saúde deve ser contínua. A maioria das falhas vem da falta de conhecimento e não de discriminação.” (P10)
- “(...), mas também é essencial que todos os profissionais tenham formação.” (P12)

Os participantes defenderam que esta formação deve iniciar-se logo durante o percurso académico dos profissionais de saúde, de forma a prevenir lacunas persistentes no atendimento às pessoas trans e não-binárias:

- “Os médicos deviam aprender sobre a nossa realidade na faculdade.” (P9)

Para além das dimensões técnicas, como hormonoterapia ou procedimentos cirúrgicos, os participantes destacaram a importância de incluir formação em comunicação inclusiva, sobretudo no uso correto de pronomes, nome social e linguagem neutra:

- “Os profissionais de saúde precisam de ser sensibilizados para estas questões (uso correto de pronomes), desde médicos a enfermeiros e até pessoal administrativo.” (P2)

3.2 - Protocolos e sistemas inclusivos

Entre as propostas de melhoria do acesso aos cuidados de saúde, os participantes destacaram a necessidade urgente de criar protocolos específicos e sistemas administrativos mais inclusivos, capazes de reconhecer e integrar a diversidade de género de forma padronizada e eficaz. Foram sugeridas alterações simples, mas com grande impacto, como a introdução do registo do nome social e dos pronomes preferidos nos sistemas informáticos, para evitar constrangimentos e repetições constantes de explicações sobre a identidade de género:

- “Uma etiqueta com os pronomes preferidos poderia ajudar muito a evitar situações desconfortáveis.” (P4)

Além disso, foi sugerido que os sistemas administrativos sejam atualizados para refletir a diversidade de género de forma mais abrangente, nomeadamente através da inclusão de opções não-binárias nos formulários, de modo a evitar situações de invisibilidade ou constrangimento:

- “Os sistemas administrativos deviam ser atualizados para refletir melhor a diversidade de género.” (P2)
- “Já vi formulários internacionais com cinco, seis ou sete opções [...], mas chamar-me de ‘Outro’ soa estranho, como se fosse uma entidade desconhecida.” (P9)

3.3 - Humanização do atendimento

A abordagem empática e o respeito pela identidade foram destacados como elementos fundamentais para criar espaços de cuidado seguros. Pequenos gestos de escuta ativa, linguagem inclusiva e acolhimento foram referidos como transformadores da experiência ao nível dos cuidados:

- “A enfermeira foi respeitosa e focou-se apenas na parte médica.” (P4)
- “Na farmácia, fazem questão de me tratar corretamente. Foi uma experiência muito boa.” (P5)

3.4 - Serviços especializados e de referência

Entre propostas de melhoria do acesso os participantes salientaram a importância da criação de unidades especializadas em saúde trans ou, pelo menos, de profissionais de referência dentro de cada centro de saúde. Estas figuras seriam responsáveis por garantir um acompanhamento informado e seguro, evitando encaminhamentos incorretos e reduzindo a dependência de soluções privadas:

- “Seria bom haver centros de referência onde os profissionais tivessem experiência específica com saúde trans.” (P2)
- “Sim, ou pelo menos alguém de referência em cada unidade que soubesse lidar com estas questões.” (P10)

3.4 - Representatividade

Os participantes salientaram que, embora a formação e sensibilização dos profissionais de saúde sejam fundamentais para promover um atendimento inclusivo, a presença visível de profissionais LGBTQIA+ nos serviços de saúde acrescenta uma dimensão única de confiança, segurança e identificação. Para muitas pessoas trans, saber que estão a ser acompanhadas por profissionais que partilham experiências ou demonstram compromisso ativo com a comunidade LGBTQIA+ facilita o diálogo sobre questões de saúde e identidade:

- “Ela é uma pessoa da comunidade LGBT, (...) fez-me perceber que era uma pessoa segura para falar sobre a minha identidade.” (P5)
- “Precisamos de pessoas trans na medicina, precisamos de pessoas trans em todo o lado...” (P15)

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que, apesar dos avanços legislativos e políticas inclusivas em Portugal, as pessoas trans continuam a enfrentar barreiras significativas no acesso e utilização dos CSP. Em particular, a utilização revelou-se frequentemente pontual e motivada por necessidade urgente, associada a receio de discriminação, ausência de profissionais devidamente preparados e constrangimentos administrativos. Apesar de alguns exemplos de acolhimento positivo, a percepção global foi de insegurança e invisibilidade, confirmando padrões identificados em estudos europeus sobre CSP e populações trans (7,8,21,54,73,74).

