FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA MARGARIDA MENDES GUILHERME

Perspetivas dos médicos nos cuidados de saúde primários sobre a abordagem da identidade de género em consulta

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOUTORA SUSANA MARIA NUNES RENCA

DOUTORA LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO

ABRIL/2019

Perspetivas dos médicos nos cuidados de saúde primários sobre a abordagem da identidade de género em consulta

Autores:

Ana Margarida Mendes Guilherme[1]

Doutora Susana Maria Nunes Renca[1, 2]

Doutora Liliana Rute António Constantino[1, 3]

Afiliação:

[1] Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[2] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

[3] UCSP Anadia 1, ACeS Baixo-Vouga, ARS Centro, Portugal

e-mail: margarida.mgui@gmail.com

“The secret of the care of the patient is in caring for the patient.”

Francis Peabody

Abreviaturas e acrónimos

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EGPRN - European General Practice Research Network

LGBTQ - Lésbicas, Gays, Transsexuais, Transgénero e *Queer*

MGF - Medicina Geral e Familiar

n - Número da amostra

p - Valor de significância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS® - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URGUS - Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual

USF - Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução 7

Materiais e Métodos 9

Resultados 11

Discussão 22

Conclusão 26

Agradecimentos 27

Referências Bibliográficas 28

Anexos 30

Resumo

Introdução: Identidade de género é definida como sendo a perceção interna de se ser masculino, feminino ou outro. Indivíduos transgénero são pessoas cuja identidade, expressão ou comportamento relacionados com o género diferem dos previstos para o sexo que lhes foi atribuído à nascença. Estudos publicados correlacionaram, de forma significativa, uma melhor saúde física e mental nas pessoas transgénero que são acompanhadas, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por profissionais empáticos e com formação na área.

Objetivos: Pretendeu-se identificar e caracterizar dificuldades pressentidas e necessidades formativas não adquiridas, dos médicos nos CSP, no que respeita a questões acerca da identidade de género, em consulta.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo descritivo observacional cuja população foi constituída pelos médicos dos CSP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego. Aplicou-se um questionário *online* anónimo para obter dados sociodemográficos, inferir prevalência de casos relacionados com identidade de género, averiguar barreiras percecionadas, determinar atitudes perante e gestão de casos de disforia de género e sinalizar expectativas relativamente a formação contínua. Fez-se análise estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Reportou-se grande prevalência de casos relacionados com identidade de género (21%, n=20). Verificou-se falta de consenso no que respeita as atitudes perante qualquer questão relativa à sexualidade e em particular sobre a identidade de género. A experiência prévia foi percecionada como a ferramenta mais útil dos profissionais, nomeadamente dos que têm mais anos de prática clínica (ANOVA p=0,002 e p=0,006). A formação foi considerada inadequada à realidade clínica (81%), sendo esta a dificuldade pressentida mais assinalada.

Discussão: Este trabalho apresenta como limitações o reduzido tamanho da amostra, alguns passos da validação do instrumento utilizado e os diferentes vieses inerentes à aplicação de questionários que avaliam comportamentos auto-reportados. Torna-se necessária a realização de estudos futuros em amostras maiores, bem como a descrição da vivência dos utentes portugueses com disforia de género, realçando-se a necessidade de um guia orientador para a abordagem de disforia de género nos CSP.

Conclusão: A identidade de género foi considerada uma questão pertinente e os médicos estão dispostos a despender do seu tempo para se (in)formar.

Palavras-Chave: “Cuidados de Saúde Primários”, “Sexualidade”, “Identidade”, “Género”

Abstract

Introduction: Gender identity is defined as the inner perception of being male, female or other. Transgender individuals are persons whose gender identity, expression or behavior differ from those predicted for the gender they were given at birth. Published studies have significantly correlated better physical and mental health in transgender people who are followed in Primary Health Care (PHC) by empathic and trained professionals.

Objectives: The aim was to identify and characterize perceived difficulties and non-acquired training needs of physicians in PHC, regarding questions about gender identity, in consultation.

Materials and Methods: An observational descriptive study was carried out, whose population was made up of physicians from the PHC of the Health Centers Grouping (HCG) of Baixo Mondego. An anonymous online questionnaire was used to obtain sociodemographic data, to infer prevalence of cases related to gender identity, to investigate perceived barriers, to determine attitudes towards the management of gender dysphoria, and to signal expectations regarding continuous education. Descriptive and inferential statistical analysis were performed.

Results: A high prevalence of cases related to gender identity was reported (21%, n = 20). There was a lack of consensus regarding attitudes towards any issue related to sexuality and particularly on gender identity. Previous experience was perceived as the most useful tool of professionals, especially those with more years of clinical practice (ANOVA $p = 0.002$ and $p = 0.006$). The training was considered inadequate to the clinical reality (81%), this being the most perceived difficulty.

Discussion: This study presents as limitations the small size of the sample, some steps of the validation of the instrument used and the different bias inherent in the application of questionnaires that evaluate self-reported behaviors. It is necessary to carry out future studies on larger samples, as well as describe the experience of Portuguese people with gender dysphoria. It also highlighted the need for a guideline to address gender dysphoria in PHC.

Conclusion: Gender identity was considered a relevant issue and doctors are willing to take the time to learn.

Keywords: "Primary Care", "Sexuality", "Identity", "Gender"

Introdução

Identidade de género é definida como a perceção intrínseca de uma pessoa ser homem, mulher, ou de ter alguma identidade alternativa não-binária.[1] A identidade de género de uma pessoa pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascer e representa uma experiência subjetiva. Já o termo transgénero descreve um grupo diversificado de pessoas que transitam de género ou transcendem as categorias de género culturalmente definidas. Todos estes termos constituem-se temas complexos, muitas vezes associados a preconceito, discriminação e estigma.[2-7]

Os indivíduos transgénero são então pessoas cuja identidade, expressão ou comportamento relacionados com o género diferem dos previstos para o sexo que lhes foi atribuído à nascença.[1] Trata-se de uma minoria pertencente à comunidade Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Transgénero e *Queer* (LGBTQ) que experiencia grandes diferenças na qualidade de tratamento médico,[2-7] consequência de uma cultura de heteronormatividade - um entendimento binário do género em todas as suas vertentes[4,8] - e de falta de formação no que concerne a saúde destes indivíduos.[9]

Alguns transgénero podem vir a sofrer de disforia de género que se define como desconforto e angústia persistentes, causados pela discrepância existente entre a identidade de género de uma pessoa e o sexo que lhe foi atribuído à nascença, os papéis de género a ele associados e/ou os carateres sexuais primários e secundários.[10] Sabemos hoje que a evicção de cuidados de saúde sexual por parte dos utentes ou prestadores, ou uma observação clínica destreinada, podem conduzir a falha no diagnóstico e/ou tratamento de disforia de género.[5,11]

Nem todas as pessoas transgénero necessitam de e/ou desejam apoio médico e psicológico. Não obstante, a comunidade médica é, em paralelo com a família, amigos e a própria comunidade *trans*, um sistema de apoio basilar para as pessoas transexuais. A perspetiva da intervenção médica e psicológica é maximizar o bem-estar global e a realização pessoal de cada pessoa *trans* que procura os cuidados de saúde. Este processo que é sempre individualizado pode, ou não, envolver mudanças nas expressões de género ou alterações corporais.[1] Assim, as unidades de saúde têm vindo a desenvolver esforços no sentido de proporcionar uma melhor e mais ajustada prestação de cuidados a esta população, procurando igualmente fomentar a tolerância e promover a igualdade de direitos para a diversidade sexual e de gênero.