As experiências relatadas mostram três padrões principais: utilização pontual e reticente, interações positivas e vivências negativas. Estes padrões refletem não apenas vivências individuais, mas resultam de determinantes estruturais que moldam a relação entre pessoas trans e o sistema de saúde, como documentado em revisões internacionais (43,46). A utilização pontual está associada à percepção de que os CSP não são espaços seguros, levando muitos participantes a procurar apenas cuidados urgentes ou a recorrer ao setor privado ou a redes comunitárias. Este padrão é semelhante ao identificado em estudos qualitativos realizados no Reino Unido e nos Países Baixos, onde a falta de confiança no serviço de atenção primária limita a procura precoce de cuidados (14,75). Por outro lado, interações positivas com alguns médicos de família e outros profissionais — que demonstraram respeito, abertura para aprender e uso correto de pronomes — geraram confiança e continuidade no acompanhamento. Este tipo de prática confirma recomendações da WPATH (55) e da OMS para formação culturalmente competente em CSP (18,20). Contudo, experiências negativas predominaram, sobretudo relacionadas com desconhecimento técnico, uso incorreto de pronomes, omissão da identidade de género e recusa de atendimento. Em estudos europeus, barreiras semelhantes têm sido atribuídas à ausência de formação específica nos currículos médicos e de enfermagem, refletindo um desafio transversal à região (9,34,51,77).

No que se refere ao acesso, os resultados revelam um cenário ambivalente, marcado pela presença simultânea de barreiras persistentes e de alguns fatores facilitadores que, embora pontuais, contribuem para experiências mais positivas nos CSP.

Entre estas, destacaram-se como mais recorrentes a falta de conhecimento técnico por parte dos profissionais, os constrangimentos administrativos e o receio antecipado de discriminação, que em conjunto comprometeram a perceção de segurança e a adesão ao acompanhamento regular. As barreiras identificadas atuam a diferentes níveis. A ausência de conhecimento sobre saúde trans e procedimentos específicos nos CSP compromete a segurança clínica e a confiança dos utentes, sendo amplamente documentada na literatura europeia como um dos principais entraves à equidade em saúde (7,53,82). A nível administrativo, sistemas informáticos que não integram nome social, pronomes ou categorias não-binárias geram constrangimento e exclusão, e em alguns casos atrasam exames preventivos, refletindo um desfasamento entre legislação e prática clínica também descrito noutros países da EU (35,54,67). Estes atrasos são particularmente relevantes no caso de rastreios oncológicos, já que a exclusão dos protocolos automáticos de convocatória compromete o diagnóstico precoce, como documentado em estudos sobre risco aumentado de cancro da mama, colo do útero e da próstata em pessoas trans (12,13,37,42,83,84). Em contexto europeu, relatórios da FRA 2014, 2020 (50,74) e da Transgender Europe 2022 (65) destacam que a inexistência de protocolos clínicos específicos e a falta de integração da população trans nos sistemas de rastreio constituem barreiras estruturais persistentes, contribuindo para desigualdades no diagnóstico precoce e na vigilância oncológica (24,33,74). Apesar disso, a evidência empírica quantitativa sobre disparidades em rastreios oncológicos no contexto europeu é ainda escassa, revelando uma lacuna de conhecimento que dificulta a comparação internacional e reforça a necessidade de estudos específicos nesta área (33,74).

No plano socioeconómico, a limitação de recursos financeiros condiciona a possibilidade de recorrer ao setor privado, exacerbando as desigualdades no acesso, conforme apontado em estudos sobre determinantes sociais da saúde em CSP (43,44,46). Relatórios da FRA 2020(74) e da ILGA *Europe* 2023 (85) evidenciam que o desemprego, marginalização económica e precariedade habitacional afetam desproporcionalmente pessoas trans na Europa, agravando barreiras de acesso aos CSP. Embora algumas pessoas encontrem no setor privado ou nas redes comunitárias uma alternativa mais segura, estas opções não substituem a função essencial e universal dos CSP, e a sua dependência tende a reproduzir desigualdades (28,77). Além disso, redes comunitárias desempenham frequentemente funções críticas de mediação, encaminhamento e literacia em saúde, mas estas respostas continuam a ser pontuais, voluntárias e desiguais territorialmente, não podendo substituir a obrigação institucional do SNS de garantir cuidados inclusivos (33,62).

A nível psicológico, o receio antecipado de discriminação leva muitas pessoas à ocultação da identidade ou ao evitamento dos serviços, fenómeno descrito pela teoria do

stress de minoria e consistente com estudos europeus sobre cuidados de saúde LGBTQIA+ (10,11,32,47). Em Portugal e Espanha, estudos qualitativos (75,86) e relatórios da FRA 2020 (74) mostram que esse receio continua a ser um determinante significativo de afastamento dos serviços de saúde.