Tendo em conta que é nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que maioritariamente se realiza o primeiro contacto com os serviços de saúde, constituindo-se espaço preferencial para criar uma das poucas relações duradouras entre médico e utente[12], os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) ocupam uma posição privilegiada para providenciar uma

gestão clínica adequada às circunstâncias e necessidades desta minoria, bem como incentivar a otimização da acessibilidade adequada a cada caso particular.[6,12-16]

Com efeito, os estudos publicados correlacionaram, de forma significativa, uma melhor saúde física e mental nas pessoas transgénero que são acompanhadas, nos CSP, por profissionais empáticos e com formação na área.[6]

Começam então a surgir em vários locais, principalmente no norte da Europa, normas de orientação que propõem colocar a maior parte da responsabilidade de acompanhamento e tratamento de pessoas transgénero, com ou sem disforia de género, nos CSP.[13,17]

No entanto, apenas tendo uma visão compreensiva sobre a realidade clínica vivida, poder-se-ão oferecer oportunidades para aprender sobre diversidade e eficientemente capacitar os profissionais de MGF, fazendo com que o ciclo de heteronormatividade e atitudes negativas que dele derivam possam ser potencialmente alterados.[3,6,15,16,18]

O objetivo deste trabalho é assim identificar e caracterizar a auto perceção de dificuldades pressentidas e necessidades formativas não adquiridas, dos médicos nos CSP, no que respeita questões acerca da identidade de género, em consulta. Pretende-se, portanto, aferir o grau de sensibilidade e capacitação percecionada em MGF, de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde a um grupo particularmente vulnerável.

Materiais e Métodos

O presente estudo descritivo observacional teve como população os médicos (internos e especialistas) dos CSP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego. A amostra foi adquirida pela resposta anónima ao questionário (ANEXO I) distribuído *online*, com recurso às listagens de contacto eletrónico das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACeS Baixo Mondego e Comissão de Internos de MGF do Centro.

A recolha de dados ocorreu entre 9 de janeiro de 2019 e 22 de fevereiro de 2019. Considerou-se válido qualquer questionário respondido e foi pressuposto o consentimento informado pela resposta ao mesmo.

O instrumento utilizado foi construído de raiz em 2018, uma vez que, até à data e após revisão bibliográfica, não foi encontrado nenhum validado.

Realizaram-se então sessões de *Focus Group* com médicos internos e especialistas de MGF (que não fizeram parte da amostra final do estudo), a fim de perceber o nível de pertinência das questões, assuntos a incluir no questionário e qual o vocabulário adequado à população a estudar (ANEXO II). Foram necessárias duas sessões para esgotar os termos a utilizar no instrumento. Não houve qualquer financiamento ou recompensa, apenas a boa vontade dos participantes.

O instrumento foi ainda alvo de debate numa das sessões de discussão de metodologia em projetos, no 85º Encontro Europeu de Investigação em MGF (European General Practice Research Network - EGPRN) (ANEXO III).

De seguida, o questionário foi avaliado por um painel de peritos constituído por um Psicólogo, dois especialistas de Psiquiatria e um especialista de MGF. Após parecer do painel sobre a linguagem, formulação e adequação das questões ao objetivo pretendido em cada, o questionário foi finalizado.

Resultou um instrumento com duração de preenchimento de cerca de 16 minutos, com 44 questões divididas em 4 grupos. A maioria das questões (41) era de resposta única, com escala de *Likert* de 0 (Discordo Totalmente) a 3 (Concordo Totalmente). O questionário incluiu ainda duas questões de resposta múltipla e uma questão com avaliação de grau de prioridade de 1 a 10, em que prioridade máxima foi atribuída a valores iguais ou superiores a 8.

O grupo 0 incluiu questões sociodemográficas para caracterização da amostra, nomeadamente idade, sexo, anos de prática clínica e número aproximado de utentes por que cada participante era responsável.

O grupo I foi direcionado à sinalização de casos e identificação de contacto com este tema em contexto de consulta (orientação sexual e identidade de género), bem como à averiguação de barreiras a nível relacional e comunicacional, como falta de formação e constrangimento de valores culturais e religiosos ou de identificação/espelho com o utente.

O grupo II questionou acerca de atitudes perante e gestão de casos de disforia de género por parte do médico (em particular questões que os médicos considerariam prioritário fazer em contexto de consulta), bem como dificuldades concretas percecionadas no que respeita o consentimento informado, a avaliação da dinâmica familiar e a referenciação e ainda sobre qual o papel do especialista de MGF na vivência desta situação.

Por fim, o grupo III focou-se nas expectativas relativamente a apoio formativo a receber por parte de colegas especialistas, Direção Geral de Saúde e/ou formação contínua.

Recolheram-se as respostas *online* e criou-se uma base de dados em *Excel*®, sendo posteriormente utilizado o SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), *software* para *Macintosh Operating system*®, versão 25.0, para tratamento dos dados.

A estatística descritiva consistiu na apresentação de frequências percentuais para as diversas variáveis quantitativas discretas e contínuas.

Na estatística inferencial correlacionaram-se todas as variáveis sociodemográficas adquiridas através do grupo 0 do questionário com todas as questões, recorrendo-se a testes paramétricos (T-student) para avaliar correlação com o sexo do respondente e a testes não paramétricos (ANOVA e Kruskal-Wallis) para avaliar correlação com idade, anos de prática clínica e número aproximado de utentes. O nível de significância (p) utilizado em todos os testes foi de 0,05.

Resultados

Após distribuição do questionário *online* pela população de médicos dos CSP da ACeS Baixo Mondego, obteve-se uma amostra de 78 profissionais (taxa de resposta de 20,7%), distribuída entre 72% (n=56) de mulheres e 28% (n=22) de homens, com uma idade média de 37 anos, num mínimo de 26 e um máximo de 73 anos. 50% dos respondentes eram especialistas de MGF e 50% internos de formação específica, variando de 1 até 41 anos de prática clínica. A média de utentes por médico revelou ser de 1630, com mínimo de 300 e máximo de 2000.

Dos 78 questionários obtidos, 97,4% foram respondidos de forma completa. A pergunta menos respondida (n=76) foi a III2 "A formação que recebi sobre este tema é adequada à minha realidade clínica", tendo sido o grupo III, referente às perspetivas sobre formação recebida e integração dos casos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o menos preenchido.

No que concerne o grupo I do questionário, a maioria (82%) concordou que a Sexualidade é, em contexto de consulta, um assunto que aborda com à vontade, 50% (n=39) de forma parcial; a maioria (60%) também concordou que costuma esperar que seja o utente a falar sobre a sua Sexualidade, havendo aqui uma maior taxa de discordância (40%), quer total, quer parcial; a amostra dividiu-se equilibradamente quando questionada sobre sentir dificuldade em abordar a Sexualidade do utente por falta de formação, 54% discordando e 46% concordando; a maioria (75%) discordou sentir dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando os seus valores culturais ou religiosos diferem dos próprios; relativamente a sentir dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando se identifica com os seus problemas, 91% da amostra discordou, não tendo ninguém concordado de forma total; 64% concordou ter conhecimento científico adequado para abordar a Sexualidade do utente, 5% discordando totalmente; sobre abordar a Sexualidade do utente quando o motivo de consulta é de outro cariz ser inadequado, a maioria discordou (72%), tendo 25% concordado parcialmente (Tabela I).

Tabela I - Respostas I1 a I7

	DT		DP		CP		CT		Total	
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**
I1 - A Sexualidade é, em contexto de consulta, um assunto que abordo com à vontade	3	**4**	11	**14**	39	**50**	25	**32**	78	100
I2 - Costumo esperar que seja o utente a falar sobre a sua Sexualidade	8	**10**	23	**30**	37	**47**	10	**13**	78	100
I3 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente por falta de formação	14	**18**	28	**36**	29	**37**	7	**9**	78	100

I4 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando os seus valores culturais ou religiosos diferem dos meus	27	**35**	32	**40**	13	**17**	6	**8**	78	100
I5 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando me identifico com os seus problemas	51	**65**	20	**26**	7	**9**	0	**0**	78	100
I6 - Sinto que tenho conhecimento científico adequado para abordar a Sexualidade do utente	4	**5**	24	**31**	40	**51**	10	**13**	78	100
I7 - Abordar a Sexualidade do utente, quando o motivo de consulta é de outro cariz, é inadequado	21	**27**	35	**45**	20	**25**	2	**3**	78	100

DT: Discordo Totalmente DP: Discordo Parcialmente CP: Concordo Parcialmente CT: Concordo Totalmente

Dos médicos respondentes, 36% já fora confrontado com "Pai/Mãe preocupado(a) com orientação sexual do filho", 18% com "Jovem preocupado(a) com a sua orientação sexual", 13% com "Pai/Mãe preocupado(a) com identidade de género do filho", 9% com "Jovem preocupado(a) com a sua identidade de género", 5% com "Adulto preocupado(a) com a sua orientação sexual" e 4% com "Adulto preocupado(a) com a sua identidade de género", 46% (n=36) nunca tinha sido confrontado por nenhuma das situações mencionadas. Ressalva-se que nesta questão os participantes podiam selecionar mais do que uma das opções disponíveis (Tabela II).