Os resultados também sublinham que as interações com pessoal administrativo são críticas na perceção de segurança, dado que constituem frequentemente o primeiro ponto de contacto. Interações negativas nesse momento inicial podem levar ao evitamento subsequente, mesmo quando a equipa clínica demonstra competência e abertura (18,53). Relatórios da ILGA Europe de 2023 (85) e um estudo conduzido na Escandinávia (87) indicam que o atendimento inclusivo por parte de pessoal administrativo é crucial para prevenir evasão dos serviços e aumentar a adesão em contextos europeus. Além disso, a análise das narrativas mostra que as barreiras de acesso são agravadas quando se cruzam com outros fatores de vulnerabilidade, como desemprego, precariedade habitacional, migração e racialização confirmando a importância de uma abordagem interseccional (52,58,68).

A pouca frequência de utilização regular dos CSP, observada neste estudo, pode igualmente ter implicações na prevenção e diagnóstico precoce de IST, cuja prevalência entre pessoas trans permanece elevada para sífilis, gonorreia e clamídia, tanto em estudos laboratoriais como em dados autorreportados (88,89). Embora a evidência europeia sobre DST em populações trans continue limitada, relatórios do centro europeu de prevenção e controlo das doenças (ECDC) (85,86) e algumas iniciativas nacionais nórdicas apontam para desigualdades no acesso ao teste e tratamento, sugerindo que este elevado risco da contração destas doenças não será exclusivo de contextos fora da Europa. Este risco acrescido, associado à ausência de acompanhamento regular, reforça a importância de integrar nos CSP estratégias proativas de rastreio e aconselhamento adaptado à realidade das pessoas trans, em linha com as recomendações do ECDC de 2021, que sublinha a necessidade de programas de testagem regulares, culturalmente competentes e integrados nos cuidados primários para populações em maior vulnerabilidade epidemiológica. Estudos europeus, como os conduzidos no Reino Unido e nos Países Baixos, evidenciam que a oferta proativa de rastreio em contextos inclusivos aumenta a adesão e reduz desigualdades destes diagnósticos (90,92). Estes achados são consistentes com revisões sistemáticas internacionais que apontam que abordagens centradas na comunidade e adaptadas à identidade de género aumentam a eficácia das estratégias de prevenção e tratamento (53,93).

Apesar dos obstáculos, foram identificados fatores que favoreceram o acesso e utilização dos CSP por parte dos participantes. Entre esses fatores encontra-se a formação

e sensibilização dos profissionais, quando existente, que na perspetiva dos participantes resultou em comunicação respeitosa e atendimento centrado na pessoa. Relações terapêuticas positivas, baseadas na escuta ativa e no reconhecimento da identidade, alinham-se com evidências sobre a importância da confiança nos CSP para populações marginalizadas (5,6,28). A continuidade no acompanhamento, quando mantida com o mesmo profissional, mostrou-se fundamental para construir segurança e adesão aos cuidados preventivos, reforçando evidências internacionais sobre o papel central do vínculo terapêutico (5,6). Estudos desenvolvidos nos Países Baixos (94) e no Reino Unido (95) confirmam que a continuidade de cuidados com o mesmo profissional, associada a práticas inclusivas, aumenta a adesão e reduz barreiras no acesso. Redes comunitárias e espaços especializados também funcionaram como pontes seguras de informação e encaminhamento (33,62,81).

Para além das experiências vividas e das condições de acesso — atravessadas por barreiras e facilitadores —, os participantes salientaram também propostas de melhoria dos CSP. As propostas dos participantes convergem com recomendações de organismos internacionais e da literatura científica sobre CSP inclusivos. Incluem formação obrigatória e contínua para todos os profissionais de saúde, incluindo administrativos, com foco em comunicação inclusiva e especificidades clínicas da população trans; criação de protocolos claros e adaptados, que integrem nome social, pronomes e diversidade de género nos sistemas de registo; humanização do atendimento, assegurando que as práticas clínicas respeitam a autodeterminação e reduzem a ansiedade associada ao acesso; e criação de centros de referência ou de profissionais especializados dentro dos CSP, capazes de garantir acompanhamento seguro e de disseminar boas práticas (8,21,22,66,70). Apesar da existência destas recomendações há mais de uma década, a sua implementação em Portugal mantém-se fragmentada e dependente da vontade individual de profissionais ou unidades, sem mecanismos consistentes de monitorização e avaliação (14,46).