Tabela II - I8 Fui confrontado(a) em consulta com

	n	%
Não fui confrontado(a) por nenhuma das situações mencionadas	36	**46**
Pai/Mãe preocupado(a) com orientação sexual do filho	28	**36**
Jovem preocupado(a) com a sua orientação sexual	14	**18**
Pai/Mãe preocupado(a) com identidade de género do filho	10	**13**
Jovem preocupado(a) com a sua identidade de género	7	**9**
Adulto preocupado(a) com a sua orientação sexual	4	**5**
Adulto preocupado(a) com a sua identidade de género	3	**4**

Ainda neste grupo de perguntas, 62% concordou sentir dificuldade em identificar questões relacionadas com a identidade de género, 23% discordando parcialmente e 14% totalmente; sobre sentir dificuldade em gerir casos de disforia de género, 69% concordou, 3% discordando totalmente; a maioria (73%) concordou sentir dificuldade em capacitar o utente com disforia de género na gestão de conflitos com a sua família, 5% discordando totalmente; relativamente a sentir dificuldade em gerir casos de disforia de género devido a constrangimento pessoal, a grande maioria (86%) discordou, 3% concordando totalmente; por fim, 79% concordou sentir

dificuldade em gerir casos de disforia de género por não ter conhecimento suficiente para tal, 6% discordando totalmente (Tabela III).

Tabela III - Respostas I9 a I13

	DT		DP		CP		CT		Total	
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**
I9 - Sinto dificuldade em identificar questões relacionadas com a identidade de género	11	**14**	19	**23**	37	**45**	13	**17**	77	99
I10 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género	2	**3**	22	**28**	31	**40**	23	**29**	78	100
I11 - Sinto dificuldade em capacitar o utente com disforia de género na gestão de conflitos com a sua família	4	**5**	17	**22**	34	**44**	23	**29**	78	100
I12 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género porque sinto constrangimento pessoal	40	**51**	27	**35**	9	**11**	2	**3**	78	100
I13 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género porque considero não ter conhecimento suficiente para tal	5	**6**	11	**14**	33	**42**	29	**37**	78	100

DT: Discordo Totalmente DP: Discordo Parcialmente CP: Concordo Parcialmente CT: Concordo Totalmente

Relativamente ao grupo II do questionário, a maioria (63%) disse discordar que aborda a orientação sexual do utente em consulta; 63% da amostra reconhece que o género é uma realidade binária (2 géneros: masculino e feminino); a grande maioria (80%) referiu discordar que em consulta aborda a identidade de género do utente, 3% concordou totalmente; relativamente a ser da sua responsabilidade identificar disforia de género, 62% dos respondentes concordaram; a maioria (63%) discordou de sentir-se preparado para colaborar com o consentimento informado nos casos de disforia de género, contrastando com 10% que concordaram totalmente; toda a amostra concordou, quer total (79%), quer parcialmente (21%) que a avaliação da dinâmica familiar é importante na abordagem da disforia de género; 72% concordou sentir dificuldade em ser mediador familiar nesta situação (disforia de género), 6% discordando totalmente; a maioria (70%) discordou conhecer as opções disponíveis para tratamento da disforia de género, apenas 3% concordando totalmente; no que concerne a possibilidade de prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género a nível dos CSP, a grande maioria (90%) discordou, 57% de forma total, referindo-se que 5% concordaram totalmente; 94% concordou que referencia para a consulta de Sexologia para acompanhamento de casos de disforia de género, apenas 6% discordando parcialmente (Tabela IV).

Tabela IV - Respostas II1 a II10

	DT		DP		CP		CT		Total	
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**
II1 - Em consulta abordo a orientação sexual do utente	23	**30**	26	**33**	24	**31**	5	**6**	78	100
II2 - Reconheço o género como uma realidade binária (2 géneros: masculino e feminino)	17	**22**	12	**15**	36	**46**	13	**17**	78	100
II3 - Em consulta abordo a identidade de género do utente	30	**38**	33	**42**	13	**17**	2	**3**	78	100
II4 - É da minha responsabilidade identificar disforia de género	5	**6**	25	**32**	13	**17**	35	**45**	78	100
II5 - Sinto-me preparado para colaborar com o consentimento informado nos casos de disforia de género	21	**27**	28	**36**	21	**27**	8	**10**	78	100
II6 - A avaliação da dinâmica familiar é importante na abordagem de disforia de género	0	**--**	0	**--**	16	**21**	62	**79**	78	100
II7 - Sinto dificuldade em ser mediador familiar nesta situação	5	**6**	17	**22**	41	**53**	15	**19**	78	100
II8 - Conheço as opções disponíveis para tratamento da disforia de género	26	**33**	29	**37**	21	**27**	2	**3**	78	100
II9 - A prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género deve ocorrer a nível dos CSP	44	**57**	26	**33**	3	**4**	4	**5**	77	99
II10 - Referencio para a consulta de Sexologia para acompanhamento de casos de disforia de género	0	**--**	5	**6**	23	**30**	50	**64**	78	100

DT: Discordo Totalmente DP: Discordo Parcialmente CP: Concordo Parcialmente CT: Concordo Totalmente

Quanto ao grau de prioridade atribuído a certos aspetos questionados em consulta no caso de disforia de género, 90% acredita que a forma como o utente quer ser tratado é muito prioritária; 79% atribui um grau de prioridade muito elevado a questionar sobre as dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género; a maioria (90%) prioriza questionar sobre a opinião da família e dos pares do utente relativamente à sua situação, 67% atribuindo o mais elevado nível de prioridade (igual ou superior a 8); 90% dá elevada prioridade a inferir sobre a existência de suporte emocional ao longo da intervenção; relativamente às expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos, 86% considera ser de elevada prioridade; embora a maioria (68%) priorize questionar sobre o tempo que o utente demorou a consultar o médico, apenas 31% atribui um elevado grau de prioridade a

esta questão; 64% reconheceu elevado grau de prioridade a inquerir sobre o motivo que levou o utente a procurar o médico naquele momento em particular e 67% atribui alto grau de prioridade a questionar sobre a preocupação com a saúde reprodutiva do utente (Tabela V).

Tabela V - II11 Em casos de disforia, considero prioritário questionar

n (%)	Não prioritário [1-2]	Pouco prioritário [3-5]	Prioritário [6-7]	Muito prioritário [8-10]	Total
a) Forma como o utente quer ser tratado	0 (**--**)	2 (**3%**)	6 (**8%**)	70 (**90%**)	78
b) Dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género	3 (**4%**)	1 (**1%**)	11 (**14%**)	62 (**79%**)	77
c) Opinião da família e dos pares do utente relativamente à sua situação	0 (**--**)	8 (**10%**)	18 (**23%**)	52 (**67%**)	78
d) Existência de suporte emocional ao longo da intervenção	0 (**--**)	2 (**3%**)	6 (**8%**)	70 (**90%**)	78
e) Expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos	1 (**1%**)	2 (**3%**)	8 (**10%**)	67 (**86%**)	78
f) O tempo que o utente demorou a consultar o médico	4 (**5%**)	21 (**27%**)	29 (**37%**)	24 (**31%**)	78
g) O motivo que levou o utente a procurar o médico naquele momento em particular	1 (**1%**)	9 (**11%**)	18 (**23%**)	50 (**64%**)	78
h) Preocupação com a saúde reprodutiva do utente	1 (**1%**)	8 (**10%**)	17 (**22%**)	52 (**67%**)	78

Respeitante ao papel que o médico de MGF deve ter nos casos de disforia de género, os participantes puderam escolher mais do que uma das opções fornecidas. As mais assinaladas foram “Referenciar para consulta de especialidade” (94%) e “Orientar o utente” (92%), seguindo-se “Identificar sinais de alarme” (74%) e “Orientar pais/familiares” (73%); 40% assinalou “Solucionar os problemas expostos na consulta”, 19% marcou “Fornecer vocabulário”, 10% escolheu “Ser agente principal de mudança” e ninguém assinalou a opção “Iniciar terapêutica farmacológica” (Tabela VI).