Em síntese, os resultados deste estudo revelam que as barreiras no acesso das pessoas trans aos CSP em Portugal não decorrem da ausência de enquadramento legal ou de diretrizes técnicas, mas sim de um défice persistente de implementação e monitorização das políticas existentes. A Lei n.º 38/2018, os *Standards of Care da WPATH* e os Princípios de Yogyakarta (2007) estabelecem obrigações claras para assegurar cuidados de saúde inclusivos, e simultaneamente a OMS (2017) e as Nações Unidas (2015) reconhecem o acesso equitativo à saúde como um direito humano fundamental (55,59,66). Contudo, o desfasamento entre a norma e a prática mantém-se, revelando um incumprimento estrutural que compromete a universalidade do SNS. Assim, reforça-se a necessidade de integrar nos CSP mecanismos de monitorização e avaliação contínua, que permitam não apenas garantir

a aplicação efetiva destas normas, mas também assegurar que a inclusão da população trans deixa de depender de iniciativas isoladas e possivelmente subjetivas e passa a constituir um padrão institucional obrigatório (96).

Embora este estudo apresente contributos relevantes, é importante reconhecer as suas limitações para uma adequada interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, existe uma limitação geográfica, uma vez que todos os participantes residiam na região de Lisboa e Vale do Tejo. As experiências aqui relatadas podem não refletir a realidade de pessoas trans e não-binárias noutras regiões do país, particularmente em contextos rurais ou periféricos, onde a escassez de recursos e a menor sensibilidade institucional podem agravar as barreiras identificadas. No entanto, importa referir que a região de Lisboa e Vale do Tejo concentra a maior parte da população residente em Portugal, bem como uma proporção significativa dos recursos clínicos especializados em saúde trans, nomeadamente unidades hospitalares com consultas de sexologia e endocrinologia, centros de referência e organizações comunitárias. A presença mais expressiva destes serviços pode tornar esta região um contexto particularmente relevante para a análise das interações entre população trans e sistema de saúde, ainda que não esgote a diversidade de experiências a nível nacional.

A dimensão reduzida da amostra — composta por 13 participantes — constitui uma limitação relevante, sobretudo no que diz respeito à diversidade de trajetos e experiências possíveis dentro da população trans em Portugal. Ainda que os estudos qualitativos não visem a generalização estatística dos resultados, importa reconhecer que a técnica de amostragem utilizada — combinação de amostragem por conveniência com bola de neve — pode introduzir um viés de seleção, uma vez que tende a privilegiar redes sociais próximas, reduzindo potencialmente a heterogeneidade da amostra. Este aspeto poderá ser limitativo relativamente à variedade de identidades de género, contextos socioeconómicos ou experiências de discriminação representadas, o que deve ser considerado na leitura e interpretação dos resultados. Por outro lado, importa também destacar que a realização de 13 entrevistas com pessoas trans representa, em si, um contributo relevante, tendo em conta os desafios éticos e logísticos que a investigação junto de populações historicamente marginalizadas frequentemente coloca. O acesso a participantes e a disponibilidade para partilhar experiências sensíveis constituem um ganho importante, especialmente num contexto nacional ainda carente de estudos aprofundados sobre a temática.

Por fim, não é possível ignorar o potencial viés de auto-seleção: as pessoas que aceitaram participar poderão ter sido aquelas com experiências particularmente positivas ou negativas, ou com maior envolvimento comunitário, podendo enviesar o retrato global das vivências da população trans nos cuidados de saúde primários.

Embora exista investigação qualitativa em Portugal sobre as experiências da população trans com serviços de saúde em geral (34), este estudo, até onde foi possível verificar, é um dos primeiros a dedicar atenção exclusiva às experiências em CSP. Através de uma amostra reduzida, mas diversa em termos de identidades de género, foi possível aceder a um conjunto significativo de narrativas que oferecem contributos valiosos e profundos sobre práticas clínicas, barreiras institucionais, facilitadores de acesso e propostas de transformação dos serviços. O estudo contribui assim de forma significativa para colmatar lacunas de conhecimento nesta área, legitimando o conhecimento experiencial das pessoas trans e oferecendo pistas concretas para a construção de políticas públicas mais justas e inclusivas.

Os resultados deste estudo, bem como as suas limitações, apontam várias direções relevantes para investigação futura no campo da saúde trans em Portugal. Uma das prioridades identificadas é a realização de estudos longitudinais, que permitam acompanhar as trajetórias das pessoas trans ao longo do tempo, captando eventuais mudanças nas suas experiências de acesso, utilização e satisfação com os serviços de saúde, bem como o impacto cumulativo das barreiras identificadas.