Tabela VI - II12 Como MGF o papel que devo ter nos casos de disforia de género é

	n	%
Referenciar para consulta de especialidade	73	**94%**
Orientar o utente	72	**92%**
Identificar sinais de alarme	58	**74%**
Orientar pais / familiares	57	**73%**
Solucionar os problemas expostos na consulta	31	**40%**
Fornecer vocabulário	15	**19%**
Ser agente principal de mudança	8	**10%**
Iniciar terapêutica farmacológica	0	**--**

Por fim, em relação ao grupo III do questionário, a maioria (79%) discordou lembrar-se de ter abordado esta temática no seu percurso formativo, 5% concordando totalmente; 81% discordou que a formação que recebeu sobre este tema é adequada à sua realidade clínica; a maioria (71%) também discordou que ser sensibilizado para este assunto é mais útil que receber formação especializada; 78% discordou saber onde pode receber formação específica, apenas 4% concordando totalmente; a grande maioria (92%) concordou estar disposto a despender tempo para receber formação específica, 1% discordando totalmente; 85% discorda sobre ter conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS, 4% concordando totalmente; relativamente a sentir-se capacitado para seguimento a longo prazo, 82% discordou, tendo 4% concordado de forma total e todos os respondentes concordaram, quer total (91%), quer parcialmente (9%), considerar importante receber *feedback* após referenciação (Tabela VII).

Tabela VII - Respostas III1 a III8

	DT		DP		CP		CT		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
III1 - Lembro-me de ter abordado esta temática no meu percurso formativo	42	**54**	19	**25**	12	**15**	4	**5**	77	99
III2 - A formação que recebi sobre este tema é adequada à minha realidade clínica	39	**50**	23	**31**	3	**4**	11	**14**	76	97
III3 - Ser sensibilizado para este assunto é mais útil que receber formação especializada	17	**22**	38	**49**	4	**5**	18	**23**	77	99
III4 - Sei onde posso receber formação específica	35	**45**	26	**33**	13	**17**	3	**4**	77	99

III5 - Estaria disposto a despender tempo para receber formação específica	1	**1**	4	**5**	36	**46**	36	**46**	77	99
III6 - Tenho conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS	27	**35**	39	**50**	9	**11**	3	**4**	78	100
III7 - Sinto-me capacitado para seguimento a longo prazo	35	**45**	29	**37**	11	**14**	3	**4**	78	100
III8 - Considero importante receber feedback após referenciação	0	**--**	0	**--**	7	**9**	70	**90**	77	99

DT: Discordo Totalmente DP: Discordo Parcialmente CP: Concordo Parcialmente CT: Concordo Totalmente

Após análise inferencial, observou-se que mais mulheres tendem a expressar sentir dificuldade em abordar a sexualidade do utente por falta de formação (T-student p=0,04), em identificar questões relacionadas com a identidade de género (T-student p=0,03) e em gerir casos de disforia de género (T-student p=0,012), nomeadamente por considerar não ter conhecimento suficiente para tal (T-student p=0,017). Verificou-se ainda que mulheres acham mais prioritário questionar sobre dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género (T-student p=0,001) e estariam mais dispostas a despender tempo para receber formação específica (T-student p=0,03). Os homens tendem a concordar mais que é inadequado abordar a sexualidade do utente quando o motivo de consulta é de outro cariz (T-student p=0,023), bem como com a ideia de a prescrição e administração de terapêutica hormonal dever ocorrer a nível dos cuidados de saúde primários (T-student p=0,001) (Tabela VIII).

Tabela VIII - Relação entre o sexo do participante e o maior nível de concordância

	T-student		
	Maior nível de concordância n (%)		
I3 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente por falta de formação	Feminino	n=56 (72%)	**p=0,04**
I7 - Abordar a Sexualidade do utente, quando o motivo de consulta é de outro cariz, é inadequado	Masculino	n=22 (28%)	**p=0,023**
I9 - Sinto dificuldade em identificar questões relacionadas com a identidade de género	Feminino	n=56 (72%)	**p=0,03**
I10 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género	Feminino	n=56 (72%)	**p=0,012**

I13 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género porque considero não ter conhecimento suficiente para tal	Feminino	n=56 (72%)	**p=0,017**
II9 - A prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género deve ocorrer a nível dos CSP	Masculino	n=22 (28%)	**p=0,001**
II11 – Dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género	Feminino	n=55 (71%)	**p=0,001**
III5 - Estaria disposto a despender tempo para receber formação específica	Feminino	n=55 (71%)	**p=0,03**

Respondentes mais jovens (25-39 anos) tendem a assinalar sentir dificuldade em abordar a sexualidade do utente por falta de formação (ANOVA p=0,035) e a priorizar questionar sobre a existência de suporte emocional ao longo da intervenção (ANOVA p<0,001), bem como sobre expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos (ANOVA p<0,001). Os médicos com 55 ou mais anos abordam mais a orientação sexual do utente em consulta (ANOVA p=0,023), bem como a identidade de género do utente (ANOVA p=0,017). Estes lembram-se mais de ter falado sobre esta temática no seu percurso formativo (ANOVA p=0,01), sabem mais onde podem receber formação específica (ANOVA p=0,002), têm mais conhecimento de qual a realidade de acompanhamento de disforia de género dentro do SNS (ANOVA p=0,001) e sentem-se mais capacitados para seguimento a longo prazo (ANOVA p=0,048), nas quatro situações seguidos pelos mais jovens e depois pelos respondentes com idades entre 40 e 54 anos. O grupo de médicos de idade intermédia (40 a 54 anos) é o que mais reconhece o género como uma realidade binária (ANOVA p=0,007), seguido pelo grupo mais jovem (Tabela IX).

Tabela IX - Relação entre a idade do participante e o maior nível de concordância

	ANOVA		
	Maior nível de concordância - n (%)		
I3 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente por falta de formação	[25-40[	58 (64%)	**p=0,035**
II1 - Em consulta abordo a orientação sexual do utente	[55-73]	14 (18%)	**p=0,023**
II2 - Reconheço o género como uma realidade binária (2 géneros: masculino e feminino)	[40-55[	6 (8%)	**p=0,007**

II3 - Em consulta abordo a identidade de género do utente	[55-73]	14 (18%)	**p=0,017**
II11 - Existência de suporte emocional ao longo da intervenção	[25-40[	58 (64%)	**p<0,001**
II11 - Expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos	[25-40[	58 (64%)	**p<0,001**
III1 - Lembro-me de ter abordado esta temática no meu percurso formativo	[55-73]	14 (18%)	**p=0,01**
III4 - Sei onde posso receber formação específica	[55-73]	14 (18%)	**p=0,02**
III6 - Tenho conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS	[55-73]	14 (18%)	**p=0,001**
III7 - Sinto-me capacitado para seguimento a longo prazo	[55-73]	14 (18%)	**p=0,048**

Participantes com mais de 1700 utentes no seu ficheiro abordam mais a identidade de género do utente em consulta (ANOVA p=0,02). Médicos com menos de 1000 utentes atribuem maior nível de prioridade a questionar o utente com disforia de género sobre dificuldades diárias sentidas relacionadas com a disforia de género (ANOVA p=0,019), opinião da família e pares do utente relativamente à sua situação (Kruskal-Wallis p=0,009) e expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos (ANOVA p=0,05) (Tabela X).

Tabela X - Relação entre o nº de utentes do participante e o maior nível de concordância

	ANOVA		
	Maior nível de concordância - n (%)		
II3 - Em consulta abordo a identidade de género do utente	[1700-2000]	44 (56%)	**p=0,02**
II11 - Dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género	[300-1000[	3 (4%)	**p=0,019**
II11 - Expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos	[300-1000[	3 (4%)	**p=0,05**
	Kruskal-Wallis		
II11 – Opinião da família e dos pares do utente relativamente à sua situação	[300-1000[	3 (4%)	**p=0,009**

Relativamente aos anos de prática clínica, a análise inferencial revelou que os participantes com menos anos de prática (1-9 anos) reconhecem mais o género com uma realidade binária (Kruskal-Wallis p=0,029) e priorizam mais questionar sobre existência de suporte emocional ao longo da intervenção (Kruskal-Wallis p=0,006) e expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos (Kruskal-Wallis p=0,005).

Médicos com 10 a 19 anos de prática clínica concordam mais com sentir dificuldade em abordar a sexualidade do utente quando os seus valores culturais ou religiosos diferem dos próprios (Kruskal-Wallis p=0,02) e em capacitar o utente com disforia de género na gestão de conflitos com a sua família (ANOVA p=0,046). Este grupo prioriza mais questionar sobre a forma como o utente quer ser tratado (Kruskal-Wallis p=0,048) e o tempo que o utente demorou a consultar o médico (Kruskal-Wallis p=0,013).

Os respondentes com 20 ou mais anos de prática clínica abordam mais a identidade de género em consulta (Kruskal-Wallis p=0,036), dizem também lembrar-se de ter abordado esta temática no seu percurso formativo (ANOVA p=0,005), concordam que ser sensibilizado para este assunto é mais útil que receber formação especializada (Krustal-Wallis p=0,033), sabem onde podem receber formação específica (ANOVA p=0,002) e têm mais conhecimento de qual a realidade de acompanhamento de disforia de género dentro do SNS (ANOVA p=0,006) (Tabela XI).

Tabela XI - Relação entre o nº de anos de prática clínica do participante e o maior nível de concordância

	ANOVA		
	Maior nível de concordância n (%)		
I11 - Sinto dificuldade em capacitar o utente com disforia de género na gestão de conflitos com a sua família	[10-20[	9 (12%)	**p=0,046**
III1 - Lembro-me de ter abordado esta temática no meu percurso formativo	[20-41]	15 (19%)	**p=0,005**
III4 - Sei onde posso receber formação específica	[20-41]	15 (19%)	**p=0,002**
III6 - Tenho conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS	[20-41]	15 (19%)	**p=0,006**
	Kruskal-Wallis		
I4 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando os seus valores culturais ou religiosos diferem dos meus	[10-20[	9 (12%)	**p=0,02**

II2 - Reconheço o género como uma realidade binária (2 géneros: masculino e feminino)	[1-10[	54 (69%)	**p=0,029**
II3 - Em consulta abordo a identidade de género do utente	[20-41]	15 (19%)	**p=0,036**
II11 - Forma como o utente quer ser tratado	[10-20[	9 (12%)	**p=0,048**
II11 - Existência de suporte emocional ao longo da intervenção	[1-10[	54 (69%)	**p=0,006**
II11 - Expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos	[1-10[	54 (69%)	**p=0,005**
II11 - O tempo que o utente demorou a consultar o médico	[10-20[	9 (12%)	**p=0,013**
III3 - Ser sensibilizado para este assunto é mais útil que receber formação especializada	[20-41]	15 (15%)	**p=0,033**

Discussão

Após revisão bibliográfica, tornou-se clara a necessidade de, em Portugal, explorar e clarificar as perspetivas dos médicos perante situações de interação com utentes LGBTQ, nomeadamente no que respeita a identidade de género e no que concerne o palco que são os CSP.

Apesar de a grande maioria referir que aborda a sexualidade com à vontade (82%), há uma percentagem significativa que espera que seja o utente a abordar o tema (60%), o que poderá ser indicativo de alguma inconsistência nas respostas ou passividade na escolha da abordagem.

A falta de formação na área da sexualidade pareceu dividir a amostra (54% Discordo, 46% Concordo), apesar de a maioria relatar ter conhecimento científico adequado para abordar a sexualidade do utente (64%). Tendo em conta a amplitude de conceitos que a sexualidade engloba, os respondentes poderão realmente sentir-se capacitados formativamente para os desafios da sua prática clínica corrente e não tanto para todas as nuances menos prevalentes da sexualidade, o que em parte é confirmado pela maioria revelar que não aborda a orientação sexual (63%) nem a identidade de género (80%) do utente em consulta, conceitos importantes da esfera da sexualidade e que são previsivelmente descorados.[4,19,20] Ainda assim, é opinião maioritária desta amostra que abordar a sexualidade do utente quando o motivo de consulta é de outro cariz não é inadequado (72%).

Apesar de, segundo a literatura,[13,14,17,18,21] ser difícil explicitar a prevalência de casos relacionados com identidade de género (são referidos valores entre 0,2 e 0,6%), a expectável pouca prevalência dos mesmos foi de alguma forma contrariada pelo número significativo (21%, n=20) revelado neste questionário. Tendo em conta que este estudo foi conduzido nos CSP com ficheiro em Coimbra, sede da Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS), esta aparente maior prevalência reportada poderá dever-se a um viés de proximidade daquela que é a unidade nacional de referência nesta área.

Como previsto e coincidente com a literatura,[2,4,18] a maioria relatou sentir dificuldade em identificar questões relacionadas com a identidade de género (62%) e em gerir casos de disforia de género (69%), nomeadamente na gestão de conflitos familiares (73%), principalmente por sentir não ter conhecimento suficiente para tal (79%).

A maioria dos médicos concorda que é da sua responsabilidade identificar disforia de género (62%), mas não se sente preparada para colaborar com o consentimento informado (63%) nem para ser mediador familiar nesta situação (72%), não conhecendo as opções disponíveis para tratamento da disforia de género (70%), mas concordando que referenciaria para a consulta de sexologia (94%).

Relativamente à prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género a nível dos CSP, tem havido um crescente apoio por parte da comunidade científica e

mesmo da comunidade transgénero, principalmente nos países europeus nórdicos, para que seja uma atitude implementada.[11,17] Tem sido tema de aceso debate principalmente pela relutância dos médicos dos CSP,[13,18] confirmada também neste estudo (90% Discordo).

Dos 30% de médicos (n=23) que disseram conhecer quais as opções disponíveis para tratamento da disforia de género, apenas 7 revelaram ter sido confrontados com situações de preocupação relativa a identidade de género. Ou seja, dos 24% de respondentes (n=19) que assinalaram ter tido casos de preocupação com identidade de género em consulta, mais de metade (n=12) revelou não conhecer quais as opções terapêuticas disponíveis para a disforia de género. Isto poderá indicar em pequena escala a maior necessidade de formação perante a necessidade da prática clínica. Assinala-se ainda que, dos 7 respondentes mencionados anteriormente, que foram confrontados com situações de disforia de género e que conhecem as opções médicas disponíveis, apenas 3 concordam que a prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género deve ocorrer a nível dos CSP.

No que diz respeito ao que os participantes consideraram prioritário questionar em casos de disforia de género, as questões com maior grau de prioridade atribuído foram a forma como o utente quer ser tratado (90%), a existência de suporte emocional ao longo da intervenção (90%), expectativas perante as possibilidades terapêuticas e potenciais riscos (86%) e dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género (79%).[22,23] A preocupação com a saúde reprodutiva não foi considerada uma questão tão prioritária quanto esperado (67%), embora constitua um dos assuntos que mais preocupa estes utentes.[5,20] É de considerar que, independentemente do tipo de patologia ou condição clínica, mais ou menos prevalente, haverá uma atitude transversal no que é a abordagem do médico perante a situação, uma vez que a boa e holística prática clínica deve incluir conhecer as circunstâncias que envolvem o utente, as dificuldades que sente e as expectativas que tem sobre a gestão e desfecho da sua doença/condição. Poderá assumir-se que o médico MGF recorre à sua experiência prévia para se adaptar a qualquer situação inusitada com que seja confrontado,[4,19] havendo espaço para tornar a sua abordagem mais consistente através de formação contínua.