Outra área prioritária de investigação diz respeito ao contexto rural e periférico, ainda muito pouco explorado em Portugal. A realidade das pessoas trans nestas regiões poderá revelar desafios acrescidos, nomeadamente na acessibilidade aos serviços especializados, na escassez de profissionais sensibilizados e na persistência de normas sociais mais conservadoras.

Finalmente, seria fundamental aprofundar o estudo do impacto de políticas recentes, como a Lei n.º 38/2018, que consagra o direito à autodeterminação de género, para avaliar em que medida estas mudanças legislativas se têm traduzido em alterações concretas na prática clínica, nos protocolos institucionais e na perceção de segurança e reconhecimento por parte da população trans.

Este trabalho, ao dar visibilidade às barreiras e aos facilitadores identificados, oferece pistas concretas para a reconfiguração dos CSP em Portugal no sentido de garantir a equidade no acesso para todas as pessoas trans.

Conclusão

Este estudo qualitativo procurou compreender as experiências da população trans no acesso aos CSP em Portugal. Os resultados revelam que, apesar dos avanços legislativos importantes ainda se mantêm barreiras simbólicas, administrativas e estruturais que comprometem diretamente o acesso e a qualidade dos cuidados prestados.

A análise interseccional revelou-se fundamental para compreender como a combinação de vários determinantes sociais podem intensificar barreiras ao acesso. Ainda assim, o estudo identificou exemplos inspiradores de boas práticas, promovidas por profissionais atentos, comprometidos e dispostos a aprender, demonstrando como os CSP podem tornar-se locais mais inclusivos e seguros quando há sensibilidade e formação adequada.

Este estudo evidencia a necessidade urgente de:

- Formação contínua e transversal em cuidados de saúde trans, dirigida a profissionais de saúde e pessoal administrativo;
- Implementação de protocolos clínicos e atualização dos sistemas informáticos para garantir práticas inclusivas;
- Criação de unidades especializadas ou, pelo menos, nomeação de profissionais de referência em cada centro de saúde;
- Integração efetiva da população trans na definição, implementação e avaliação de políticas de saúde.

Apesar das suas limitações, este estudo oferece contributos claros e relevantes para múltiplas dimensões. No plano científico, constitui um dos primeiros trabalhos em Portugal a centrar-se exclusivamente nas experiências de pessoas trans nos cuidados de saúde primários, proporcionando uma visão aprofundada e contextualizada de barreiras e facilitadores do acesso. Esta abordagem qualitativa, focada no conhecimento empírico, enriquece a literatura nacional e internacional sobre cuidados de saúde trans permitindo identificar lacunas específicas nos CSP e propondo caminhos para a sua superação (34,46).

No plano social e político, os resultados revelam evidência concreta que pode ser mobilizada por decisores políticos, organizações comunitárias e entidades formadoras para desenhar políticas públicas e programas de formação profissional mais adequados. O estudo fornece ainda fundamentos para a integração de medidas estruturais, como protocolos clínicos adaptados, formação obrigatória e atualização dos sistemas administrativos, alinhando-se com compromissos internacionais, assumidos por Portugal, em matéria de direitos humanos e saúde inclusiva (33,66,70,74).

Quanto aos próximos passos, destaca-se a necessidade de desenvolver investigação complementar que aprofunde o impacto das políticas já implementadas, explore realidades em contextos rurais e periféricos e avalie a eficácia de estratégias proativas de rastreio e acompanhamento nos CSP. A promoção de estudos longitudinais e comparativos, em articulação com redes de investigação europeias, será essencial para consolidar o conhecimento e monitorizar a evolução das práticas (72,91).

Em síntese, este estudo não apenas dá a conhecer as desigualdades existentes, mas também oferece evidências que podem constituir bases sólidas para a transformação dos CSP em Portugal, contribuindo para que estes se tornem verdadeiramente inclusivos, seguros e centrados na pessoa.

Bibliografia

1. Butler J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. 2nd ed. New York: Routledge; 2003.
2. Hall S. Introduction: Who Needs 'Identity'? Em: Hall S, du Gay P, editores. *Questions of Cultural Identity*. London: SAGE; 1996. p. 1–17.
3. Connell RW. *Gender*. Polity Press; 2002.
4. Preciado P. *Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica*. Paris: Grasset; 2008.
5. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994;344(8930):1129–33.
6. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Sci Cairo*. 2012;1–22.
7. Reisner S, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. 2016;388(10042):412–36.
8. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Milbank Q*. 2017;95(4):726–48.
9. Moura J, others. *Barreiras no acesso à saúde reprodutiva de homens trans em Portugal*. 2022.
10. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):13–24.
11. Meyer I. *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*. 2003.