Sobre o papel que o médico de MGF deve ter nos casos de disforia de género, as opções mais consensuais foram as esperadas e já atribuídas à especialidade,[23] como referenciar para consulta de especialidade hospitalar (94%), orientar o doente (92%), identificar sinais de alarme (74%) e orientar pais/familiares (73%). Foi interessante notar que apesar de 9% dos respondentes (n=7) ter concordado que a prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género deveria ocorrer a nível dos CSP, ninguém assinalou que o papel do médico de MGF deveria ser iniciar terapêutica farmacológica. O termo “iniciar” poderá ter influenciado a escolha desta opção, uma vez que o médico de MGF poderá sentir relutância em começar terapêutica, mas não em continuar e gerir a mesma.

É significativa a maioria que não se lembra de ter abordado esta temática no seu percurso formativo (79%) e não tem conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS (85%), nem se sente capacitada para seguimento a longo prazo (82%).

Considerando que este tema constitui uma situação com a qual a maioria dos participantes nunca teve contacto, é interessante perceber que a maioria discordou que a formação que recebeu é adequada à sua realidade clínica (81%), ou seja, a maioria dos profissionais expressa sentir necessidade de mais formação para este assunto. De notar que, contrariando uma das conclusões das sessões de *Focus Group*, a maioria da amostra estaria disposta a despender do seu tempo para receber formação específica (92%), não considerando mais útil ser apenas sensibilizada para o assunto (71%). Ainda assim, 78% não sabe onde poderia receber esta formação mais específica, o que deve ser interpretado como uma chamada de atenção e uma janela de oportunidade para iniciativas subsequentes.

Uma forma eficiente de assegurar acesso equitativo aos serviços de saúde é treinar os profissionais de saúde para serem culturalmente confiantes e equipá-los com conhecimento e ferramentas apropriados.[2,4,13] No entanto, a saúde LGBTQ é uma área que evolui rapidamente e muitos profissionais não estão familiarizados com a terminologia, protocolo ou recomendações[2], como confirmado com este trabalho, o que pode constituir uma barreira à transmissão de conhecimentos e formação especializada.

Relativamente à análise inferencial, não se esperava uma relação estatisticamente significativa entre o sexo do respondente e qualquer pergunta do questionário, o que não se revelou verdade. No entanto, é impossível retirar conclusões pertinentes sobre estas diferenças, dado o tamanho da amostra.

Teorizou-se que mais médicos jovens pudessem sentir dificuldade em abordar a sexualidade do utente por falta de formação, o que se confirmou (ANOVA p=0,035); bem como que médicos mais velhos se sentissem mais capacitados para seguimento a longo prazo (ANOVA p=0,048).

O facto deste estudo ter revelado que médicos mais velhos sabem mais onde podem receber formação específica (ANOVA p=0,002) e têm mais conhecimento de qual a realidade de acompanhamento de disforia de género dentro do SNS (ANOVA p=0,001), pode ser justificado por uma questão de experiência clínica, o que se confirmou com a relação significativa respetiva (ANOVA p=0,002 e p=0,006) com o número de anos de prática clínica. Estes resultados poderão indiciar a formação contínua / específica pós-graduada como uma mais valia a acrescentar no futuro, a fim de complementar e otimizar a experiência clínica que parece ter sido, até agora, sinalizada como o recurso mais utilizado.

É de assinalar que este grupo etário (55 ou mais anos) é o que mais se lembra de ter falado sobre esta temática no seu percurso formativo (ANOVA p=0,01) - é redutor pensar que o

percurso formativo termina com a formação especializada, uma vez que o médico está em constante aprendizagem e presta-se a (in)formar-se durante toda a sua carreira; tendo em conta que a faixa etária seguinte com relação mais significativa é a dos mais jovens (25-39 anos), fica a questão se a temática foi abordada em contexto pré-graduado ou não.

Realça-se ainda que médicos com 55 ou mais anos (ANOVA p=0,023), com mais utentes ou com mais anos de prática clínica (21 ou mais) abordam mais a identidade de género do utente em consulta (ANOVA p=0,02) e que quantos menos anos de prática clínica (1-10 anos) o médico tiver mais reconhece o género como uma realidade binária (Kruskal-Wallis p=0,029) - poderá concluir-se que a experiência e prática clínicas associadas a formação adquirida ao longo do percurso profissional, tornam o médico mais sensível a e informado sobre certas realidades, nomeadamente a da identidade de género e sua multiplicidade.

Numa sociedade cada vez mais diversa, em que a equidade é um valor aparentemente idílico mas essencial, os médicos precisam de desenvolver capacidades que lhes permitam construir uma relação terapêutica com doentes que serão cada vez mais diferentes deles próprios[24,25], quer sejam estas de cariz formativo, quer sejam de cariz relacional.

É de salientar que a taxa de resposta (20,7%) não foi a esperada, colocando-se a hipótese de a forma de distribuição do questionário não ter sido a melhor. Como não se questionou o local de trabalho dos profissionais de saúde, não foi possível aferir se houve elementos de todas as USF e UCSP do ACeS Baixo Mondego. É de referir a possível existência de um viés de conveniência, podendo a amostra não ser totalmente representativa da população que se desejava estudar, apesar de o número de respostas (n=78) ter valor estatisticamente significativo (n>31).

Discute-se ainda que, apesar dos passos metodológicos para validar o questionário, não foi realizado nenhum teste piloto, o que não permitiu um novo ajuste de linguagem e vocabulário.

Por fim, é importante considerar que, sem perjúrio do carácter dos respondentes, um estudo qualitativo que tenta avaliar as atitudes e comportamentos auto-reportados de profissionais de saúde poderá ser sempre enviesado pela diferença entre o que um médico diz que faz e o que ele realmente faz.

Conclusão

Com este estudo percebemos, sobretudo, a falta de consenso no que respeita as atitudes perante qualquer questão relativa à sexualidade e em particular sobre a identidade de género. A discrepância de respostas observada pode refletir a necessidade de melhoria na informação e preparação sobre este assunto e revela potenciais pontos de insegurança dos profissionais de saúde dos CSP, aquando da abordagem de utentes com disforia de género.

Verificou-se que a experiência prévia é percecionada como sendo a mais útil ferramenta ao dispor dos profissionais, em particular dos que têm mais anos de prática clínica, quando confrontados com situações menos prevalentes.

Com efeito, a perspetiva dos médicos participantes sobre a abordagem da identidade de género em consulta é uniforme no que concerne principalmente um ponto: a formação é inadequada à sua realidade clínica, sendo esta a maior e mais premente dificuldade pressentida.

Conclui-se assim que a identidade de género é considerada uma questão pertinente e que, apesar da pouca prevalência de casos relacionados com a mesma, os médicos estão dispostos a despender do seu tempo para aprender acerca deste tema, e não ser apenas sensibilizados para o mesmo.

Este trabalho permitiu, portanto, iniciar investigação num âmbito ainda não explorado no panorama português.

Seria deveras útil rever o questionário utilizado e fazer estudos com maior amostra de profissionais de saúde de MGF, nomeadamente, tentar perceber se há diferença estatisticamente significativa entre população que trabalha em zonas urbanas e zonas rurais. Falta ainda descrever o que sentem e pensam os utentes portugueses com disforia de género sobre a sua experiência no SNS. Por fim, torna-se clara a necessidade de um guia orientador para a abordagem da disforia de género ao nível dos CSP, de forma a uniformizar e otimizar a atuação dos colegas especialistas de MGF.

Agradecimentos

Quero agradecer à minha orientadora, Doutora Susana Renca, por me ter dado a conhecer este cativante tema e pela prontidão com que me ajudou a navegá-lo, e à minha coorientadora, Doutora Liliana Constantino, pela disponibilidade em fazer parte deste projeto, pelas propostas, conversas e por todos os ensinamentos.

Um obrigado especial à Doutora Graça Santos e à Professora Patrícia Pascoal, pelas suas essenciais contribuições neste projeto.

Agradeço também a todos os médicos do ACeS Baixo Mondego que participaram nesta investigação porque sem eles nada teria sido realizado.

À minha família, pelo calor e coragem que me transmitem. Aos meus pais pelo exemplo de perseverança, pelo amor incondicional e pela esperança que sempre depositaram em mim. À minha irmã, Ana Maria, pela palavra certa no momento certo. Ao meu primo Pedro, por todas as vírgulas que não escaparam.

Quero agradecer ao Carlos, pelo amigo e médico que é e pelo tempo que sempre me deu e lhe é tão escasso.