12. de Nie I, others. Prostate cancer risk in transgender women receiving hormone therapy: nationwide cohort study in the Netherlands. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(5):e2089–97.
13. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Health.* 2020;21(2):1–13.
14. ILGA Portugal. Relatório Anual sobre Discriminação com base na Orientação Sexual, Identidade de Género e Expressão de Género e Características Sexuais. 2022.
15. Isabel J, Martinho M, Andrés L, Alves A. Transexualidade nos cuidados de saúde primários.
16. Santos B de S. Outro conhecimento é possível: Além do pensamento abissal. São Paulo: Cortez; 2007.
17. Council of Europe. Gender Equality Glossary [Internet]. Council of Europe, Gender Equality Commission; 2016. Disponível em: <https://rm.coe.int/council-of-europe-gender-equality-glossary-bilingual-march-20216-updat/1680a56775>
18. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American Psychological Association; 2015.
19. Meyer I, Sell R, Michael V, Silenzio B, Bradford J, Dean L, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc* [Internet]. 2000;4(3). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228708338>
20. Lev A. Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. New York: Haworth Clinical Practice Press; 2004.
21. Safer J, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(2):168–71.
22. Santos A, Amâncio L. Ativismo e identidades trans em Portugal: desafios e conquistas. *Ex Aequo.* 2016;(33):59–74.
23. Cardoso S, Pinto M. Saúde e pessoas transgênero em Portugal: entre a invisibilidade e a violência. *Rev Crítica Ciênc Sociais.* 2020;(123):111–32.
24. European Union Agency for Fundamental Rights. Being trans in the European Union. FRA; 2014.
25. Richards C, Bouman W, Seal L, Barker M, Nieder T, T’Sjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):95–102.

26. ILGA Portugal. Relatório Anual 2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://ilga-portugal.pt/>
27. Fausto-Sterling A. Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality. Basic Books; 2000.
28. Grant J, Mottet L, Tanis J, Harrison J, Herman J, Keisling M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011.
29. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2024. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2024-2023-data>
30. Transgender Europe. Trans Rights Europe & Central Asia Map & Index 2023. 2023.
31. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-and-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-partnership-fight>
32. White Hughto J, Reisner S, Pachankis J. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Soc Sci Med. 2015;147:222–31.
33. Transgender Europe (TGEU). Trans Rights Europe & Central Asia Index 2021 [Internet]. 2021. Disponível em: <https://tgeu.org/trans-rights-europe-central-asia-index-2021/>
34. Pinto N, Moleiro C. Desafios na formação em diversidade de género em Portugal. Psicologia. 2015;29(2):41–50.
35. Reis J. Invisibilidade estatística da população trans: desafios e implicações. Rev Crítica Ciênc Sociais. 2021;(124):95–118.
36. Reisner SL, Radix AE, Deutsch MB. Transgender health equity and the need for community engagement: a policy perspective. J Public Health Policy. 2019;40(4):493–501.
37. Chan A, others. Prostate and cervical cancer screening among transgender populations: a multi-country analysis. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2024;33(5):789–98.
38. Zhang L, others. Prostate cancer in transgender women: A systematic review. Urol Oncol Semin Orig Investig. 2020;38(10):846–51.

39. Farnoosh S, others. Prostate cancer screening and PSA interpretation in transgender women receiving feminizing hormone therapy: a clinical review. *Eur Urol*. 2023;84(2):123–31.
40. Nguyen T, others. Prostate-specific antigen dynamics and prostate cancer risk in transgender women under feminizing hormones: a prospective cohort study. 2025.
41. Bourilon C, others. PSA reference ranges in transgender women on long-term estrogen therapy: implications for cancer screening. 2025.
42. Bauer G, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel K, Boyce M. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(5):348–61.
43. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372(9650):1661–9.
44. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
45. World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. 2021.
46. Pega F, Veale J, Wang Z, Lhachimi S, Marais D, Brown T. Transgender people and social determinants of health: a scoping review. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e91–104.
47. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
48. Sherman A, Higgins M, Balthazar M, Hill M, Klepper M, Schneider J, et al. Stigma, social and structural vulnerability, and mental health among transgender women: A partial least square path modeling analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2024;56(1):42–59.
49. Halberstam J. *Female Masculinity*. Durham, NC: Duke University Press; 1998.
50. European Union Agency for Fundamental Rights. EU LGBT survey – European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey – Main results [Internet]. 2014. Disponível em: <http://europa.eu>
51. Hendriks M, Trsta R. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;43(5):460–7.
52. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex. *Univ Chic Leg Forum*. 1989;1989(1):139–67.

53. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med*. 2013;84:22–9.
54. Bauer G, Zong X, Scheim A, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent-driven sampling survey. *PLoS One*. 2015;10(12).
55. Coleman E, Radix A, Bouman W, Brown G, de Vries A, Deutsch M, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. 2022.
56. Council of Europe, Committee of Experts on Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics (ADI-SOGIESC). Right to the Highest Attainable Standard of Health and Access to Healthcare for LGBTI People in Europe – Third Thematic Report [Internet]. 2024. Disponível em: <https://www.coe.int/en/web/sogi/committee-adi-sogiesc>
57. Council of Europe. Human rights and intersex people. 2015.
58. King W, Jadwin-Cakmak L, Trammell R, Gamarel K. Structural vulnerability as a conceptual framework for transgender health research: findings from a community needs assessment of transgender women of colour in Detroit. *Cult Health Sex*. 2023;25(6):681–97.
59. Assembleia da República. Lei n.º 38/2018 de 7 de agosto - Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa [Internet]. 2018. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/38-2018-115933863>
60. Bundestag Alemão. Act to Protect against Conversion Treatments [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/news-preview-detail/en/press/2020/conversion-treatments>
61. Gobierno de España. Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI (Ley Trans) [Internet]. 2023. Disponível em: [https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_trans_\(Espana%C3%B1a\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_trans_(Espana%C3%B1a))
62. ILGA-Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of LGBTI People in Europe and Central Asia 2021 [Internet]. 2021. Disponível em: <https://ilga-europe.org/annualreview/2021>
63. Mallory C, Brown T, Sears B. Laws banning “conversion therapy” practices: global developments and trends. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(8):627–9.
64. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (IC-11). Geneva: WHO; 2019.
65. Transgender Europe (TGEU). Trans Health Map 2022 [Internet]. 2022. Disponível em: <https://tgeu.org/trans-health-map-2022/>

66. International Commission of Jurists, International Service for Human Rights. The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity. 2007.
67. Council of Europe. Human rights and gender identity and expression – Current situation and proposals. 2021.
68. Santos AC. Toward a queer politics of intersectionality. Em: Rodriguez N, Martínez A, editores. Latina/o sexualities: Probing powers, passions, practices, and policies. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2011. p. 287–302.
69. Almeida R. Políticas Públicas e Pessoas LGBTI+: da invisibilidade à afirmação. Sociologia. 2017;34:145–66.
70. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.
71. ODS Portugal. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Disponível em: <https://ods.pt/ods/>
72. World Health Organization. Human rights and health [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
73. Whittle S, Turner L, Al-Alami M. The health and social care needs of trans people in the UK. 2008.
74. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). A long way to go for LGBTI equality [Internet]. 2020. Disponível em: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>
75. Neves S, Borges J, Ferreira M, Moleiro C. A literature review on violence and discrimination against trans people in Portugal: Are we still living in a dictatorship? Sexualities. 2023;
76. Greenwood E, Wilson EC, Reisner SL. Engaging Transgender Communities in Health Research: Challenges and Opportunities. Curr Opin HIV AIDS. 2022;17(1):23–8.
77. McCann E, Brown M. Vulnerability and Psychosocial Risk Factors Regarding People who Identify as Transgender: A Systematic Review of the Research Evidence. Issues Ment Health Nurs. 2018;39:3–15.
78. Dias S, Gama A. Introdução à investigação qualitativa: fundamentos e técnicas. Lisboa: Edições Sílabo; 2019.
79. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. 4th ed. London: SAGE Publications; 2018.
80. Trans PULSE Project Team. Trans PULSE Project [Internet]. 2015. Disponível em: <https://transpulseproject.ca/research-type/reports/>

81. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. 2016.
82. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender health: Health and well-being of trans people across the world. *The Lancet*. 2016;388(10042):412–36.
83. Oladeru O, Germain L, Wang K, others. Cancer screening in transgender populations: current evidence and best practice recommendations. *Cancer*. 2022;128(15):2805–16.
84. Tabaac A, Sutter M, Wall C, Baker K. Gender identity disparities in cancer screening behaviors. *Prev Med*. 2018;111:418–25.
85. ILGA-Europe. Annual Review 2023 – The Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia between January–December 2022 [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.ilga-europe.org/report/annual-review-2023/>
86. Platero R. The narratives of transgender people in healthcare contexts in Spain: intersections and barriers. *Health Soc Care Community*. 2018;26(6):e819–27.
87. Hammarberg K, Zosel R, Comitti B, others. Experiences of healthcare among transgender people in Sweden: a qualitative study. *Scand J Public Health*. 2021;49(7):765–72.
88. Cocchetti C, Ristori J, Romani A, Maggi M, Fisher AD. Hormonal treatment strategies tailored to nonbinary transgender individuals. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022;107(6):e2450–61.
89. Wang Y, Yu R, Li C, others. Prevalence and factors associated with bacterial sexually transmitted infections among transgender and non-binary individuals: a multicentre study. *Sex Transm Infect*. 2024;100(1):45–52.
90. NATSAL. National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) [Internet]. NatCen Social Research; 2020. Disponível em: <https://natsal.ac.uk>
91. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and sexually transmitted infections in transgender people: evidence review [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-and-sexually-transmitted-infections-transgender-people-evidence-review>
92. van der Meer J, Wouters M, others. Increasing STI testing uptake among transgender populations through inclusive primary care: a Dutch experience. *Sex Health*. 2022;19(3):254–61.
93. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2015.