Agradeço ao Pedro, pela bonita e fiel amizade e, principalmente, pela paciência em horas críticas.

À Sofia, a companheira da viagem que é esta vocação, porque sem ela os dias não seriam tão risonhos.

Ao Hugo, pela força serena e constante, pela mão dada quando o caminho é frio, pelo incentivo assertivo e pelo porto seguro que é na minha vida.

A todos os que não foram mencionados mas que, de uma forma ou outra, contribuíram para este momento com conselhos e sorrisos.

Referências Bibliográficas

1. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) - Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, Version 7, 2011
2. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21624.
3. von Vogelsang AC, Milton C, Ericsson I, Stromberg L. 'Wouldn't it be easier if you continued to be a guy?' - a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals. *J Clin Nurs.* 2016;25(23-24):3577-3588.
4. Beagan B, Fredericks E, Bryson M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. *Can Med Educ J.* 2015;6(1):e14-22.
5. Wingo E, Ingraham N, Roberts SCM. Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Womens Health Issues.* 2018;28(4):350-357.
6. Clark BA, Veale JF, Greyson D, Saewyc E. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults. *Fam Pract.* 2018;35(3):302-306.
7. Eliason MJ, Streed CG, Jr. Choosing "Something Else" as a Sexual Identity: Evaluating Response Options on the National Health Interview Survey. *LGBT Health.* 2017;4(5):376-379.
8. Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *J Sex Med.* 2018;15(1):102-113.
9. Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Educ Today.* 2017;53:67-77.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC 2013.
11. Dietz E, Halem J. How Should Physicians Refer When Referral Options are Limited for Transgender Patients? *AMA J Ethics.* 2016;18(11):1070-1078.
12. Law M, Mathai A, Veinot P, Webster F, Mylopoulos M. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:175.
13. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc Med.* 2017;110(4):144-152.

14. Schmidt E, Rizzolo D. Disease screening and prevention for transgender and gender-diverse adults. *Jaapa.* 2017;30(10):11-16.
15. Silberholz EA, Brodie N, Spector ND, Pattishall AE. Disparities in access to care in marginalized populations. *Curr Opin Pediatr.* 2017;29(6):718-727.
16. Town K, McNulty CA, Ricketts EJ, et al. Service evaluation of an educational intervention to improve sexual health services in primary care implemented using a step-wedge design: analysis of chlamydia testing and diagnosis rate changes. *BMC Public Health.* 2016;16:686.
17. Barrett J. Disorders of gender identity: what to do and who should do it? In: *Br J Psychiatry.* Vol 204. England2014:96-97.
18. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Fam Pract.* 2017.
19. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Womens Health Issues.* 2013;23(6):e341-346.
20. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician.* 2002;66(9):1705-1712.
21. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and GenderNonconforming People. In: (WPATH) WPAfTH, ed.: International Journal of Transgenderism; 2012.
22. Group LW. A Description of the Work of a General Practitioner. In:1981.
23. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. In: Europe W, ed. Barcelona, Spain: WHO Europe Office 2011.
24. Mount JK, Massanari RM, Teachman J. Patient care complexity as perceived by primary care physicians. *Fam Syst Health.* 2015;33(2):137-145.
25. Murphy KA, Ellison-Barnes A, Johnson EN, Cooper LA. The Clinical Examination and Socially At-Risk Populations: The Examination Matters for Health Disparities. *Med Clin North Am.* 2018;102(3):521-532.

Anexos

Anexo I - Questionário "Perspetivas dos médicos nos cuidados de saúde primários sobre a abordagem da identidade de género em consulta"

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

"Perspetivas dos médicos nos cuidados de saúde primários sobre a abordagem da identidade de género em consulta"

O presente questionário inclui um projeto que decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob orientação de Dra. Susana Renca e Dra. Liliana Constantino.
O estudo tem como principal objetivo identificar e caracterizar a auto-perceção de dificuldades pressentidas e necessidades formativas não adquiridas, dos médicos nos cuidados de saúde primários, no que respeita questões acerca da identidade de género, em consulta.
O questionário é anónimo e confidencial.
Está dividido em quatro grupos de questões e em cada um receberá as instruções necessárias ao seu preenchimento.
Será preenchido online, tendo duração média de preenchimento de 16 min.
A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.
Presumimos o seu consentimento informado pela resposta ao questionário.

Desde já, obrigada pela sua colaboração.

A investigadora,
Margarida Guilherme
969275431
margarida.gui@gmail.com

A OMS refere-se à sexualidade como “um aspeto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.” A interação entre identidade de género, orientação sexual e intenção resulta no que conhecemos como identidade sexual. Por sua vez, identidade de género consiste no sentimento de pertença a um sexo e adoção do papel de género correspondente. Habitualmente, a identidade de género corresponde ao sexo biológico, o que não acontece nos casos de disforia de género, ou seja, nestes há uma incongruência entre a identidade de género e o fenótipo físico que se repercute no bem-estar do utente.

1. Idade

____

2. Sexo

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3. Anos de prática clínica

____

4. Número aproximado de utentes por que é responsável

____

Grupo I

Para cada afirmação, assinale a opção que melhor se adequa:

1 - A Sexualidade é, em contexto de consulta, um assunto que abordo com à vontade.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

2 - Costumo esperar que seja o utente a falar sobre a sua Sexualidade

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

3 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente por falta de formação

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

4 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando os seus valores culturais ou religiosos diferem dos meus

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

5 - Sinto dificuldade em abordar a Sexualidade do utente quando me identifico com os seus problemas

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

6 - Sinto que tenho conhecimento científico adequado para abordar a Sexualidade do utente

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

7 - Abordar a Sexualidade do utente, quando o motivo de consulta é de outro cariz, é inadequado

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Assinale a(s) resposta(s) que melhor se adequa:

8 - Fui confrontado(a) em consulta com:

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Pai/Mãe preocupado(a) com orientação sexual do filho
- ☐ Jovem preocupado(a) com a sua orientação sexual
- ☐ Adulto preocupado(a) com a sua orientação sexual
- ☐ Pai/Mãe preocupado(a) com identidade de género do filho
- ☐ Jovem preocupado(a) com a sua identidade de género
- ☐ Adulto preocupado(a) com a sua identidade de género
- ☐ Não fui confrontado(a) por nenhuma das situações mencionadas

Para cada afirmação, assinale a opção que melhor se adequa:

9 - Sinto dificuldade em identificar questões relacionadas com a identidade de género

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

10 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

11 - Sinto dificuldade em capacitar o utente com disforia de género na gestão de conflitos com a sua família

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

12 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género porque sinto constrangimento
pessoal

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

13 - Sinto dificuldade em gerir casos de disforia de género porque considero não ter conhecimento suficiente para tal

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Grupo II

Para cada afirmação, assinale a opção que melhor se adequa:

1 - Em consulta abordo a orientação sexual do utente.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

2 - Reconheço o género como uma realidade binária (2 géneros: masculino e feminino).

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

3 - Em consulta abordo a identidade de género do utente.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

4 - É da minha responsabilidade identificar disforia de género.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

5 - Sinto-me preparado para colaborar com o consentimento informado nos casos de disforia de género.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente

- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

6 - A avaliação da dinâmica familiar é importante na abordagem de disforia de género.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

7 - Sinto dificuldade em ser mediador familiar nesta situação

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

8 - Conheço as opções disponíveis para tratamento da disforia de género.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

9 - A prescrição e administração de terapêutica hormonal para disforia de género deve ocorrer a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

10 - Referencio para a consulta de Sexologia para acompanhamento de casos de disforia de género.

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente

- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

11 - Em casos de disforia de género, considero prioritário questionar:

Usando uma escala de 1 a 10, indique o grau de prioridade que atribui a cada questão, sendo 10 o nível de prioridade máxima

a. **Forma como utente quer ser tratado**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b. **Dificuldades diárias sentidas relacionadas com disforia de género**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

c. **Opinião da família e dos pares do utente relativamente à sua situação**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

d. **Existência de suporte emocional ao longo da intervenção**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

e. **Expectativas perante as possibilidades terapêuticas e seus potenciais riscos**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f. **O tempo que o utente demorou a consultar o médico**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

g. **O motivo que levou o utente a procurar o médico naquele momento em particular**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

h. **Preocupação com a saúde reprodutiva do utente**

Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12 - Como MGF o papel que devo ter nos casos de disforia de género é:

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Solucionar os problemas expostos na consulta.
- ☐ Orientar pais / familiares.
- ☐ Orientar o utente.
- ☐ Referenciar para consulta de especialidade.
- ☐ Identificar sinais de alarme.
- ☐ Fornecer vocabulário.
- ☐ Iniciar terapêutica farmacológica.
- ☐ Ser agente principal de mudança.

Grupo III

Para cada afirmação, assinale a opção que melhor se adequa relativamente à disforia de género:

1 - Lembro-me de ter abordado esta temática no meu percurso formativo

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

2 - A formação que recebi sobre este tema é adequada à minha realidade clínica

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

3 - Ser sensibilizado para este assunto é mais útil que receber formação especializada

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

4 - Sei onde posso receber formação específica

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

5 - Estaria disposto a despender tempo para receber formação específica

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente

- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

6 - Tenho conhecimento de qual a realidade de acompanhamento da disforia de género dentro do SNS

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

7 - Sinto-me capacitado para seguimento a longo prazo

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

8 - Considero importante receber feedback após referenciação

Marcar apenas uma opção.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

Anexo II - Conclusões *Focus Groups*

Definições e conceitos	Casuística
- Atualização DSM-V - A importância da compreensão para a empatia » "Esclarecimento de conceitos é suficiente para diminuir tabu e é fundamental na formação básica" » "O que pesa mais? O papel que quero desempenhar ou o corpo para o fazer?"	- Casuística de transexualidade *vs* disforia de género - "Fará sentido perguntar casuística pré especialidade?"
Barreiras	**Necessidades**
- <u>Físicas/informáticas/secretariado</u> » "Dificuldade em passar informação entre elementos das equipas" » "Já é norma contemplar situações excecionais, bem como ter atenção à forma como se trata/chama qualquer utente" - <u>Formação</u> » Acesso a (in)formação prática sobre esta matéria » "Os orientadores encaram estes temas como tabu e os internos sentem que não podem contrariar isso" » Quando receber formação? "O mais precocemente possível (ensino pré-graduado) e em multidisciplinariedade"; "Para quem já exerce, nunca é tarde para abordar este assunto" - <u>Confidencialidade</u> » Como gerir confidencialidade? » Meio rural *vs* urbano; fase inicial *vs* transição completa - <u>Constrangimento</u> » Necessidade de naturalidade e fluidez	- Consentimento informado - Atitude e papel do médico » conciliar timings (ponte SNS) » estruturar ideais » solucionar problemas » facilitar concórdia » ser agente principal de mudança - Papel do MGF devia ser mais interventivo em termos de prescrição? - Sensibilidade e empatia » "É importante pensar no sofrimento e processo de aceitação pré consulta MGF" » "Não esquecer o que é importante para o utente *vs* o que achamos que é importante para o utente" - É justo esperar comportamento de procura ativa por parte do MGF? - É útil pensar numa situação pela qual nunca se passou?

» “É necessário um "exercício mental" de p.e. olhar para um ele e ter de se referir a ela”; “Parece intromissão fazer perguntas que não se relacionam com o motivo da consulta”	
Dificuldades	**Necessidades**
- Consentimento informado e maioridade - Orientar pais e família - Referenciação: para onde, quando e como? - Gerir os "indecisos" » “A identificação dos cinzentos, deste contínuo, deste estado de indefinição. Não estereotipar mas conhecer percursos e identificar sinais de alarme” » “Como ajudar quem não se sabe expressar?”	- Intervenção / divulgação / difusão desta matéria na sociedade civil » “Exposição / Sensibilização à temática poderá ser mais importante que formação mais específica “ » “Ajudaria ter um protocolo que tivesse de forma esquemática um algoritmo de avaliação, abordagem e referenciação” - Feedback hospitalar: Expectativa de que se receberá informação que se considerasse pertinente - Grupos de ajuda / linhas de apoio » “Seria útil para os utentes estar em contacto com estas entidades, bem como ter conversas familiares / familiares e familiares / médicos”
Outros	
» “Dependendo do sítio em que estamos as dificuldades e facilidades sentidas serão diferentes” » “Qualquer consulta, mesmo que não dirigida à transsexualidade, terá sempre esta componente (rastreios, fertilidade…)” - Consulta "em grupo": pertinência; facilidade de marcação da mesma; pedida pelo médico, pelo utente, pela família? - na prática é difícil fazer estas consultas - constrangimentos de horários » “Até que ponto é que providenciar experiência (mesmo que não clínica) é ferramenta de capacitação?” - Poderá ser mais importante explorar a atitude clínica do que a casuística prévia - Estaria disposto a participar numa formação sobre este tema? Estaria disposto a despender do seu tempo para receber formação sobre a temática?	

Anexo III - Participação no 85º Congresso EGPRN

Freestanding Paper / Ongoing study no results yet

Perspectives of primary health care physicians on the approach of sexual identity in consultation

Margarida Guilherme, Liliana Constantino, Graça Santos, Susana Renca

FMUC, 3045-451 Coimbra, Portugal. E-mail: margarida.mgui@gmail.com

Background:
Addressing sexual health and sexuality is of utter pertinence in providing holistic care for patients.
Today, patients' call for quality of care provided by health professionals concerning sexual health has become the driving force for scientific advancement in this area.
To improve skills in quality and ability of care in sexual health one must first identify and characterize them in the professional setup.
The management of transgender patients in the primary care setting may comprise the need to develop sexual and reproductive health core competencies (attitudes, knowledge) as well as the recognition of different patterns in sexuality, in order to strengthen and empower patients in their health decisions.

Research questions:
This project aims to identify and characterize primary care physicians' self-awareness of perceived difficulties and training needs, regarding clinical interview and management on gender identity, in consultation.

Method:
In order to achieve the stated goal, an inquiry will be given to physicians practicing in the urban region of Coimbra – Portugal.
The anonymous, self-completion survey will consist of three sets of multiple-choice questions and check-lists.
The first group is directed to estimate GP previous experience in approaching sexuality in the context of a consultation, physician's attitude towards this subject, self-perception and self-efficacy in managing specifically gender identity.
The second set will assess the physician's clinical knowledge to address the patient's sexuality and manage the cases, covering the know-how of specialized referral acting as a gate-keeper.
The third group will focus on the actual perceived difficulties or shortcomings, including clinical and communication skills as well as expectations about the accessibility to specific training.
This research project involves medical students as researchers for formative purposes.

Results:
Results are still in progress. Aiming to extend to multicenter study.

Conclusions:
Conclusions will be available afterwards.

Points for discussion:
What is the perspective of patients regarding sexual health and sexuality' approach in the primary care framework?

Will procedures and results in consultation need to be improved and will training addressing these issues be welcomed?

Do health professionals' personal constraints hinder the discussion of sexuality in the clinical setting?

Presentation on 21/10/2017 09:10 in "Parallel session K - EGPRN Special Methodology Session" by Margarida Guilherme.

EUROPEAN GENERAL PRACTICE
EGPRN
RESEARCH NETWORK

Prof.Dr. Mehmet Ungan - Chairperson
Dr. Davorina Petek - Vice Chairperson & Honorary Secretary
Dr. Kristin Hendrickx - Honorary Treasurer
Dr. Claire Collins - Board Member & Research Strategy Committee
Dr. Thomas Frese - Board Member
Dr Ferdinando Petrazzuoli - Board Member & Chair Educational Committee
Prof.Dr. Shlomo Vinker - Board Member
Dr. Tiny van Merode - Board Member & P.R & Communication Committee
office@egprn.org • executive@egprn.org • www.egprn.org

Dublin, Ireland

ACCREDITATION

On behalf of the Executive Board of the EGPRN (European General Practice Research Network), I declare that

- Margarida Guilherme -

participated in the EGPRN conference in **Dublin, Ireland** between **19-22 October 2017**.

Conference Theme: *Mental Health in Primary Care: Public and Patient Involvement in Research*

Number of Hours: *15*