94. de Vries A, Roehle R, Marshall E, others. The importance of continuity in gender-affirming care: lessons from a Dutch cohort. *Int J Transgend Health*. 2020;21(4):373–82.
95. Marshall E, Safer J, Tangpricha V. Longitudinal care and health outcomes in transgender adults: evidence from primary care settings. *J Gen Intern Med*. 2022;37(5):1179–87.
96. Renner J, Täuber L, Nieder TO. Need for Inclusive Consideration of Transgender and Gender Diverse People in E-Health Services: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022;11(4):1090.

Anexos

Anexo A- Questionário sociodemográfico

1. Número de estudo
2. Data de recolha - dd/mm/aaaa
3. Faixa etária
 - a. 18-25 anos
 - b. 25- 35 anos
 - c. 35 -45 anos
 - d. 45-55 anos
 - e. >55 anos
- 4.
5. Quais são os seus pronomes?
6. Nacionalidade
 - a. Há quantos anos vive em Portugal?
7. Sexo atribuído à nascença
 - a. 1 – Feminino
 - b. 2 – Masculino
8. Escolaridade
 - a. 1 – Nenhuma
 - b. 2 – 1º ciclo
 - c. 3 – 2ºciclo
 - d. 4 – 3º ciclo
 - e. 5 – Ensino Secundário
 - f. 6 – Licenciado
 - g. 7 – Mestrado
 - h. 8 – Doutorado
9. Qual foi a sua fonte de rendimento do último ano?
 - a. Trabalho
 - b. Reforma/pensão
 - c. Subsídio desemprego
 - d. Rendimento social de inserção
 - e. Outro subsídio temporário (doença, maternidade...)
 - f. A cargo da família
 - g. Outro
10. Como você descreveria a sua situação financeira atual? (Confortável, apertada, estável, etc.)

Anexo B - Guião de entrevista:

1 Tem médico de família?

2 No geral, como avalia o atendimento de pessoas trans nos CSP?

- 3 Já recorreu ao atendimento em saúde em CSP?
Se sim, poderia contar como foi a sua experiência?
- 4 Alguma vez precisou de recorrer aos CSP/médico de família, mas não o fez?
Porquê?
- 5 Pode contar-nos a sua perceção sobre o atendimento dos profissionais de saúde sempre que recorreu aos CSP?
- 6 Na sua perceção, que barreiras existem que dificultam o acesso da comunidade trans aos CSP?
- 7 Como caracteriza a preparação dos profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas com a saúde trans?
- 8 Sente que a sua transsexualidade afeta o seu acesso a cuidados de saúde?
Pode partilhar a sua experiência?
- 9 Teve alguma experiência que possa considerar como referência de bom atendimento?
O que distinguiu favoravelmente essa experiência?
- 10 Considerando todos os desafios apresentados, de que forma acha possível melhorar a situação em Portugal?

Anexo C - Termo de Consentimento Informado

Recebi uma cópia deste documento (Folheto de informação e Termo de Consentimento Informado).	
Li integralmente este documento antes de assinar.	
Tive oportunidade de fazer perguntas e de ser esclarecido/a sobre os objetivos e as condições de participação neste estudo.	
Tive tempo suficiente para refletir sobre a participação.	
Compreendi que posso terminar a minha participação em qualquer	

momento e sem ter de dar qualquer justificação.	
Declaro que autorizo a gravação em áudio da entrevista realizada no âmbito deste estudo.	
Aceito participar neste estudo e permito a utilização das informações que de forma voluntária forneço, que apenas serão utilizadas para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.	

(Este termo deve ser assinado em duas vias, de igual conteúdo, sendo que uma ficará na posse da investigadora e a outra do(a) participante.)

O participante

Assinatura: _____

Data: __/__/__

O Investigador

Nome: Mónica Dias Gomes

Data: __/__/__